

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Immigrati e zingari:
salute e disuguaglianze**

A cura di
Aldo Morrone (a), Angela Spinelli (b), Salvatore Geraci (c),
Luigi Toma (a) e Silvia Andreozzi (b)

(a) Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico S. Maria e S. Gallicano, Roma
(b) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Area Sanitaria, Caritas Diocesana, Roma

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN
03/4

Istituto Superiore di Sanità

Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze.

A cura di Aldo Morrone, Angela Spinelli, Salvatore Geraci, Luigi Toma e Silvia Andreozzi
2003, iv, 114 p. Rapporti ISTISAN 03/4

Questo rapporto descrive i risultati di un progetto sulla salute della popolazione immigrata e zingara, condotto da tre unità operative afferenti a: Istituto San Gallicano di Roma, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Caritas Diocesana di Roma. I dati raccolti dall'Istituto San Gallicano evidenziano la presenza di alcune aree critiche: malattie infettive a carico di alcuni organi, infezione da HIV, malattie sessualmente trasmesse, tossicodipendenza, assistenza in gravidanza e per aborto volontario. L'indagine svolta dall'ISS sull'assistenza alla nascita tra le donne immigrate mostra un miglioramento dei principali indicatori di livelli di assistenza e conoscenze e indica la necessità di interventi specifici. L'Area Sanitaria della Caritas ha svolto un'indagine, con la metodologia della ricerca-azione, in due insediamenti di zingari a Roma, con l'obiettivo di verificare l'effettiva accessibilità alle strutture sanitarie di questa popolazione e la possibilità di organizzare interventi in rete assistenziale attorno alle situazioni di difficoltà.

Parole chiave: Immigrati, Zingari, Salute, Disuguaglianze

Istituto Superiore di Sanità

Immigrants and gypsies: inequities in health.

Edited by Aldo Morrone, Angela Spinelli, Salvatore Geraci, Luigi Toma and Silvia Andreozzi
2003, iv, 114 p. Rapporti ISTISAN 03/4 (in Italian)

This report describes the results of a project on the health of immigrants and gypsies, conducted by: Istituto San Gallicano of Rome, Istituto Superiore di Sanità (ISS, the Italian National Institute of Health) and Caritas Diocesana of Rome. Data collected by the Istituto San Gallicano identified several critical areas including: infectious diseases, HIV infection, sexually transmitted diseases, drug addiction, care in pregnancy and induced abortion. The survey conducted by the ISS on health care in pregnancy and at delivery among immigrant women showed that there has been an improvement in the main indicators of the level of health care and knowledge and implies that specific interventions are necessary. The survey conducted by the Health Area of Caritas, using the "research-action" approach, in two gypsy camps in Rome had the objective of: verifying that the gypsy population actually has access to the available health services, and organising co-ordinated interventions where necessary.

Key words: Immigrants, Gypsies, Health, Inequities

Ringraziamenti

L'Istituto Superiore di Sanità ringrazia per l'aiuto nella programmazione e conduzione dell'indagine sull'assistenza alla nascita tra le donne immigrate: Patrizia Guidone, M. Pierina Barbarini, Palmira Del Vecchio e Tiziana Malatesta del Policlinico Casilino; Marisa Conti, Amelia Zingarelli, Marina Baldocci, Marina Ciolfi, Valentina Mancori, Ida Rinaldi, M. Grazia Tocci e Simona Vescina del Policlinico Umberto I; Elisabetta Giorgi, Laura Brescia, Franca Gatto, Grazia Gravina, Patrizia Proietti dell'Ospedale Sandro Pertini; Maria Grazia Pellegrini, Giovanna Barra, Dafne Berrettoni, Maria Teresa Paglia e Chiara Tizzi dell'Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli; Anna Grazia Aronica, Azzurra Osiride e Marianna Scarinci, dell'Ospedale S. Eugenio; Maria Del Carmen Arias, Graciela Boqué, Adela Gutierrez e Esther Haile, dell'Associazione "Candelaria"; Susanna Diku, Salvatore Geraci, Leili Khosravi, Simonetta Martorelli, Maria Edoarda Trillò.

La Caritas Diocesana di Roma ringrazia i volontari e gli operatori che, con il loro lavoro silenzioso e fedele, hanno permesso un reale incontro con la cultura zingara. Hanno fattivamente collaborato: Massimo Alessi, Susanna Buffa, Fernanda Di Tullio, Maria Rita Ghera, Maria Groli, Maria Bianca Muresu, Arif Oryakhail, Alessandro Palma, Francesco Scarpino, Lina Siglienti.

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico S. Maria e S. Gallicano ringrazia tutti i pazienti che hanno partecipato allo studio, tutte le persone che si rivolgono comunque alla attenzione, regalando la loro fiducia, e tutti gli operatori volontari che gratuitamente prestano la loro preziosa opera all'interno dell'Istituto.

Per informazioni su questo documento scrivere a: spinelli@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it/pubblicazioni.

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2003

INDICE

Prefazione	iii
1. Popolazione umana mobile e salute riproduttiva nel Terzo Millennio <i>Aldo Morrone, Isa Buonomini, Gennaro Franco, Ottavio Latini, Lorenzo Nosotti, Luigi Toma, Patrizio Valeri</i>	
1.1. Introduzione	1
1.1.1. I fenomeni migratori tra Nord e Sud del pianeta.....	1
1.1.2. Il numero degli immigrati in Europa e in Italia.....	2
1.1.3. La salute degli immigrati al momento del loro arrivo in Italia.....	4
1.2. Risultati	4
1.2.1. Caratteristiche socio-demografiche della popolazione osservata.....	5
1.2.2. Rilievi principali sulla salute degli immigrati	6
1.2.3. Caratteristiche sanitarie.....	7
1.3. Conclusioni	9
2. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate <i>Angela Spinelli, Michele Grandolfo, Serena Donati, Silvia Andreozzi, Cristiana Longhi, Mauro Bucciarelli, Giovanni Baglio</i>	
2.1. Introduzione	11
2.1.1. L’immigrazione in Italia al femminile	11
2.1.2. La donna immigrata e l’esperienza della maternità.....	12
2.2. Obiettivi dello studio.....	13
2.3. Materiali e metodi	14
2.4. Risultati e discussione	14
2.4.1. Caratteristiche socio-demografiche.....	15
2.4.2. Gravidanza	18
2.4.3. Parto e <i>post-partum</i>	20
2.4.4. Informazioni sul percorso nascita	21
2.5. Conclusioni	22
3. Promozione della salute “con” gli zingari: una ricerca-azione in due campi nomadi di Roma <i>Fulvia Motta, Raffaella Rossano, Salvatore Geraci</i>	
3.1. Introduzione	24
3.2. Contestualizzazione delle popolazioni zingare a Roma	24
3.3. Tutela della salute per Rom e Sinti nella normativa regionale.....	27
3.4. Descrizione dell’attività svolta.....	29
3.4.1. Strategie di intervento	29
3.4.2. Assistenza medica.....	30
3.4.2.1. Salute orale nel campo in Via del Baiardo.....	32
3.4.3. Formazione e informazione del personale socio-sanitario	34
3.4.4. Raccolta dei dati socio-sanitari	35
3.4.5. Coordinamento con istituzioni e associazioni	37
3.4.6. Ricerca bibliografica	39
3.5. Dati clinici raccolti nei due campi Rom.....	40

3.6. Analisi dei dati del campo di Via del Baiardo.....	45
3.6.1. Dati sullo stato di salute orale	45
3.6.2. Dati socio-sanitari	47
3.6.2.1. Mappa ragionata.....	48
3.6.2.2. Iscrizione all’SSN e tesserino STP	52
3.6.2.3. “Storie di vita”: percorsi sanitari e relazione con operatori e strutture	54
3.7. Conclusioni	55
Bibliografia	56
Appendice A “Indagine sulla nascita tra le donne immigrate” (2000-2001) questionario e depliant informativi	59
Appendice B Risultati dello studio sull’assistenza alla nascita tra le donne immigrate (2000-2001).....	77
Appendice C Campo nomadi di Via del Baiardo (Tor di Quinto): schede di rilevamento dati	107

PREFAZIONE

Da alcuni anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) utilizza il termine di *Human Mobile Population* (Popolazione Umana Mobile) per definire migranti, rifugiati, richiedenti asilo politico, esiliati, profughi, lavoratori in transito, viaggiatori, turisti e tutte le altre persone che, per vari motivi, si muovono da una Nazione ad un'altra. Secondo gli ultimi dati dell'OMS, più di un miliardo di persone hanno oltrepassato i confini del proprio Paese nel solo 2001 e, nello stesso anno, 135 milioni si sono spostate in cerca di lavoro. Negli anni '80 i migranti erano appena 70 milioni e quindi questo serbatoio di disperazione e povertà si è quasi raddoppiato negli ultimi 20 anni. L'Italia rappresenta attualmente, dopo Germania, Francia e Gran Bretagna, il quarto Paese europeo in relazione al numero di immigrati con una prevalenza del 2,9% sulla popolazione residente, mentre la media europea è del 5,1%.

La mobilità delle popolazioni ha da sempre caratterizzato la storia dell'uomo, e ha rimescolato costantemente la geografia umana e sanitaria del pianeta. Il viaggiare comporta sempre pericoli e il rischio di malattie, la stessa parola possiede congiunzioni semantiche con la malattia; in greco infatti il sostantivo "epidemia" e il verbo "epidemeo" hanno il significato originario di soggiorno, di arrivare per risiedere in un Paese. Se si analizza la condizione di sviluppo socio-economico di molti Paesi del Sud del mondo e anche solo alcuni degli indicatori di vita (mortalità infantile, aspettativa di vita alla nascita, quantità di acqua potabile a disposizione per ogni abitante, accesso ai servizi sanitari, livelli di istruzione) ci si accorge che il divario tra Nord e Sud del pianeta è andato progressivamente e rapidamente peggiorando. Per molti Paesi dell'Africa subsahariana le condizioni di vita sono decisamente peggiorate rispetto a 30 anni fa. Negli ultimi anni si assiste ad una ripresa delle osservazioni di malattie apparentemente scomparse da tempo nei nostri territori: è la conseguenza del fenomeno migratorio che vede milioni di persone fuggire dal Sud del mondo nella speranza di trovare un futuro in Europa? Oppure può dipendere dalla forte espansione turistica che vede noi europei andare in cerca di luoghi vacanzieri sempre più esotici e apparentemente inesplorati? Certamente le due realtà, assai diverse per motivazioni e condizioni strutturali, rivelano comunque un dato comune: la rapidità degli spostamenti di grandi masse di popolazioni riduce le grandi distanze tra Paesi tropicali in via di sviluppo e Paesi industrializzati del Nord, eliminando di fatto quei confini geografico-sanitari che una volta caratterizzavano le grandi malattie. Siamo in presenza di patologie quasi ubiquitarie, dovute alla mobilità di centinaia di milioni di persone da una parte all'altra del pianeta. Questo è il quadro che si presenta a noi, con tutte le conseguenze sanitarie che ne conseguono, sia in termini di medicina preventiva che curativa.

Nel corso degli ultimi anni è quindi emersa, con sempre crescente evidenza una necessità: ipotizzare ed elaborare un nuovo modo di "fare" medicina. Sono necessarie risposte che promuovano e garantiscano la salute dell'individuo e della popolazione e che illuminino l'intervento sanitario nella comunità nazionale e internazionale.

I problemi da affrontare sono innumerevoli e i servizi sanitari nazionali si interrogano sui mezzi da utilizzare, gli scopi da raggiungere e su come distribuire le risorse.

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) S. Maria e S. Gallicano si è occupato della salute delle popolazioni umane mobili fin dalla sua fondazione che risale al 1725. Più recentemente la Regione Lazio ha riconosciuto la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale come Centro di Riferimento e Consulenza regionale per ciò che riguarda la salute degli immigrati e dal 2001

l'IRCCS è stato riconosciuto come uno degli otto membri stabili dell'*International Centre for Migration and Health* dell'OMS.

La Caritas Diocesana di Roma è da anni impegnata a rispondere al bisogno di salute delle fasce più deboli della popolazione senza sostituirsi al servizio sanitario pubblico, ma integrandosi con esso. L'Istituto Superiore di Sanità rappresenta l'istituzione pubblica più idonea ed efficace nell'attività di coordinamento e svolgimento di numerose attività di tipo socio-sanitario e di ricerca nell'ambito della sanità pubblica.

In questo rapporto tecnico vengono riportati i risultati di un progetto di ricerca finalizzata dal titolo: "Indagine clinico epidemiologica sulla condizione di salute della popolazione immigrata e nomade presente in Italia, con particolare riferimento alla realtà della donna e al rischio di insorgenza di malattie sessualmente trasmesse, di infezioni riemergenti e da importazione" (Responsabile scientifico Aldo Morrone) proposto e svolto, in collaborazione con l'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma e il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'IRCCS San Gallicano.

I risultati ottenuti hanno già suscitato grande interesse nella comunità scientifica internazionale non solo per la loro intrinseca rilevanza epidemiologica e di salute pubblica, ma anche per la metodologia interdisciplinare e multiculturale utilizzata. Questo tipo di metodologia ha permesso infatti di raccogliere, interpretare ed elaborare statisticamente una quantità di dati tale da permettere una visione veramente completa della realtà della salute negli immigrati.

Lo studio è stato svolto sul territorio di Roma, ma è auspicabile che studi analoghi vengano effettuati anche in altre realtà geografiche con la stessa metodologia e con lo stesso spirito collaborativo tra strutture pubbliche e del privato sociale. In questo modo si potrebbe ottenere una mappatura nazionale dei reali bisogni di salute degli immigrati, dei nomadi e più in generale delle popolazioni umane mobili, e quindi pianificare interventi di sanità pubblica centrati e finalizzati alla prevenzione e alla promozione della salute con risultati estremamente positivi per l'intera collettività nazionale.

Aldo Morrone

1. POPOLAZIONE UMANA MOBILE E SALUTE RIPRODUTTIVA NEL TERZO MILLENNIO

Aldo Morrone, Isa Buonomini, Gennaro Franco, Ottavio Latini, Lorenzo Nosotti, Luigi Toma, Patrizio Valeri
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico S. Maria e S. Gallicano, Roma

1.1. Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), da alcuni anni, definisce con il termine di *Human Mobile Population* gli immigrati, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli esuli, i nomadi, i lavoratori in transito, i viaggiatori, i turisti, cioè le persone che, a vario titolo, si spostano da un Paese all'altro. Secondo i dati dell'OMS, nel 2000 sono stati oltre 1 miliardo gli individui che almeno una volta sono usciti dai propri confini nazionali. In particolare gli emigranti in cerca di lavoro sono stati 135 milioni. Un serbatoio di disperazione in crescita: negli anni Ottanta erano 70 milioni (1).

Il *Rapporto sullo sviluppo umano 2000* curato dallo *United Nation Development Program* (UNDP) ha confermato ancora una volta l'allargamento della soglia della povertà nel pianeta (2). Infatti nei Paesi in via di sviluppo, considerati nel loro insieme, la povertà umana, ossia le deprivazioni in termini di una vita breve e di mancato accesso all'istruzione e ai servizi socio-sanitari di base, colpisce circa un quarto della popolazione. La povertà di reddito interessa invece più di 2 miliardi di persone, ossia un terzo della popolazione mondiale, mentre sono oltre 1 miliardo e 200 milioni le persone che cercano di sopravvivere con meno di 1 dollaro al giorno. Inoltre le grandi malattie, come la malaria, la lebbra, la tubercolosi, l'AIDS, devastano la popolazione delle regioni povere del pianeta.

La rapidità degli spostamenti di masse di popolazioni riduce le grandi distanze tra Paesi tropicali in via di sviluppo e Paesi industrializzati del Nord del pianeta, eliminando di fatto quei confini geografico-sanitari che una volta caratterizzavano molte malattie. Siamo in presenza di patologie quasi ubiquitarie, dovute alla mobilità di centinaia di milioni di persone da una parte all'altra del pianeta. Questo è il quadro nel quale si è inserita la nostra ricerca con l'obiettivo di valutare non solo le prevalenze delle singole patologie e i relativi fattori di rischio, ma le più ampie conseguenze sanitarie che ne conseguono, sia in termini di medicina preventiva che curativa.

1.1.1. I fenomeni migratori tra Nord e Sud del pianeta

Gli immigrati attualmente presenti nel mondo sono circa 135 milioni e di questi solo il 41,2% è accolto dall'America del Nord e dall'Europa. Il 58,8%, cioè la maggior parte, è ospitata dal Sud del pianeta.

L'Italia rappresenta un punto di attrazione migratoria solo da poco tempo. Fino agli anni cinquanta, erano gli italiani ad emigrare verso i Paesi del benessere; nel secolo scorso sono stati oltre 70 milioni gli europei a cercare fortuna principalmente verso l'America e l'Australia. Oggi il fenomeno è decisamente capovolto: è in corso un complesso movimento migratorio le cui linee principali sono dirette dal sud verso il nord e da est verso ovest.

I processi migratori sono estremamente selettivi, poiché soltanto determinati gruppi di individui lasciano il proprio Paese d'origine; né costoro si dirigono alla cieca verso qualsiasi

Paese ricco che prometta di accoglierli. Le vie dell'emigrazione hanno una struttura ben riconoscibile, connessa con le relazioni e interazioni che si stabiliscono tra i Paesi di partenza e di arrivo.

Negli ultimi anni, a dispetto di ogni politica di controllo dei flussi immigratori, il numero degli stranieri immigrati, sia regolarmente che illegalmente, è aumentato in tutti i Paesi a sviluppo avanzato, segno dell'importante ruolo che essi svolgono nell'economia e nella società dei Paesi sviluppati. Persino il Giappone dipende fortemente, nei settori agricolo e industriale, dalla presenza degli immigrati (3).

1.1.2. Il numero degli immigrati in Europa e in Italia

In Europa a partire dal 1993 sono diminuiti i flussi immigratori regolari e le richieste d'asilo, mentre sono andati aumentando i ricongiungimenti familiari, le migrazioni temporanee e irregolari. Al 1° gennaio 1999 l'Unione Europea contava 19.351.000 stranieri che rappresentavano il 5,2% della popolazione residente (375.042.000 abitanti). L'incidenza dei soli immigrati extracomunitari era del 3,5%.

Nel contesto dell'immigrazione europea, al 1° gennaio 1999, per valori assoluti il primo Paese con il maggior numero di stranieri era la Germania, con 7.320.000 immigrati, seguita dalla Francia con 3.971.000 e dal Regno Unito con 2.207.000. Al quarto posto si collocava l'Italia. Confrontando la presenza immigrata con altri grandi Paesi di immigrazione, si può osservare che gli immigrati, rispetto alla popolazione residente, sono:

- il 21,5% in Australia (3.908.000);
- il 19% in Svizzera (1.007.000);
- il 16,8% in Canada (4.971.000);
- il 9,8% negli Stati Uniti d'America (26.300.000).

Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno presenti in Italia al 1° gennaio 2000 erano 1.491.000 così ripartiti:

- 593.883 appartenenti all'Europa di cui:
 - 173.487 Unione Europea
 - 391.991 Europa dell'Est
 - 28405 altri Paesi europei;
- 424.597 dall'Africa;
- 183.100 dall'America Latina;
- 285.331 dall'Asia;
- 2.952 dall'Oceania;
- 1.137 non classificati.

Al 1° gennaio 2001 sono invece risultati registrati ufficialmente dal Ministero dell'Interno 1.338.153 stranieri; a questi numeri vanno aggiunti i permessi non ancora registrati e i minori non registrati, raggiungendo la quota di 1.686.606 stranieri regolari realmente presenti sul territorio nazionale (4).

I maschi aumentano al 57,3%, le donne invece sono diminuite di quattro punti percentuale (dal 46,8% al 42,6%), una diminuzione già riscontrata in occasione di altre regolarizzazioni. L'Italia, dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna, rappresenta il quarto Paese dell'Unione Europea per la consistenza numerica degli immigrati che ospita, con un'incidenza del 2,9% sulla popolazione residente, mentre la media nell'Unione Europea è del 5,2%.

In Italia i principali 10 Paesi di provenienza, al 1° gennaio 2001, sono riportati in Tabella 1.1.

Tabella 1.1. Paese di provenienza degli immigrati in Italia al 1° gennaio 2001

Paese	n.	Paese	n.
1. Marocco	159.599	6. USA	47.418
2. Albania	142.066	7. Tunisia	45.680
3. Romania	68.929	8. Jugoslavia	40.039
4. Filippine	65.353	9. Senegal	38.982
5. Cina	60.075	10. Germania	37.269

L'archivio del Ministero dell'Interno ha una portata parziale perché non registra tutti gli stranieri presenti regolarmente in Italia, ma solo quelli intestatari a titolo personale di un permesso di soggiorno. Solitamente i minori sfuggono al sistema di rilevazione in quanto inseriti nell'autorizzazione al soggiorno rilasciata al capo-famiglia: ne diventano essi stessi titolari solo quando entrano a motivo d'adozione o di affidamento, o comunque non accompagnati dai genitori, oppure quando, già residenti in Italia, chiedono il rilascio del permesso di soggiorno per poter ottenere il libretto del lavoro al compimento del 14° anno di età.

Le motivazioni del soggiorno portano a sottolineare, come costante di tutti gli anni '90, la netta tendenza alla stabilità: all'incirca 9 su 10 immigrati sono presenti per motivi di lavoro e di famiglia.

Nel corso di 19 anni (1982-2000) l'aumento è stato complessivamente di 1.032.722 soggiornanti (54.000 l'anno). L'aumento degli ultimi due anni è stato di 354.918 unità (34,4%), così ripartiti: 218.759 (21,2%) soggiornanti in più nel 1999 e 136.159 (13,2%) in più alla fine del 2000.

Alla luce di quanto è avvenuto nell'ultimo biennio, il Meridione funge da polo di attrazione per le regolarizzazioni e successivamente da polo di smistamento.

L'area di forte attrazione dell'immigrazione si colloca al di sopra di Roma verso il Nord e alcune Regioni del Centro: in queste aree l'aumento intervenuto nel corso del 2000 (13-14%) è stato di tre/quattro punti percentuale superiore alla media nazionale.

La maggiore incidenza sulla popolazione residente si realizza nel Nord e nel Centro: rispettivamente 3% e 4% rispetto all'1,2% del Meridione.

Lo sbocco migratorio più intenso si concentra in un quadrilatero costituito da un certo numero di province del Triveneto, della Lombardia, dell'Emilia Romagna e delle Marche, e cioè da quelle aree nelle quali la realtà produttiva e occupazionale è più forte. Quanto a valori assoluti le province di Roma (222.588) e Milano (174.460) rimangono i due maggiori poli migratori, peraltro con un avvicinamento quantitativo tra le due realtà: la presenza immigrata nel milanese, rispetto a quella romana, è passata dal 72,7% al 78,4%, mentre a livello regionale il Lazio (245.666 soggiornanti), che nel 1999 era pari all'83,2% della Lombardia (308.408 soggiornanti), è sceso al 79,7%. In graduatoria seguono 3 province con più di 40.000 soggiornanti: Torino 48.737, Napoli 44.953 e quindi Firenze 42.963 (4).

I permessi concessi a rifugiati e richiedenti asilo nel nostro Paese, nel 1997, sono stati nell'insieme 348 su un totale di 1.858 domande presentate. Questo valore numerico così contenuto rispetto ai circa 23 milioni di rifugiati diffusi nel mondo, indica la difficoltà ad acquisire nel nostro Paese una cultura dell'accoglienza. Nel 1998 sono state 7.674 le richieste di asilo pervenute alla Commissione Centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato. Questo incremento è dovuto alle drammatiche vicende che hanno coinvolto la Jugoslavia e i Curdi iracheni (in Germania nello stesso periodo le richieste hanno raggiunto la cifra di 100.000). Lo status di rifugiato è stato riconosciuto nel 13,4% dei casi (1045), mentre è stato negato nel 32,3% dei casi. Le domande in attesa di esame sono ancora 3.493, più del 45%.

1.1.3. La salute degli immigrati al momento del loro arrivo in Italia

La persona immigrata generalmente non mette in atto strategie preventive ma si rivolge ai servizi socio-sanitari solo in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può farne a meno.

Numerose ricerche multicentriche hanno evidenziato che gli immigrati possiedono un patrimonio di salute sostanzialmente integro nel momento in cui decidono di partire e che diversa è la situazione al loro arrivo in Italia (5). In passato abbiamo sempre affermato che partono sani e arrivano sani, potendosi ammalare qui in Italia. Oggi questa affermazione non corrisponde più al vero. I viaggi per approdare in Italia sono diventati sempre più drammatici e a rischio di vita. Avevamo definito in passato questo fenomeno "effetto migrante sano", dovuto ad un'autoselezione di chi decideva di emigrare; oggi però è vero solo in parte (6). Il patrimonio di salute in dotazione all'immigrato, sempre che giunga integro all'arrivo in Italia, si dissolve sempre più rapidamente, per una serie di fattori di rischio: il malessere psicologico legato alla condizione d'immigrato, la mancanza di lavoro e reddito, la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo in un contesto diverso dal Paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse, che spesso si aggiungono a una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. Questo periodo di intervallo che trascorre dall'arrivo in Italia alla prima richiesta di intervento medico, negli ultimi 4 anni, si è drasticamente ridotto ed è passato, secondo la nostra casistica, da circa 10-12 mesi nel 1993-1994 a 2-3 mesi nel periodo 1998-2000.

L'immigrato appariva sino a pochi anni fa, come una persona generalmente forte, giovane, con più spirito di iniziativa, più stabilità psicologica, in una parola più sano, tenendo presente che il proprio corpo, insieme alla capacità lavorativa, era l'unico mezzo di scambio, almeno inizialmente, che si aveva con la nuova società. Una buona salute rappresentava l'unica certezza su cui investire il proprio futuro. Oggi, come si deduce dalla nostra ampia casistica di seguito schematizzata in alcune tabelle descrittive, giungono sul nostro territorio anche persone non più giovani, meno acculturate, con progetti migratori temporanei e non scelti, per cui anche il profilo di salute di queste persone si è modificato.

In altre parole non arrivano più solo braccia-lavoro, ma persone le cui condizioni di salute al loro arrivo in Italia sono attualmente peggiori rispetto a 5-6 anni fa.

Si manifestano con sempre maggiore frequenza rispetto al passato quelle malattie che sono definite "malattie da disagio o malattie da degrado" e alcune patologie ancora non specifiche dell'immigrato, ma che indicano una disuguaglianza nell'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e uno stato di salute psico-fisica ridotto rispetto alle classi di popolazione con livello socioeconomico più alto; sono le "malattie della povertà" propriamente dette: tubercolosi, scabbia, pediculosi, alcune infezioni virali, micotiche e veneree, particolarmente frequenti nella popolazione nomade e senza fissa dimora.

1.2. Risultati

I risultati del presente studio non rappresentano solo un'analisi accurata dei dati clinico-epidemiologici relativi allo stato di salute degli stranieri e al loro grado di accessibilità ai servizi sanitari pubblici, ma possono a nostro avviso, fornire utili indicazioni di tipo metodologico e strutturale per le scelte di salute pubblica del prossimo Piano Sanitario Nazionale (PSN). A tale proposito si deve ricordare che l'intero progetto di ricerca, presentato in questo volume, è stato elaborato seguendo le linee guida proposte dal precedente PSN che aveva indicato i seguenti tre

punti chiave per sviluppare le politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

- mettere a punto strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
- offrire formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;
- migliorare l’organizzazione dell’offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l’identità culturale degli immigrati.

L’attività del Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni del San Gallicano ha permesso di evidenziare alcuni aspetti specifici della condizione di salute dell’immigrato che vengono di seguito schematizzati anche con l’aiuto delle necessarie tabelle e figure:

1.2.1. Caratteristiche socio-demografiche della popolazione osservata

Negli anni 1999 e 2000 presso il Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni del San Gallicano sono stati accolti (dagli assistenti sociali), intervistati (dai mediatori/interpreti culturali) e visitati (dai medici) 7.418 (3.661 nel 1999 e 3.757 nel 2000) pazienti nati in 135 nazioni diverse e che, nella maggior parte dei casi provenivano da due aree geografiche: Africa e Paesi europei che non fanno parte dell’Unione Europea (Tabella 1.2).

Tabella 1.2. Zona di origine dei pazienti del San Gallicano

Zona di origine	Pazienti		
	Numero	%	% cumulativa
Africa	1.739	23,4	23,4
America	1.207	16,3	39,7
Asia	1.648	22,2	61,9
Unione Europea (UE)	49	0,7	62,6
Europa non UE	2.770	37,3	99,9
Oceania	5	0,1	100,0
Totale	7.418	100,0	

Nel 59,1% dei casi si trattava di maschi, il percorso di arrivo in Italia era stato diretto nel 35,6% dei casi e lo stato civile prevalente (52,9%) era quello di celibe/nubile; nel 1999 tale percentuale era del 56,9% e negli anni precedenti era ancora più alta, così come maggiore era il numero di maschi rispetto alle femmine. La distribuzione per età era la seguente: 5% (0-17 anni); 65,9% (18-34 anni); 26,9% (35-54 anni); 2,2% (55 anni e oltre). La fascia di età più rappresentata, sia per gli uomini che per le donne, era quella compresa fra i 18 e i 34 anni. Appare in aumento, rispetto al passato, la quota delle pazienti donne, in accordo con i trend migratori nazionali che vedono l’aumento della quota femminile. Queste pazienti sono concentrate soprattutto nelle fasce d’età più giovani, ciò ha rilevanza per le scelte di sanità pubblica in materia di tutela della gravidanza e prevenzione delle patologie materno-infantili.

Un altro aspetto importante, già ricordato sopra, è la progressiva riduzione del cosiddetto intervallo di benessere o “effetto migrante sano” che nella nostra casistica si va riducendo costantemente come dimostrato anche dai dati relativi al tempo di permanenza in Italia dei

nostri pazienti negli ultimi due anni: solo il 9,1% da più di tre anni, contro il 19,0% da 0-6 mesi (8,9% da 7-12 mesi e il 10,1% da 13-24 mesi).

La principale motivazione dell'arrivo in Italia è risultata il "lavoro dipendente" (36,9%); il "ricongiungimento familiare" è salito al 3,9%, mentre la richiesta di "asilo politico" rimane tra le più basse d'Europa con un 1,5% così come particolarmente bassa è la motivazione "cure mediche" (0,4%), anche se in quest'ultimo caso il dato potrebbe essere sottostimato a causa delle dichiarazioni mendaci rilasciate per paura dei provvedimenti di rimpatrio attuati a volte in alcuni Paesi europei.

Per quanto riguarda il permesso di soggiorno, quasi tutti (91,2%) i nostri pazienti ne sono sprovvisti e proprio per tale motivo si rivolgono al Servizio di Medicina delle Migrazioni in quanto ormai ritenuto, dalle rispettive comunità di appartenenza, "affidabile" in termini di tutela della privacy. Tra coloro che possiedono il permesso di soggiorno il 5,4% lo ha ottenuto per la motivazione "lavoro dipendente" e solo l'1,0% per "ricongiungimento familiare".

Nel 97,6% dei casi manca l'iscrizione all'SSN, ma tenendo conto della percentuale di stranieri provvisti di permesso di soggiorno tale dato dovrebbe essere inferiore. Questo, pertanto, indica che anche gli aventi diritto spesso non avevano esercitato la possibilità o l'obbligo all'iscrizione all'SSN. Tuttavia tutti coloro che ne avevano la possibilità o l'obbligo sono stati iscritti all'SSN, attraverso un percorso guidato con l'intervento dello staff multiculturale per il supporto necessario.

Il livello di istruzione medio (equiparato ai nostri titoli di studio con metodiche standard) posseduto e documentato dai nostri pazienti, che negli anni passati era andato costantemente crescendo, sembra attualmente stabilizzarsi intorno ai seguenti valori: diploma di scuola media inferiore 11,7%; diploma di scuola media superiore 25,2%; laurea 6,1%; senza alcun titolo di studio 1,5%.

Il 20,9% dei pazienti osservati era disoccupato e tra questi la percentuale di soggetti che hanno richiesto due o più visite negli anni considerati ha raggiunto il 43,2%; pur non essendo statisticamente significativa l'associazione tra disoccupazione e scarse condizioni di salute è fortemente indicativa.

Le condizioni igienico-abitative appaiono come altri importanti determinanti sociali dello stato di salute degli immigrati: solo lo 0,1% infatti è proprietario della casa in cui vive e ben il 29,8% degli immigrati che vivono in affitto/subaffitto o come ospiti presso amici/parenti vivono in più di due persone per stanza (con punte di 10 persone per stanza nello 0,9% dei casi).

L'alimentazione italiana viene utilizzata solo nell'8,2% degli immigrati di prima generazione, mentre il 44,7% degli stessi predilige l'alimentazione della propria etnia; nella seconda generazione di immigrati si assiste ad un capovolgimento dei valori percentuali prima riportati, sebbene i numeri assoluti della seconda generazione non siano comparabili con quelli della prima. Questa informazione, se confermata da altri studi, potrebbe giustificare l'aumentata prevalenza di alcune patologie cronico-degenerative e cardiovascolari che si comincia ormai ad osservare anche in Italia così come è già accaduto in altri Paesi europei dove gli immigrati di seconda generazione hanno assunto abitudini alimentari e stili di vita caratteristici della popolazione ospitante (7).

1.2.2. Rilievi principali sulla salute degli immigrati

Prima di parlare dei principali problemi di salute degli immigrati bisogna ricordare quali sono i rischi sanitari che possono frequentemente verificarsi:

1. La provenienza da zone ad alto rischio per alcune malattie (parassitosi, tubercolosi, malaria, lebbra, AIDS) può averli esposti a queste infezioni e occorre avere la possibilità di visitarli subito, per consentire diagnosi corrette e impostare terapie tempestive.

2. Il viaggio, diventato ormai sempre più disumano, può favorire lo sviluppo di malattie dovute all'assenza di condizioni igieniche minime. Essere stipati per 30-40 giorni, in 300-400 persone in un'imbarcazione che ne potrebbe contenere al massimo 60-80, significa favorire lo sviluppo di infezioni intestinali, polmonari, epatiche e cutanee. Gli stessi eventi fisiologici, come la minzione, il ciclo mestruale, la gravidanza, spesso diventano rischi per la salute.
3. Se riescono ad arrivare indenni in Italia, la permanenza nelle nostre città in condizioni strutturali pesanti, con la nota difficoltà all'accesso all'SSN, rende problematica la possibilità di mantenersi sani, in particolare per le donne e i bambini.
4. Con il passare del tempo, si sovrappone una reale patologia da depauperamento psicofisico, con aumentata predisposizione a infiammazioni delle alte e basse vie aeree, dell'apparato digerente, della cute, genito-urinarie e ad infezioni presenti in Italia.
5. Persistendo lo stato di degrado, possono manifestarsi i sintomi clinici di alcune infezioni, come le epatiti, la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmissibili.
6. Si osservano recentemente anche molte sindromi psicosomatiche, ansioso-depressive, che insorgono in particolare negli immigrati provenienti dalle zone di guerra (Kosovo, Sierra Leone, e Kurdistan) o in quelli che vorrebbero tornare nel proprio Paese a combattere per i propri ideali, ma non possono farlo (Afghanistan e Pakistan).
7. Sono in aumento anche i casi di rifugiati che sono stati torturati nei loro Paesi d'origine.
8. Molte donne ancora si presentano al nostro Servizio, in stato di gravidanza, al secondo o addirittura al terzo trimestre, senza essersi mai sottoposte a visita specialistica e aver praticato esami strumentali.
9. La condizione di salute della donna e dei bambini, necessita di una particolare attenzione, perché spesso i sintomi di alcune malattie possono essere subdoli e aver bisogno di una capacità di comunicazione che solo il mediatore culturale può facilitare.
10. Spesso per le donne, eventi naturali come il parto, o la più banale patologia infiammatoria, diventano situazioni preoccupanti, talvolta con grave pericolo per la vita stessa, per la difficoltà di accesso a una rete sanitaria che le sappia accogliere e comprendere.

1.2.3. Caratteristiche sanitarie

Per quanto riguarda le principali patologie da noi osservate in queste persone, e riportate graficamente nelle Figure 1.1 e 1.2, esse non si discostano da quelle che si rilevano negli italiani, ad eccezione di alcuni aspetti particolari che riguardano soprattutto i Nomadi e la salute materno-infantile di cui parleremo più avanti ricordando e schematizzando i risultati ottenuti dalle altre Unità Operative (UO) del progetto e che saranno riprese negli altri capitoli di questo rapporto.

Le diagnosi da noi effettuate con particolare frequenza negli anni 1999-2000 possono essere così schematizzate: malattie dermatologiche 22-25%, malattie respiratorie circa 7% nei due anni, malattie dell'apparato digerente 10-8%, malattie ortopediche e traumatologiche 7,7%, malattie dell'apparato genito-urinario passate da meno del 7% nel 1999 al 9,4% nel 2000, malattie infettive 23-18%. Queste ultime sono diminuite negli ultimi due anni passando dal 23% al 18%, ma abbiamo osservato un aumento relativo delle epatiti virali (A, B e C), prima piuttosto rare, e sono stati osservati inoltre due casi di lebbra. Sono in lieve aumento anche i sintomi, segni e stati morbosi mal definiti saliti, nel 2000, al 7,9%. L'infezione da HIV/AIDS, nella nostra casistica, ha una prevalenza stabile negli ultimi due anni intorno al 6% (dati non mostrati), ma è aumentato il

numero di persone con forme precocemente terminali, che spesso giungono con la speranza di poter utilizzare le potenti terapie antiretrovirali non disponibili nei rispettivi Paesi di provenienza.

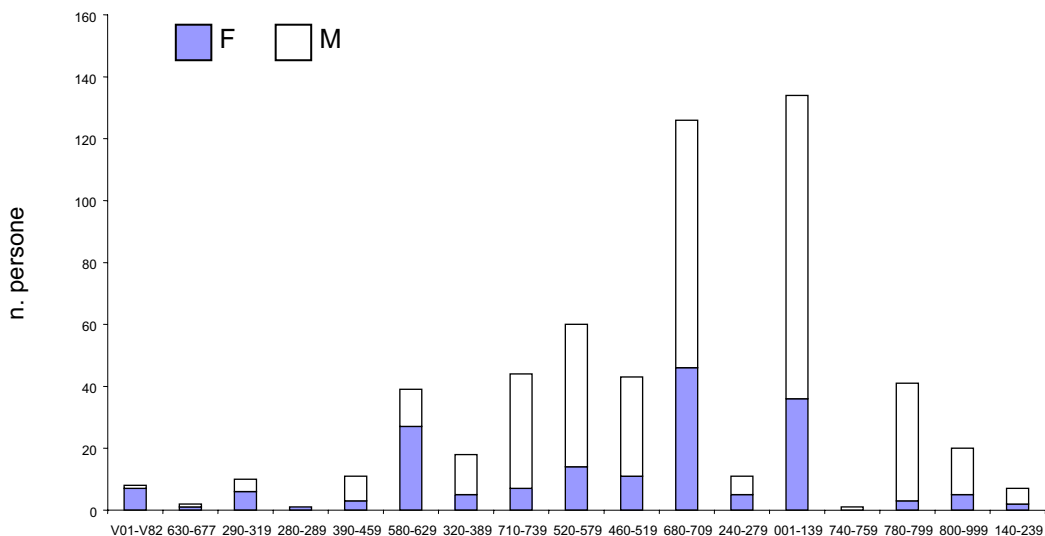


Figura 1.1. Principali gruppi di patologie 1999

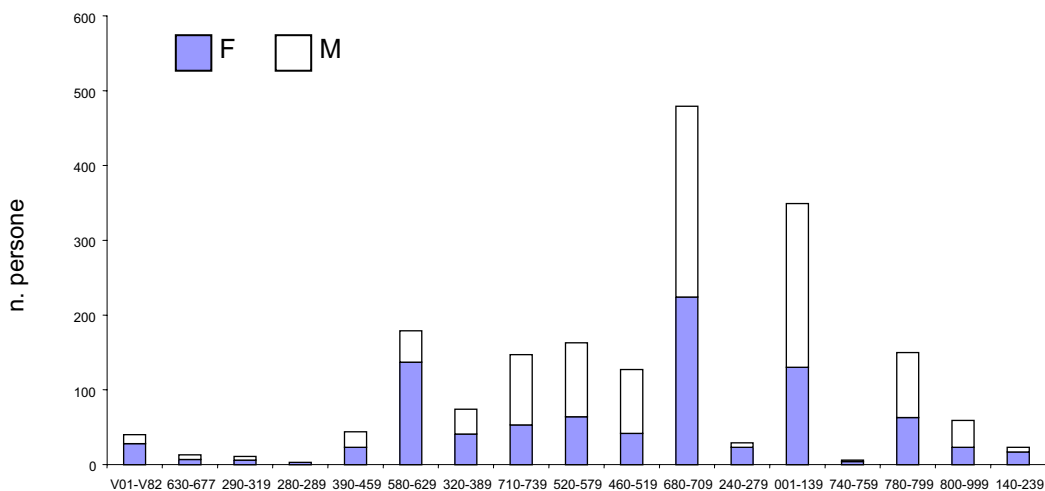


Figura 1.2. Principali gruppi di patologie 2000

LEGENDA: **V01-V82:** Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari; **630-677:** Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio; **290-319:** Disturbi psichici; **280-289:** Malattie del sangue e degli organi ematopoietici; **390-459:** Malattie del sistema circolatorio; **580-629:** Malattie del sistema genitourinario; **320-389:** Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi; **710-739:** Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo; **520-579:** Malattie dell'apparato digerente; **460-519:** Malattie dell'apparato respiratorio; **680-709:** Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo; **240-279:** Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari; **001-139:** Malattie infettive e parassitarie; **740-759:** Malformazioni congenite; **780-799:** Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti; **800-999:** Traumatismi e avvelenamenti; **140-239:** Tumori.

1.3. Conclusioni

Attualmente si possono individuare almeno 6 grandi aree critiche della salute degli immigrati che è importante sottolineare:

1. *Malattie infettive a carico di vari organi*
Infezioni cutanee, polmonari, sessuali, epatiche e neurologiche, assai scarse in passato, oggi più frequenti e con manifestazioni cliniche subdole, che ne ritardano la corretta diagnosi.
2. *Salute materno-infantile*
Nonostante il miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio, vi è ancora una certa percentuale di donne che non riceve assistenza in gravidanza o che mostra problemi di conoscenze e tra le immigrate gli esiti alla gravidanza sono peggiori (vedi capitolo 2).
3. *Rischio di malattie legate alla prostituzione*
Si tratta di malattie come l'infezione da HIV e le malattie sessualmente trasmissibili. I casi di AIDS nella popolazione straniera, notificati al Centro Operativo AIDS (COA), sono passati dal 2-3% del 1992 a quasi il 15% del 2000.
4. *Tossicodipendenza*
Una condizione soprattutto vissuta in carcere, dove gli immigrati, spesso privi del permesso di soggiorno, raggiungono un terzo dell'intera popolazione carceraria italiana.
5. *Scarsità di servizi dedicati per la salute della donna*
Mancano servizi per prevenzione dei tumori femminili, contraccezione, interruzione volontaria della gravidanza.
6. *Condizioni igienico-abitative, scarsa qualità di vita e di salute, frammentarietà degli interventi socio-sanitari e tossicodipendenza giovanile di molti campi-nomadi*
A questo proposito le patologie più frequenti sono le stesse di quelle riscontrate nell'ambito della popolazione immigrata (vedi Figure 1.1 e 1.2) e sostanzialmente sovrapponibili a quelle evidenziate anche nel capitolo 3 di questo rapporto. Tuttavia la prevalenza di alcune singole patologie di questa popolazione è nettamente maggiore rispetto alla popolazione generale italiana e immigrata e le relative prevalenze, da noi riscontrate tra i 795 Rom visitati fino al gennaio 2001, sono le seguenti: paradontosi 28,4%; carie 47,8%; pediculosi 7,3% negli adulti e 14,3% nei bambini sotto i 14 anni; scabbia 16,1%, tinea capitis e corporis 9,7%, epatite A pregressa (36,4%) ed esiti traumatici (26,8%).

Devono inoltre essere segnalate anche alcune situazioni cliniche particolarmente drammatiche e indicative della grave situazione sanitaria in cui vivono molti Rom:

- un bambino di 8 anni con lussazione congenita e bilaterale dell'anca da sottoporre al più presto ad intervento chirurgico;
- 2 casi di insufficienza renale acuta;
- 2 casi di miocardiocoronarosclerosi;
- 9 casi di diabete mellito non controllato dalla terapia con ipoglicemizzanti;
- 16 casi di ulcere agli arti inferiori in soggetti arteriopatici e diabetici;
- 18 casi di insufficienza respiratoria che necessitano di ossigeno-terapia a permanenza;
- 21 casi di ipertensione arteriosa.

La diagnosi di queste gravi patologie non è stata effettuata durante le visite periodiche svolte all'interno dei campi, ma dopo un accurato esame clinico e laboratoristico svoltosi all'interno del S. Gallicano, dove i gruppi di pazienti Rom vengono settimanalmente accolti, visitati e sottoposti di routine, oltre che ad una visita medica completa con elettrocardiogramma, ai necessari accertamenti diagnostici e laboratoristici.

È evidente da quanto sopra descritto la necessità di condurre e realizzare, in modo sempre più elaborato e coordinato percorsi medico-sanitari, preventivi e diagnostico-terapeutici che permettano di individuare precocemente le patologie più frequenti, diffuse e gravi che possono mettere a rischio la salute dei Rom e dell'intera collettività.

Sostanzialmente l'immigrato non presenta patologie particolarmente gravi, di natura tropicale o molto diverse rispetto alla popolazione residente, se non per la frequente mancanza di tutela sanitaria di base e quindi della possibilità di diagnosi e terapie in tempi brevi ed efficaci che consentano un decorso migliore, un progressivo miglioramento e la guarigione completa. Negli ultimi 2-3 anni si assiste comunque ad un aumento relativo delle malattie tropicali di natura infettiva come filariasi, loiasi, micosi profonde, tripanosomiasi, malaria e lebbra.

Altra grande paura sociale è rappresentata dalle malattie da importazione. Ci si aspetterebbe che tali patologie, diffuse in Paesi in cui sono presenti in forma endemica condizioni patologiche di natura infettiva e parassitaria, venissero "trasportate" fra di noi dagli immigrati. Nelle casistiche dei vari centri sanitari per immigrati, in particolare all'Istituto Scientifico San Gallicano di Roma, la frequenza di queste malattie è limitata, essendo esse da noi scarsamente propagabili per mancanza delle condizioni favorevoli: fame, miseria povertà e presenza del vettore. La popolazione ospitante resta pressoché immune da tali malattie, anche perché esiste in Italia un sistema di sorveglianza collaudato. Elemento nuovo in questo quadro potrebbe essere costituito dall'infezione da HIV; ma studi su campioni di popolazione immigrata presente sia regolarmente che clandestinamente in Italia hanno nuovamente ridimensionato il problema (8, 9). Nonostante, a volte, provengano da aree endemiche (Africa dell'ovest), gli immigrati in Italia sono al momento per lo più indenni dall'infezione e anzi, condividendo a volte gli stessi "territori" dei tossicodipendenti (soprattutto legati alla prostituzione), possono infettarsi proprio da noi. L'aumento dei casi di AIDS conclamato in stranieri che si è osservato alla fine del 2000, più del 14% su una popolazione che rappresenta il 2,9%, deve far riflettere bene sulla complessità del fenomeno migratorio e della salute, per programmare campagne di prevenzione e di promozione della salute mirate per queste fasce di popolazioni immigrate a rischio.

2. ASSISTENZA ALLA NASCITA TRA LE DONNE IMMIGRATE

Angela Spinelli (a), Michele Grandolfo (a), Serena Donati (a), Silvia Andreozzi (a), Cristiana Longhi (a), Mauro Bucciarelli (a), Giovanni Baglio (b)

(a) *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma*

2.1. Introduzione

2.1.1. L'immigrazione in Italia al femminile

Secondo gli ultimi dati ufficiali (10, 11), nel 2000 risultavano regolarmente soggiornanti in Italia circa 650 mila donne straniere (pari al 46% di tutta la popolazione immigrata).

Tale numero è andato aumentando negli anni: secondo i dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) si è passati da 259050 permessi di soggiorno rilasciati a donne straniere nel 1992 a 607986 nel 2000, con un corrispondente aumento percentuale su tutta la popolazione straniera da 40% a 46% (12).

Le donne immigrate in Italia sono generalmente giovani (più del 65% di età compresa tra i 19 e i 40 anni) e, quindi, in età riproduttiva. La loro provenienza è molto varia, in prevalenza da Paesi ad economia meno avanzata: 27% dall'Europa dell'Est, 20% dall'Asia, 19% dall'Africa e 13% dall'America Latina (10). In particolare negli ultimi anni si è osservato un aumento delle cittadine provenienti dall'Europa centro-orientale.

Se si considerano le modalità di arrivo e le condizioni di inserimento delle donne immigrate in Italia, si possono notare alcuni tratti caratteristici che differenziano la popolazione extracomunitaria femminile da quella maschile.

Innanzitutto, cosa spinge una donna ad emigrare?

Vi sono alcuni motivi in comune con gli uomini, come ad esempio difficoltà economiche, ragioni politiche o anche spinte e motivazioni culturali; altri, invece, sono peculiari delle donne: la condizione di ripudiate o divorziate, il ricongiungimento familiare, il matrimonio.

I legami familiari generalmente sono al centro del progetto migratorio delle donne, più di quanto non accada per gli uomini. Legami con il nucleo di origine, che si mobilita per organizzare e sostenere la migrazione delle donne come compimento di un progetto familiare di sussistenza; o anche, legami che si vogliono riacciare, attraverso il ricongiungimento con il marito (13). Infatti, tra i 56 mila nuovi permessi per ricongiungimento familiare concessi nel 1999 il 73% ha riguardato donne (10).

Negli ultimi anni, anche grazie alle nuove normative, si è assistito ad un aumento di nuovi permessi di soggiorno per ricongiungimento familiare. Secondo i dati ISTAT (12), da un totale di 92073 permessi di soggiorno rilasciati nel 1992 (pari al 14% di tutti i permessi) si è arrivati a 334129 nel 2000 (25%). In generale si assiste a una progressiva "familiarizzazione" dei flussi migratori. Lo sviluppo dei ricongiungimenti e la conseguente familiarizzazione dei flussi migratori sono fenomeni in grado di determinare nel giro di pochi anni una profonda trasformazione delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione immigrata, così come è avvenuto in altri Paesi di più antica immigrazione. Sul piano demografico, è possibile prevedere un definitivo riequilibrio del rapporto maschi/femmine, un aumento delle nascite e di conseguenza un abbassamento dell'età media; sul piano socio-culturale, si registrerà una

crescente domanda di servizi (sanitari, educativi e sociali) e in definitiva l'istanza di nuove politiche sociali a favore dell'integrazione (13).

Per quanto riguarda le nascite, ad esempio, dal 1980 al 2000 si è registrato un aumento da circa 5000 a 30000 nati da almeno un genitore straniero (6% del totale dei nati). La gran parte di questi bambini hanno entrambi i genitori stranieri. Nel 2000 i nati con genitori entrambi stranieri sono stati 25mila (11).

2.1.2. La donna immigrata e l'esperienza della maternità

In molti Paesi ad economia meno avanzata la gravidanza, il parto e il puerperio rappresentano tuttora uno dei momenti di maggiore pericolo per la salute (e la vita) della donna e del neonato.

Il calcolo dei rapporti di mortalità materna (per 100000 nati vivi) fornisce una misura valida del numero di donne decedute per motivi collegati alla gravidanza e soprattutto al parto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto delle stime che per l'Africa vanno da 50 su 100000 nati vivi nelle Mauritius a 1100/100000 nella Repubblica Centrafricana; per l'Asia si va da 3/100000 negli Emirati Arabi Uniti a 650/100000 nel Laos; e per l'America Latina, da 21/100000 in Uruguay fino a 390/100000 in Bolivia. Lo stesso rapporto è pari a 6/100000 in Italia, in Francia e in Gran Bretagna, 8/100000 negli USA e 2/100000 in Canada (14). Per quanto riguarda la mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita rispetto a 1000 nati vivi), il valore medio tra i Paesi in via di sviluppo è di 63/1000 rispetto a 9/1000 nei Paesi ad economia avanzata.

Anche tra gli immigrati provenienti dai Paesi ed economia meno avanzata, i fattori di rischio della povertà e dell'emarginazione sociale si associano ad un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante (15).

Se si considerano la giovane età, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie, di infezioni dell'apparato genito-urinario, e soprattutto il disagio interculturale e le condizioni socio-economiche precarie, si traccia il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze (16).

Alcuni studi condotti in Francia sul rischio materno-infantile nella popolazione immigrata hanno mostrato un incremento di parti prematuri e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali. Anche in Gran Bretagna, diverse indagini hanno evidenziato un più basso peso alla nascita e un significativo aumento della mortalità perinatale per i nati di immigrati asiatici rispetto alla popolazione inglese (17).

I pochi dati disponibili in letteratura sulla realtà del nostro Paese confermano la presenza di maggior esiti negativi alla nascita e di difficoltà nell'assistenza ricevuta dalle donne straniere in gravidanza. Da un'analisi dei dati nazionali l'ISTAT ha calcolato per il 1994 un tasso di natimortalità pari a 6,6 per 1000 per le coppie straniere a fronte del 4,9 per 1000 per le coppie padre italiano/madre straniera e 4,1 per le coppie italiane (18).

Simili risultati sono stati osservati nel Lazio nel periodo 1992-1996: vi sono stati 7,4 nati morti per 1000 nati in caso di madre straniera rispetto a 3,5 tra le italiane (15). Differenze sono state trovate anche nella mortalità neonatale (9,3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi da madre straniera rispetto a 4,4 per 1000 tra le italiane) e quella post-neonatale (2,6 morti per 1000 nati vivi con madre straniera e 1,3 per 1000 da quelli con madre italiana). Inoltre la percentuale di bambini con basso peso alla nascita (< 2500 g) è risultata più elevata quando la madre era nata in un Paese ad economia in via di sviluppo (circa 9%) in confronto a quella calcolata per i nati da madre nata nel Lazio (5,2%) o in Paesi ad economia avanzata (4,4%).

Uno studio per valutare le condizioni di salute alla nascita è stato condotto in 33 punti nascita di 25 città italiane nel 1996-1997 (19). 2424 neonati con genitori extracomunitari sono

stati confrontati con 4848 con genitori entrambi italiani. I nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono risultati essere il 14,8% dei neonati extracomunitari e l'11,9% degli italiani. La percentuale di bambini a basso peso alla nascita è stata 9,7% tra i neonati extracomunitari e 6,8% nei controlli. Le corrispondenti percentuali di nati con peso inferiore o uguale a 1500 g sono state 2,4% e 1,2% rispettivamente. I neonati da genitori extracomunitari hanno presentato asfissia neonatale in percentuale superiore rispetto ai controlli (2,3% e 1,2%). Anche i tassi di natimortalità e di mortalità neonatale precoce sono risultati più elevati tra i figli degli extracomunitari: 3,7 nati morti per 1000 nati rispetto a 2,7 tra i neonati da genitori italiani e 7,9 bambini morti nella prima settimana di vita per 1000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1,9 tra gli italiani.

Infine uno studio su 150 donne provenienti da Paesi ad economia in via di sviluppo è stato condotto nel 1996 dal Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per valutare l'assistenza in gravidanza (20). 74 donne extracomunitarie, prevalentemente irregolari, seguite presso quattro centri di volontariato romani e 76 donne extracomunitarie che hanno partorito nel reparto di Clinica Ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma (con permesso di soggiorno) sono state confrontate con un campione di 9004 donne italiane (21).

Marcate differenze sono state osservate tra i tre gruppi sul piano delle conoscenze. Si è evidenziata una grave carenza di informazioni da parte delle donne extracomunitarie rispetto alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale che le strutture sanitarie pubbliche offrono alle donne in gravidanza. Ad esempio, oltre il 60% delle straniere non aveva ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale, rispetto al 31% delle italiane. Inoltre, il 67% delle extracomunitarie ha dichiarato di non avere avuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, rispetto al 40% delle italiane.

Sul piano degli atteggiamenti, la distanza tra i gruppi è risultata meno marcata, probabilmente perché le attitudini più direttamente collegabili al ruolo materno sono patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni.

Infine, sul piano dei comportamenti, le distanze tra i gruppi tornano a farsi marcate. I comuni indicatori di utilizzo dei servizi in gravidanza confermano per le donne extracomunitarie il rischio di una sorveglianza prenatale ridotta. 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.

Il quadro che emerge dunque è quello di una popolazione, quella delle donne immigrate, fortemente svantaggiata sul piano delle conoscenze e discriminata nell'accesso alle strutture socio-sanitarie.

2.2. Obiettivi dello studio

Gli obiettivi dello studio del percorso nascita tra le donne immigrate svolto nel periodo 2000-2001 nel Comune di Roma dal Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS sono stati:

1. valutare le conoscenze e gli atteggiamenti sulla gravidanza, sul parto e sul puerperio da parte di donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata che hanno recentemente partorito in Italia;
2. rilevare i comportamenti in gravidanza e al parto come misura indiretta del grado di accessibilità dei servizi sanitari pubblici e della disponibilità degli operatori;

3. valutare la soddisfazione delle donne immigrate per quanto riguarda l'assistenza alla nascita;
4. aumentare le conoscenze sui servizi sanitari pubblici tra le donne immigrate attraverso la realizzazione di materiale divulgativo preparato insieme alle comunità di immigrate.

2.3. Materiali e metodi

Per poter raggiungere gli obiettivi sopraindicati, sono state invitate tutte le ASL del Comune di Roma a partecipare ad uno studio sul percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata. Cinque centri nascita hanno deciso di aderire: Ospedale Policlinico Casilino, Ospedale Sandro Pertini, Ospedale Policlinico Umberto I, Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Ospedale S. Eugenio.

Sulla base del numero di nati da donne straniere nell'anno 1999 e delle risorse disponibili presso le 5 strutture, i ricercatori dell'ISS hanno calcolato che un periodo di 4 mesi sarebbe stato sufficiente per raggiungere un campione di circa 80-100 puerpere in ciascun centro nascita. Tutte le donne immigrate che si sono rivolte a questi centri nascita per partorire dal 14 ottobre 2000 al 13 febbraio 2001 sono state contattate per essere intervistate. Le interviste sono state effettuate il giorno prima della dimissione da ostetriche addestrate dai ricercatori dell'ISS. Nel caso di non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistata, le intervistatrici potevano chiedere il supporto di mediatrici culturali-interpreti, anche loro addestrate dai ricercatori dell'ISS alla conduzione dell'intervista. Non sono state contattate le donne con gravi complicanze o il cui neonato presentava problemi che hanno richiesto il ricovero.

Il questionario utilizzato per l'indagine è stato preparato insieme all'Associazione "Candelaria", ONLUS formata da donne di diverse comunità di immigrate, e ad altri esperti nel settore (Appendice A). L'associazione "Candelaria" ha anche partecipato alla conduzione di alcune interviste. L'ISS ha inoltre preparato un manuale per la conduzione dell'intervista che è stato consegnato alle intervistatrici e alle interpreti.

Per sopperire alle carenze tra la popolazione immigrata di informazioni sulle leggi in campo sanitario in vigore in Italia e sul Servizio Sanitario Nazionale, più volte evidenziate dalle comunità di immigrate e dagli operatori, sono stati prodotti dall'ISS e dall'Associazione "Candelaria" due depliant: uno sui diritti in campo sanitario da parte della popolazione immigrata e l'altro sui servizi sanitari pubblici. I due depliant sono stati stampati in sei lingue: italiano (Appendice A), inglese, francese, spagnolo, arabo e cinese. Tutte le donne contattate dalle intervistatrici, dopo l'intervista, hanno ricevuto copia dei due depliant e un piccolo questionario per valutare il materiale ricevuto.

I questionari raccolti sono stati consegnati all'ISS che ha provveduto al controllo dei dati, alla codifica, all'immissione su supporto magnetico e all'analisi statistica.

2.4. Risultati e discussione

In Tabella 2.1 sono riportati i dati sul numero di donne contattate (totale), delle intervistate, dei rifiuti e delle donne che sono state dimesse prima che fosse possibile intervistarle (non trovate) in ciascuna struttura. Delle 361 donne contattate, 318 sono state intervistate (tasso di rispondenza pari a 87,1%), 24 hanno rifiutato di partecipare (6,6%) e 19 (5,3%) sono uscite dall'ospedale prima di essere contattate (il 93% di quest'ultime erano donne nomadi).

Tabella 2.1. Adesione all'indagine per ospedale (numero di donne)

Ospedale	Intervistate	Rifiuti	Non trovate	Totale
Policlinico Umberto I	71	4	2	77
Policlinico Casilino	89	5	8	102
Ospedale Pertini	52	4	2	58
Ospedale S. Eugenio	59	7	4	70
Ospedale S. Giovanni Cabillita Fatebenefratelli	47	4	3	54
Totale	318 (87,1%)	24 (6,6%)	19 (5,3%)	361

2.4.1. Caratteristiche socio-demografiche

Come già sottolineato nella parte introduttiva la provenienza degli immigrati in Italia è molto varia. Le donne intervistate nei 5 ospedali provenivano da 54 Paesi: 138 (43,4%) dall'Europa dell'Est, 80 (25,2%) dall'Asia, 53 (16,7%) dall'America Centro-Sud e 47 (14,8%) dall'Africa (Tabella 2.2).

Tabella 2.2. Paese di origine delle intervistate (numero e percentuale)

Paese	n.	%	Paese	n.	%
Europa dell'Est (14 Paesi)	138	43,4	Africa (16 Paesi)	47	14,8
Albania	17	5,3	Algeria	1	0,3
Bulgaria	1	0,3	Burkina Faso (Alto Volta)	1	0,3
Iugoslavia (Serbia-Montenegro)	18	5,7	Capo Verde	4	1,3
Polonia	24	7,5	Egitto	11	3,5
Romania	52	16,4	Etiopia	4	1,3
Ucraina	1	0,3	Kenia	2	0,6
Russia	7	2,2	Libia	1	0,3
Croazia	2	0,6	Marocco	9	2,8
Slovenia	1	0,3	Nigeria	4	1,3
Bosnia-Erzegovina	1	0,3	Senegal	1	0,3
Macedonia	6	1,9	Sierra Leone	1	0,3
Moldavia	5	1,6	Somalia	1	0,3
Repubblica Ceca	1	0,3	Sudan	1	0,3
Kosovo	2	0,6	Tunisia	4	1,3
Asia (14 Paesi)	80	25,2	Rep. Dem. Congo (Zaire)	1	0,3
Bangladesh	9	2,8	Eritrea	1	0,3
Sri Lanka (Ceylon)	9	2,8	America Centro-Sud (10 Paesi)	53	16,7
Cina	11	3,5	Cuba	6	1,9
Corea del Sud	2	0,6	Repubblica Dominicana	3	0,9
Filippine	32	10,1	Messico	1	0,3
Giordania	1	0,3	Panama	1	0,3
India	6	1,9	Argentina	3	0,9
Indonesia	1	0,3	Brasile	3	0,9
Iraq	1	0,3	Cile	1	0,3
Libia	1	0,3	Colombia	3	0,9
Pakistan	3	0,9	Ecuador	6	1,9
Siria	1	0,3	Perù	26	8,2
Turchia	2	0,6	TOTALE (54 Paesi)	318	100
Armenia	1	0,3			

I gruppi più numerosi sono risultati essere: 52 rumene, 32 filippine, 26 peruviane, 24 polacche, 18 slave, 17 albanesi, 11 cinesi e 11 egiziane.

Nella Tabella 2.3 sono presentate le distribuzioni percentuali relative alle caratteristiche socio-demografiche delle intervistate. I dati sono stati suddivisi per area di provenienza delle donne perché spesso vi sono delle differenze.

Tabella 2.3. Caratteristiche socio-demografiche delle intervistate (in percentuale)

Caratteristica	Provenienza				Totale
	Europa dell'Est	Asia	Africa	Centro-Sud America	
Età					
15-19	2,9	0,0	4,3	3,8	2,5
20-24	32,6	17,5	12,8	18,9	23,6
25-29	32,6	27,5	27,7	34,0	30,8
30-34	24,6	32,5	23,4	26,4	26,7
35-39	5,1	17,5	29,8	11,3	13,0
40-44	2,2	5,0	2,1	5,7	3,5
Stato civile					
Coniugata	72,5	86,1	87,2	54,7	75,1
Nubile/convivente	26,1	11,4	12,8	43,4	23,3
Altro	1,5	2,5	0,0	1,9	1,6
Anni istruzione					
m8	31,4	15,2	36,2	17,0	25,6
> 8	68,6	84,8	63,8	83,0	74,4
Attività lavorative in Italia					
Casalinga	49,3	41,2	57,4	41,5	47,2
Disoccupata	12,3	5,0	8,5	5,7	8,8
Operaia	5,8	7,5	2,1	5,7	5,7
Colf/baby sitter	23,2	40,0	15,0	39,6	28,9
Altro	9,4	6,2	17,0	7,5	9,4
Numero figli					
0	60,9	45,0	44,7	66,0	55,3
1	26,8	37,5	44,7	24,5	31,8
2	4,3	15,0	8,5	7,5	8,2
≥ 3	8,0	2,2	2,1	1,9	4,7

La maggior parte delle donne si colloca nella fascia 20-34 anni (81,1% del totale). Le donne provenienti dai Paesi dell'Europa dell'Est sono più giovani rispetto alle altre (35,5% con meno di 25 anni tra le est europee rispetto a 17,5% tra le asiatiche).

Anche la distribuzione per stato civile presenta delle notevoli differenze. Se tra le africane l'87,2% è coniugata, tra le donne provenienti dall'America Centro-Sud questa percentuale è pari al 54,7%.

Sul totale delle intervistate il 74,4% aveva frequentato la scuola per più di 8 anni a conferma del fatto che gli immigrati sono generalmente persone con livelli alti di istruzione. Le donne provenienti dall'Asia e dall'America Centro-Sud risultano avere un'istruzione più elevata.

Generalmente queste donne in Italia sono casalinghe (47,2%) o svolgono attività come colf o baby sitter (28,9), particolarmente le asiatiche e le latino americane. Vi è inoltre un 9% di donne che vorrebbero lavorare ma non trova un'occupazione nel nostro Paese (specie tra le donne provenienti dall'Europa dell'Est).

Il 55,3% delle donne era al primo figlio e solo il 4,7% ne aveva già tre o più. La percentuale di donne con figli era più elevata tra le asiatiche; di queste il 17,2% aveva già due o più figli.

Nella Tabella 2.4 sono riportati alcuni dati che possono fornire un quadro generale dell'inserimento delle intervistate nella società italiana.

Tabella 2.4. Indicatori di inserimento delle intervistate nella società italiana (in percentuale)

Indicatore di inserimento	Provenienza				Totale
	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	
Situazione legale					
Cittadinanza italiana	3,6	5,0	2,1	15,1	5,7
Permesso di soggiorno	79,0	91,2	89,4	77,4	83,3
Non ha il permesso di soggiorno	7,2	0,0	4,3	3,8	4,4
È in attesa del permesso di soggiorno	8,7	2,5	4,3	3,8	5,7
Rifugiata	1,4	1,2	0,0	0,0	1,0
Da quanto tempo è in Italia					
m3 anni	57,2	41,2	39,1	37,7	47,3
> 3 anni	42,7	58,7	60,9	62,3	52,7
Conoscenza della lingua italiana					
Buona	73,2	47,5	57,4	86,8	66,7
Scarsa	25,4	42,5	36,1	13,2	29,2
È necessario l'interprete	1,4	10,0	6,4	0,0	4,1
Dove abita					
Da sola	0,7	2,5	4,3	1,9	1,9
Con il partner	76,1	67,5	89,4	73,6	75,5
Con il partner e altri connazionali	18,1	18,7	2,1	18,9	16,0
Con i datori di lavoro	0,7	7,5	0,0	3,8	2,8
Con altre persone/amici	3,6	1,2	0,0	1,9	2,2
Con genitori o familiari	0,7	2,5	4,3	0,0	1,6
Adattamento abitudini del Paese ospite					
Opportuno	63,0	63,3	65,2	51,0	61,5
Non opportuno	2,9	6,3	8,7	3,9	4,8
Indifferente	34,0	30,4	26,1	45,1	33,8

Il 5,7% delle intervistate ha dichiarato di essere cittadina italiana, l'83,3% era in possesso di permesso di soggiorno e il 5,7% era in attesa di riceverlo. Il 4,4% non aveva permesso di soggiorno, con valori che variano da 0% tra le asiatiche e 7,2% tra le donne dell'Europa dell'Est. Questi valori, sebbene piccoli, stanno a sottolineare ancora una volta la mancanza di informazione sui propri diritti, specie tra le comunità di più recente immigrazione. Infatti, secondo le normative vigenti attualmente in Italia, qualsiasi donna immigrata ha diritto all'assistenza in gravidanza e può ottenere il permesso di soggiorno per tutto il periodo della gravidanza e finché il neonato non abbia raggiunto i sei mesi di vita.

Circa la metà delle donne sono presenti in Italia da più di 3 anni. Solo il 3,5% era in Italia da meno di 6 mesi ad indicare che la maggioranza di queste donne ha iniziato la gravidanza nel nostro Paese. Tra le donne provenienti dall'Europa dell'Est vi è una maggiore percentuale con presenza in Italia inferiore o uguale a 3 anni (57,2%).

Di conseguenza il 66,7% conosceva bene la lingua italiana e solo il 4,1% del campione (14 donne) ha avuto necessità dell'interprete per l'intervista. Nella maggioranza dei casi si è trattato di donne asiatiche.

Il 91,5% delle intervistate viveva con il partner.

Il 61,5% ha dichiarato di ritenere opportuno l'adattamento alle abitudini del Paese ospite, con una maggior percentuale di "non opportuno" tra le africane.

2.4.2. Gravidanza

Il 22,6% delle donne, quando ha pensato di essere incinta, ha semplicemente aspettato, mentre il 40,3% ha eseguito un test di gravidanza a casa.

La maggioranza è stata seguita in gravidanza principalmente da operatori delle strutture pubbliche, il 50% da un ginecologo di una struttura pubblica e il 15,4% dal consultorio familiare.

Il 17% delle intervistate ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza (Tabella 2.5). Questa percentuale è risultata variare da 3,8% tra le latino americane a 24,9% tra le donne dell'Europa dell'Est.

Tabella 2.5. Ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza? (in percentuale)

Risposta	Provenienza				Totale
	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	
No	76,1	85,0	85,1	96,2	83,0
Sì, per difficoltà di accesso alle strutture pubbliche	5,8	3,7	6,4	1,9	4,7
Sì, per difficoltà di comunicazione	5,8	6,2	4,3	0,0	4,7
Sì, per problemi economici	8,7	3,7	2,1	0,0	5,0
Altro	3,6	1,2	2,1	1,9	2,5

Nella Tabella 2.6 sono riportati i dati relativi ai principali indicatori di assistenza in gravidanza. I dati dell'indagine qui presentata (indicati nella colonna "immigrate 2000-2001") sono confrontati con i risultati delle indagini condotte nel 1995-1996 tra le donne italiane, le immigrate senza permesso di soggiorno ("immigrate irregolari") e quelle intervistate presso il Policlinico Umberto I ("immigrate regolari"), già citate nell'Introduzione.

Tabella 2.6. Confronto negli anni degli indicatori di assistenza in gravidanza

Indicatore	Italiane (1995-1996)	Immigrate irregolari (1996)	Immigrate regolari (1995-1996)	Immigrate (2000-2001)
Non assistite in gravidanza	0,5%	---	3%	4%
Prima visita dopo il 1° trimestre	10%	42%	25%	16%
Numero medio ecografie	5	2	3	3
Mese 1 ^a ecografia	3°	4°	4°	3°

Il 96% delle immigrate intervistate nel 2000-2001 è stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza. Questo valore risulta simile a quello osservato tra le immigrate nel 1995-

1996 e di molto inferiore a quello delle italiane (solo lo 0,5% nel 1995-1996 ha riferito di non essere stata seguita da alcuna figura professionale in gravidanza).

Il 16% delle intervistate è stata visitata per la prima volta dopo il 3° mese di gravidanza. In particolare il 2,6% ha effettuato la prima visita all'8°-9° mese (Tabella 2.7).

Tabella 2.7. Mese di effettuazione della prima visita in gravidanza (in percentuale)

Mese	Italiane (1995-1996)	Immigrate irregolari (1996)	Immigrate regolari (1995-1996)	Immigrate (2000-2001)
1	15,0	7,0	8,2	15,6
2	49,4	16,9	38,4	47,1
3	25,6	33,8	28,8	21,3
<i>entro il 3° mese</i>	<i>90,0</i>	<i>57,7</i>	<i>75,4</i>	<i>84,1</i>
4	5,7	23,9	12,3	8,9
5	2,1	7,0	2,7	3,5
6	0,9	5,6	1,4	0,6
7	0,8	4,2	2,7	0,3
8-9	0,5	1,4	5,5	2,6
<i>dopo il 3° mese</i>	<i>10,0</i>	<i>42,3</i>	<i>24,6</i>	<i>15,9</i>
<i>Media</i>	<i>2,3 mese</i>	<i>3,5 mese</i>	<i>3,0 mese</i>	<i>2,6 mese</i>
<i>Mediana</i>	<i>2 mese</i>	<i>3 mese</i>	<i>2 mese</i>	<i>2 mese</i>
<i>Moda</i>	<i>2 mese</i>	<i>3 mese</i>	<i>2 mese</i>	<i>2 mese</i>

I valori sono peggiori rispetto a quelli osservati tra le italiane del 1995-1996, ma di molto migliorati rispetto a quelli riscontrati tra le immigrate nello stesso periodo. Infatti tra le donne senza permesso di soggiorno questa percentuale era pari a 42% e tra quelle regolari 25%. Questo miglioramento è evidente anche dal dato relativo al valore medio del mese in cui è stata effettuata la prima visita: 3° mese e mezzo tra le irregolari, 3° mese tra le regolari e 2° mese e mezzo tra le intervistate del 2000-2001.

Le ecografie eseguite sono state in media 3, numero previsto dai protocolli di assistenza in gravidanza nazionali. Il valore trovato tra le italiane nel 1995-1996 era 5, indice probabilmente di una eccessiva medicalizzazione della gravidanza (vedi Tabella 2.6).

Il valore medio e mediano della prima ecografia è il 3° mese, mentre nel 1995-1996 risultava essere il 4° mese tra le immigrate.

Il 15,4% delle intervistate ha frequentato un corso di preparazione al parto, la maggioranza presso un consultorio familiare (nel 1995-1996 nessuna donna immigrata lo aveva frequentato). Questa percentuale è risultata maggiore tra le donne provenienti dal Centro-Sud America (31,2%) e minore tra le donne dell'Europa dell'Est (9,4%).

I motivi principali per cui nel 2000-2001 risultano non aver partecipato ai corsi sono stati: la non conoscenza della loro esistenza (41,9%) e problemi di tempo (22,0%). Ancora una volta si ripropone il problema della mancanza di informazioni e delle difficoltà di accesso alle strutture.

Il 61,9% delle donne ha riferito di aver avuto disturbi durante la gravidanza; nella gran parte dei casi si è trattato di disturbi lievi (nausea e vomito), ma il 20,3% ha riportato minaccia di aborto e il 10,7% di parto pretermine, il 7,6% ipertensione, il 4,1% diabete e l'8,1% infezioni delle vie urinarie.

L'80,2% ha assunto farmaci in gravidanza, soprattutto ferro e acido folico.

2.4.3. Parto e *post-partum*

L'8,8% delle intervistate ha partorito prima delle 37 settimane di gestazione (Tabella 2.8). Questo valore è inferiore a quello trovato tra le immigrate nel 1995-1996 (12,2%), ma superiore a quello osservato tra le italiane (4,6%). La settimana di gestazione alla nascita, insieme al peso del neonato, sono fattori di rischio per la mortalità perinatale e l'insorgenza di complicanze neonatali.

Tabella 2.8. Indicatori di assistenza al parto (in percentuale)

Indicatore di assistenza	Italiane (1995-1996)	Immigrate regolari (1995-1996)	Immigrate (2000-2001)
Parto pretermine (< 37 settimane)	4,6	12,2	8,8
Parto cesareo	25,5	47,4	28,6
Tricotomia	89,4	98,7	86,4
Clistere	60,2	85,3	45,4
Episiotomia	67,2	90,0	55,3
Richiesta del parere su queste procedure	11,4	31,5	36,5
Giudizio positivo sul parto	71,1	75,4	77,2

Nel 28,6% dei casi è stato effettuato un parto cesareo, valore inferiore al 32,9% riportato a livello nazionale per il 1999 (22). Come già osservato più volte a livello nazionale, esiste una differenza tra centri e probabilmente anche la differenza con il dato del 1995-1996 (47,4%) è imputabile a ciò

La tricotomia è stata praticata nell'86,4% dei casi, il clistere nel 45,4% e l'episiotomia nel 55,3%. Anche queste procedure sono spesso collegate alle strutture presso le quali si verifica il parto più che alle caratteristiche delle donne. Si ricorda ancora una volta che l'uso di routine di queste procedure non trova alcuna indicazione scientifica, come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (23). Confrontando questi valori con quelli degli studi del 1995-1996 si nota, comunque, una leggera diminuzione dell'uso, ad indicazione forse di una maggior conoscenza a proposito.

Il 36,5% delle intervistate ha dichiarato di essere stata consultata riguardo il ricorso a procedure quali clistere, tricotomia, episiotomia e anestesia. Questo valore è superiore a quello osservato tra le italiane (11,4%) e tra le immigrate (31,5%) nelle precedenti indagini.

Il 36,7% ha affermato che il parto era andato meglio di quanto si aspettasse e il 40,5% come si aspettava. Tra le donne che hanno partorito precedentemente nei loro Paesi di origine, il 70,5% ha dichiarato che l'assistenza sanitaria ricevuta in Italia era stata migliore rispetto alla sua esperienza nel Paese di origine, nonostante vi sia un 6,8% che denuncia un mancato rispetto della propria cultura e un 11,4% la mancanza del coinvolgimento della famiglia.

Per quanto riguarda il *post-partum* durante il ricovero, il 60,1% ha riferito di essere potuta stare con il bambino, dopo il parto, per il tempo desiderato (Tabella 2.9). Questa percentuale è di molto superiore a quelle osservate nel 1995-1996, probabilmente perché sempre più va diffondendosi l'informazione sull'importanza del contatto tra madre e figlio sin dalle prime fasi della vita.

Il 92,5% ha allattato durante il ricovero, anche se alla dimissione solo il 75,4% allattava esclusivamente al seno. Comunque questa percentuale è superiore a quella trovata nel 1995-1996 al Policlinico Umberto I.

L'87,6% delle donne ha dichiarato che prevede di effettuare un controllo ginecologico dopo il parto.

Tabella 2.9. Indicatori di assistenza al *post-partum* (in percentuale)

Indicatore di assistenza	Italiane (1995-1996)	Immigrate regolari (1995-1996)	Immigrate (2000-2001)
Sufficiente tempo con il bambino	40,1	38,4	60,1
Allattamento al seno durante il ricovero	92,2	82,4	92,5
Allattamento al seno alla dimissione	nd	54,8	75,4
Intenzione di effettuare un controllo ginecologico	nd	nd	87,6
Ripresa del lavoro entro il 3° mese	9,2	22,9	13,0
Usare contraccettivi in puerperio	63,9	53,4	47,0

nd: non disponibile

Tra le donne che lavoravano prima del parto il 13,0% ha affermato di pensare di ricominciare a lavorare prima dei 3 mesi di vita del bambino. Nel 1995-1996 questo dato era pari a 9,2% tra le italiane e a 22,9% tra le immigrate.

Il 47,0% ha espresso l'intenzione di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali e il 31,4% al momento dell'intervista era ancora indeciso.

Il 16,4% delle intervistate fumava prima della gravidanza e il 9,1% durante la gravidanza. Tra le fumatrici il 40,4% ha dichiarato di non avere intenzione di ricominciare.

2.4.4. Informazioni sul percorso nascita

Il questionario conteneva anche alcune domande che hanno permesso di valutare i livelli di conoscenza su alcuni aspetti del percorso nascita e di confrontarli con i dati delle precedenti indagini (Tabella 2.10).

Tabella 2.10. Indicatori dei livelli di conoscenza della donna (in percentuale)

Conoscenza della donna su:	Italiane (1995-1996)	Immigrate regolari (1995-1996)	Immigrate (2000-2001)
Diagnosi prenatale	69,0	34,2	54,7
Inizio allattamento	77,1	47,2	78,6
Cure bambino	76,6	85,7	82,7
Contraccezione puerperio	60,0	32,9	47,5
Consultori familiari	nd	nd	68,9
Legge sull'abbandono bambino in ospedale	nd	nd	38,3
Legge sulle donne lavoratrici	68,8	45,2	52,3

nd: non disponibile

Il 54,7% delle donne era stato informato circa la possibilità della diagnosi prenatale. Nel 1995-1996 il dato era risultato essere 69,0% tra le italiane e 34,2% tra le immigrate.

Il 78,6% sapeva che l'allattamento dovrebbe iniziare subito dopo la nascita e l'82,7% ha affermato di aver ricevuto informazioni sufficienti inerenti alle cure del bambino al momento del rientro a casa.

Tuttavia solo il 47,5% delle immigrate aveva ricevuto informazioni sulla contraccezione in puerperio e, tra queste, il 53,1% è stato informato da operatori sanitari. Questi dati mostrano un miglioramento rispetto ai valori tra le immigrate del 1995-1996 ma sono inferiori a quelli riscontrati tra le italiane e indicano ancora una volta la mancanza di attività di informazione e prevenzione che potrebbe essere svolta durante la degenza delle puerpere.

Il 68,9% delle intervistate ha dichiarato di essere a conoscenza dell'esistenza dei consultori familiari e il 41,3% di averli anche utilizzati. Questi valori sono risultati maggiori tra le donne provenienti dall'America Centro-Sud (81,1% e 52,8% rispettivamente) e minori tra le asiatiche (58,7% e 35,0%).

Il 38,3% ha riportato di sapere che in Italia esiste una legge che consente alle donne che partoriscono in ospedale di non riconoscere il bambino e di lasciarlo presso la struttura per l'adozione mantenendo l'anonimato.

Infine il 52,3% conosceva la legge che disciplina i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza, valore superiore a quello trovato tra le immigrate nel 1995-1996 (45,2%) e inferiore a quello tra le italiane (68,8%).

Le tabelle con la distribuzione di tutte le informazioni raccolte nell'indagine qui descritta sono riportate in Appendice B.

2.5. Conclusioni

L'immigrazione da Paesi ad economia meno avanzata rappresenta ormai una realtà concreta e permanente del nostro Paese. Vi sono ormai più di un milione e mezzo di immigrati e al loro interno si osserva un continuo aumento delle famiglie e delle nascite.

L'immigrata e l'immigrato che giungono in Italia hanno generalmente un patrimonio di salute pressoché integro al loro arrivo (24). È questo il cosiddetto "effetto migrante sano" una sorta di autoselezione naturale per cui decide di partire, e può partire, solo chi è in buone condizioni fisiche, ha maggiore istruzione e spirito d'iniziativa, maggiore intraprendenza e stabilità emotiva.

Tuttavia il migrante è generalmente esposto a tutta una serie di fattori di rischio per la salute, come evidenziato da numerosi studi epidemiologici che indicano nella povertà e nell'emarginazione i due principali determinanti delle malattie degli immigrati.

La complessità della "rete causale" chiama in causa la condizione giuridica e la posizione sociale (la mancanza del permesso di soggiorno si associa a uno stato di precarietà economica e di disadattamento), ma anche l'estraneità dai consueti circuiti dell'informazione (si pensi a quanto sia importante l'informazione nei programmi di educazione alla salute) e l'impossibilità di accesso ai servizi socio-sanitari.

Anche durante la gravidanza, al parto e in puerperio le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata si trovano in queste condizioni.

I risultati dello studio condotto consentono di delineare con sufficiente chiarezza il quadro generale in cui le donne immigrate si trovano a vivere la propria esperienza di maternità. Interessanti elementi di riflessione scaturiscono, in particolare, dal confronto con i dati relativi alla situazione delle donne italiane in gravidanza e delle immigrate nel 1995-1996. Da allora, infatti, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno infantile è stato esteso anche alla componente irregolare e i servizi, specie nelle grandi città, sempre più dichiarano l'incremento della domanda da parte della popolazione straniera.

All'origine dell'indagine vi è stato l'intento di rilevare i punti critici del percorso nascita tra donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata e, in particolare, di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici e la capacità di risposta da parte degli operatori a questa nuova realtà del nostro Paese.

In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero medio di ecografie è quello raccomandato dai

protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il 3°, come tra le italiane. Tuttavia ancora un 4% non ha avuto alcuna assistenza in gravidanza e il 17% ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita.

Per quanto riguarda i livelli di conoscenze, si evidenzia un miglioramento rispetto ai dati delle immigrate rilevati nel 1995-1996, ma risultano ancora inferiori rispetto a quelli osservati tra le italiane. Ciò è stato confermato anche dai giudizi sui due depliant distribuiti: la maggioranza delle donne ha dichiarato di non essere a conoscenza delle informazioni fornite o solo di alcune.

Tali carenze informative assumono particolare rilevanza sul piano epidemiologico perché condizionano scelte e comportamenti in grado di modificare l'andamento della gravidanza e del parto, e di influire sulla salute del bambino nel puerperio. Infatti la percentuale di nati pretermine, importante fattore di rischio per la mortalità perinatale, è risultata essere quasi doppia rispetto al valore trovato tra le italiane.

Questi problemi sembrano essere maggiormente presenti tra le donne che provengono dall'Europa dell'Est, tra quelle che sono presenti in Italia da un minor tempo, tra quelle con livelli più bassi di istruzione e tra quelle meno integrate.

Ciò suggerisce, come sottolineato da altri autori (25), la necessità di provvedere a un "riorientamento" complessivo dei servizi. Si intende con ciò sia un ripensamento dell'organizzazione interna del servizio sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza (come l'apertura di alcuni servizi in fascia oraria pomeridiana e, in particolare, nella giornata del giovedì, la disponibilità di servizi di interpretariato, lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare e lo stimolo all'integrazione socio-sanitaria), sia una sua effettiva apertura all'esterno, in raccordo con le altre strutture del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio. Gli operatori dei servizi dovrebbero cercare di raggiungere gli immigrati, e in generale tutte le popolazioni a maggior rischio di eventi negativi, anche al di fuori delle proprie strutture fisiche, andando ad esempio nei luoghi dove queste popolazioni si incontrano. Una difficoltà certamente deriva dall'eterogeneità dell'immigrazione in Italia. Ad esempio in questo studio le donne provenivano da 54 Paesi, le cui culture e costumi sono spesso molto diversi.

Un elemento essenziale affinché si possa attuare questo cambiamento di orientamento dei servizi è la formazione degli operatori che è spesso scarsa e lacunosa, persino sulla normativa vigente che regola le diverse possibilità e modalità di accesso alle prestazioni per gli stranieri.

Infine questo studio mostra che un contributo importante può essere fornito dalle stesse comunità di immigrati, sia per evidenziare gli eventuali problemi e le differenze culturali, sia per trasmettere le informazioni necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute.

3. PROMOZIONE DELLA SALUTE “CON” GLI ZINGARI: UNA RICERCA-AZIONE IN DUE CAMPI NOMADI DI ROMA

Fulvia Motta, Raffaella Rossano, Salvatore Geraci
Area Sanitaria, Caritas Diocesana, Roma

3.1. Introduzione

L'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma ha sviluppato le proprie attività secondo quanto indicato nei seguenti punti dei progetti di ricerca finalizzata dal Ministero della Salute relativi al 1998:

- osservatorio epidemiologico delle patologie degli stranieri immigrati con specifico riferimento alla popolazione nomade;
- verifica degli obiettivi di uguaglianza nella accessibilità e nel trattamento;
- indicatori di salute e qualità delle prestazioni rispetto alla suddivisione in classi socio-economiche della popolazione;
- sperimentazione di integrazione e organizzazione in rete degli interventi intorno a situazioni di difficoltà;
- contributo del non profit.

L'approccio integrato da noi prescelto e che, a nostro parere, è il più efficace nel lavoro sanitario con le popolazioni Rom, ci ha portato a sviluppare una serie di attività che nel loro complesso rispondono ai temi sopraelencati.

Questa relazione è perciò così strutturata: dopo un inquadramento storico, demografico e normativo sul mondo degli zingari a Roma, si passa a dettagliare le attività svolte, nei due anni del progetto, a Roma nel Campo nomadi di Via del Baiardo (Tor di Quinto) e quello di Tor Pagnotta dall'ottobre 1999 al luglio 2001.

Una sezione speciale è dedicata all'analisi dei dati clinici e socio-sanitari, completata dall'Appendice C. Nelle conclusioni, infine, presentiamo i risultati concreti raggiunti dal progetto e le prospettive di un lavoro futuro.

3.2. Contestualizzazione delle popolazioni zingare a Roma

Fra i più antichi documenti storici che testimoniano l'arrivo degli zingari in Italia, vi sono quelli riguardanti il passaggio per Forlì (anno 1422) e per Fermo (1430) di un gruppo di circa duecento “Indiani” diretti a Roma per ottenere indulgenza e protezione dal Papa e provenienti da Roma, con un lasciapassare del Papa “per cui potevano andare per il mondo senza pagare alcun pedaggio né gabella” (26).

Da questo primo gruppo discendono le popolazioni zingare ormai sedentarizzate nelle diverse regioni italiane (Rom abruzzesi e molisani, napoletani, campani, cilentani, lucani, calabresi, pugliesi e i Camminanti siciliani), che assommano a oltre 30.000 unità; e i circensi (Sinti dell'Italia centro-settentrionale), anch'essi intorno alle 30.000 presenze.

Un secondo flusso migratorio, proveniente dall'Europa orientale, è giunto in Italia dopo la prima guerra mondiale: sono i Rom Harvati, Kalderasha, istriani e sloveni, riconosciuti anch'essi come cittadini italiani e stimati intorno a 7.000 presenze.

Un terzo gruppo è arrivato 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-Iugoslavia meridionale (Cergarija, Crna gora, Shiftarija, Mangiuppi, Kaloperija), Rom Dasikhanè, cristiano-ortodossi di origine serba (Rudari, Kanjiaria, Mrznarija, Busniarija, Bulgarija) e Rom rumeni; in tutto circa 40.000 unità.

Un ultimo importante esodo è in corso dal 1989, in seguito al crollo dei regimi comunisti nei Paesi dell'Europa dell'Est e alla guerra nella ex-Iugoslavia. Dal 1992 al 2000 in Italia si stima siano arrivati circa 16.000 Rom, che si sono sparsi su tutto il territorio nazionale.

Che a Roma fossero numerosi, e ben poco accetti, lo dimostra la gran copia di bandi emessi contro di loro, dalla metà del XVI secolo fino all'ultimo del 1756. Non esistono studi storici sugli Zingari a Roma nel 1800, ma sicuramente furono numerosi i Sinti nomadi che usavano, e usano tuttora, svernare nelle città per riprendere con la bella stagione la loro attività nello spettacolo viaggiante. Sempre più numerosi anche i Rom, fra i quali i Rom abruzzesi, che da una consuetudine di vita seminomade passavano ad una residenza più o meno stabile (27). Nel 1936 alcune famiglie comprarono delle casupole in Via del Mandrione, lungo i ruderi dell'Acquedotto Felice, mentre altre si stabilirono accanto alla vicina Porta Furba. La baraccopoli rimase densamente abitata fino al gennaio 1981, quando le abitazioni furono distrutte dalle ruspe del Comune. Circa duecento Rom furono rialloggiati nelle case popolari a Spinaceto, altri a Nuova Ostia, mentre alcune famiglie già avevano provveduto a procurarsi abitazioni decorose alla Romanina e Torre Angela.

Già negli anni '60 era cominciata l'immigrazione dei Rom dall'Est, soprattutto dalla Iugoslavia, fattasi nei decenni successivi sempre più massiccia, e con essi da una parte l'aggravarsi di fenomeni di esclusione e di rigetto, dall'altra l'avviarsi in Campidoglio della dibattito sulla questione della sosta degli zingari. Anche se nel 1985 la Regione Lazio emanò la Legge Regionale n. 82 "Norme in favore dei Rom" e il Consiglio Comunale approvò nel 1986 la deliberazione n. 3 per l'istituzione di campi sosta, si è dovuto aspettare dieci anni per vederne realizzati i primi.

Sul numero di insediamenti e di presenze effettive i dati ufficiali non sono mai stati certi; l'Ufficio Speciale per l'Immigrazione (USI, organo deputato all'applicazione delle politiche comunali sui nomadi) ha riportato negli anni i dati riportati in Tabella 3.1.

Tabella 3.1. Numero insediamenti e presenze popolazione zingara a Roma

Anno	Insedimenti (n.)	Popolazione totale
1994	nd	3.600
1995	nd	5.467
1996	62	6.487
1997	35	4.801
2000	26	4.535

nd: non disponibile

Bisogna, inoltre, considerare circa altri 1.200 zingari, quasi esclusivamente Lovara e Rom abruzzesi, che vivono in appartamenti e i Sinti che in genere vengono censiti solo parzialmente in quanto la maggior parte si sottrae al rilevamento, ritenendolo una misura discriminatoria perché sono tutti cittadini italiani. I cittadini italiani, comunque, risultavano nel 1996 essere il 25,8% su tutta la popolazione zingara censita (28).

L'USI giustifica la diminuzione numerica con una politica tesa da una parte a ridurre gli insediamenti spontanei e ad allestire campi attrezzati (dieci in tutto nel 2000), dall'altra a sistemare situazioni che presentavano condizioni igienico-sanitarie gravissime. Negli ultimi anni, se da una parte sono stati creati 3 nuovi campi attrezzati, dall'altra non sono stati più diffusi dati ufficiali sulle presenze di zingari in Roma. Inoltre questi dati sono puramente indicativi, come sempre succede quando si cerca di "contare" gli zingari; a questo proposito riportiamo la nostra esperienza, sia per quanto riguarda il numero di insediamenti totali, sia la precisione dei censimenti campo per campo.

Una delle prime attività del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute (GRIS) – Area Zingari, è stata quella di costruire una mappa degli insediamenti zingari a Roma il più possibile vicina alla realtà: coloro che intervengono nei campi nomadi a vario titolo sono andati correggendo e completando il censimento dell'USI. L'idea è partita dalla constatazione che con una realtà così fluida e mobile come quella delle presenze degli zingari a Roma, solo coloro che sono coinvolti con interventi nel campo socio-sanitario e che garantiscono una presenza costante nei campi, oltre ad essere attenti a ciò che si muove su tutto il territorio, hanno il polso della situazione reale.

Nell'ultimo aggiornamento del GRIS-Area Zingari, del settembre 2001, sono risultati in totale 35 insediamenti, con una presenza di 6.682 individui, distribuiti nei Municipi romani come si riporta in Tabella 3.2.

Tabella 3.2. Numero insediamenti e presenze popolazione zingara a Roma (al settembre 2001)

Municipio	Insedimenti n.	Presenze n.	Municipio	Insedimenti n.	Presenze n.
I	1	104	XI	3	1.068
II	2	128	XII	3	384
V	6	501	XIII	1	106
VI	1	194	XV	2	704
VII	6	846	XVI	1	173
VIII	3	1.472	XVIII	1	94
IX	1	41	XIX	1	189
X	2	344	XX	1	334

In tutti gli insediamenti è attivo il programma di scolarizzazione dei minori del Comune di Roma, affidato ad enti del privato sociale, eccezion fatta per due insediamenti di Sinti giostrai e altri due monofamiliari, mentre solo in 16 campi sono presenti operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche, o del privato sociale, o di entrambi in collaborazione.

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale (ASL) RM B conta la presenza più consistente, con 17 insediamenti e 3163 residenti zingari, seguita dalla RM C (8 campi, 1687 presenze); entrambe le ASL sono attive nei campi sia con interventi vaccinali che di assistenza sanitaria. La RM D sta organizzando un programma di offerta attiva di assistenza sanitaria, che si avvierà entro l'autunno e la RM E assicura la copertura delle vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia nei campi di sua competenza. La RM A, dopo aver negli ultimi anni offerto un servizio di vaccinazione ai campi, è attualmente assente.

Per quanto riguarda il numero di presenze reale nei campi, riportiamo la nostra esperienza a Via del Baiardo, a dimostrazione della difficoltà che si trova ogni qualvolta si cerchi di "contare" e catalogare gli zingari. Nel gennaio 2001 il comando dei Vigili Urbani di zona ci ha fornito il censimento aggiornato al 20 dicembre 2000. Negli stessi mesi la nostra équipe ha realizzato un censimento che si è concluso nel febbraio 2001.

Le presenze totali che risultavano al censimento dei Vigili Urbani erano di 338 persone, distribuite in 61 nuclei familiari. A noi è risultato quanto segue:

- 236 presenze in 49 nuclei, sovrapponibili a quelli censiti dai Vigili Urbani (da evidenziare 3 nuclei nei quali, pur risultando in entrambi i censimenti, esistono profonde differenze nella struttura familiare);
- 6 nuclei censiti dai Vigili Urbani non più presenti (le cui baracche sono state successivamente occupate da altre famiglie);
- 5 nuclei per un totale di 33 presenze (le cui baracche sono rimaste vuote per la maggior parte dell'anno).

Appare evidente come in una realtà fluida come quella degli zingari, ogni censimento, anche se condotto in modo esaustivo, non riesce a fotografare la realtà di un campo, dove gli arrivi e le partenze sono continue e caratterizzano la vita interna e sociale del gruppo.

3.3. Tutela della salute per Rom e Sinti nella normativa regionale

Nell'ordinamento italiano il concetto di minoranza è legato a quello della peculiarità linguistica e trova il suo fondamento nell'articolo 6 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela con apposite norme le minoranze linguistiche". Alle minoranze linguistiche presenti nel nostro Paese non è, peraltro, riservata alcuna protezione specifica e viene lasciata all'iniziativa delle singole Regioni la possibilità di realizzare programmi di intervento nel settore della promozione culturale.

Da sempre, in Italia, il rapporto tra i nomadi e la volontà legiferante è segnato da un'ambiguità insanabile: se la popolazione zingara sia da considerare minoranza etnica stanziale o se, invece, non la si debba assimilare alla categoria confusa ed eterogenea degli stranieri extracomunitari presenti sul territorio dello Stato.

In ambito sanitario, la regolamentazione dell'accesso all'assistenza medica da parte dei nomadi è stata in questi anni vaga e disarticolata; e, soprattutto, è mancata una chiara politica sanitaria che mirasse a garantire alla popolazione zingara il diritto alla tutela della salute, diritto peraltro riconosciuto dalla Costituzione italiana (art. 32) a tutti gli individui, senza distinzione di razza, religione e cittadinanza.

In mancanza di un quadro legislativo nazionale che regoli in modo specifico il diritto alla salute per Rom e Sinti, qualora non fossero cittadini italiani, si fa riferimento alla normativa sull'immigrazione, includendo gli zingari nella categoria più generale degli stranieri. La legge quadro sull'immigrazione n. 40/1998, confluita con DL.vo n. 286/1998 nel Testo Unico (TU), ha reso possibile l'accesso ai servizi sanitari a tutti gli stranieri extracomunitari, ma possibilità d'accesso non significa automaticamente fruizione delle prestazioni. Una legge può garantire un diritto a livello legale, ma perché questo diventi reale è necessaria un'adeguata politica sanitaria (29, 30). E dal momento che l'efficacia di una politica sanitaria è strettamente legata alla capacità di rilevare i bisogni sanitari della popolazione di riferimento, è indispensabile una corretta e costante rilevazione del bisogno sanitario degli immigrati e nello specifico degli zingari.

La scarsa considerazione delle necessità specifiche di questi particolari utenti rende spesso difficile, per loro, l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari.

Il ruolo centrale svolto dalle Regioni in termini di politica sanitaria ci spinge a considerare con particolare attenzione le iniziative legislative prese dalla amministrazione della Regione Lazio in materia di assistenza sanitaria alla popolazione nomade presente.

La legislazione regionale a tutela del popolo zingaro risale al 1985 con la Legge Regionale 24 maggio 1985 n. 82, nata dal lavoro di un gruppo di operatori/esperti sul tema sia del settore pubblico che del privato sociale, e, dalla documentazione a noi pervenuta, non siamo in grado di osservare una particolare attenzione al tema della salute che, in genere, è completamente delegato alla sensibilità e alla disponibilità delle Aziende sanitarie locali (solo in un recente passato il Comune di Roma si è attivato con dei progetti di tutela sanitaria in alcune aree particolarmente degradate e ha supportato economicamente interventi sanitari delle Aziende sanitarie interessate).

La Legge Regionale 82/1985 “Norme a favore dei Rom” così recita nell’articolo 1 relativo agli interventi:

La Regione detta norme per la salvaguardia del patrimonio culturale e l’identità dei Rom e per evitare impedimenti al diritto al nomadismo ed alla sosta all’interno del territorio regionale nonché alla fruizione delle strutture per la protezione della salute e del benessere sociale.

E sul ruolo delle aziende e tutela della salute, nell’articolo 4 stabilisce le competenze della ASL:

L’Unità Sanitaria Locale competente per territorio garantisce al campo di sosta la vigilanza igienica e l’assistenza sanitaria.

Non possiamo fare a meno di notare come sia previsto solamente l’articolo sulla vigilanza igienico-sanitaria dei campi sosta; per quanto riguarda l’accesso alle strutture sanitarie pubbliche vigono in genere le stesse disposizioni applicate alla popolazione immigrata presente sul territorio regionale. Lo stesso termine vigilanza porta a riflettere e a domandarsi se più che tutelare la salute degli zingari non si miri esclusivamente ad una mera azione di controllo (31). Ben più ampio dovrebbe essere l’articolo della legge riguardante la salute e al suo interno si dovrebbero evidenziare interventi specifici per questa popolazione.

La collaborazione con referenti regionali ci ha permesso di analizzare una proposta di legge del marzo 1997 dal titolo “Norme a tutela del popolo zingaro” – in sostituzione della Legge Regionale 82/1985 – che ad oggi, non è approdata alla valutazione del Consiglio regionale e oggi considerata solo alla stregua delle memorie di un lavoro fatto.

È comunque interessante notare l’attenzione agli interventi di natura sanitaria:

Art. 7 “Interventi Sanitari”

Agli Zingari sono assicurate nei presidi pubblici ed accreditate nel territorio in cui hanno abituale dimora le prestazioni sanitarie preventive, curative e riabilitative in rapporto a quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale sul cittadino italiano o sullo straniero.

Le Aziende USL competenti per territorio sono responsabili della sorveglianza igienico-sanitaria di tutti i tipi di insediamenti zingari presenti o comunque realizzati ed attivano tutte le procedure necessarie perché l’accesso e la fruizione dei servizi e delle strutture sanitarie sia realmente garantita.

Programmi specifici di promozione della salute, con particolare riferimento alla salute dell’età riproduttiva, della prima infanzia, all’area delle malattie croniche e di quelle infettive, previo il coinvolgimento e la partecipazione delle popolazioni interessate, possono essere attivamente proposte alla Regione dalle Aziende USL, da altre strutture

accreditate, da organismi di volontariato. In ogni caso l'Aziende USL territorialmente competente sarà coinvolta nella valutazione dei programmi, nel loro coordinamento e nella verifica degli stessi.

La Regione sulla base di uno studio circa la situazione socio-sanitaria del Popolo Zingaro presente sul proprio territorio, aggiornato annualmente tenendo in considerazione le situazioni ed i problemi segnalati degli organismi che operano con continuità negli insediamenti zingari, periodicamente potrà emanare un bando pubblico per la collaborazione degli organismi di volontariato e del privato sociale con le Aziende USL dove verranno elencate le priorità progettuali di volta in volta individuate.

Da quanto su scritto si deduce una maggiore attenzione e conformità a quanto viene disposto a livello nazionale, e questo, alla luce della normativa attuale, si traduce in benefici legislativi più ampi che non quelli disposti dalla normativa regionale vigente. Inoltre appare del tutto innovativa, rispetto alla legge vigente, la modalità di coinvolgimento delle strutture pubbliche e del volontariato in progetti e programmi specifici di promozione della salute in collaborazione con le strutture sanitarie competenti per territorio.

3.4. Descrizione dell'attività svolta

3.4.1. Strategie di intervento

La scelta della popolazione bersaglio dell'intervento in due sottoclassi del popolo Rom (Khorakhané, mussulmani, e Kaniarija, cristiano-ortodossi) non perfettamente omogenei in quanto quasi all'opposto per atteggiamenti sociali, viene giustificata dall'importanza di sperimentare strategie comuni per metodo, ma personalizzate a livello operativo, proprio come risposta alla estrema varietà d'etnie, differenti per caratteristiche culturali, sociali e per strategie economiche, che costituiscono il popolo zingaro.

Sono stati identificati due campi fra quelli in cui la Caritas era già presente:

– *Tor Pagnotta*

È un piccolo insediamento, con circa 80 Rom Khorakhané, di religione mussulmana, ai margini della cinta urbana. È strutturato su due livelli, ciascuno abitato da un gruppo familiare in relazioni non buone con l'altro gruppo, con le baracche costruite lungo un'unica "strada", costruite in legno o altri materiali di fortuna, con un unico ambiente ove si svolgono tutte le attività domestiche. La situazione igienica è pessima, nonostante sia presente l'acqua grazie ad alcune fontanelle sparse per il campo, i rifiuti sono sparsi ovunque, con presenza massiva di topi, ed è mancante l'elettricità.

– *Via del Baiardo*

È un campo di medie dimensioni (circa 200 residenti) abitato da Rom Kaniarija, cristiano-ortodossi, che mantengono quasi intatta la loro struttura sociale e culturale. Si trova ai margini di un quartiere abitato dalla media-alta borghesia, ma isolato dalla zona abitata, con quasi nessun contatto con il tessuto sociale del quartiere. Le baracche sono immerse nel verde, per circa l'80% sono prefabbricati pavimentati, maiolicati alle pareti e con alcuni servizi igienici (riforniti di acqua da piccoli serbatoi riempiti a mano), gli interni sono sistemati con mobili e gli esterni con airole coltivate, ghiaia e cemento e quasi ogni famiglia ha a disposizione un bagno chimico. Pur essendo assenti acqua (fornita da un'autobotte per 5 giorni a settimana) ed elettricità, la situazione igienica è discreta, soprattutto all'interno delle abitazioni.

La finalità della nostra ricerca-azione era quella di sperimentare strategie d'integrazione e organizzazione in rete degli interventi a favore della popolazione zingara che vive in condizioni di forte emarginazione sociale e sanitaria. Una premessa indispensabile è stato il ruolo riconosciuto alle organizzazioni non governative che più facilmente riescono a raggiungere tale popolazione, ad instaurare una comunicazione e relazione che vinca la diffidenza reciproca, a modellarsi sui loro bisogni percepiti ed espressi e che possono mettere in campo risorse aggiuntive, motivate e adeguatamente preparate attraverso il volontariato. Crediamo, infatti, che solo dal di dentro sia possibile verificare quali barriere prima culturali e poi organizzative possono esistere nell'accessibilità alle strutture, individuare specifici indicatori di salute e monitorare le condizioni di salute e malattia (28).

Il lavoro con ogni comunità di cultura differente, e in modo particolare, con quella degli zingari, richiede una buona impostazione metodologica che permetta all'intervento di essere pertinente rispetto al contesto in cui si interviene. È importante che il progetto possa mantenere nel tempo caratteristiche di continuità, flessibilità, capacità di adattamento al mutare delle situazioni e mobilità sul territorio.

La nostra metodologia d'intervento, perciò, si è fondata principalmente sui seguenti principi:

– *Lavoro "da strada"*

con un'azione diretta all'interno degli insediamenti nomadi: siamo noi che andiamo da loro e veniamo da loro accolti, ci relazioniamo con un gruppo umano nella sua globalità, facciamo il primo passo per superare la diffidenza e proponiamo un intervento di tutela della salute;

– *Ricerca-azione*

solo rendendosi disponibili all'azione specifica nel rispondere ai bisogni sanitari espressi e proponendo un lavoro comune di promozione della salute è possibile, oltre che etico, raccogliere dati attendibili che permettano di conoscere questa realtà così complessa e in gran parte sconosciuta;

– *Lavoro di équipe*

nel quale si convogliano differenti professionalità, esperienze, capacità, e che diventa lo spazio nel quale sia rispondere alle numerose sfaccettature del bisogno che ci è presentato, sia confrontarsi, riflettere insieme, mettendo insieme i pezzi del mosaico di ciò che ciascuno comprende o di cui fa esperienza e nel quale cercare soluzioni comuni da portare avanti coerentemente. Inoltre l'équipe, come gruppo, realizza la prima mediazione culturale, vale a dire funge da ponte tra due mondi in parte incomunicabili tra loro: fra gli zingari e le strutture sanitarie individuando percorsi accessibili, fra gli zingari e le autorità comunali proponendo soluzioni accettabili per alcuni interventi ambientali, fra gli zingari e la società offrendo informazioni corrette e complete.

In definitiva la nostra presenza è stata caratterizzata dal binomio costanza/flessibilità: costanza nel portare avanti le attività, negli impegni presi, nel visitare regolarmente i campi; flessibilità nel rivedere continuamente strumenti e programmi, nell'adattarsi alla realtà degli zingari in continuo movimento. Con questa chiave di lettura vanno lette le attività che abbiamo svolto.

3.4.2. Assistenza medica

L'offerta attiva di assistenza medica, con la presenza nei campi del camper attrezzato ad ambulatorio, ci ha posto in una posizione di forza e debolezza allo stesso tempo. Di forza perché sin dall'inizio ci siamo presentati come portatori di una cultura medica attenta alle differenze

culturali, aperta all'ascolto e al dialogo, in definitiva offrendo un servizio ben diverso da quello che in genere gli zingari trovano nelle strutture sanitarie. Questa forza ci è stata riconosciuta dagli abitanti dei campi dove siamo intervenuti, che si sono aperti alla relazione con noi. Ma la ricerca di questa relazione, paritaria e sincera, ha caratterizzato in parte la nostra debolezza: il nostro intervento non è stato richiesto dagli zingari, è stato in parte subito, e avevamo sempre bisogno di essere "accolti", accettati, entrare appunto in relazione con loro per rendere efficace la nostra offerta di assistenza. E abbiamo dovuto accettare di essere "usati" dagli zingari secondo ciò che loro consideravano più opportuno. Come conseguenza, i dati sanitari che presenteremo più avanti vanno letti non tanto come patologie prevalenti fra la popolazione nomade, bensì come problemi di salute per i quali gli zingari richiedono l'aiuto ad "un'équipe povera di mezzi e ricca di relazione". Ci piace pensare che siamo diventati il "medico di famiglia" delle famiglie dei campi di Tor Pagnotta e Via del Baiardo, al quale si ricorre per le patologie minori, per il controllo di quelle croniche, e soprattutto per un consiglio, per dialogare sui propri problemi e individuare insieme possibili percorsi per la soluzione.

In effetti uno dei nostri impegni maggiori è stato quello di orientare i pazienti alle strutture sanitarie più adeguate per il problema in questione; lo scopo, oltre ad una gestione adeguata della patologia, era quello di aiutare gli zingari ad uscire dalla mentalità del "qui ed ora" nella soluzione dei problemi sanitari e far loro comprendere la necessità di un percorso complesso e articolato per raggiungere una vera situazione di benessere. Ma in questo tentativo le difficoltà maggiori ci sono venute proprio dalle strutture sanitarie: non è stato possibile individuare un ambulatorio, laboratorio di analisi o consultorio, accessibili geograficamente dal campo, disposti ad offrire il servizio dovuto alla popolazione zingara, con un minimo di attenzione alla loro sensibilità culturale e sociale.

Emerge con chiarezza che l'ostacolo maggiore all'uguaglianza nell'accessibilità e nel trattamento si ha nell'attuazione concreta che, a livello di strutture locali, viene data alla normativa specifica: non c'è la disponibilità, o forse la capacità, di inserire nel lavoro routinario dei servizi l'attenzione alle culture "altre" e/o a coloro che si trovano in maggiore difficoltà, perché mancano dei diritti dei cittadini italiani. Si preferisce investire risorse per organizzare interventi specifici, per esempio nei campi nomadi stessi, aumentando così un processo di ghettizzazione già in atto, che non aprire degli spazi (temporali, mentali, fisici) interni per inserire a pieno diritto queste popolazioni fra gli utenti dei servizi (31).

L'approccio prescelto di presenza continua e discreta nel campo, privilegiando le visite casa per casa ha permesso di raggiungere buoni risultati: si è creato un rapporto di fiducia fra i medici e gli abitanti del campo testimoniata dall'accoglienza che ci riservano nelle nostre visite ai campi.

Il camper attrezzato si è trasformato da luogo fisico delle visite in simbolo del nostro lavoro ("voi siete quelli del camper"), e in mezzo di trasporto, soprattutto per le attrezzature mediche, le cartelle, i farmaci.

A Tor Pagnotta, campo strutturato su due livelli, con le baracche costruite lungo un'unica "strada", il camper si fermava ogni 15-30 metri, in corrispondenza dei gruppi familiari, permettendo sia ai pazienti di avvicinarsi per richiedere la visita, sia al medico di entrare nelle abitazioni, visitare e recuperare con facilità gli strumenti di cui aveva bisogno.

Il campo di Via del Baiardo, con un perimetro rettangolare e la distribuzione delle abitazioni dettata da regole di parentela e uso degli spazi aperti e chiusi (vedi Figura 3.1, 3.2 e 3.3), non permette facili movimenti del camper, che si parcheggiava in un punto centrale, sempre lo stesso, ben visibile; i pazienti abituali, portatori di patologie croniche, vi accedevano per il controllo e per ricevere il trattamento, mentre molti altri vi portavano o mandavano la richiesta di una visita domiciliare, che veniva effettuata dal medico appena possibile. L'équipe delle pediatre, nel frattempo, girava per tutto il campo, sia ricercando attivamente alcuni piccoli

pazienti da controllare, sia rispondendo alle richieste di nuove visite. Per quest'ultime il camper non è mai stato un luogo di visita, ma solo un appoggio logistico per le medicine e le attrezzature mediche.

D'altra parte, non sono stati pochi i casi nei quali l'abitazione non offriva la privacy necessaria per consultazioni delicate e lo spazio interno del camper, attrezzato ad ambulatorio, ben chiuso dalla porta, offriva la tranquillità necessaria al colloquio fra medico e paziente.

Nella Tabella 3.3 sono riassunti i dati sul numero di uscite effettuate per attività cliniche, il numero di visite ad adulti e pediatriche e per quanti c'è stato l'invio ad altre strutture, sia pubbliche che ambulatori Caritas.

Tabella 3.3. Riepilogo attività cliniche svolte nei campi Rom dall'ambulatorio mobile della Caritas (15 ottobre 1999 – 15 luglio 2001)

Campo	Uscite	Visite adulti	Visite pediatriche	Pazienti inviati ad altre strutture
Via del Baiardo	70	453	500	83
Tor Pagnotta	43	233	138	23

Le uscite sono state sospese nei periodi estivi, quando i campi si svuotavano, e il lavoro effettivo si è svolto per 19 mesi distribuiti nei due anni di durata del progetto, esclusa la fase di studio di fattibilità.

Per ogni paziente visitato è stata riempita una cartella clinica, distinta per l'età pediatrica e per gli adulti, che costituiscono la nostra base di dati per l'analisi dei motivi di visita per i quali i gruppi Rom di Tor Pagnotta e Via del Baiardo si sono rivolti a noi.

3.4.2.1. Salute orale nel campo in Via del Baiardo

A partire dall'ottobre del 1999, anche il Centro Odontoiatrico della Caritas (COC) ha voluto partecipare per la prima volta all'esperienza di "sanità sul campo" svolta nel campo di Via del Baiardo, fatto che non è assolutamente usuale per la specialità odontoiatrica la quale, essendo una branca chirurgica della medicina, ha bisogno di una logistica complessa e quindi viene in genere esercitata in ambito ambulatoriale (32).

Da quanto si può evincere dalle cartelle cliniche dei pazienti (Appendice C) redatte presso il COC, circa il 10% dell'intera utenza è nomade; di questi l'indice dei denti da estrarre è 2,8, molto più alto che nel resto della popolazione autoctona.

Sempre dall'analisi di queste cartelle emerge che, nella stragrande maggioranza delle volte, il paziente nomade non usufruisce appieno delle possibilità terapeutiche offerte dalla nostra struttura ma si presenta in genere all'osservazione dell'odontoiatra solo in una situazione di urgenza risolvibile esclusivamente con terapia exodontica.

Quindi, anche quando la patologia sarebbe sanabile con soluzioni terapeutiche di tipo conservativo, il paziente nomade non collabora nel rispettare gli appuntamenti per terapie articolate di tipo conservativo, ricostruttivo o protesico, accettando il più delle volte solo quella prima e unica seduta ed essendo soddisfatto dell'immediato risultato analgesico.

L'obiettivo che ci si è proposti con la presenza nel campo di Via del Baiardo è stato, quindi, quello di stabilire un contatto con questa cultura e favorire sia l'avvicinamento alle strutture di terapia classicamente intese dei soggetti meno motivati, sia di ottenere la *compliance* per le cure conservative dai soggetti più ricettivi, prima che la patologia assuma carattere d'urgenza.

Un ulteriore obiettivo è stato la prevenzione primaria, promovendo quindi atteggiamenti più favorevoli al controllo domiciliare dell'igiene orale tramite i normali presidi domiciliari.

La scarsa letteratura a riguardo ci fa vedere però che, se da un lato una ricerca sulle condizioni della salute orale degli zingari può essere compiuta anche attraverso canali “ufficiali” quali quelli della scuola dell’obbligo, con particolare riferimento all’età pediatrica, dall’altro sono molte le difficoltà d’approccio al paziente nomade denunciate dagli stessi autori, per cui i dati delle schede anamnestico-cliniche sono incompleti.

Si è pensato allora, ai fini del successo di questo intervento esclusivamente di natura preventodontica, di tenere in massima considerazione le caratteristiche culturali di queste popolazioni per quanto riguarda l’atteggiamento nei confronti dell’argomento salute e in particolare di quella orale.

In base a ciò, l’équipe specifica, costituita da un odontoiatra e da un’operatrice sociale, ha preferito entrare nelle case e, in particolare, nelle famiglie, in un primo momento per fare conoscenza dei loro abitanti e poi per proporsi come figura che offre aiuto e attenzione alle necessità della salute orale.

Spontanee sono state le richieste di cura dei bambini e delle madri nei confronti dei loro figli, di fronte alle quali si è provveduto all’effettuazione casa per casa e famiglia per famiglia di prime visite, evidenziando le necessità terapeutiche più urgenti e indagando sulle “abitudini d’igiene orale” dei piccoli pazienti.

Per fare ciò, è stata disegnata una cartella clinica adatta al caso (Appendice C), che è stata divisa in due parti

La prima scheda è conoscitiva del paziente in quanto persona con una propria storia e determinate caratteristiche comportamentali. Si è cercato infatti di esplorare i fattori che possono aver influito sulla salute come, ad esempio, la scolarità, l’approccio con la malattia, le abitudini alimentari, ecc.

La seconda è più propriamente uno schema sul tipo suggerito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la formula dentaria. Il fine era quello di ottenere un indice epidemiologico DMF-T di questa popolazione, indice che ne descrive quantitativamente lo stato di salute attuale e permette un successivo paragone con una popolazione autoctona.

La storia pregressa della carie costituisce, infatti, un importante indicatore di rischio, pur senza dare alcuna informazione circa le cause che hanno prodotto la carie. L’indicatore dell’impatto che ha avuto la patologia in quelle bocche è il DMF-T dove D è il numero di denti cariati (*Decayed*), M quello di denti mancanti (*Missed*) e F quello di denti otturati (*Filled*).

Lo strumentario usato per le visite è quello di base per qualsiasi esame clinico, ovvero: specchietto, specchio, guanti monouso in lattice e luce portatile, mentre il paziente era seduto su di una sedia, se possibile, o in braccio alla madre. Gli strumenti utilizzati erano preconfezionati sterilizzati e sterili in set composto da specchietto e specchio. Dopo l’uso, gli strumenti venivano riposti in immersione in una bacinella a tenuta contenente una soluzione disinfettante di Glutaraldeide al 2%.

Oltre a questo, si è pensato di usare uno specchio per dimostrare al paziente la presenza della placca giovane sui bordi gengivali e motivarlo, assieme al genitore, sulla necessità dello spazzolamento dei denti dopo i pasti.

In calce alla formula sono state aggiunte altre note clinico-anamnestiche di rilievo che sono emerse nel corso del colloquio e le indicazioni più urgenti alla terapia, suggerite al paziente e ai genitori nella speranza che questo stimolo li portasse, prima o poi, ad afferire presso il COC per le cure del caso.

3.4.3. Formazione e informazione del personale socio-sanitario

L'impegno della formazione e informazione di personale sanitario e operatori sociali che lavorano a vario titolo, sia nelle strutture ufficiali che nel privato sociale, è stato una costante durante i due anni di progetto.

Rispondendo a varie richieste, l'équipe si è resa disponibile per attività di sensibilizzazione e formazione con la volontà, e nello stesso tempo la necessità, di crescere, di camminare mettendosi continuamente in discussione. Impegnandoci nel conoscere sempre più profondamente la realtà del popolo Rom, abbiamo comunicato le esperienze vissute, e le riflessioni da esse sorte, per maturare insieme una cultura diversa, più attenta e sensibile, più disponibile e più partecipe, per stimolare la ricerca comune di nuove politiche in cui tutti sono soggetti e contribuiscono, ciascuno secondo le proprie prerogative.

Nel campo di Tor Pagnotta la stretta collaborazione con il gruppo della Caritas parrocchiale di S. Giuseppe da Copertino ha permesso un intervento che, oltre all'aspetto sanitario, coprisse gli aspetti di supporto alle attività lavorative e all'inserimento sociale in genere. La collaborazione ha ricevuto un input molto importante nell'evento di formazione rivolto a quanti, nella parrocchia, lavorano a vario titolo con la popolazione Rom. Nel novembre 1999 hanno avuto luogo tre incontri dal titolo "Gli Zingari: come vivono?", "Gli Zingari: una cultura debole o forte?" e "Esiste un sistema medico zingaro?" che – a partire da domande aperte che chiunque lavori con i Rom, si pone, offrendo degli strumenti di conoscenza sulla struttura sociale e sul sistema economico, le caratteristiche culturali e l'atteggiamento verso l'evento salute-malattia del mondo zingaro – hanno offerto spazio allo scambio e alla discussione, alla ricerca di strumenti adeguati di relazione e intervento presso una cultura diversa. Nella valutazione finale i partecipanti hanno espresso apprezzamento per l'utilità di questi incontri che hanno offerto loro importanti elementi di conoscenza del popolo Rom indispensabili per lavorare in modo più pertinente al contesto nel quale operano.

Sempre nei mesi di novembre e dicembre 1999, nell'ambito del Corso Regionale "Piano per la valorizzazione delle risorse umane" organizzato dalla ASL RM A in vista dell'impegno del Giubileo, sono stati tenuti dei seminari su "L'accoglienza del nomade" per medici e infermieri dei servizi di prima accoglienza ed emergenza. A partire dal riconoscimento dell'ignoranza, come mancanza di conoscenza, che caratterizza i nostri rapporti con gli zingari, sono state presentate la storia, la demografia, soprattutto a Roma, e le caratteristiche culturali degli zingari, e delineate la situazione di salute di questa popolazione e i loro rapporti/scontri con le strutture sanitarie. Si concludeva offrendo strumenti di lettura sui comportamenti dei Rom quando si relazionano con il nostro sistema sanitario e proponendo dei possibili atteggiamenti degli operatori sanitari nei loro confronti.

All'interno del Corso biennale di formazione specifica in Medicina Generale, sotto il patrocinio della ASL RM A, sono stati tenuti, nel marzo 2000 e luglio 2001, due seminari integrati "Aspetti di tutela della salute della popolazione straniera immigrata e nomade", nel corso dei quali particolare attenzione è stata posta alle specificità del rapporto con il paziente zingaro, per il quale è auspicabile che i medici di famiglia si facciano sempre più carico.

Nel dicembre 2000, si è partecipato nell'ambito degli incontri organizzati dalla Provincia di Bologna, in collaborazione con l'associazione "Centro Multietnico Navile", su "Zingari e città, confrontarsi con l'in/differenza", al seminario sugli aspetti sanitari, nel quale, a partire dalla nostra esperienza, sono stati esposti i dati sulla salute della popolazione Rom più aggiornati, si è riflettuto insieme sulle difficoltà di rapporto che questi hanno con le strutture sanitarie e sono state delineate alcune proposte operative di intervento.

Il giorno 4 aprile 2001, presso la Facoltà di Scienze umane e sociali, dell'*Université René Descartes* a Parigi, abbiamo tenuto un seminario dal titolo "La salute degli zingari nella città di Roma", che ha visto la partecipazione per lo più di donne, alcune delle quali appartenenti a comunità Rom. Il gruppo era eterogeneo, diverse erano le qualifiche professionali: studentesse, educatrici, ricercatrici; varie le provenienze: Bulgaria, Spagna, Italia, Francia. Erano inoltre presenti Jean-Pierre Liégeois, direttore del *Centre de Recherches Tsiganes* (CRT), e Sandrine Bot, la coordinatrice del progetto "Romeurope", *Medecins du Monde* (MDM).

Nel mese di ottobre 2001 siamo ritornati a Parigi per partecipare in qualità di relatori ad un incontro internazionale sulla tutela della salute delle persone straniere gravemente malate anche in condizione di irregolarità giuridica: è stata un'occasione per affrontare il tema della promozione della salute di una popolazione "svantaggiata" come quella zingara.

Il tema "salute zingara" è stato inserito in diversi incontri formativi dell'Area Sanitaria Caritas in varie parti d'Italia (Verona, Parma, Torino, ecc.).

Nei corsi di preparazione al volontariato, organizzati dal Settore Volontariato della Caritas, che vengono replicati per due edizioni ogni anno, si sono sempre svolti dei seminari sugli interventi dell'Area Sanitaria con le popolazioni zingare, offrendo strumenti di lettura antropologica, sociale ed economica della realtà dei campi nomadi (aprile e novembre 1999; marzo e ottobre 2000; aprile e giugno 2001).

3.4.4. Raccolta dei dati socio-sanitari

La raccolta di dati sociali, rilevanti per completare il quadro sanitario delle popolazioni Rom residenti nei due campi, è stata quella che più ha richiesto all'équipe una capacità di adattamento alla realtà in continuo movimento di questi gruppi umani e flessibilità nel ricercare continuamente alternative fattibili e rilevanti.

Infatti il lavoro ha acquisito caratteristiche differenti nei due campi, modellandosi sulla realtà concreta nella quale si operava, e sono stati disegnati e sviluppati diversi microprogetti:

– *Campo di Tor Pagnotta*

A Tor Pagnotta, l'équipe mista, sanitari e volontari della parrocchia S. Giuseppe da Copertino, nell'anno 2000 ha avviato i seguenti microprogetti:

- misura peso-altezza di tutti i residenti, come strategia per entrare nelle case e iniziare un dialogo;
- accompagnamento durante la gravidanza delle donne e i primi tre mesi dei nuovi nati;
- osservatorio sui problemi dell'adolescenza e sulle tossicodipendenze.

Nonostante, secondo quanto dichiarato dai volontari della parrocchia, grazie all'équipe medica "si è raggiunto un rapporto di fiducia invidiabile", i problemi del quotidiano, le emergenze sanitarie e le richieste di aiuto concrete hanno quasi sempre preso il sopravvento sulla raccolta dati. È stato possibile pesare e misurare solo i bambini, perché "peso e misura si prendono solo quando si muore", gli adolescenti non erano mai al campo ed era molto difficile avvicinarli, le donne gestivano la gravidanza come un evento naturale, che non necessita particolari cure, e mostravano molta diffidenza e scarsissima collaborazione quando ci si presentava con un questionario da riempire.

Gli eventi tragici occorsi durante i mesi estivi (due morti violente, incursioni della polizia, problemi interni di relazione fra i differenti gruppi familiari) hanno provocato un allontanamento di circa la metà delle famiglie. Inoltre il mancato avvio della cooperativa di lavoro per la raccolta differenziata dei rifiuti, promossa dalla Caritas Parrocchiale e dall'AMA, in collaborazione con la Lega Ambiente e l'Opera Nomadi Regionale, aveva

creato un certo sconforto nel gruppo Rom, venendo a mancare una prospettiva di lavoro sulla quale avevano investito, e indotto altri a lasciare l'insediamento.

D'accordo con il gruppo parrocchiale, si è deciso di continuare la nostra presenza nel campo, con l'obiettivo di non vanificare il rapporto di fiducia già instaurato e di continuare ad accompagnare la popolazione rimasta nel campo nella ricerca di soluzioni ai loro problemi. In questa situazione, l'attività sanitaria si è limitata alla clinica, non esistendo le condizioni per un intervento più integrato.

– *Campo di Via del Baiardo*

In Via del Baiardo, dopo la redazione degli strumenti di raccolta dei dati (vedi Appendice C), durante gli ultimi mesi del 1999 e l'inverno del 2000 ci si è impegnati nei microprogetti di:

- raccolta dati sanitari presso le famiglie allargate: previa la selezione di 3-4 famiglie allargate (circa 30 persone), con possibilità economiche differenti, venivano periodicamente svolte interviste su tutti gli eventi sanitari occorsi, sul rapporto con le strutture sanitarie, il livello di soddisfazione sul trattamento ricevuto ed eventuali difficoltà;
- accompagnamento durante la gravidanza delle donne e i primi tre mesi dei nuovi nati: le donne in gravidanza residenti nel campo sono state ricercate attivamente e seguite, o solo con una raccolta dati o con l'offerta attiva di aiuto, se richiesta, nelle varie fasi della gravidanza fino ai primi tre mesi di vita del nascituro. Particolare enfasi è stata posta nell'educazione sanitaria alla prevenzione delle complicanze e alla tutela della salute della madre, usualmente piuttosto trascurata, e del bambino.

Entrambi i progetti hanno avuto scarso successo: il primo per la diffidenza e scarsissima collaborazione degli intervistati quando ci si presenta con un questionario da riempire, del quale non capiscono il significato. Si è così confermata la ricerca - azione come unica metodologia per raccogliere dati attendibili, nel rispetto delle caratteristiche e sensibilità culturali della popolazione zingara.

Il progetto di raccolta dei dati sanitari durante la gravidanza delle donne e i primi tre mesi dei nuovi nati, dopo un avvio difficile per lo scarso interesse delle donne a ricevere un accompagnamento durante questo periodo, che loro vivono come assolutamente fisiologico e non bisognoso di cure specifiche, ha subito una battuta d'arresto a causa della scarsa accoglienza che gli zingari ricevono nelle strutture sanitarie. Alla raccolta dati, infatti, si accompagnava un'azione di educazione sanitaria per stimolare le donne a sottoporsi ai dovuti controlli durante la gravidanza. Ma una volta ottenuta la disponibilità di alcune donne, non è stato possibile individuare un consultorio, o struttura analoga, accessibile geograficamente dal campo, disposto ad offrire il servizio dovuto alle donne zingare, con un minimo di attenzione alla loro sensibilità culturale e sociale (33).

A partire dall'inverno 2001, grazie al concorso di nuove situazioni createsi, questo capitolo di attività ha preso un nuovo impulso.

Da una parte la sostituzione, per circa l'80% delle famiglie, delle baracche in legno con prefabbricati pavimentati, maiolicati alle pareti e con alcuni servizi igienici (riforniti di acqua da piccoli serbatoi riempiti a mano), la sistemazione degli interni con mobili e degli esterni con airole coltivate, ghiaia e cemento, hanno denotato un senso di stabilità e di tranquillità che ha facilitato le relazioni e aumentato la disponibilità degli zingari al nostro intervento.

Inoltre, con l'aggiungersi di una nuova volontaria, con esperienza nell'intervento sociale e formazione antropologica, l'équipe ha raddoppiato la presenza al campo suddividendosi in due gruppi: uno dedicato all'assistenza clinica ed educazione sanitaria, l'altro alla raccolta di dati socio-sanitari. Quest'ultimo ha visitato il campo altre 31 volte, spesso

collaborando con il personale dell'ARCI (Associazione Ricreativa Culturale Italiana), responsabile del progetto di scolarizzazione del Comune di Roma.

Sono state così completate le seguenti raccolte dati:

- a partire dall'ultimo aggiornamento del censimento offertoci dal XX Gruppo dei Vigili Urbani, si è proceduto a ridisegnare una mappa ragionata del campo, con la dislocazione delle famiglie, la ricostruzione delle relazioni di parentela e i "servizi" (WC chimici, cassonetti per la spazzatura, ecc.) presenti;
- nel frattempo si è ulteriormente aggiornato il censimento, che è risultato sopra dimensionato;
- si sono visitate tutte le famiglie per raccogliere dati sull'accessibilità e sulla fruibilità alle strutture sanitarie pubbliche: oltre a verificare l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per i regolarmente presenti in Italia, e il possesso del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) per gli irregolari, si è indagato sull'uso che viene effettivamente fatto dei diritti che tali documenti assicurano e sono state raccolte "storie di vita" sull'incontro/scontro con le strutture sanitarie (Appendice C);
- durante queste visite, a coloro che non erano iscritti all'SSN, regolarmente o con tesserino STP, a seconda che fossero regolarmente presenti in Italia, veniva spiegata l'importanza di tale iscrizione e fornite indicazioni sull'iter da seguire, distribuendo semplice materiale informativo.

3.4.5. Coordinamento con istituzioni e associazioni

Oltre ad essere formalizzato come uno degli obiettivi del nostro progetto, il collegamento, lo scambio e il coordinamento con quanti, pubblici o privati, lavorano con le popolazioni zingare, e soprattutto sulla salute, sono uno strumento strategico fondamentale per migliorare l'efficacia dell'intervento.

Questa linea di attività ha previsto:

– *Partecipazione ad iniziative di altre associazioni*

Numerose sono state le occasioni di scambio in occasione di convegni, seminari, riunioni di programmazione di altre associazioni (Opera Nomadi, ARCI, Centro Multi-etnico Navile, ecc.).

– *Collaborazione con le ASL competenti per territorio*

Nonostante i nostri sforzi per portare le problematiche alle istanze decisionali superiori, la collaborazione si è limitata al livello operativo. Nel campo di Tor Pagnotta si sono individuati dei canali preferenziali per gli appuntamenti presso le strutture sanitarie, soprattutto il consultorio familiare di zona. In Via del Baiardo, invece, la collaborazione con l'équipe responsabile delle vaccinazioni è stata molto stretta: durante riunioni periodiche si sono coordinate strategie operative e condotte terapeutiche, con l'obiettivo di offrire ai Rom del campo una stessa immagine di intervento sanitario. Attualmente si sta mettendo in atto una strategia coordinata di orientamento delle famiglie verso i centri vaccinali, per il completamento del calendario vaccinale.

– *Contatti operativi con l'Ospedale San Pietro – Fatebenefratelli*

Questa struttura sanitaria è il riferimento principale per gli abitanti del campo di Via del Baiardo, sia per le emergenze che per la cura delle principali patologie. L'accoglienza che vi ricevono i Rom, pur essendo in genere piuttosto buona, è ancora troppo influenzata dalla disponibilità dell'operatore che ha il primo contatto con loro, non essendo definiti dei

protocolli chiari e non conoscendo i Rom i percorsi adeguati da seguire. I primi contatti, nella primavera 2001, sono stati con gli operatori (l'assistente sociale e un medico pediatra) che più spesso venivano nominati dagli zingari come coloro che li avevano aiutati e "trattati bene", proponendo loro un lavoro coordinato: dopo aver definito dei percorsi sanitari chiari, soprattutto per i Rom non in regola con il permesso di soggiorno, l'équipe della Caritas avrebbe potuto svolgere il ruolo di "medicina di base", orientando poi i pazienti che avessero bisogno di un intervento di secondo livello all'ospedale San Pietro. Questo permetterebbe di sgravare l'ospedale degli interventi di base, di evitare che gli zingari si rivolgano al livello sbagliato all'interno della struttura e di assicurare ai medici specialisti la continuità della cura, grazie al coordinamento con l'équipe Caritas. D'altra parte per i medici del campo è molto importante poter far conto su una struttura di secondo livello dove poter orientare i pazienti, sapendo che verranno accolti secondo regole precedentemente stabilite. La proposta ha trovato una buona accoglienza fra gli operatori "in prima linea" ed è stata presentata alla Direzione Sanitaria: dopo la pausa estiva era prevista una riunione di coordinamento che ancora non si è realizzata.

- *Collegamento fra le esperienze sanitarie in atto nei campi nomadi della provincia di Roma*
Sempre nella primavera 2001, ha preso corpo tale iniziativa sulla quale si stava lavorando da tempo. Infatti la presenza di campi sosta abitati da popolazioni Rom e Sinti pone delle problematiche sanitarie specifiche, per rispondere alle quali sono in atto varie esperienze di assistenza, sia da parte delle strutture pubbliche come del privato sociale. L'applicazione della nuova normativa per l'assistenza sanitaria agli STP deve tenere in conto da una parte la specifica struttura sociale e la cultura delle popolazioni zingare, dall'altra la maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie che queste ultime incontrano. In considerazione delle caratteristiche di questa situazione abbiamo proposto la costituzione del GRIS-Area Zingari, quale luogo di collegamento, confronto e discussione fra le realtà che operano nell'ambito della promozione della salute, con l'intento di essere incisivi in termini di politiche per la tutela del diritto alla salute. Ciò nasce dall'esperienza pluriennale del GRIS che è un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale, a cui sono invitati a partecipare strutture di volontariato, di privato sociale, associazioni di immigrati e strutture pubbliche coinvolte nella erogazione di servizi sanitari, di sostegno e di orientamento sanitario nei confronti di cittadini immigrati indipendentemente del loro status giuridico; possono aderire Enti Pubblici e Istituzioni che ne condividono le finalità. Finalità del GRIS è la reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato. Durante la prima riunione è stata evidenziata l'importanza della condivisione di un cammino comune e di documenti e strumenti di lavoro. La proposta è stata accolta con molto interesse, e già alla seconda riunione hanno partecipato rappresentanti di quattro su cinque ASL dell'area metropolitana, sei associazioni del privato sociale e una rappresentante dell'Assessorato alla Sanità Regione Lazio. È stata già prodotta una mappatura aggiornata della presenza di campi nomadi nella città, con gli interventi pubblici e privati in essi attivi, e si è predisposta una raccolta di dati socio-sanitari sulle condizioni di vita delle comunità Rom, i cui dati cominciano a pervenire nel centro di raccolta presso la Caritas. Nella terza riunione, nell'ottobre 2001, si è organizzato un incontro con l'Assessore comunale per le Politiche Sociali, Raffaella Milano, con la quale ci si è confrontati sui bisogni delle popolazioni Rom e sulle politiche avviate dall'Assessorato; inoltre si sono concordati interventi coordinati su tutto il territorio.
- *Contatti con altre realtà europee*
Rispondendo all'esigenza di rapportarci con il contesto internazionale per individuare strategie e metodologie di intervento per la promozione della salute presso le comunità

Rom, due componenti dell'équipe sono state a Parigi, nell'aprile 2001, con l'intenzione di prendere contatti e allacciare relazioni ed avere un quadro più ampio della situazione europea. Abbiamo incontrato ed intervistato: Jean-Pierre Liégeois, direttore del *Centre de Recherches Tsiganes*; Danièle Granier-Turpin, direttrice di UNISAT, la federazione francese delle associazioni che lavorano per la tutela dei diritti dei Rom; Farid Lamara, l'incaricato del progetto "Romeurope", *Medecins du Monde*.

Secondo tutti gli intervistati si delineano grandi cambiamenti per le comunità Rom nell'Europa del futuro: sempre più, grandi organismi internazionali, quali ad esempio, la Comunità europea, il Consiglio d'Europa, l'OSCE, si interessano di loro. A partire dalla Risoluzione del Consiglio dei Ministri dell'Istruzione del 1989, concernente la scolarizzazione dei figli degli zingari e dei girovaghi, attraverso l'interessamento da parte della Finlandia, nel 1999 e del Portogallo l'anno successivo, durante le loro rispettive presidenze dell'Unione Europea, che hanno posto come una delle priorità il miglioramento della situazione dei Rom, si è ottenuto che il capitolo concernente i Rom, all'interno del "Rapporto regolare sullo stato della situazione nei 13 Stati candidati" della Comunità Europea, abbia sempre più peso e valore.

Dalle interviste tenute oltre a trarre interessanti spunti di riflessione, abbiamo ricavato una lunga lista di possibili contatti internazionali; presso i Centri di Documentazione visitati, il *Centre de Recherches Tsiganes* ed *Etudes Tsiganes* è stato possibile acquisire interessante materiale bibliografico sugli zingari e la salute: tesi di dottorato, riviste, articoli, normative, ecc.

3.4.6. Ricerca bibliografica

Una difficoltà con cui si scontra chiunque sia impegnato in progetti di intervento sulla salute con gli zingari è quella di reperire riferimenti bibliografici sull'argomento (28). Oltre ad essere piuttosto esigua, la produzione di testi, articoli, letteratura grigia sullo specifico dello stato di salute della popolazione zingara, metodologia di intervento in campo sanitario e analisi di esperienze, è estremamente dispersa. Abbiamo verificato che non esiste in tutta Europa un centro studi specializzato su salute zingara e che nei vari centri di documentazione non sono previste sezioni dedicate.

Nell'ottica sia di raccogliere materiale utile per il nostro lavoro, sia, nel tempo, di offrire un servizio a chi si occupa di salute zingara, abbiamo organizzato un archivio, assegnando parole chiave utili per una più facile consultazione, con il materiale proveniente da:

- i testi, articoli e quant'altro già presente nell'ufficio dell'Area Sanitaria Caritas;
- gli articoli raccolti con ricerche su MedLine, continuamente aggiornate, su salute e zingari, e metodologie epidemiologiche con gruppi etnici minoritari;
- il materiale raccolto nei Centri Studi e Documentazione visitati a Parigi.

Il materiale è disponibile presso il Centro Studi e Documentazione dell'Area Sanitaria Caritas di Roma, Via Marsala, 103 - 00185 Roma. Si può accedere telefonando al 06/44340247 il mercoledì dalle 10 alle 12,30 e il giovedì dalle 15 alle 17,30 per prendere appuntamento o facendo richiesta di specifica documentazione all'indirizzo di posta elettronica: c.documentazione@areasanitaria.it.

3.5. Dati clinici raccolti nei due campi Rom

Un problema costante, quando si trattano dati epidemiologici delle popolazioni zingare, è la difficoltà nel costruire frequenze su dati di popolazione: l'incertezza dei censimenti, l'estrema mobilità dei gruppi familiari, le frequenti nascite e morti fanno sì che il denominatore di popolazione sia molto impreciso, se non sconosciuto. Da qui la nostra scelta di analizzare i dati in base alla domanda attiva arrivata alla nostra attenzione, cioè il numero e tipo di visite realizzate dai medici dell'équipe (Tabella 3.4).

Tabella 3.4. Numero di visite di adulti e bambini per numero di cartelle cliniche (1999-2001)

VIA DEL BAIARDO					
visite di adulti	cartelle		visite pediatriche	cartelle	
n.	n.	%	n.	n.	%
1 visita	46	42	1 visita	15	14
2-5 visite	33	30	2-5 visite	53	47
> 5 visite	30	28	> 5 visite	44	39
Totale	109	100	Totale	112	100
TOR PAGNOTTA					
visite di adulti	cartelle		visite pediatriche	cartelle	
n.	n.	%	n.	n.	%
1 visita	13	19	1 visita	34	60
2-5 visite	28	40	2-5 visite	16	28
> 5 visite	29	41	> 5 visite	7	12
Totale	70	100	Totale	57	100

Questi dati ci suggeriscono alcune riflessioni:

- *Campo di Via del Baiardo*
 - praticamente tutti gli abitanti del campo sono stati visitati almeno una volta, a denotare il ruolo nel campo della salute che viene riconosciuto all'équipe;
 - in età pediatrica sono stati più numerosi i controlli dello stesso paziente, anche dell'accrescimento per i bambini sani, segno della fiducia che le pediatre hanno conquistato fra le madri;
 - d'altra parte le 30 cartelle degli adulti con più di 5 visite sono in pratica dei pazienti con patologie croniche, fra le quali alcune contano più di 60 visite (quasi una visita per uscita del camper!).
- *Campo di Tor Pagnotta*
 - i problemi sociali che si sono avuti in questi due anni, con lo spostamento di molte famiglie, hanno ridotto notevolmente la presenza effettiva nel campo: le cartelle presenti nel nostro archivio corrispondono in linea di massima agli abitanti attualmente residenti.

Riportiamo di seguito i dati assoluti delle diagnosi effettuate nelle visite, divise per gruppi di malattie, sesso e classi di età. Da considerare che in una stessa visita potevano essere formulate più diagnosi e che uno stesso paziente può essere stato visitato più volte (Tabella 3.5 per i dati del Campo di Via del Baiardo e la Tabella 3.6 per quelli di Tor Pagnotta).

Tabella 3.5. Riepilogo del Campo in Via del Baiardo: esiti delle visite per sesso e classi di età (periodo 15 ottobre 1999 – 15 luglio 2001)

Esito della visita	0 – 1 anni		2 – 5 anni		6 – 14 anni		15 – 18 anni		19 – 30 anni		31 – 45 anni		>45 anni		tot													
	nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi															
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F														
Attesa diagnosi			2		1				2					2	7													
Controllo pz sano	18	11	53	23	8	8	22	22	7	10	5	9	1	2	2	2	2	3	3	214								
Ostetricia					1				1	2	16	5	1						1	27								
Patologia:																												
<i>cardio-circol.</i>																												
<i>congenita</i>	2	4		1	1								1	3	3	4	7	33	5	8	54	100	218					
<i>cutanea</i>	3	4	1	6	2	4	1	3	1	6	7	3	4	3	2	2	2	2	2	2	5	5	55					
<i>digerente</i>	4	3	4	5	1	1	1			1	3	2	9	1	3	3	5	2	3	5	2	3	51					
<i>ematologica</i>	2	1	1	1	4	1	3			1													14					
<i>endocrina</i>						1				1											2		4					
<i>ginecologica</i>															5	2							6					
<i>infettiva</i>	6	4	1	4	7	1	2	3	2	1	3	1	1										36					
<i>neurosensoriale</i>				2	1	1	2			1					2	7					2		18					
<i>odontoiatrica</i>					1					1	1	1			1								10					
<i>osteo-articolare</i>															4	1	6	1	4	11	11	3	41					
<i>psichica</i>										1	2				1	2	1						9					
<i>respiratoria</i>	27	16	12	3	35	41	5	2	31	13	4	4	4	7	14	1	4	5	1	6	10	1	8	254				
<i>traumatica-ferite</i>				1	1	1	1	6	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		21					
<i>urologica</i>										1														12				
Rilascio certificati				1	1	1	3	3	1						1									10				
TOTALI	62	40	70	26	58	75	33	29	60	43	7	16	9	10	2	20	67	3	15	26	32	14	39	23	47	75	115	1016

M= Maschi; F= Femmine

Tabella 3.6. Riepilogo del Campo di Tor Pagnotta: esiti delle visite per sesso e classi di età (periodo 15 ottobre 1999 – 15 luglio 2001)

Esito della visita	0 – 1 anni		2 – 5 anni		6 – 14 anni		15 – 18 anni		19 – 30 anni		31 – 45 anni		>45 anni		tot													
	nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi		nuovi casi															
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F														
Attesa diagnosi	1		1		1				1				2		6													
Controllo pz sano	2	5	1	3	1	1	3	2	3	4	1	1	1	10	43													
Ostetricia					1				3		3		4		11													
Patologia:																												
<i>cardio-circol.</i>									4			1		7	32													
<i>congenita</i>					1									1	2													
<i>cutanea</i>			2			1		6	1	1	1	1		1	14													
<i>digerente</i>	3			1	2		3	2	4	3		3	5	1	27													
<i>ematologica</i>			1		2		1		3		1		2		10													
<i>endocrina</i>									1		1			2	7													
<i>ginecologica</i>							4		1		6		1	4	17													
<i>infettiva</i>			1		1				2		1			1	7													
<i>neurosensoriale</i>			1						1	2				2	6													
<i>odontoiatrica</i>			1		4		1		3	2	2		2		16													
<i>osteo-articolare</i>			1		1		1		1	3	4	2	2	4	42													
<i>psichica</i>									1		1		1		5													
<i>respiratoria</i>	4	10	11	7	11	8	1	3	2	4	9	1	1	5	84													
<i>traumatica-ferite</i>			3	1	1	1	4	5		4	5		2	1	31													
<i>urologica</i>			1		1					1		1			4													
Rilascio certificati					11	4		4		1			1		21													
TOTALI	6	19	1	19	16	1	2	35	21	5	1	14	10	2	4	29	47	7	12	15	23	4	5	4	42	5	36	385

M= Maschi; F= Femmine

Un obiettivo del progetto consisteva nel confronto fra due gruppi non perfettamente omogenei, Rom Khorakhanè e Rom Kaniarija – tra gli zingari che vivono nei campi di Roma quasi all’opposto per atteggiamenti sociali – per individuare eventuali differenze nello stato di salute e nella gestione dell’evento salute-malattia e disegnare strategie, che se comuni per metodo, devono essere operativamente personalizzate (34).

Le classi di età sono state ripartite, più che con criteri epidemiologici, tenendo conto delle fasi sociali della vita degli zingari: lattanti, infanti, bambini, adolescenti in età da matrimonio, giovani adulti, individui in fase di piena maturità, anziani. La fascia degli ultra quarantacinquenni, considerati anziani nella cultura zingara, include pochi ultra sessantacinquenni.

La presenza di una équipe di pediatri in Via del Baiardo, con vasta esperienza, che sono diventate “il pediatra di base” per molte famiglie zingare, spiega in gran parte le differenze che troviamo nelle classi di età fra coloro che hanno richiesto la visita nei due campi: il gran numero di bambini fra 0 e 14 anni che sono stati tenuti sotto controllo a Via del Baiardo non trova corrispondenza in Tor Pagnotta, dove il medico veniva chiamato solo in casi di effettiva necessità, ma non avendo la professionalità specifica, non ha svolto una ricerca attiva. È un tipico esempio di domanda che viene creata dall’offerta (Tabella 3.7).

Tabella 3.7. Distribuzione percentuale decrescente delle visite per classi di età

VIA DEL BAIARDO				TOR PAGNOTTA			
Classe età	Maschi	Femmine	Totale	Classe età	Maschi	Femmine	Totale
>45	9,6	16	25,6	19-30	9,4	15,3	24,7
0-1	13	6,5	19,5	>45	2,3	20,3	22,6
2-5	9,0	10,2	19,2	6-14	10,3	5,8	16,1
6-14	6,6	5,8	12,4	31-45	4,9	7,3	12,2
31-45	3,9	7,0	10,9	2-5	5,0	4,9	9,9
19-30	2,3	8,0	10,3	15-18	4,1	3,7	7,8
15-18	1,0	1,1	2,1	0-1	1,7	5,0	6,7
Totale	45,4	54,6		Totale	37,7	62,3	

L’alta percentuale di visite effettuate in Via del Baiardo a pazienti maggiori di 45 anni offre, invece, una chiave di lettura differente. La numerosità delle visite è data soprattutto dai controlli per le patologie cardio-circolatorie, fundamentalmente l’ipertensione. Pur essendo questa, secondo tutti i dati di letteratura, una patologia molto diffusa nella popolazione zingara, in questo caso si è verificata una presa in carico della propria cura da parte dei pazienti che hanno riconosciuto la bontà della terapia, la fedeltà dei medici nel dare continuità al trattamento e hanno offerto la loro collaborazione nel sottoporsi ai controlli e assumere la terapia. Questo dato confuta quanto da noi affermato, in linea con altri autori, nel nostro lavoro del 1998 “SaluteZingara” (28) e cioè che gli zingari sottostimano i problemi cronici asintomatici per:

- concezione del tempo, per cui la “zingaro vive il presente”;
- assenza di conoscenze sanitarie tali da collegare alcuni sintomi cronici tra loro e alle loro possibili complicanze;
- paura della malattia, e perciò della morte, che viene più frequentemente esplicitata rispetto ai gagé, cioè ai “non zingari”, e resa visibile dall’assunzione di una terapia;
- mancato riscontro immediato dell’efficacia della terapia.

Se quanto sopra descritto è sicuramente vero e va tenuto presente nella relazione terapeutica (35), una ragione particolarmente importante circa la scarsa considerazione per le malattie croniche fra gli zingari è dovuta alla difficoltà di accesso ai servizi, al costo delle terapie e alle

difficoltà burocratiche per ottenere l'esenzione dal ticket, a cui avrebbero diritto, alla scarsa accoglienza che trovano presso gli operatori sanitari, che accettano al massimo di trattarli per le patologie acute. Quando il servizio viene offerto, viene loro spiegato perché e come e si dà tempo al dialogo, la patologia cronica non è più uno spauracchio da fuggire, bensì un malessere da controllare con responsabilità.

La stessa attenzione verso le patologie croniche non si è avuta nel campo di Tor Pagnotta: in questo campo, oltre ad esserci meno anziani, le condizioni di vita sono molto più dure, la povertà più acuta, i problemi sociali più devastanti e non c'è la tranquillità necessaria per aver cura di se stessi. Da notare, inoltre, che solo pazienti di sesso femminile hanno richiesto aiuto per le patologie cardio-circolatorie.

Abbiamo notato, inoltre, una certa ripetitività nei motivi di visita a Via del Baiardo: i primi tre motivi di visita racchiudono il 67,6% delle visite (rispetto al 43,9% di Tor Pagnotta). Sicuramente i Rom Kaniarija, godendo di maggiori risorse economiche e di un maggior inserimento nel territorio, hanno più possibilità di scelta, potendo ricorrere anche a medici privati, e come conseguenza "usano" l'équipe Caritas secondo quanto sembra loro più opportuno, a seconda delle competenze che individuano nell'équipe o del rapporto personale che si istaura (36, 37) (Tabella 3.8).

Tabella 3.8. Esito delle visite (distribuzione percentuale in ordine di visita)

VIA DEL BAIARDO				TOR PAGNOTTA			
Esito della visita	% sulle visite			Esito della visita	% sulle visite		
	Tot.	M	F		Tot.	M	F
pat. respiratoria	25	13	12	pat. respiratoria	21,8	9,4	12,4
pat. cardio-circol.	21,5	6,9	14,6	controllo pz. sano	11,2	2,1	9,1
controllo pz. sano	21,1	11,6	9,5	pat. osteo-articolare	10,9	4,4	6,5
pat. cutanea	5,4	2,9	2,5	pat. cardio-circol.	8,3	0,0	8,3
pat. digerente	5	2,6	2,4	pat. traumatica-ferite	8	5,7	2,3
pat. osteo-articolare	4	1,5	2,5	pat. digerente	7	2,9	4,1
pat. infettiva	3,5	1,6	1,9	rilascio certificati	5,5	4,4	1,1
ostetricia	2,7	0,0	2,7	pat. ginecologica	4,4	0,0	4,4
pat. traumatica-ferite	2	1,4	0,6	pat. odontoiatrica	4,2	3,4	0,8
pat. neurosensoriale	1,8	0,4	1,4	pat. cutanea	3,6	1,8	1,8
pat.ematologica	1,4	1	0,4	ostetricia	2,9	0,0	2,9
pat. urologica	1,2	0,5	0,7	pat.ematologica	2,6	0,3	2,3
rilascio certificati	1	0,5	0,5	pat. endocrina	1,8	0,0	1,8
pat. odontoiatrica	1	0,1	0,9	pat. infettiva	1,8	1	0,8
pat. psichica	0,9	0,3	0,6	pat. neurosensoriale	1,6	0,3	1,3
pat. congenita	0,8	0,7	0,1	attesa diagnosi	1,6	0,6	1
attesa diagnosi	0,7	0,0	0,7	pat. psichica	1,3	0,9	0,4
pat. ginecologica	0,7	0,0	0,7	pat. urologica	1	0,8	0,2
pat. endocrina	0,4	0,2	0,2	pat. congenita	0,5	0,0	0,5
Totale		45,3	54,9	Totale		38,0	62

Il primato nella frequenza delle diagnosi spetta, in entrambi i campi, alle patologie respiratorie, riconducibili alle condizioni di vita, mentre sorprende la bassa percentuale dell'altra "patologia della povertà": le affezioni dell'apparato digerente. Riconduciamo questa situazione all'effetto protettivo dei rituali nella preparazione dei cibi, ancora molto presenti in entrambe le popolazioni, e che si sono sviluppati in un popolo che viveva sulla strada, senza perciò avere a disposizione mezzi di conservazione degli alimenti o acqua potabile (38). Infatti la vita degli zingari è controllata da complesse e onnipresenti regole, raggruppate in due categorie: "puro" (tutto ciò che è interno al corpo) e "impuro" (tutto ciò che è esterno). Con lo

scopo di evitare che qualsiasi cosa sporca vada all'interno del corpo, considerato "puro", viene posta molta attenzione alla preparazione dei cibi, curando che non vengano in contatto con oggetti utilizzati per lavare l'esterno del corpo, ritualmente "impuro", come sapone o bacinelle.

3.6. Analisi dei dati del campo di Via del Baiardo

3.6.1. Dati sullo stato di salute orale

L'esperienza ha evidenziato come, di fronte alla disponibilità ad una prima visita odontoiatrica, ci sia stata una netta attenzione più per i piccoli pazienti che per quelli in età adulta. Il "range" d'età dei chiedenti visita è infatti compreso tra i 18 mesi e i 27 anni e la maggior parte dei pazienti si concentra tra i 3 e i 11 anni (21 su 31).

Sapevamo da ricerche precedenti che nel campo vivono all'incirca 200 individui di cui il 49% sono al di sotto dell'età di 16 anni e quindi già ci si aspettava di intervenire su di una popolazione prevalentemente giovane, calcolando circa 90 ragazzi sul totale della popolazione.

Da parte dei genitori e degli adulti, quando presenti, c'è stato solo un interessamento generico per quanto riguarda soprattutto problemi di terapie protesiche ed estrattive da eseguire e per le quali sono stati invitati a rivolgersi all'ambulatorio del COC di San Paolo, lasciando loro bigliettini prestampati da noi compilati e recanti tutte le informazioni per raggiungere e fruire della struttura. Nonostante questa "pubblicità" solo tre bambini in tutto l'anno sono stati portati in cura presso il COC, di cui un caso per pronto soccorso, non seguito ulteriormente da terapie di completamento del caso.

Nella popolazione pediatrica siamo riusciti ad ottenere spontaneamente la disponibilità di 31 individui (15% della intera popolazione e 30% della popolazione giovane), operando con il metodo della visita domiciliare effettuata in presenza di genitori o parenti, per lo più di sesso femminile, e con l'ausilio della scheda di rilevamento da noi approntata.

L'intervista aveva come scopo in particolare di conoscere l'età anagrafica, la scolarità e le abitudini orali e alimentari dei piccoli pazienti, con un particolare riguardo alla percezione del proprio status di malati.

Si è rilevato che la totalità dei visitati sono nati e cresciuti in Italia e quelli in età della scuola dell'obbligo sono caratterizzati da una bassa scolarità (14 sì e 11 no). Alcuni dichiarano spontaneamente di non volerci andare (4 bambini), in quattro non rispondono su questo tema, altri dichiarano di non frequentarla regolarmente, adducendo come motivazione più frequente la difficoltà di inserimento con i coetanei. I soggetti in età da scuola materna o asilo nido (9 bambini) non vi vengono portati. Il risultato è che raramente si consegue la licenza elementare e che nessuno dei bambini intervistati frequenta la scuola media inferiore.

Coloro che frequentano le scuole pubbliche hanno un impegno a tempo pieno e non sempre il personale insegnante impartisce le dovute istruzioni e motivazioni sull'igiene orale. Il risultato di ciò è che, nonostante la scuola, la frequenza dei lavaggi e i tempi adatti non siano conosciuti e quindi rispettati; prova ne è la sostanziale uguaglianza di numero di lesioni cariose che affligge i soggetti scolarizzati e quelli non scolarizzati.

Tre bambini hanno dichiarato di pulirsi i denti con lo spazzolino solo di mattina prima della scuola, molti sono quelli che lo fanno anche solo poche volte a settimana (7 bambini), giungendo a veri e propri paradossi di chi dice "mai" (un bambino) o una volta a settimana (1 bambino); degli altri non è stato possibile capire la reale abitudine.

I genitori non appaiono mai coinvolti nell'insegnamento delle norme d'igiene orale, mentre 6 bambini dicono con sicurezza di ricevere queste cure da parte delle maestre.

Nelle abitudini alimentari abbiamo riscontrato 2 casi di sicuro abuso di cibi zuccherini e 1 caso di sindrome da biberon (lesioni cariose multiple nel settore anteriore della dentizione decidua per uso scorretto di biberon dolcificato o di ciucciotto con miele). La media di lesioni per individuo (pari a 5,2) però ci fa ritenere ragionevolmente che le abitudini alimentari siano fattori favorevoli ben oltre i casi accertati.

In ultimo alla domanda sull'ultima visita odontoiatrica 7 bambini hanno risposto mai, 9 casi non erano sicuri o non hanno risposto e solo 6 denunciano una visita dai tre ai sei mesi prima ad eccezione fatta di una donna adulta (27 anni) che ha dichiarato di essere stata due anni prima dal dentista. A questo fa riscontro che solo in un caso si sono trovate delle otturazioni mentre la totalità delle bocche viste non presentava tracce di interventi odontoiatrici; pertanto sono state consigliate l'estrazione, data l'impossibilità d'intervento terapeutico, di 3 denti e 6 residui di radice dentale distribuite in 6 soggetti.

Lo schema convenzionale dettato dall'OMS per la raccolta della "formula dentaria" e della patologia cariosa è valido sia per la dentizione decidua, che per quella permanente, usando quella decidua anche per i casi di dentizione mista che, nel nostro caso, sono la maggior parte.

Il risultato è stato quello di vedere un'alta incidenza della patologia cariosa (media di 5,2 lesioni per individuo) e delle sue sequele clinicamente visibili (fistole e ascessi), anche in stadi molto precoci della dentizione decidua.

Non è possibile ancora calcolare un indice epidemiologico DMF confrontabile con i dati disponibili sulla popolazione italiana equivalente, poiché questi ultimi sono calcolati su gli individui di 12 anni d'età, che nel nostro già esiguo campione sono pochi (2 casi).

L'evidenza clinica però ci fa pensare ad un'effettiva alta incidenza della carie in questi soggetti, visto che il dato medio nazionale è di 2,2.

Sono frequenti anche i rilevamenti di ampi depositi di placca vecchia e gengivite che però non rientrano strettamente negli scopi del nostro studio e richiederebbero altre schede di rilevamento appositamente approntate.

Appare chiaro, da questi pochi dati preliminari, che la salute orale nella popolazione nomade in età pediatrica possa essere considerata un problema sanitario, anche se per la sua quantificazione confrontabile con dati nazionali è necessario un campione più ampio.

Da quanto è emerso dal colloquio con le madri dei piccoli pazienti, ci sembra che, a parte possibili difficoltà di ordine culturale, che fanno sì che in genere il Rom si trascuri nella salute anche orale, vi siano in più dei fattori obiettivi che impediscono la fruizione delle strutture di cura messe a disposizione dalla Caritas Romana, sicuramente fattori anche concatenati tra di loro.

La mancanza di acqua potabile e di energia elettrica nel campo rende evidentemente difficile gli atti della vita quotidiana a cui tutti siamo abituati e quindi anche quelli relativi alla cura dell'igiene personale. Le famiglie con prole numerosa vivono grazie al lavoro domestico ed extra-domestico svolto dalle madri e dalle figlie più grandi della famiglia che accudiscono i piccoli; questo spiega la scolarità molto bassa e il fatto che, se anche motivate a curare i denti dei propri figli più piccoli, le donne si trovano nella difficoltà - se non impossibilità - di pervenire al nostro centro odontoiatrico non sapendo a chi affidare i figli e non avendo, a quanto pare, il supporto dei rispettivi mariti.

Un intervento efficace dovrebbe partire da un progetto di educazione nel quale andrebbero coinvolte sia la componente parentale, che trova nella madre forse il tasto più sensibile a queste problematiche, sia quella docente, che nella scuola ha occasione di incontrare per lungo tempo nella giornata questi piccoli pazienti e può loro insegnare a seguire le più elementari norme d'igiene orale e alimentare. A questo si potrebbe aggiungere l'azione di educazione-informazione svolta a domicilio da volontari o operatori delle strutture.

Ma è anche evidente come, senza un miglioramento delle condizioni di vita di questa popolazione, non sia nemmeno possibile pretendere sul piano pratico un'adesione al nostro

progetto di promozione della salute orale. Quindi il concetto di sanità si ridefinisce come area di intervento, non solo sulla e attraverso la cultura nomade, ma di miglioramento dei normali standard della vita quotidiana.

3.6.2. Dati socio-sanitari

Nel tentativo di ricostruire i percorsi sanitari degli zingari e di fare luce sulla relazione bisogno di salute/offerta dei servizi, quindi verificare l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sanitarie per gli zingari, si è deciso di procedere utilizzando strumenti e metodologie propri della ricerca antropologica.

Abbiamo ripreso il lavoro fatto negli anni precedenti per arrivare ad una definizione chiara degli aspetti socio-antropologici della comunità di riferimento. Lavorando sulla formalizzazione e la maggiore definizione degli strumenti di lavoro. In un primo momento si era pensato di procedere per ricostruire gli aspetti socio-anagrafici e socio-antropologici, di utilizzare delle schede raccolta dati complete di tutti questi aspetti, da somministrare direttamente alla comunità. Ci si è ben presto resi conto dell'impossibilità di rapportarsi agli zingari attraverso una metodologia indagatoria. Si è così abbandonata l'idea di ottenere informazioni dirette e ci si è affidati all'aiuto sia del personale della Caritas coinvolto nel progetto salute, sia del personale dell'ARCI impegnato nel progetto di scolarizzazione.

Un altro punto di osservazione importante si è avuto partecipando agli eventi sociali rilevanti della vita del campo (39): feste religiose (Natale, Svet Iovan, Pasqua), un matrimonio. La relazione che si è creata nel rapporto disteso e cordiale, nel quale noi eravamo invitati da padroni di casa molto accoglienti, senza più alcun connotato di "offerta di servizi/accettazione dei servizi offerti", ma solo con il piacere di fare festa insieme e conversare da pari, ci ha permesso sia di conoscere meglio una cultura così diversa, sia di aprirci ad un dialogo a 360 gradi.

Si è deciso di partire dall'analisi e correzione dell'ultimo censimento, aggiornato al 2000-2001 dal corpo dei NAE (Nuclei Anti Emarginazione) XX Gruppo dei Vigili Urbani. Si è infatti proceduto a ricostruire la composizione delle famiglie e la loro dislocazione, le relazioni di parentela, l'esatta localizzazione dei servizi presenti (WC chimici, cassonetti per la spazzatura, ecc.), e quindi a ridisegnare una mappa ragionata del campo.

Con l'elaborazione di questi strumenti di lavoro si è costruita un'ulteriore scheda per la raccolta dati (Appendice C), in questo caso prettamente socio-sanitari, utile per la verifica delle iscrizioni all'SSN, e al possesso del tesserino STP, e all'uso che viene effettivamente fatto dei diritti che tali documenti assicurano. Contemporaneamente si sono raccolte testimonianze sull'incontro/scontro con le strutture sanitarie, cercando di ricostruire i percorsi sanitari degli zingari e il loro rapporto con gli operatori delle strutture.

La metodologia utilizzata per raccogliere questi dati è stata quella di visitare tutte le famiglie del campo cercando il più possibile di orientare la conversazione sugli aspetti sanitari. Durante le visite, si è provveduto altresì a fare un lavoro informativo, spiegando l'importanza dell'iscrizione all'SSN o il possesso dell'STP, a seconda della posizione giuridica delle persone, distribuendo materiale informativo e dando indicazione sugli iter da seguire. Inoltre i dati relativi all'iscrizione all'SSN sono stati ulteriormente confrontati con i dati a disposizione degli operatori dell'ARCI in quanto, circa due anni fa, avevano provveduto a dotare tutti gli abitanti del campo di tesserini STP.

Si è tentato di analizzare tutto ciò attraverso lo sguardo dello zingaro, ma si è anche cominciato ad analizzare lo sguardo dell'operatore (34). Attraverso i dati emersi dalle interviste alla comunità si sono infatti identificate le strutture sanitarie utilizzate. Si è così pensato di procedere all'intervista degli operatori identificati dagli zingari come i più disponibili. Si sono fatte due prime interviste agli operatori dell'Ospedale S. Pietro (vedi sopra) che ci hanno offerto elementi utili alla comprensione delle dinamiche che intervengono nella relazione zingari/gagè.

3.6.2.1. Mappa ragionata

Uno degli strumenti più utilizzati in ogni tipo di lavoro comunitario, che mantiene comunque la sua validità e utilità, è il disegno della mappa ragionata. In un campo nomadi le informazioni prioritarie da ricercare saranno, oltre all'ubicazione delle abitazioni, il tipo di abitazione, l'uso che se ne fa, la presenza di servizi igienici, acqua, raccolta di rifiuti, ma anche le relazioni che le ubicazioni degli edifici sottendono, che in questo caso sono le relazioni di parentela (37).

La Figura 3.1 schematizza la visione generale del campo: su un preesistente complesso sportivo si sono andate collocando le baracche, ai lati del campo di pallone, sui campi da tennis, lungo il viale alberato. Quasi tutte le baracche sono completate da una o più roulotte: queste sono mantenute in buono stato per i frequenti viaggi che le famiglie intraprendono oppure sono la prima casa delle giovani coppie. È in uso, infatti, fra i Rom Kaniarija regalare una roulotte al novello sposo, per iniziare la nuova famiglia, pur rimanendo sotto la podestà del padre capofamiglia. Numerosi sono anche i servizi igienici, di tipo chimico, installati dal Comune di Roma e svuotati regolarmente: lì dove è stato possibile sono nelle vicinanze delle baracche, a servizio di una famiglia allargata, in tal modo vengono mantenuti puliti e usati in modo adeguato. I WC posti in zone "terra di nessuno" sono invece oggetto dei giochi dei bambini e resi praticamente inutilizzabili. Infatti, come si evince anche dalla Figura 3.2, riguardo all'uso dello spazio domestico abbiamo osservato che vengono utilizzati indistintamente spazi al chiuso e all'aperto: "abitazione" può essere definito tutto lo spazio delimitato dalle roulotte, dalla baracca e da altri mezzi come pali, baracchette, cataste di legna che delimitano il "cortile" (39). All'aperto si cucina con la cucina a gas, alimentata da bombola (nei rari casi in cui la cucina si trova in un ambiente chiuso la bombola è posta fuori), si fanno lavori pesanti come spaccare la legna, lavare i panni e i piatti, c'è uno spazio usato come deposito (acqua, legna, oggetti vari), viene accumulata la spazzatura. In questo spazio i bambini piccoli giocano liberamente, ma non se ne possono allontanare, e, nella bella stagione, ci si siede a conversare o mangiare.

Le case sono pulite e vi si nota una certa cura per renderle accoglienti; spesso si entra senza scarpe, specie se a terra vi sono tappeti (solo i maschi sono autorizzati ad entrare con le scarpe); se il pavimento è ricoperto di materiale facilmente lavabile abbiamo notato una minor cura nel togliersi le scarpe. L'abitazione è riscaldata con stufe a legna che fungono anche da cucina, illuminata grazie a generatori a benzina o, in mancanza di quest'ultimi, da candele o lampade a petrolio.

Non esiste approvvigionamento di acqua potabile: questa viene fornita da autobotti del Comune, una volta al giorno, esclusi i sabati e le domeniche. Tale acqua viene usata per i lavori domestici e per lavarsi, ma mai per bere. L'acqua potabile viene raccolta da fontanelle pubbliche, alle quali bisogna arrivare in macchina perché abbastanza lontane, oppure viene comprata quella imbottigliata.

Esiste un unico cassonetto della spazzatura, posto all'entrata del campo, sicuramente insufficiente; nonostante ciò il campo appare in genere pulito, o meglio vengono mantenuti in ordine gli spazi abitativi, chiusi e aperti, mentre nelle "terre di nessuno" può capitare di veder accumulati materiali in disuso e, raramente, spazzatura, così come tutto intorno al campo.

Da notare la presenza di tre "punti vendita": la lontananza dalla zona commerciale ha spinto alcune famiglie ad organizzare piccole rivendite, che però in genere si limitano a generi alimentari voluttuari, quali bibite gassate, caramelle, snack, ecc., di cui, comunque, si fa grande uso nel campo. Nella Figura 3.3 sono schematizzate le principali relazioni di parentela fra i differenti gruppi familiari: abbiamo tenuto conto principalmente delle relazioni che il capofamiglia ha con altri gruppi familiari, per poi successivamente considerare relazioni di altri membri (moglie, figli, ecc.). Se due gruppi familiari avevano fra loro più tipi di relazione, si è considerata solo la più stretta, sempre a partire dal capofamiglia. In realtà la rete di relazioni è molto più complessa di quella che appare dallo schema.

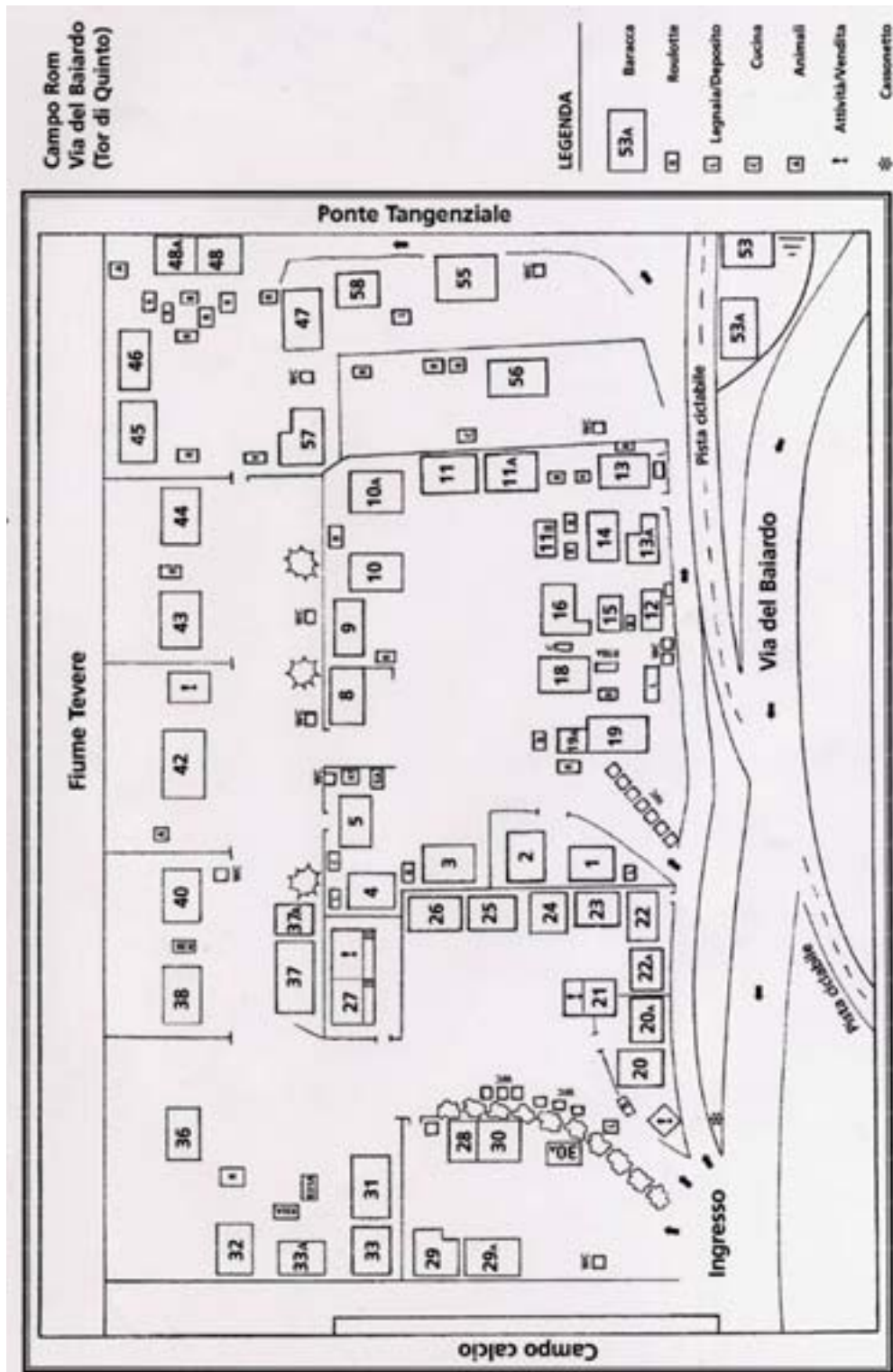


Figura 3.1. Struttura del campo Rom in Via del Baiardo (Tor di Quinto)

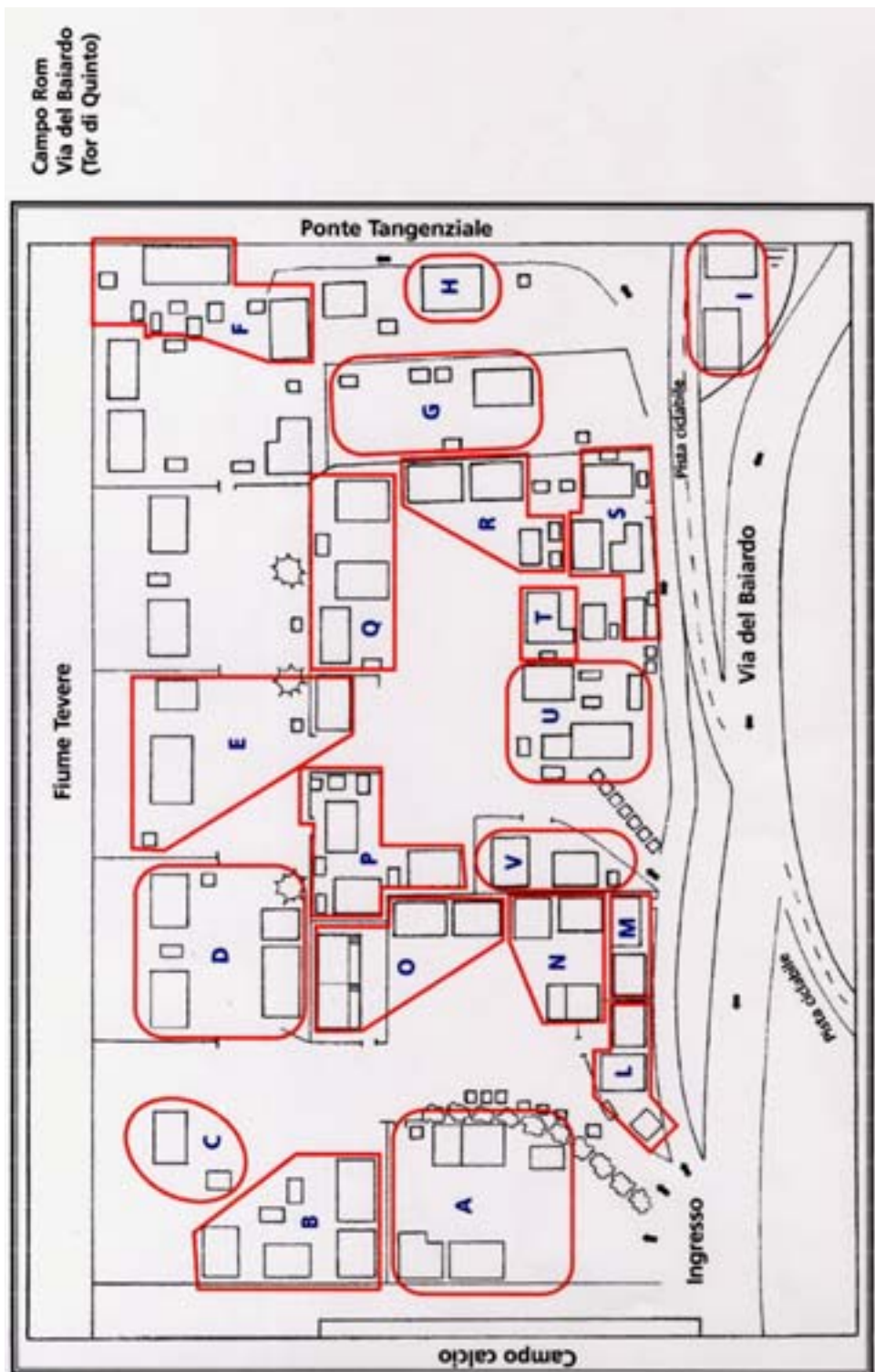


Figura 3.2. Gruppi familiari nel campo Rom in Via del Baiardo (Tor di Quinto)

Dal confronto fra la mappa in Figura 3.2, nella quale vengono distinti i gruppi familiari allargati (capofamiglia con una o più famiglie di figli), con lo schema di Figura 3.3 si evidenzia come quasi tutte le famiglie siano imparentate fra di loro. Intorno a due grossi nuclei di parentela strettissima, si intrecciano una serie di parentele, che collegano anche fra di loro i due nuclei principali. Le poche famiglie che restano fuori dalla rete delle parentele sono probabilmente in relazione con gli altri per Paese d'origine o per attività economiche in comune.

3.6.2.2. Iscrizione all'SSN e tesserino STP

Durante i mesi di febbraio-giugno 2001 sono state intervistate le famiglie presenti nel campo di Via del Baiardo per raccogliere dati sull'accessibilità e fruibilità alle strutture sanitarie pubbliche: oltre a verificare l'iscrizione all'SSN, per i regolarmente presenti in Italia, e il possesso del tesserino STP per gli irregolari, si è indagato sull'uso che viene effettivamente fatto dei diritti che tali documenti assicurano e si sono raccolte "storie di vita" sull'incontro/scontro con le strutture sanitarie.

Su un totale di 49 nuclei familiari effettivamente presenti, e da noi censiti, si sono raccolti i dati in 38 nuclei per un totale di 175 persone distribuite come riportato in Tabella 3.9. Di questi 175, 55 hanno riferito di essere in regola con il Permesso di Soggiorno (PDS) e perciò usufruiscono del diritto di iscrizione all'SSN, mentre gli altri 120 hanno PDS scaduto, e non rinnovato, o non lo hanno mai richiesto.

Tabella 3.9. Dati demografici degli intervistati nel campo di Via del Baiardo (2001)

Sesso	0-14 anni*	> 14 anni
Maschi	47	41
Femmine	41	46
Totale	88	87

* è evidente che per i minori di 14 anni i dati sono stati forniti dagli adulti responsabili

All'interno di queste due categorie abbiamo trovato un'estrema variabilità di situazioni, anche all'interno di uno stesso nucleo familiare, quasi a denotare che ogni individuo gestisce in modo personale il rapporto con le istituzioni sanitarie, a seconda delle situazioni, delle opportunità e dei bisogni che si presentano. D'altra parte, è emersa chiaramente, nei colloqui sull'argomento, la mancanza di informazione, uniformemente diffusa nella popolazione del campo, sui diritti/doveri che esistono nel rapporto con l'SSN. Torneremo su questo punto più avanti.

Della popolazione intervistata abbiamo distinto quelli:

– *In regola con il PDS*

Sul totale di 55 individui in possesso di un PDS valido, 30 sono regolarmente iscritti all'SSN. Di questi, 14 (10 maschi, 4 femmine; 3 bambini, 11 adulti) riferiscono di aver in qualche modo utilizzato la tessera di iscrizione all'SSN, mentre 3, tutti adulti, hanno dichiarato esplicitamente di non averne mai fatto uso. Gli altri 13 (3 maschi, 10 femmine; 7 bambini, 6 adulti) non hanno saputo rispondere alla domanda, quasi non fosse loro chiaro a cosa mai serva quella tessera sanitaria in loro possesso. Fra questi ultimi, 4 hanno tessera sanitaria rilasciata in altra regione, con conseguenti ulteriori difficoltà burocratiche per far valere la loro iscrizione. I non iscritti all'SSN sono 16. La distribuzione dei Rom in regola è mostrata in Tabella 3.10.

Tabella 3.10. Popolazione zingara intervistata in regola con il PDS (iscritta e non all'SSN) per fasce d'età nel campo di Via del Baiardo (2001)

Fascia d'età	Iscritti SSN			Non iscritti SSN		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
0-14 anni	4	6	10	5	4	9
>14 anni	10	10	20	5	2	7
totale	14	16	30	10	6	16

Fra questi un'adulta è risultata in possesso di modello attestante il diritto all'assistenza sanitaria in base a trattati e accordi internazionali bilaterali, di cui fa uso regolarmente, essendo portatrice di cardiopatia cronica.

Infine 9 (4 maschi, 5 femmine; 2 bambini, 7 adulti) non hanno saputo dire se fossero iscritti o no all'SSN, a riprova della totale ignoranza sul diritto alla salute, per usufruire del quale, secondo le nostre normative, è necessaria una tessera di iscrizione.

– *Non in regola con il PDS*

Nei primi mesi del 1999, l'operatrice ARCI del campo si era preoccupata di far rilasciare a tutti gli allora residenti di Via del Baiardo il tesserino STP, occupandosi lei, previ accordi con l'ufficio competente della RM E, delle pratiche burocratiche e distribuendoli poi agli individui.

Infatti 39 persone (21 maschi, 18 femmine; 23 bambini, 16 adulti) ci hanno mostrato un tesserino STP scaduto, senza che fosse loro chiaro che doveva essere rinnovato ogni sei mesi.

Ben 61 persone, non in regola con il PDS, non hanno mai avuto un tesserino STP. Due, un uomo e una donna, non hanno saputo riferire se ne erano in possesso e in totale 18 individui erano in possesso di un tesserino STP valido, con una distribuzione come riportato in Tabella 3.11. Fra questi due donne sono andate a fare il tesserino all'ufficio competente dopo la nostra indicazione e lo hanno anche utilizzato, così come altri 5 (1 bambino e 5 donne).

In tre hanno riferito di non aver mai utilizzato il tesserino e 8 (5 maschi, 3 femmine; 6 bambini, 2 adulti) non hanno saputo fornire indicazioni al riguardo.

Tabella 3.11. Popolazione zingara intervistata non in regola con il PDS (con tesserino STP e non) per fasce d'età nel campo di Via del Baiardo (2001)

Fascia d'età	Con STP			Senza STP		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
0-14 anni	19	16	35	5	4	9
>14 anni	12	14	26	2	7	9
totale	31	30	61	7	11	18

Appare evidente come fra gli zingari, soprattutto coloro non in regola con il PDS, sia esigua la percentuale di coloro che usufruiscono in modo formalmente corretto del diritto alla salute. Ancora più preoccupante è il dato dei 15 individui in possesso di PDS valido ai quali non è stata mai fornita l'indicazione del diritto ad iscriversi all'SSN.

D'altra parte ci chiediamo quali avrebbero potuto essere i canali di informazione offerti a questa popolazione: nel nostro intervento di sensibilizzazione ci siamo basati sulle "Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla UE" della Regione Lazio approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2444 del 5 dicembre 2000, testo prezioso per orientarsi nella pletora di leggi e circolari che normano la materia. Ma non è certamente un testo utile per uno straniero che si debba orientare nell'SSN. La ASL RM E, che dovrebbe preoccuparsi degli stranieri residenti nel proprio territorio, ha organizzato un unico punto di distribuzione dei tesserini STP, con adiacente un ambulatorio per la prima visita. Non esistono iniziative di informazione capillare, ed è solo il tam-tam informale che porta gli stranieri ad accedere a tale struttura. D'altra parte non in tutti i Pronto Soccorso degli ospedali, dove quasi sempre gli zingari si rivolgono in caso di bisogno, viene richiesto il tesserino STP, né tanto meno ci si preoccupa di sensibilizzarli sulla necessità di questo documento. Anche nelle Aziende Ospedaliere, dove per visite successive o accertamenti viene richiesto di iscriversi come STP, l'ufficio preposto si preoccupa di rilasciare il documento, ma non di fare educazione sanitaria: spesso tale tesserino viene confuso dagli utenti con tesserino interno che dà accesso alle successive prestazioni e non viene utilizzato in altre situazioni.

È, ancora una volta, l'inadeguata preparazione e organizzazione delle strutture sanitarie a causare questa situazione: se esistesse una coerenza di comportamenti in tutte le strutture, una preparazione approfondita del personale amministrativo sull'applicazione delle leggi per gli stranieri, un'apertura di tutti i servizi sanitari agli stranieri, e non solo degli ambulatori dedicati, che neanche vengono pubblicizzati, certamente anche fra i nomadi di Via del Baiardo ben pochi non sarebbero regolarmente iscritti e non utilizzerebbero in modo appropriato le strutture sanitarie.

3.6.2.3. "Storie di vita": percorsi sanitari e relazione con operatori e strutture

Per completare le informazioni sin qui descritte, si è raccolta anche l'opinione dei Rom sull'accoglienza che le strutture sanitarie offrono loro e sull'utilizzo che essi ne fanno: un'équipe composta da una volontaria medico e da una volontaria con esperienza nell'intervento sociale e formazione antropologica, ha approfondito il tema con 27 persone, di cui 19 donne e 8 uomini, alcune delle quali intervistate più volte. L'analisi delle "Storie di vita" raccolte ha confermato la difficoltà di accesso ai servizi, la scarsa accoglienza e qualità del servizio prestato dalle strutture sanitarie.

Quasi tutte le persone intervistate hanno denunciato disservizi e difficoltà soprattutto nel rapporto con gli operatori e con la burocrazia. Nel corso delle conversazioni intrattenute con gli abitanti del campo abbiamo raccolto più testimonianze relative ad attese troppo lunghe: "Suoni alla porta e aspetti sempre tanto, e poi non ti danno mai niente", "Al PS ti danno appuntamenti troppo tardi, mi passa il dolore e non ci torno più"; a discriminazioni: "Non gli importa nulla di noi perché siamo stranieri", "Ci trattano male perché siamo zingari"; a cattive diagnosi per negligenza, come il caso di una donna del campo che prima di accertarsi dello stato di salute di sua figlia aveva dovuto visitare ben tre ospedali (si trattava infine di una broncopolmonite!).

Dalle interviste si evince inoltre un uso preferenziale del Pronto Soccorso ospedaliero (PS), per tutti i gradi di patologia. Molte donne hanno, infatti, affermato di rivolgersi al PS anche per le influenze dei loro figli. In un caso una donna ha altresì affermato di non frequentare più l'ospedale da quando il pediatra non presta più servizio nel PS.

Si denota quindi un uso scorretto delle strutture per lo più per motivi di accoglienza, infatti abbiamo notato che spesso tornano negli ospedali non tanto per la qualità delle prestazioni che ricevono, ma piuttosto per relazioni che hanno instaurato con gli operatori. Altrettanto spesso vanno dove altri componenti della comunità si sono trovati bene. Ci sentiamo di affermare che "il percorso sanitario" e la comprensione del diritto alla salute sono determinati per lo più dalla positività delle relazioni umane.

3.7. Conclusioni

Dall'analisi dei dati raccolti appare evidente come quando si lavora con popolazioni nomadi bisogna rivedere i propri modelli precostituiti. Organizzare un osservatorio sulla salute degli zingari richiede di uscire dalle metodologie epidemiologiche intese in senso stretto per avventurarsi nel campo dell'incrocio di informazioni di differente natura, fornite da diverse fonti, che, riunendosi come tessere di un mosaico, danno il quadro di insieme. La ricchezza e utilità dei dati da noi sistematizzati va letta con questa ottica. D'altra parte è emerso con chiarezza come bisognasse il più possibile ampliare il campo della raccolta dati e come ciò fosse possibile solo grazie al confronto con altre realtà impegnate nel campo della salute fra gli zingari.

Crediamo che i maggiori risultati del nostro lavoro rispondono proprio a quest'ultima esigenza:

– *Costituzione del GRIS-Area Zingari*

Il GRIS-Area Zingari si è delineato, sin dall'inizio, oltre che come un tavolo di scambio di informazioni e confronto, come la rete di coordinamento degli interventi intorno a situazioni di difficoltà e come un osservatorio privilegiato su tutto ciò che si muove nell' "universo zingari". La spontanea collaborazione fra istituzioni pubbliche e private ha evidenziato la necessità di entrambi gli approcci, ufficiale e volontaristico, per realizzare interventi realmente efficaci sulla realtà dei campi nomadi di Roma: solo mettendo insieme i dati, di diversa natura ma complementari, a disposizione dei vari enti, sistematizzandoli per un fine comune e a reale beneficio della tutela della salute per gli zingari, e collaborando nell'operatività si può raggiungere quella uguaglianza nella accessibilità alle strutture sanitarie e nel trattamento che tutti auspichiamo.

– *Avvio di un centro studi sulla salute dei nomadi*

Da qui la nodale importanza dello sforzo, iniziato nell'ambito del progetto, di organizzare un Centro Studi specifico sulla salute dei nomadi: si tratta di riunire le informazioni provenienti da varie fonti, organizzarle e sistematizzarle, per poi renderle patrimonio comune facilmente utilizzabile. Ciò permetterà, inoltre, a coloro che operano nell'ambito della promozione della salute, di poter attingere a dati attendibili e proposte metodologiche sperimentate con il fine di essere incisivi in termini di politiche per la tutela del diritto alla salute del popolo Rom.

– *Contatti con altre realtà europee*

L'osservatorio si è ulteriormente ampliato grazie ai contatti con altre realtà europee impegnate nella salute zingara: oltre allo scambio avviato con le organizzazioni francesi, è iniziata una corrispondenza con gruppi attivi nell'Europa dell'Est e in Spagna. Il clima di apertura della Comunità Europea, testimoniato dal crescente coinvolgimento di organismi internazionali, fa intravedere come proprio nel coordinamento a livello internazionale si potranno individuare strategie di inserimento e tutela, anche sanitaria, dell'etnia Rom.

Questi tre ambiti di impegno sono il risultato concreto di una capillare attività di studio e di ricerca e nel contempo sono le prospettive di un ulteriore lavoro di approfondimento e di coinvolgimento della società per garantire un diritto come quello alla salute che per molti versi è, di fatto, ancora negato per una consistente porzione del popolo zingaro.


BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
2. United Nations Development Program (UNDP). *Rapporto sullo sviluppo umano. 2000. I diritti umani*. Torino: Rosenberg & Sellier; 2000.
3. Sassen S. *Migranti, coloni, rifugiati: dall'emigrazione di massa alla fortezza Europa*. Milano: Feltrinelli Editore; 1999.
4. Caritas di Roma. *Immigrazione. Dossier Statistico 2001*. Roma: Nuova Anterem Edizioni; 2001.
5. Lemma P, Costa G, Bandera L, Borgia P. Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario. In: Geddes M (Ed.). *La salute degli italiani*. Roma: Nuova Italia Scientifica; 1990. p. 225-35.
6. Morrone A. *Salute e società multiculturale*. Milano: Raffaello Cortina; 1995.
7. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):936-44.
8. Passi S, Morrone A, Picardo M, et al. Livelli ematici di vitamina E, acidi grassi polisaturi dei fosfolipidi, lipoperossidi, attività glutazione perossidasi e screening sierologico per sifilide e HIV in immigrati extracomunitari di colore. *G Ital Dermatol Venereol* 1990;125:487-91.
9. Passi S, Morrone A, Picardo M, et al. Deficiency of plasma polyunsaturated phospholipids and vitamin E, and of erythrocyte glutathione peroxidase activity as possible risk factor in the onset and development of acquired immunodeficiency syndrome in humans. In: *Proceedings of the 18th World Congress of Dermatology. New York, September 12-18, 1992*. Abstract n. 117A.
10. Caritas di Roma. *Immigrazione. Dossier Statistico 2000*. Roma: Anterem Edizioni; 2000.
11. Istituto Nazionale di Statistica. *La popolazione straniera residente in Italia dal 1° gennaio 2001*. Roma: ISTAT; 2001. (Statistiche in breve, 1).
12. Istituto Nazionale di Statistica. *Gli stranieri regolarmente presenti in Italia dal 1° gennaio 2000*. Roma: ISTAT; 2000. (Statistiche in breve, 28).
13. Favaro G. La faccia nascosta dell'immigrazione. In: Favaro G, Tognetti Bordogna M (Ed.). *Marginalità e società*. Milano: Franco Angeli; 1994. p. 9-23.
14. United Nations Population Fund (UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione). *Lo stato della popolazione nel mondo 2000*. Edizione italiana a cura di AIDOS. Roma; 2000.
15. Miceli M, Di Lallo D. La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992. *Epidemiol Prev* 1996;20; 80-2.
16. Tolino A. La tutela sanitaria sulla procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia. In: Cambri S, Tarantino G (Ed.). *Educazione sanitaria*. Milano: Mediserve; 1992. p. 65-92.
17. Biraghi P, Paci E. Esito della gravidanza nelle donne straniere in tre ospedali milanesi. In: Favaro G, Tognetti Bordogna M (Ed.). *Marginalità e società*. Milano: Franco Angeli; 1994. p. 149-55.
18. Istituto Nazionale di Statistica. *La presenza straniera in Italia negli anni '90*. Roma: ISTAT; 1998. (Informazioni 61).
19. Bona G, Zafferani M, Gruppo di lavoro Bambino Immigrato. Stato di salute dei neonati figli di immigrati. *Riv Ital Ped* 1998;24:713-8.
20. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S, Geraci S, Baljovic V, Scassellati G, Ciminelli P, Pollastrini L, Marzano P. Gravidanza, parto e puerperio: una ricerca su donne immigrate. In: *Atti del convegno Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi. Milano, 26-27 novembre 1998*. p. 35-9.

21. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, 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; 35(2):289-96.
22. Ministero della Sanità. *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO*. Roma: Ministero della Sanità; 2001.
23. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group*. Geneva: WHO; 1999. (WHO/FRH/MSM/96.24).
24. Mareca A, Geraci S. Immigrazione e salute. In: Geddes M, Berlinguer G (Ed.). *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma: Ediesse; 1997. p. 169-99.
25. Geraci S, Marceca M. Donne e bambini immigrati. In: Geddes M, Berlinguer G (Ed.). *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: Ediesse; 1998. p. 43-76.
26. Viaggio G. *Storia degli zingari in Italia*. Roma: Centro studi zingari, ANICIA;1997. (Collana Interface).
27. Karpati M. Zingari a Roma: brevi cenni storici. *Lacio Drom* 1997;33(2):4-8.
28. Geraci S, Maisano B, Motta F. *SaluteZingara*. Roma: Anterem; 1998.
29. Hawes D. *Gypsies, travellers and health service. A study in inequality*. Bristol: The Policy Press; 1997.
30. Hussey R. Equal opportunities for Gypsies. *Public Health* 1989;103:79.
31. Geraci S, Maisano B, Motta F. SaluteZingara. La promozione di salute tra gli Zingari: tra indignazione e nuovi percorsi professionali – Schede. In: Bedetti C, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Atti del Convegno Nazionale Le nuove povertà: un problema complesso di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento. Roma, 9-10 dicembre 1998*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1999. (Serie Relazioni 99/3). p. 89-122.
32. Palma A, Santopadre R, Trevisan A. Odontoiatria e Zingari. In: Affronti M, Racalbutto A, Messina MR (Ed.). *Atti del VI Consensus Conference sulla Immigrazione e IV Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Palermo, 25-28 maggio 2000*. p. 146-9.
33. Durward L. *Traveller mothers and babies: who care for their health?* London: Maternity Alliance; 1990.
34. NAGA. *I percorsi sanitari degli Zingari. Indagine conoscitiva nell'ambito milanese*. Milano: Regione Lombardia; 1995.
35. Sutherland A. Gypsies and health care. *West J Med* 1992;157:276-80.
36. Calabrò AR. Gli zingari: modalità di relazione e strategie di adattamento di una minoranza culturale. In: Ledda L, Pau P (Ed.). *Gente del mondo: voci e silenzi delle culture zingare*. Roma: Artemide; 1994. p. 15-28.
37. Liégeois JP. *Rom, sinti, kalè ... zingari e viaggianti in Europa*. Roma: Consiglio d'Europa, Lacio Drom; 1995. (Collana Educazione).
38. Acton T, Caffrey S, Dunn S, Vinson P. Gender issues in accounts of Gypsy health and hygiene as discourses of social control. In: Acton T, Mundy G (Ed). *Romani culture and Gypsy identity*. Hatfield: University of Hertfordshire Press; 1997. p. 164-76.
39. Piasere L. *I popoli delle discariche. Saggi di antropologia zingara*. Roma: CISU; 1991.

APPENDICE A
“Indagine sulla nascita tra le donne immigrate” (2000-2001)
questionario e depliant informativi

Questionario

 Istituto Superiore di Sanita' INDAGINE sulla NASCITA tra le DONNE IMMIGRATE					
Numero scheda:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
Data compilazione:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <small>gg mm aa</small>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
Ospedale:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
A - GRAVIDANZA					
1	Quando ha pensato di essere incinta, che cosa ha fatto inizialmente? <small>(citare le risposte; una sola risposta possibile)</small>				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1 <i>ha semplicemente aspettato</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si è rivolta a strutture di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si è rivolta ad una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>si è rivolta ad una struttura privata</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>ha eseguito un test di gravidanza a casa</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 6 <i>ha eseguito un test di gravidanza presso un laboratorio</i> <input type="checkbox"/> 7 <i>si è rivolta a una comunità/amica per informazioni su cosa fare</i> <input type="checkbox"/> 8 <i>si è rivolta a una comunità/amica per sostegno</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 <i>ha semplicemente aspettato</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si è rivolta a strutture di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si è rivolta ad una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>si è rivolta ad una struttura privata</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>ha eseguito un test di gravidanza a casa</i>	<input type="checkbox"/> 6 <i>ha eseguito un test di gravidanza presso un laboratorio</i> <input type="checkbox"/> 7 <i>si è rivolta a una comunità/amica per informazioni su cosa fare</i> <input type="checkbox"/> 8 <i>si è rivolta a una comunità/amica per sostegno</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <i>ha semplicemente aspettato</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si è rivolta a strutture di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si è rivolta ad una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>si è rivolta ad una struttura privata</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>ha eseguito un test di gravidanza a casa</i>	<input type="checkbox"/> 6 <i>ha eseguito un test di gravidanza presso un laboratorio</i> <input type="checkbox"/> 7 <i>si è rivolta a una comunità/amica per informazioni su cosa fare</i> <input type="checkbox"/> 8 <i>si è rivolta a una comunità/amica per sostegno</i>				
2	Quale è stata la prima struttura cui si è rivolta per essere seguita durante la gravidanza?				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1 <i>struttura di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>struttura pubblica</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 3 <i>struttura privata</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>altro _____</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 <i>struttura di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>struttura pubblica</i>	<input type="checkbox"/> 3 <i>struttura privata</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>altro _____</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <i>struttura di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>struttura pubblica</i>	<input type="checkbox"/> 3 <i>struttura privata</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>altro _____</i>				
3	Ha eseguito degli esami preconcezionali (prima della gravidanza)?				
	<input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, in una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, in una struttura privata</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>			
4	Durante la gravidanza ha eseguito uno dei seguenti esami <small>(citare le risposte)</small>				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <i>screening per microcitemia/anemia drepanocitica</i> <i>Toxo-test</i> <i>Rubeo-test</i> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, positivo</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, negativo</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, positivo</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, negativo</i> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> </td> </tr> </table>	<i>screening per microcitemia/anemia drepanocitica</i> <i>Toxo-test</i> <i>Rubeo-test</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, positivo</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, negativo</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, positivo</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, negativo</i>	<input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
<i>screening per microcitemia/anemia drepanocitica</i> <i>Toxo-test</i> <i>Rubeo-test</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, positivo</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, negativo</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, positivo</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, negativo</i>	<input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>non so</i>			
5	Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza? <small>(una sola risposta)</small>				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1 <i>nessuno</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>ginecologo di una struttura di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>ginecologo privato</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>ginecologo privato che lavora anche in ospedale</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 5 <i>ginecologo di una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>Consultorio Familiare</i> <input type="checkbox"/> 7 <i>ostetrica</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 <i>nessuno</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>ginecologo di una struttura di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>ginecologo privato</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>ginecologo privato che lavora anche in ospedale</i>	<input type="checkbox"/> 5 <i>ginecologo di una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>Consultorio Familiare</i> <input type="checkbox"/> 7 <i>ostetrica</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <i>nessuno</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>ginecologo di una struttura di volontariato</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>ginecologo privato</i> <input type="checkbox"/> 4 <i>ginecologo privato che lavora anche in ospedale</i>	<input type="checkbox"/> 5 <i>ginecologo di una struttura pubblica</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>Consultorio Familiare</i> <input type="checkbox"/> 7 <i>ostetrica</i>				
6	Ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza? <small>(una sola risposta)</small>				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, per difficoltà di accesso a strutture pubbliche</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, per difficoltà di comunicazione</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 4 <i>si, per problemi economici</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>si, per problemi di tempo</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>altro _____</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, per difficoltà di accesso a strutture pubbliche</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, per difficoltà di comunicazione</i>	<input type="checkbox"/> 4 <i>si, per problemi economici</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>si, per problemi di tempo</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>altro _____</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <i>no</i> <input type="checkbox"/> 2 <i>si, per difficoltà di accesso a strutture pubbliche</i> <input type="checkbox"/> 3 <i>si, per difficoltà di comunicazione</i>	<input type="checkbox"/> 4 <i>si, per problemi economici</i> <input type="checkbox"/> 5 <i>si, per problemi di tempo</i> <input type="checkbox"/> 6 <i>altro _____</i>				

7	In generale, in gravidanza preferirebbe essere seguita da: (citare le risposte; una sola risposta possibile) <table data-bbox="347 309 1013 421"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 un uomo</td> <td><input type="checkbox"/> 4 una connazionale donna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 una donna</td> <td><input type="checkbox"/> 5 indifferente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 un connazionale uomo</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 un uomo	<input type="checkbox"/> 4 una connazionale donna	<input type="checkbox"/> 2 una donna	<input type="checkbox"/> 5 indifferente	<input type="checkbox"/> 3 un connazionale uomo		<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> 1 un uomo	<input type="checkbox"/> 4 una connazionale donna																									
<input type="checkbox"/> 2 una donna	<input type="checkbox"/> 5 indifferente																									
<input type="checkbox"/> 3 un connazionale uomo																										
8	Ha avuto l'opportunità di scegliere? <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì	<input type="checkbox"/>																								
9	Si è sentita a disagio nel sottoporsi alla visita ginecologica? <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì (posizione, lettino, ecc.)	<input type="checkbox"/>																								
10	In quale mese di gravidanza ha effettuato la prima visita? <input type="text"/> mese	<input type="checkbox"/>																								
11	Con quale frequenza ha eseguito i controlli medici durante la gravidanza? (una risposta per ogni variabile) <table data-bbox="347 869 1133 1059"> <thead> <tr> <th></th> <th>mai</th> <th>meno di 1 volta al mese</th> <th>1 volta al mese</th> <th>più di 1 volta al mese</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 trimestre</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 trimestre</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 trimestre</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		mai	meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	più di 1 volta al mese		1 trimestre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	2 trimestre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	3 trimestre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mai	meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	più di 1 volta al mese																						
1 trimestre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																					
2 trimestre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																					
3 trimestre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																					
12	Quante volte ha eseguito le analisi del sangue durante la gravidanza? <input type="checkbox"/> 1 mai <input type="checkbox"/> 4 due, tre volte <input type="checkbox"/> 2 una volta <input type="checkbox"/> 5 quattro volte o più	<input type="checkbox"/>																								
13	Quante ecografie ha eseguito durante la gravidanza? <input type="text"/> numero	<input type="checkbox"/>																								
14	A quali mesi le ha eseguite? <input type="checkbox"/> 2 mese <input type="checkbox"/> 4 mese <input type="checkbox"/> 6 mese <input type="checkbox"/> 8 mese <input type="checkbox"/> 3 mese <input type="checkbox"/> 5 mese <input type="checkbox"/> 7 mese <input type="checkbox"/> 9 mese	<input type="checkbox"/>																								
14	A quali mesi le ha eseguite? <input type="checkbox"/> 1 in una struttura pubblica <input type="checkbox"/> 3 in una struttura di volontariato <input type="checkbox"/> 2 in una struttura privata	<input type="checkbox"/>																								
16	Ha avuto l'opportunità di scegliere? <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì	<input type="checkbox"/>																								

22 Ha assunto dei farmaci durante questa gravidanza?

1 no 2 si

SE SI' INDICHI QUALI E IN QUALE TRIMESTRE:

	TRIMESTRE		
	I	II	III
<input type="checkbox"/> 1 ferro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 acido folico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 vitamine, minerali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 farmaci per la minaccia d'aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5 farmaci per la minaccia di parto pretermine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 analgesici, antipiretici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7 antibiotici e sulfamidici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8 farmaci per disturbi cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9 farmaci per il sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10 farmaci gastrointestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 ormoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12 farmaci per il sistema nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13 farmaci per terapie locali (ginecologici, dermatologici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14 altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 Patologie preesistenti alla gravidanza: (sono possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> 1 anemia	<input type="checkbox"/> 5 infertilità
<input type="checkbox"/> 2 diabete	<input type="checkbox"/> 6 patologia tiroidea
<input type="checkbox"/> 3 ipertensione	<input type="checkbox"/> 7 altro _____
<input type="checkbox"/> 4 TBC/malattie infettive _____	

24 Di quanti chili è aumentato il suo peso corporeo durante la gravidanza?

<input type="checkbox"/> 1 < 5 Kg	<input type="checkbox"/> 4 16 - 20 Kg
<input type="checkbox"/> 2 5-9 Kg	<input type="checkbox"/> 5 > 20 Kg
<input type="checkbox"/> 3 10 - 15 Kg	

B - PARTO

25 A quale settimana ha partorito?

26 Dove avrebbe desiderato partorire? (citare le risposte)

<input type="checkbox"/> 1 in patria	<input type="checkbox"/> 2 in Italia
--------------------------------------	--------------------------------------

In Italia, dove avrebbe preferito partorire? (citare le risposte)

<input type="checkbox"/> 1 in una struttura pubblica	<input type="checkbox"/> 3 in una struttura privata
<input type="checkbox"/> 2 in una struttura convenzionata	<input type="checkbox"/> 4 a domicilio

<p>27 Come è andato il parto rispetto alle sue aspettative?</p> <p>perché? (riportare quanto riferito dalla donna)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 meglio</p> <p><input type="checkbox"/> 2 peggio</p> <p><input type="checkbox"/> 3 come si aspettava</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>28 Le è stata praticata la tricotomia (rasatura del pube)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì, parziale <input type="checkbox"/> 3 sì, totale</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>29 Le è stato praticato un clistere?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>30 Il parto è stato: (citare le risposte)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 spontaneo con episiotomia <input type="checkbox"/> 4 cesareo d'urgenza</p> <p><input type="checkbox"/> 2 spontaneo senza episiotomia <input type="checkbox"/> 5 è stata utilizzata la ventosa</p> <p><input type="checkbox"/> 3 cesareo elettivo <input type="checkbox"/> 6 è stato utilizzato il forcipe</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>31 Se il parto non è stato spontaneo, quali sono state le ragioni? (citare le risposte; max 2 risposte)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 sofferenza del bambino <input type="checkbox"/> 4 il bambino era troppo grosso</p> <p><input type="checkbox"/> 2 sofferenza della madre <input type="checkbox"/> 5 altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 il bambino era messo male <input type="checkbox"/> 6 non so</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>32 Le è stata praticata una anestesia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 3 sì, generale</p> <p><input type="checkbox"/> 2 sì, locale <input type="checkbox"/> 4 sì, epidurale</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>33 E' stata costretta a letto durante il travaglio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì, non so perché <input type="checkbox"/> 3 sì, perché _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>34 E' stato richiesto il suo parere sull'effettuazione di qualche procedura (clistere, tricotomia, episiotomia, anestesia)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>35 Ha avuto vicino una persona di fiducia durante il parto (partner, amica ecc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no, perché la struttura non lo prevedeva <input type="checkbox"/> 3 no, per _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 no, per mia volontà <input type="checkbox"/> 4 sì</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>36 Avere vicino una persona di fiducia le è stato (solo per le donne che l'hanno vissuto): (citare le risposte)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 di grande aiuto <input type="checkbox"/> 2 d'aiuto <input type="checkbox"/> 3 di nessun aiuto <input type="checkbox"/> 4 d'ostacolo</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>37 Il personale che l'ha seguita durante il travaglio e durante il parto l'ha aiutata ad utilizzare quanto aveva appreso durante il corso di preparazione alla nascita? (solo per le donne che hanno frequentato il corso)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>C - POST-PARTUM E PUERPERIO</p>																					
<p>38 E' potuta stare con il bambino per un po' di tempo, subito dopo il parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì, ma non come desideravo <input type="checkbox"/> 3 sì, come desideravo</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>39 Avrebbe desiderato avere il bambino sempre in camera con lei?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>40 Al momento del parto pensava di fare un allattamento: (citare le risposte)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 al seno sicuramente <input type="checkbox"/> 4 misto <input type="checkbox"/> 2 al seno se possibile <input type="checkbox"/> 5 non so <input type="checkbox"/> 3 artificiale</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>41 Quando sarebbe opportuno iniziare l'allattamento al seno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 alla nascita <input type="checkbox"/> 3 con la montata latteca della terza giornata <input type="checkbox"/> 2 dopo 24 ore <input type="checkbox"/> 4 non so</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>42 Ha allattato durante il ricovero?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>43 Se sì, dopo quanto tempo le hanno attaccato al seno il bambino per la prima volta dopo il parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 subito <input type="checkbox"/> 3 il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 dopo poche ore <input type="checkbox"/> 4 dopo più di 2 giorni</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>44 Come ha allattato il suo bambino fino ad oggi?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 al seno <input type="checkbox"/> 2 artificialmente <input type="checkbox"/> 3 misto</p>	<input type="checkbox"/>																				
<p>45 Nella sua esperienza i seguenti aspetti dell'organizzazione della struttura dove ha partorito hanno favorito, ostacolato o non hanno influito sull'allattamento al seno? (una risposta per ogni variabile)</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">favorito</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">ostacolato</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non ha influito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>collocazione del nido rispetto al reparto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>orari di accesso al nido</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>atteggiamento degli operatori nel reparto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>atteggiamento degli operatori nel nido</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>		favorito	ostacolato	non ha influito	collocazione del nido rispetto al reparto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	orari di accesso al nido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	atteggiamento degli operatori nel reparto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	atteggiamento degli operatori nel nido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	favorito	ostacolato	non ha influito																		
collocazione del nido rispetto al reparto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																		
orari di accesso al nido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																		
atteggiamento degli operatori nel reparto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																		
atteggiamento degli operatori nel nido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																		

<p>46 A chi si rivolgerebbe/ si è rivolta per avere informazioni e/o consigli sull'allattamento? (max 3 risposte)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 libri/riviste</td> <td><input type="checkbox"/> 5 consultorio familiare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari</td> <td><input type="checkbox"/> 6 struttura di volontariato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 medico</td> <td><input type="checkbox"/> 7 altro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc.)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 libri/riviste	<input type="checkbox"/> 5 consultorio familiare	<input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari	<input type="checkbox"/> 6 struttura di volontariato	<input type="checkbox"/> 3 medico	<input type="checkbox"/> 7 altro _____	<input type="checkbox"/> 4 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 libri/riviste	<input type="checkbox"/> 5 consultorio familiare								
<input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari	<input type="checkbox"/> 6 struttura di volontariato								
<input type="checkbox"/> 3 medico	<input type="checkbox"/> 7 altro _____								
<input type="checkbox"/> 4 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc.)									
<p>47 Ha già accudito altri neonati?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>								
<p>48 Ritieni di aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p> <p>SE SÌ, DA CHI È STATA INFORMATA PRINCIPALMENTE? (una sola risposta)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 libri/riviste</td> <td><input type="checkbox"/> 5 consultorio familiare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari</td> <td><input type="checkbox"/> 6 struttura di volontariato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 medico</td> <td><input type="checkbox"/> 7 altro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc.)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 libri/riviste	<input type="checkbox"/> 5 consultorio familiare	<input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari	<input type="checkbox"/> 6 struttura di volontariato	<input type="checkbox"/> 3 medico	<input type="checkbox"/> 7 altro _____	<input type="checkbox"/> 4 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 libri/riviste	<input type="checkbox"/> 5 consultorio familiare								
<input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari	<input type="checkbox"/> 6 struttura di volontariato								
<input type="checkbox"/> 3 medico	<input type="checkbox"/> 7 altro _____								
<input type="checkbox"/> 4 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc.)									
<p>49 Per garantire le prime cure al bambino, pensa di farlo seguire principalmente da: (una sola risposta)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 medico di base</td> <td><input type="checkbox"/> 5 nessuno</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 pediatra della struttura pubblica</td> <td><input type="checkbox"/> 6 non so</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 pediatra della struttura privata</td> <td><input type="checkbox"/> 7 altro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 pediatra della struttura volont.</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 medico di base	<input type="checkbox"/> 5 nessuno	<input type="checkbox"/> 2 pediatra della struttura pubblica	<input type="checkbox"/> 6 non so	<input type="checkbox"/> 3 pediatra della struttura privata	<input type="checkbox"/> 7 altro _____	<input type="checkbox"/> 4 pediatra della struttura volont.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 medico di base	<input type="checkbox"/> 5 nessuno								
<input type="checkbox"/> 2 pediatra della struttura pubblica	<input type="checkbox"/> 6 non so								
<input type="checkbox"/> 3 pediatra della struttura privata	<input type="checkbox"/> 7 altro _____								
<input type="checkbox"/> 4 pediatra della struttura volont.									
<p>50 Secondo lei è possibile rimanere incinta durante l'allattamento al seno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>								
<p>51 È stata informata circa la contraccezione in puerperio? (una sola risposta)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 no, da nessuno</td> <td><input type="checkbox"/> 5 sì, dal personale non medico (ostetr., inferm., ecc.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 sì, da libri/riviste</td> <td><input type="checkbox"/> 6 sì, dal consultorio familiare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 sì, dalle amiche</td> <td><input type="checkbox"/> 7 sì, da una struttura di volontariato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 sì, dal medico</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 no, da nessuno	<input type="checkbox"/> 5 sì, dal personale non medico (ostetr., inferm., ecc.)	<input type="checkbox"/> 2 sì, da libri/riviste	<input type="checkbox"/> 6 sì, dal consultorio familiare	<input type="checkbox"/> 3 sì, dalle amiche	<input type="checkbox"/> 7 sì, da una struttura di volontariato	<input type="checkbox"/> 4 sì, dal medico		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 no, da nessuno	<input type="checkbox"/> 5 sì, dal personale non medico (ostetr., inferm., ecc.)								
<input type="checkbox"/> 2 sì, da libri/riviste	<input type="checkbox"/> 6 sì, dal consultorio familiare								
<input type="checkbox"/> 3 sì, dalle amiche	<input type="checkbox"/> 7 sì, da una struttura di volontariato								
<input type="checkbox"/> 4 sì, dal medico									
<p>52 Alla ripresa dei rapporti sessuali, pensa di utilizzare un contraccettivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì <input type="checkbox"/> 3 non so</p> <p>SE SÌ, QUALE? _____</p> <p>SE NO, PERCHÉ? _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

<p>53 Prevede di effettuare un controllo ginecologico dopo il parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>
<p>54 Ritiene utile poter usufruire di visite ostetriche gratuite a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>
<p>55 E' a conoscenza dell'esistenza dei Consultori Familiari ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì, ma non li ho mai utilizzati <input type="checkbox"/> 3 sì, li ho utilizzati</p>	<input type="checkbox"/>
<p>56 Sa che in Italia esiste una legge che consente alle donne che partoriscono in ospedale di non riconoscere il bambino e di lasciarlo presso la struttura mantenendo l'anonimato?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>
<p>57 Conosce la legge che regolamenta i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>
<p>58 Se lavorava prima della gravidanza a quale mese ha smesso?</p> <p><input type="text"/> mese</p>	<input type="checkbox"/>
<p>59 Ha intenzione di ricominciare a lavorare?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì, dopo <input type="text"/> mesi dalla nascita del bambino <input type="checkbox"/> 3 non so</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>60 Se sì, chi principalmente accudirà il bambino? (una sola risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 familiari nel Paese di origine <input type="checkbox"/> 4 struttura pubblica <input type="checkbox"/> 2 amici/familiari in Italia <input type="checkbox"/> 5 struttura di volontariato <input type="checkbox"/> 3 struttura privata <input type="checkbox"/> 6 altro _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>61 Fumava prima della gravidanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 4 sì, 11 - 20 sig./die <input type="checkbox"/> 2 sì, < 5 sig./die <input type="checkbox"/> 5 sì, > 20 sig./die <input type="checkbox"/> 3 sì, 6 - 10 sig./die</p>	<input type="checkbox"/>

<p>62 Ha fumato durante questa gravidanza?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 no</td> <td><input type="checkbox"/> 3 sì, 11 - 20 sig./die</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 sì, < 5 sig./die</td> <td><input type="checkbox"/> 4 sì, > 20 sig./die</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 no	<input type="checkbox"/> 3 sì, 11 - 20 sig./die	<input type="checkbox"/> 2 sì, < 5 sig./die	<input type="checkbox"/> 4 sì, > 20 sig./die	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 1 no	<input type="checkbox"/> 3 sì, 11 - 20 sig./die												
<input type="checkbox"/> 2 sì, < 5 sig./die	<input type="checkbox"/> 4 sì, > 20 sig./die												
<p>63 Ha intenzione di riprendere/continuare a fumare?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 no</td> <td><input type="checkbox"/> 3 sì, dopo aver ultimato l'allattamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 sì, da adesso</td> <td><input type="checkbox"/> 4 non so</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 no	<input type="checkbox"/> 3 sì, dopo aver ultimato l'allattamento	<input type="checkbox"/> 2 sì, da adesso	<input type="checkbox"/> 4 non so	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 1 no	<input type="checkbox"/> 3 sì, dopo aver ultimato l'allattamento												
<input type="checkbox"/> 2 sì, da adesso	<input type="checkbox"/> 4 non so												
<p>D - CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E ASPETTI CULTURALI</p>													
<p>64 Età compiuta:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> anni</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>												
<p>65 Paese di origine:</p> <p>_____</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
<p>66 Stato civile:</p> <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1 coniugata</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2 nubile/convivente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 divorziata/separata</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 coniugata	<input type="checkbox"/> 2 nubile/convivente	<input type="checkbox"/> 3 divorziata/separata	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> 1 coniugata													
<input type="checkbox"/> 2 nubile/convivente													
<input type="checkbox"/> 3 divorziata/separata													
<p>67 Attività lavorativa:</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">in Italia</td> <td style="text-align: center;">nel paese di origine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 casalinga</td> <td><input type="checkbox"/> 1 casalinga/studentessa/disoccupata</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 disoccupata</td> <td><input type="checkbox"/> 2 operaia/artigiana/bracciante agricola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 operaia</td> <td><input type="checkbox"/> 3 impiegata/commerciante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 colf/baby sitter</td> <td><input type="checkbox"/> 4 libero professionista/dirigente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 altro _____</td> <td><input type="checkbox"/> 5 altro _____</td> </tr> </table>	in Italia	nel paese di origine	<input type="checkbox"/> 1 casalinga	<input type="checkbox"/> 1 casalinga/studentessa/disoccupata	<input type="checkbox"/> 2 disoccupata	<input type="checkbox"/> 2 operaia/artigiana/bracciante agricola	<input type="checkbox"/> 3 operaia	<input type="checkbox"/> 3 impiegata/commerciante	<input type="checkbox"/> 4 colf/baby sitter	<input type="checkbox"/> 4 libero professionista/dirigente	<input type="checkbox"/> 5 altro _____	<input type="checkbox"/> 5 altro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
in Italia	nel paese di origine												
<input type="checkbox"/> 1 casalinga	<input type="checkbox"/> 1 casalinga/studentessa/disoccupata												
<input type="checkbox"/> 2 disoccupata	<input type="checkbox"/> 2 operaia/artigiana/bracciante agricola												
<input type="checkbox"/> 3 operaia	<input type="checkbox"/> 3 impiegata/commerciante												
<input type="checkbox"/> 4 colf/baby sitter	<input type="checkbox"/> 4 libero professionista/dirigente												
<input type="checkbox"/> 5 altro _____	<input type="checkbox"/> 5 altro _____												
<p>68 Attuale professione del padre del bambino (in Italia o all'estero):</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">in Italia</td> <td style="text-align: center;">all'estero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 operaio</td> <td><input type="checkbox"/> 20 studente/disoccupato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 impiegato/commerciante</td> <td><input type="checkbox"/> 21 operaio/artigiano/bracciante agricola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 disoccupato</td> <td><input type="checkbox"/> 22 impiegato/commerciante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 domestico</td> <td><input type="checkbox"/> 23 libero professionista/dirigente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 altro _____</td> <td><input type="checkbox"/> 24 altro _____</td> </tr> </table>	in Italia	all'estero	<input type="checkbox"/> 1 operaio	<input type="checkbox"/> 20 studente/disoccupato	<input type="checkbox"/> 2 impiegato/commerciante	<input type="checkbox"/> 21 operaio/artigiano/bracciante agricola	<input type="checkbox"/> 3 disoccupato	<input type="checkbox"/> 22 impiegato/commerciante	<input type="checkbox"/> 4 domestico	<input type="checkbox"/> 23 libero professionista/dirigente	<input type="checkbox"/> 5 altro _____	<input type="checkbox"/> 24 altro _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
in Italia	all'estero												
<input type="checkbox"/> 1 operaio	<input type="checkbox"/> 20 studente/disoccupato												
<input type="checkbox"/> 2 impiegato/commerciante	<input type="checkbox"/> 21 operaio/artigiano/bracciante agricola												
<input type="checkbox"/> 3 disoccupato	<input type="checkbox"/> 22 impiegato/commerciante												
<input type="checkbox"/> 4 domestico	<input type="checkbox"/> 23 libero professionista/dirigente												
<input type="checkbox"/> 5 altro _____	<input type="checkbox"/> 24 altro _____												

<p>69 Anni di scolarità compiuta:</p> <p>suoi padre del bambino</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>70 Da quanto tempo è in Italia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 da meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> 3 tra 3 e 6 anni</p> <p><input type="checkbox"/> 2 da 6 mesi a 3 anni <input type="checkbox"/> 4 più di 6 anni</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>71 Qual è la ragione della sua migrazione?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 motivi politici <input type="checkbox"/> 3 ricongiungimento familiare</p> <p><input type="checkbox"/> 2 motivi economici/lavoro <input type="checkbox"/> 4 altro _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>72 Qual è la sua situazione legale?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ha la cittadinanza italiana <input type="checkbox"/> 4 è in attesa del permesso di soggiorno</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ha il permesso di soggiorno <input type="checkbox"/> 5 rifugiata</p> <p><input type="checkbox"/> 3 non ha il permesso di soggiorno</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>73 Con chi abita?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 da sola <input type="checkbox"/> 5 con altre persone/amici</p> <p><input type="checkbox"/> 2 con il suo partner <input type="checkbox"/> 6 istituti - case famiglia</p> <p><input type="checkbox"/> 3 con il suo partner e altri connazionali <input type="checkbox"/> 7 altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 con i suoi datori di lavoro</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>74 Ha altri figli?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no → (vai a domanda 79) <input type="checkbox"/> 2 sì specificare il numero <input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>75 Dove abitano? (sono possibili più risposte)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 in Italia <input type="checkbox"/> 2 nel Paese di origine <input type="checkbox"/> 3 altrove</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>76 Dove ha partorito precedentemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 in Italia → (vai a domanda 78) <input type="checkbox"/> 2 in Patria <input type="checkbox"/> 3 altrove → (vai a domanda 78)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>77 Esprima un giudizio sui seguenti aspetti del parto in Italia rispetto alla sua esperienza nel Paese di origine:</p> <p>assistenza medico/sanitaria al parto <input type="checkbox"/> 1 peggiore <input type="checkbox"/> 2 uguale <input type="checkbox"/> 3 migliore</p> <p>rispetto della propria cultura in relazione al parto <input type="checkbox"/> 1 peggiore <input type="checkbox"/> 2 uguale <input type="checkbox"/> 3 migliore</p> <p>coinvolgimento della famiglia <input type="checkbox"/> 1 peggiore <input type="checkbox"/> 2 uguale <input type="checkbox"/> 3 migliore</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

78 Nelle precedenti gravidanze è mai stata sottoposta a taglio cesareo? <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì	<input type="checkbox"/>
79 Quale parte del suo corpo, secondo la sua cultura o la sua religione, una donna deve mantenere coperta in pubblico? <input type="checkbox"/> 1 il capo <input type="checkbox"/> 4 i seni <input type="checkbox"/> 2 le braccia <input type="checkbox"/> 5 altro _____ <input type="checkbox"/> 3 le gambe	<input type="checkbox"/>
80 Questo può creare delle difficoltà durante una visita ginecologica? (citare le risposte) <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì <input type="checkbox"/> 3 sì, se il medico è un uomo	<input type="checkbox"/>
81 Ritiene l'adattamento alle abitudini del Paese che la ospita: (citare le risposte) <input type="checkbox"/> 1 opportuno <input type="checkbox"/> 2 non opportuno <input type="checkbox"/> 3 indifferente	<input type="checkbox"/>
82 Nella sua cultura, l'uomo è di solito presente al momento del parto? <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì	<input type="checkbox"/>
83 Lei e il suo partner facevate uso di contraccettivi al momento del concepimento? <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 5 sì, spirale <input type="checkbox"/> 2 sì, coito interrotto <input type="checkbox"/> 6 sì, pillola <input type="checkbox"/> 3 sì, metodi naturali <input type="checkbox"/> 7 sì, altro _____ <input type="checkbox"/> 4 sì, preservativo	<input type="checkbox"/>
84 Numero aborti spontanei precedenti <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85 Numero Interruzioni Volontarie di Gravidanza precedenti <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86 Conoscenza della lingua italiana <input type="checkbox"/> 1 buona <input type="checkbox"/> 2 scarsa <input type="checkbox"/> 3 è stata necessaria l'interprete	<input type="checkbox"/>
Nome intervistatrice: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eventuali osservazioni: _____ _____ _____	

Depliant su salute e diritti delle donne immigrate

Istituto Superiore di Sanità

Telefoni e indirizzi utili per avere informazioni sull'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e sul rilascio del tesserino STP presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP)

ASL RM F
Civitavecchia - via Terme di Traiano, 39/A
Tel. 0766 591440
Rignano Flaminio - via Verdi, 2
Tel. 0761 508510
Alumiere - piazza della Repubblica
Tel. 0766 96235

ASL RM G
Monte Rotondo - via Garibaldi, 7
Tel. 06 90075931
Guidonia - via Fratelli Gualandi, 35
Tel. 0774 6545755
Tivoli - piazza Massimo, Palazzina ex-INAM
Tel. 0774 3164710

ASL RM H
NUMERO VERDE 800489984
Pomezia - Via dei Castelli Romani, 2p
Tel. 06 91145216/5210
Albano - via Galleria di Sotto
Tel. 06 93273351
Ciampino - via Gorizia, 18
Tel. 06 79324529
Frascati - Ospedale San Sebastiano
via Tuscolana, 2 Tel. 06 94044314
Nettuno - via del Colle, 2
Tel. 06 9879132

ISTITUTO S. GALLICANO
Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Centro di riferimento e consulenza per la Regione e le Aziende sanitarie
via di San Gallicano, 25/a
Tel. 06 58543739/3780

ASL RM A (*Centro, Esquilino, Trieste, Salario, San Lorenzo, Nomentano, Tufello, Monte Sacro, Fidene*)
URP - via San Martino della Battaglia, 16
Tel. 06 77305592/89

ASL RM B (*Pietralata, San Basilio, Settecamini, Centocelle, Quarciaolo, Tor Sapienza, Torre Spaccata, Alessandrino, Quadraro, Anagnina, Cinecittà*)
URP - via Filippo Meda, 35
Tel. 06 41433295/3600

ASL RM C (*Collatina, Torpignattara, Prenestino, Tuscolano, Castense, Appio Latino, Tor Marancia, Ostiense, Spinaceto*)
URP - via Fortioccia, 74
Tel. 06 7826837

ASL RM D (*Ostia, Aclia, Trullo, Magliana, Corviale, Pisana, Monteverde, Massimina, Fiumicino*)
URP - NUMERO VERDE 80018972
via Volpato, 18
Tel. 06 5548245/213

ASL RM E (*Eroi, Prati, Aurelio, Monte Spaccato, Trionfale, Primavalle, Palmarola, Labaro, Tomba di Nerone, Cesano*)
URP - via Borgo Santo Spirito, 3
Tel. 06 68352553

La salute delle donne immigrate

CONOSCERE I PROPRI DIRITTI

Testi: Associazione "Candelaria" e Istituto Superiore di Sanità
Grafica: Silvia Andreozzi
Finanziato dal Progetto: Ministero della Sanità RF/98 assegnato agli IFO
Convenzione N° 105/RF 98/74

Novembre 2000

Cos'è il Servizio

Sanitario Nazionale (SSN)?

È l'insieme delle risorse che lo Stato italiano mette a disposizione di tutta la popolazione per la tutela della salute fisica e psichica.

Il SSN si sostiene grazie ai soldi versati sotto forma di tasse e assicura assistenza a tutti i cittadini italiani o stranieri senza distinzione di condizioni individuali o sociali in tutto il territorio nazionale. Per usufruire del SSN è necessario iscriversi presso gli uffici della Azienda Sanitaria Locale (ASL) di residenza o in mancanza di essa nel luogo di domicilio indicato nel permesso di soggiorno.

Chi si può iscrivere al SSN?

L'iscrizione è gratuita e obbligatoria per:

Chi è in possesso - o ha chiesto il rinnovo - del permesso di soggiorno per motivi di:

- lavoro dipendente o autonomo
- lavoro stagionale
- attesa di occupazione (iscrizione alle liste di collocamento)
- asilo politico
- asilo umanitario
- ricongiungimento o coesione familiare

Chi ha richiesto asilo politico o umanitario oppure è in attesa della cittadinanza italiana, di affidamento o di adozione.

Chi ha presentato la documentazione per usufruire dell'ultima sanatoria.

L'iscrizione è volontaria e soggetta al versamento di un contributo annuale diversificato per categoria (da Lire 300.000 a Lire 750.000) per:

Chi è in possesso del permesso di soggiorno per motivi di:

- studio
- attività religiosa
- lavoro come personale diplomatico
- lavoro "alla pari"

Cosa può fare chi non può iscriversi al SSN?

Le persone che non sono in regola con il permesso di soggiorno e che perciò non possono iscriversi al SSN hanno comunque diritto all'assistenza sanitaria.

Nei casi non abbiano risorse economiche per pagare le cure mediche, possono richiedere alle strutture pubbliche autorizzate della ASL il rilascio del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Il tesserino STP dà diritto all'assistenza sanitaria presso ospedali, ambulatori, consultori familiari e alle visite specialistiche.

L'utilizzo di tutti i servizi sanitari da parte delle persone straniere senza permesso di soggiorno non comporta la segnalazione alle autorità di polizia.

Diritti specifici per le donne in gravidanza

La donna straniera incinta che non ha il permesso di soggiorno può richiederlo per il periodo della gravidanza e per i 6 mesi successivi alla nascita del bambino, portando in questura un certificato medico che attesti il mese di gestazione e la presunta epoca del parto.

Le donne immigrate in gravidanza hanno diritto, gratuitamente presso gli ospedali pubblici e le strutture accreditate, alle analisi cliniche e di laboratorio, alle visite specialistiche, ai corsi di preparazione alla nascita, al ricovero per il parto e alle cure per eventuali conseguenti malattie.

Tutte le donne - italiane o straniere - hanno diritto a non riconoscere il figlio appena nato. Questo non è considerato un reato, non la espone a nessun tipo di segnalazione alle autorità e l'anonimato è assicurato in modo assoluto. Prima del parto la donna dovrà specificare che non intende riconoscere il neonato.

Il bambino in breve tempo sarà affidato a una famiglia che si prenderà cura di lui.

Tutte le donne - italiane o straniere - (anche quelle non in regola con il permesso di soggiorno), - possono ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) entro 90 giorni di gestazione presso le strutture sanitarie pubbliche. Ci si può rivolgere a un consultorio familiare per le indicazioni necessarie. Anche in questo caso l'anonimato è garantito.

Le donne immigrate in possesso della Carta di Soggiorno, che non beneficiano di tutela economica della maternità, hanno diritto a un assegno per un periodo di 5 mesi dopo la nascita del figlio, da richiedere ai Servizi Sociali della Circonscrizione o del Comune.

Depliant su donne immigrate e servizi sanitari pubblici



ASL RM C
Castino/Appio/Appio Latino/Ostense/Eur
piazza dei Condotteri, 34 - 06 2757116 o 2757140
via Herbert Spencer, 282, 36 - 06 2155143
via Casitina, 711 - 06 2428025
via Iberia, 75 - 06 7002799
via C. Denina, 3 - 06 7802279
via Monza, 2 - 06 7001999
via dei Lincei, 93 - 06 5132132
via L. Montuori, 5 - 06 5120017 o 5131528
via Stame, 135 - 06 5084729

ASL RM D
Acilia/Ostia/Magliana/Gianicolense
via del Poggio, 69 (Acilia) - 06 52360379
via S. Agostino (Ostia) - 06 56483024/3036
Lungomare P. Toscanelli, 230 (Ostia) - 06 56483024
via della Magliana, 256 - 06 5500493 o 55270292
via Brugnato, 2 - 06 6530850 o 6571970
largo Quadrelli - 06 6555078 o 6551681
via Avanzini, 39 - 06 66156315
via Ozanam, 126 - 06 58209266
via della Consolata, 52 - 06 66157291
via Griziotti, 60 - 06 66180757

ASL RM E
Prati/Aurelio/Cassia
via A. Enno, 13 - 06 68354404
via D. Silveri, 8 - 06 633714
via Cornelia, 114 - 06 6240352 o 61532447
piazza S. Maria della Pietà, 5 - 06 68352856
via Gasparri, 21-23 - 06 68354203
via Nerviano, 43 - 06 3096390
via S. Godenzo, 204 - 06 68354310
via G. Miotto (Cesano) - 06 3038739
via Offanengo, 32 - 06 68354761

ASL RM A
Centro Storico/Salario/Nomentano
via Arco del Monte, 99/a - 06 68803545
via S. Martino della Battaglia, 16 - 06 77305515
via Salaria, 140 - 06 8559976
via Arno, 42 - 06 85232225/2226
largo degli Osci, 22 - 06 4453694
via Boemondo, 21 - 06 84483405
via Dina Galli, 3/4 - 06 872841
via V. Farulli, 6 - 06 8812030 o 8816840
largo Rovani - 06 87284896

ASL RM B
Tiburtino/Prenestino/Tuscolano
via di Pietralata, 497 - 06 41730066 o 41730041
via S. Benedetto del Tronto, 9 - 06 4102780
via Rubellia, 2 - 06 4190147
via delle Resede, 1 - 06 2410300
via Manfredonia, 43 - 06 2598972
piazza dei Mirti, 42 - 06 41433870
via Tor Cervara, 307 - 06 2283683
via delle Canapiglie, 88 - 06 261513
via delle Pispole, 1 - 06 2677060
via dei Leviti, 10 - 06 7615549
via Gasperina, 308 - 06 7235665
via Rizzieri, 226 - 06 41431

**Elenco dei
Consultori Familiari
di Roma**

Istituto Superiore di Sanità

**La salute
delle donne
immigrate**

I SERVIZI SANITARI PUBBLICI

Novembre 2000

Tessit: Associazione "Campelaria" e Istituto Superiore di Sanità
Grafica: Silvia Andreozzi
Finanziato dal Progetto: Ministero della Sanità RF/9B assegnato agli IFO
Convenzione N° 125/RF 98/74

I SERVIZI SANITARI PUBBLICI

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura a tutti i cittadini l'assistenza medica di base, specialistica e ospedaliera. Inoltre eroga servizi specifici per le famiglie e per le persone con difficoltà psicologiche, i portatori di handicap, i tossicodipendenti, i malati di AIDS.

L'Azienda Sanitaria Locale (ASL)

È il complesso di ospedali, ambulatori, consultori e uffici che, in un determinato ambito territoriale, provvede alla salute della popolazione. Presso le ASL si richiede l'iscrizione al SSN e si sceglie il proprio medico di base.

Il medico di base (o di famiglia)

È il professionista che assicura le cure di medicina generica: visita i pazienti nel proprio studio o nel domicilio del malato, prescrive i farmaci, le analisi e le visite specialistiche, propone il ricovero in ospedale se necessario, eroga certificati.

Il pediatra di base

È il medico che segue i bambini, li visita periodicamente, controlla la loro crescita, prescrive i farmaci, le analisi e le visite specialistiche, propone il ricovero in ospedale se necessario, eroga certificati.

Gli ospedali

Sono strutture complesse munite di attrezzature e personale utili a fare diagnosi, curare e ricoverare i pazienti. In caso di emergenza, si può ricorrere al Pronto Soccorso ospedaliero e sarà il medico di guardia a prescrivere successivi accertamenti e/o il ricovero.

Gli ambulatori e poliambulatori

Sono dei presidi presso i quali si può essere visitati da medici specialisti, si possono effettuare analisi cliniche, esami radiologici e terapie riabilitative.

Il consultorio familiare

Cos'è? È un servizio gratuito, disponibile sull'intero territorio nazionale in ogni quartiere, creato per tutelare la salute psico-fisica e sociale della donna, della coppia, dei bambini

Chi ci lavora? Nel consultorio familiare operano figure professionali:

- con competenze psicologiche e sociali (psicologi, assistenti sociali, sociologi, mediatori culturali)
- con competenza sanitaria (ginecologi, pediatri, ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie)

Quali servizi offre? Ci si può rivolgere al consultorio familiare per:

- consulenze e visite sulla contraccezione
- essere seguite durante la gravidanza
- corsi di preparazione alla nascita
- consulenze, visite e certificati per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG)
- controlli ginecologici periodici
- prevenzione dei tumori femminili
- consulenza e assistenza durante la menopausa
- assistenza pediatrica
- vaccinazioni obbligatorie (e raccomandate)
- consulenze su problemi sociali e psicologici

APPENDICE B

**Risultati dello studio sull'assistenza alla nascita
tra le donne immigrate (2000-2001)**

Tabella B1. Luogo del parto

Risposta	n.	%
Ospedale S. Giovanni Cabillita Fatebenefratelli	47	14,8
Policlinico Casilino	89	28,0
Policlinico Umberto I	71	22,3
Ospedale Sandro Pertini	52	16,4
Ospedale S. Eugenio	59	18,6
Totale	318	100,0

Tabella B2. Quando ha pensato di essere incinta, che cosa ha fatto inizialmente?

Risposta	n.	%
Ha semplicemente aspettato	72	22,6
Si è rivolta ad una struttura di volontariato	2	0,6
Si è rivolta ad una struttura pubblica	49	15,4
Si è rivolta ad una struttura privata	21	6,6
Ha eseguito un test di gravidanza in casa	128	40,3
Ha eseguito un test di gravidanza in un laboratorio	39	12,3
Si è rivolta ad una comunità/amica per informazioni	6	1,9
Si è rivolta ad una comunità/amica per sostegno	1	0,3
Totale	318	100,0

Tabella B3. Quale è stata la prima struttura a cui si è rivolta per essere seguita durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
Campo nomadi	2	0,6
Comunità Paese di origine	1	0,3
Consultorio	4	1,3
Medico amico	3	0,9
Struttura privata	79	25,0
Struttura pubblica	208	65,8
Struttura di volontariato	12	3,8
Nessuna	7	2,2
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B4. Ha eseguito degli esami preconcezionali (prima della gravidanza)?

Risposta	n.	%
No	250	78,9
Sì	67	21,1
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B5. Durante la gravidanza ha eseguito uno dei seguenti esami

Risposta	n.	%
Microcitemia		
Sì	65	20,7
No	139	44,3
Non so	110	35,0
Toxo-test		
Sì	183	57,7
No	61	19,2
Non so	73	23,0
Rubeo-test		
Sì	163	51,4
No	70	22,1
Non so	84	26,5

Tabella B6. Da chi è stata seguita durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
Nessuno	13	4,1
Consultorio	49	15,4
Ginecologo privato	54	17,0
Ginecologo privato che lavora in ospedale	26	8,2
Ginecologo di una struttura pubblica	159	50,0
Ginecologo di una struttura di volontariato	13	4,1
Ostetrica	4	1,3
Totale	318	100,0

Tabella B7. Ha avuto difficoltà ad essere seguita durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
No	264	83,0
Non è usanza	2	0,6
Sì, per problemi di accesso, economici e comunicazioni	46	14,5
Sì, per problemi di tempo	6	1,9
Totale	318	100,0

Tabella B8. In generale in gravidanza preferirebbe essere seguita da:

Risposta	n.	%
Un uomo	21	6,6
Una donna	117	36,8
Un connazionale uomo	1	0,3
Un connazionale donna	17	5,3
Indifferente	162	50,9
Totale	318	100,0

Tabella B9. Ha avuto l'opportunità di scegliere?

Risposta	n.	%
No	169	53,3
Sì	148	46,7
Totale	317	100,0

Dato mancante 1: (0,3%)

Tabella B10. Si è sentita a disagio nel sottoporsi alla visita ginecologica?*

Risposta	n.	%
No	251	79,9
Sì	63	20,1
Totale	314	100,0

*La domanda era inapplicabile in 4 casi (1,3%) perché la donna non si è mai sottoposta a visita ginecologica

Tabella B11. In quale mese ha effettuato la prima visita?*

Risposta	n.	%
1° mese	49	15,6
2° mese	148	47,1
3° mese	67	21,3
4° mese	28	8,9
5° mese	11	3,5
6° mese	2	0,6
7° mese	1	0,3
8° mese	3	1,0
9° mese	5	1,6
Totale	314	100,0

*La domanda era inapplicabile in 4 casi (1,3%) perché la donna non si è mai sottoposta a visita ginecologica

Tabella B12. Con che frequenza ha eseguito i controlli durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
Nel 1° trimestre		
Mai	60	18,9
Meno di 1 volta al mese	120	37,7
1 volta al mese	115	36,2
Più di 1 volta al mese	23	7,2
Nel 2° trimestre		
Mai	16	5,0
Meno di 1 volta al mese	68	21,4
1 volta al mese	196	61,6
Più di 1 volta al mese	38	11,9
Nel 3° trimestre		
Mai	12	3,8
Meno di 1 volta al mese	49	15,4
1 volta al mese	190	59,7
Più di 1 volta al mese	67	21,1

Tabella B13. Quante volte ha eseguito le analisi del sangue durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
1 volta	19	6,0
2-3 volte	114	36,1
4 volte o più	170	53,8
Mai	13	4,1
Totale	316	100,0

Dato mancante 2: (0,6%)

Tabella B14. Quante ecografie ha eseguito durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
Nessuna	11	3,5
1	15	4,7
2	41	12,9
3	102	32,1
4	88	27,7
5	38	11,9
6	9	2,8
7	7	2,2
8 o più	7	2,2
Totale	318	100,0

Tabella B15. A quali mesi di gravidanza le ha eseguite?

1^a ecografia	n.	%	2^a ecografia	n.	%
2° mese	82	26,7	3° mese	19	6,5
3° mese	133	43,3	4° mese	44	15,1
4° mese	41	13,4	5° mese	132	45,2
5° mese	35	11,4	6° mese	41	14,0
6° mese	10	3,3	7° mese	23	7,9
7° mese	2	0,7	8° mese	26	8,9
8° mese	1	0,3	9° mese	7	2,4
9° mese	3	1,0	Totale	292	100,0
Totale	307	100,0			

3^a ecografia	n.	%	4^a ecografia	n.	%
3° mese	1	0,4	4° mese	1	0,7
4° mese	12	4,8	5° mese	10	6,7
5° mese	19	7,6	6° mese	8	5,4
6° mese	53	21,1	7° mese	31	20,8
7° mese	61	24,3	8° mese	60	40,3
8° mese	75	29,9	9° mese	39	26,2
9° mese	30	12,0	Totale	149	100,0
Totale	251	100,0			

5^a ecografia	n.	%	6^a ecografia	n.	%
5° mese	1	1,6	6° mese	1	4,3
6° mese	9	14,8	7° mese	8	34,8
7° mese	9	14,8	8° mese	7	30,4
8° mese	20	32,8	9° mese	7	30,4
9° mese	22	36,1	Totale	23	100,0
Totale	61	100,0			

7^a ecografia	n.	%	8^a ecografia	n.	%
7° mese	1	7,1	8° mese	1	14,3
8° mese	8	57,1	9° mese	6	85,7
9° mese	5	35,7	Totale	7	100,0
Totale	14	100,0			

Tabella B16. Dove ha eseguito le ecografie?*

Risposta	n.	%
Struttura pubblica	177	57,7
Struttura privata	70	22,8
Struttura di volontariato	9	2,9
Struttura pubblica e privata	50	16,3
Struttura pubblica e di volontariato	1	0,3
Totale	307	100,0

*Le domande erano inapplicabili per 11 donne (3.5%) che non hanno fatto alcuna ecografia

Tabella B17. Ha eseguito tutte le ecografie prescritte?

Risposta	n.	%
No	47	15,3
Sì	260	84,7
Totale	307	100,0

Tabella B18. È mai stata ricoverata in ospedale o è mai ricorsa al pronto soccorso durante questa gravidanza? (sono possibili più risposte)

Risposta	n.	%
Sì, al pronto soccorso per controlli in gravidanza	48	15,6
Sì, al pronto soccorso per una sospetta patologia	37	12,0
Sì, ricoverata a causa di una patologia	17	5,5
Sì, ricoverata per controlli in gravidanza	21	6,8
Totale	308	100,0

Dato mancante: 10 (3,1%)

Tabella B19. È stata informata circa la possibilità della diagnosi prenatale?

Risposta	n.	%
No	144	45,3
Sì	174	54,7
Totale	318	100,0

Tabella B19a. Se sì da chi? (possibili più risposte)

Risposta	n.	%
1° risposta		
Medico	95	54,9
Libri	40	23,1
Amiche	25	14,5
Consultorio	8	4,6
Paramedici	3	1,7
Conoscenza data dal suo lavoro	1	0,6
Struttura di volontariato	1	0,6
2° risposta		
Medico	13	40,6
Amiche	14	43,8
Consultorio	1	3,1
Paramedici	4	12,5
3° risposta		
Medico	8	80,0
Consultorio	1	10,0
Paramedici	1	10,0

Tabella B20. Ha scelto di usufruire di una di queste tecniche di diagnosi prenatale?

Risposta	n.	%
Nessuna diagnosi	255	80,2
Tri-test	35	11,0
Amniocentesi	25	7,9

Tabella B21. Ha partecipato ad un corso di preparazione alla nascita?

Risposta	n.	%
No	269	84,6
Sì, consultorio familiare	28	8,8
Sì, ospedale	15	4,7
Sì, struttura privata	4	1,3
Sì, struttura di volontariato	2	0,6
Totale	318	100,0

Tabella B21a. Se no perché?

Risposta	n.	%
Non sapeva che esistessero	101	41,9
Già frequentato	7	2,9
Non lo ritiene utile	57	23,7
Struttura non disponibile	15	6,2
Per problemi di tempo	53	22,0
Per problemi di salute	5	2,1
Per problemi economici	2	0,8
In casa seguendo le istruzioni di una cassetta	1	0,4
Totale	241	100,0

Dato mancante: 28 (10,4%)

Tabella B22. Ha avuto disturbi durante questa gravidanza?

Risposta	n.	%
No	121	38,1
Sì	197	61,9
Totale	318	100,0

Tabella B22a. Se sì, quali? (possibili più risposte)

Risposta	n.	%*
Nausea/vomito	166	84,3
minaccia d'aborto	40	20,3
Infezione alle vie urinarie	16	8,1
Diabete	8	4,1
Iperensione	15	7,6
Minaccia di parto pretermine	21	10,7
Altro	17	8,6

* Percentuale calcolata sul totale delle donne che hanno avuto disturbi in gravidanza (197)

Tabella B23. Ha assunto dei farmaci in questa gravidanza?

Risposta	n.	%
No	63	19,8
Sì	255	80,2
Totale	318	100,0

Tabella B23a. Se sì, quale?

Farmaco	Solo 1° trim.		Solo 2° trim.		Solo 3° trim.	
	n.	%	n.	%	n.	%
Ferro	7	2,2	20	6,3	27	8,5
Acido folico	10	3,1	16	5,0	12	3,8
Vitamine	7	2,2	18	5,7	12	3,8
Per minaccia di aborto	13	4,1	6	1,9	1	0,3
Per minaccia parto preterm.	1	0,3	2	0,6	9	2,8
Analgesici	1	0,3	1	0,3	2	0,6
Antibiotici	---	---	2	0,6	8	2,5
Per disturbi cardiovascolari	---	---	1	0,3	3	0,9
Per sistema respiratorio	---	---	1	0,3	1	0,3
Gastrointestinali	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Ormoni	2	0,6	---	---	1	0,3
Per sistema nervoso	---	---	1	0,3	2	0,6
Per terapie locali	---	---	2	0,6	3	0,9
Altro	1	0,3	---	---	---	---

Farmaco	1° e 2° trim.		1° e 3° trim.		2° e 3° trim.		1°, 2° e 3° trim.		Totale
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.
Ferro	5	1.6	1	0.3	92	28.9	64	20.1	216
Acido folico	3	0.9	---	---	68	21.4	55	17.3	164
Vitamine	3	0.9	---	---	37	11.7	50	15.7	127
Min. di aborto	1	0.3	---	---	3	0.9	---	---	24
Min. parto pret.	---	---	---	---	5	1.6	---	---	17
Analgesici	---	---	---	---	1	0.3	2	0.6	7
Antibiotici	---	---	---	---	1	0.3	2	0.6	13
Dist. cardiovasc.	---	---	---	---	1	0.3	2	0.6	7
Sistema resp.	---	---	---	---	---	---	---	---	2
Dist. gastroint.	1	0.3	---	---	1	0.3	---	---	5
Ormoni	---	---	---	---	1	0.3	3	0.9	7
Sistema nerv.	---	---	---	---	---	---	1	0.3	4
Terapie locali	---	---	---	---	---	---	---	---	5
Altro	1	0.3	---	---	---	---	---	---	2

Tabella B24. Patologie preesistenti alla gravidanza

Risposta	n.	%
Nessuna	267	84,0
Anemia	21	6,6
Diabete	3	0,9
Infertilità	3	0,9
Ipertensione	11	3,5
Patologia tiroidea	3	0,9
Tbc, malattie infettive, epatite B	3	0,9
Altro	7	2,2
Totale	318	100,0

Tabella B25. Di quanti chili è aumentato il suo peso durante la gravidanza?

Risposta	n.	%
Meno di 5 kg	17	5,3
Da 5 a 9 kg	92	28,9
Da 10 a 15 kg	150	47,2
Da 16 a 20 kg	44	13,8
Più di 20 kg	15	4,7
Totale	318	100,0

Tabella B26. A quale settimana ha partorito?

Risposta	n.	%
29 settimane	1	0,3
30 settimane	4	1,3
32 settimane	2	0,6
33 settimane	1	0,3
34 settimane	6	1,9
35 settimane	5	1,6
36 settimane	9	2,8
37 settimane	23	7,2
38 settimane	51	16,0
39 settimane	75	23,6
40 settimane	82	25,8
41 settimane	45	14,2
42 settimane	14	4,4
Totale	318	100,0

Tabella B27. Dove avrebbe desiderato partorire?

Risposta	n.	%
Italia	274	86,2
Patria	39	12,3
Indifferente	5	1,6
Totale	318	100,0

Tabella B27a. In Italia, dove avrebbe preferito partorire?

Risposta	n.	%
Struttura pubblica	269	86,8
Struttura privata	18	5,8
Struttura convenzionata	13	4,2
A domicilio	10	3,2
Totale	310	100,0

Dato mancante: 8 (2,5%)

Tabella B28. Come è andato il parto rispetto alle sue aspettative?

Risposta	n.	%
Come pensava	128	40,5
Meglio	116	36,7
Peggior	72	22,8
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B28a. Perché?

Risposta	n.	%
Meglio perché tutto bene	44	27,7
Meglio perché travaglio breve	41	25,8
Peggior perché travaglio lungo	36	22,6
Peggior perché taglio cesareo d'urgenza	33	20,8
Peggior perché non sa, per paura	5	3,1
Totale	159	100,0

Dato mancante: 29 (15,4%)

Tabella B29. Le è stata praticata la tricotomia?

Risposta	n.	%
No	43	13,6
Sì	268	84,5
Fatta a casa	6	1,9
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B30. Le è stato praticato un clistere?

Risposta	n.	%
No	172	54,6
Sì	143	45,4
Totale	315	100,0

Dato mancante: 3 (0,9%)

Tabella B31. Il parto è stato:

Risposta	n.	%
Spontaneo con episiotomia	176	55,3
Spontaneo senza episiotomia	48	15,1
Cesareo d'urgenza	63	19,8
Cesareo elettivo	28	8,8
Con forcipe	1	0,3
Con ventosa	2	0,6
Totale	188	100,0

Tabella B32. Se il parto non è stato spontaneo, quali sono state le ragioni?

Risposta	n.	%
Sofferenza del bambino	29	30,9
Pregresso parto cesareo	23	24,5
Bambino troppo grosso	11	11,7
Bambino messo male	10	10,6
Sofferenza della madre	7	7,4
Placenta previa	6	6,4
Mancata progressione al travaglio	4	4,3
Non so	3	3,2
Totale	93	100,0

Dato mancante: 1 (1,1%)

Tabella B33. Le è stata praticato una anestesia?

Risposta	n.	%
No	47	14,9
Sì	269	85,1
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B34. È stata costretta a letto durante il travaglio?*

Risposta	n.	%
No	233	88,9
Sì, non so perchè	10	3,8
Sì, per molto dolore	5	1,9
Sì, per monitor	6	2,3
Sì, per sacco rotto	8	3,1
Totale	262	100,0

*La domanda non era applicabile alle donne che non avevano avuto travaglio

Tabella B35. È stato richiesto il suo parere sull'effettuazione di qualche procedura?

Risposta	n.	%
No	200	63,5
Sì	115	36,5
Totale	315	100,0

Dato mancante: 3 (0,9%)

Tabella B36. Ha avuto vicino una persona di fiducia durante il parto?

Risposta	n.	%
No	70	22,0
No, mancato esame salmonella	17	5,3
No, non previsto dalla struttura	14	4,4
No, per mia volontà	68	21,4
No, sala parto piena	2	0,6
Sì	147	46,2
Totale	318	100,0

Tabella B37. Avere vicino una persona di fiducia le è stata:

Risposta	n.	%
Di grande aiuto	88	59,9
D'aiuto	54	36,7
Nessun aiuto	4	2,7
D'ostacolo	1	0,7
Totale	147	100,0

Tabella B38. Il personale che l'ha seguita durante il travaglio l'ha aiutata ad utilizzare quanto aveva appreso durante il corso di preparazione alla nascita?*

Risposta	n.	%
No	5	10,4
Sì	43	89,6
Totale	48	100,0

* la domanda era inapplicabile per le 269 donne che non avevano frequentato il corso di preparazione alla nascita
Dato mancante: 1 (2,0%)

Tabella B39. È potuta stare con il bambino, subito dopo il parto?

Risposta	n.	%
No	58	18,2
Sì, come desideravo	191	60,1
Sì, non come desideravo	69	21,7
Totale	318	100,0

Tabella B40. Avrebbe desiderato avere il bambino sempre in camera con lei?

Risposta	n.	%
No	77	24,2
Sì	241	75,8
Totale	318	100,0

Tabella B41. Al momento del parto pensava di fare un allattamento:

Risposta	n.	%
Al seno	254	80,4
Al seno, se possibile	42	13,3
Artificiale	3	0,9
Misto	2	0,6
Non so	15	4,7
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B42. Quando sarebbe opportuno iniziare l'allattamento al seno?

Risposta	n.	%
Alla nascita	250	78,6
Dopo 24 ore	35	11,0
Con la montate latte	14	4,4
Non so	19	6,0
Totale	318	100,0

Tabella B43. Ha allattato durante il ricovero?

Risposta	n.	%
No	24	7,5
Sì	294	92,5
Totale	318	100,0

Tabella B44. Se sì, dopo quanto tempo le hanno attaccato al seno il bambino per la prima volta dopo il parto?

Risposta	n.	%
Subito	132	44,9
Dopo poche ore	85	28,9
Il giorno dopo	58	19,7
Dopo 2 giorni	19	6,5
Totale	294	100,0

Tabella B45. Come ha allattato il suo bambino fino a oggi?

Risposta	n.	%
Al seno	239	75,4
Artificialmente	22	6,9
Misto	56	17,7
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B46. Nella sua esperienza i seguenti aspetti dell'organizzazione hanno favorito, ostacolato o non hanno influito sull'allattamento al seno?

Risposta	n.	%
Collocazione del nido rispetto al reparto		
Favorito	126	51,2
Ostacolato	56	22,8
Non ha influito	64	26,0
Orari di accesso al nido		
Favorito	126	51,4
Ostacolato	45	18,4
Non ha influito	74	30,2
Atteggiamento degli operatori nel reparto		
Favorito	222	76,3
Ostacolato	3	1,0
Non ha influito	66	22,7
Atteggiamento degli operatori nel nido		
Favorito	192	78,4
Ostacolato	3	1,2
Non ha influito	50	20,4

Tabella B47. A chi si rivolgerebbe/si è rivolta per avere informazioni sull'allattamento? (possibili più risposte)

Risposta	n.	%
1° risposta		
Libri	47	15,0
Amiche	75	24,0
Medico	76	24,3
Paramedici	91	29,1
Consultorio	8	2,6
Struttura di volontariato	1	0,3
Esperienza precedente	13	4,2
Comunità nomadi	2	0,6

Segue

Segue

2° risposta

Amiche	15	17,2
Medico	18	20,7
Paramedici	47	54,0
Consutorio	5	5,7
Struttura di volontariato	1	1,1
Esperienza precedente	1	1,1

3° risposta

Medico	3	13,0
Paramedici	15	65,2
Consutorio	5	21,7

Dato mancante: 5 (1,6%)

Tabella B48. Ha già accudito altri neonati?

Risposta	n.	%
No	140	44,2
Sì	177	55,8
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B49. Ritieni di aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa?

Risposta	n.	%
No	55	17,4
Sì	261	82,6
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B49a. Se sì, da chi?

Risposta	n.	%
Amiche	48	18,6
Comunità nomadi	1	0,4
Consutorio	6	2,3
Esperienza precedente	13	5,0
Libri	17	6,6
Medico	37	14,3
Paramedici	135	52,3
Struttura di volontariato	1	0,4
Totale	258	100,0

Dato mancante: 3 (1,1%)

Tabella B50. Per garantire le prime cure al bambino, pensa di farlo seguire da:

Risposta	n.	%
Medico base	34	10,8
Pediatra struttura pubblica	208	65,8
Pediatra struttura privata	24	7,6
Pediatra struttura di volontariato	8	2,5
Propri familiari	1	0,3
Nessuno	5	1,6
Non so	36	11,4
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B51. Secondo lei è possibile rimanere incinta durante l'allattamento al seno?

Risposta	n.	%
No	95	30,1
Sì	209	66,1
Non sa	12	3,8
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B52. È stata informata circa la contraccezione in puerperio?

Risposta	n.	%
No	167	53,0
Sì	147	46,7
Conoscenza data dal suo lavoro	1	0,3
Totale	315	100,0

Dato mancante: 3 (0,9%)

Tabella B53. Alla ripresa dei rapporti sessuali, pensa di utilizzare un contraccettivo?

Risposta	n.	%
No	68	21,6
Sì	148	47,0
Non so	99	31,4
Totale	315	100,0

Dato mancante: 3 (0,9%)

Tabella B53a. Se sì, quale?

Risposta	n.	%
Pillola	39	26,4
IUD	13	8,8
Condom	49	33,1
Metodi naturali	3	2,0
Coito interrotto	6	4,1
Creme vaginali	1	0,7
Non sa	34	23,0
Totale	145	100,0

Dato mancante: 3 (2,0%)

Tabella B53b. Se no, perché?

Risposta	n.	%
Perché non vuole avere altri figli	5	12,2
Perché non li ha mai utilizzati	29	71,0
Per motivi religiosi, etici, culturali	4	9,8
Perché non li conosce, ha paura che facciano male	3	7,3
Totale	41	100,0

Dato mancante: 27 (39,7%)

Tabella B54. Prevede di effettuare un controllo ginecologico dopo il parto?

Risposta	n.	%
No	39	12,3
Sì	278	87,7
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B55. Ritieni utile poter usufruire di visite ostetriche gratuite a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?

Risposta	n.	%
No	60	19,0
Sì	256	81,0
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B56. È a conoscenza dell'esistenza dei Consulenti Familiari?

Risposta	n.	%
No	99	31,3
Sì	131	41,5
Sì, mai utilizzati	87	27,5
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B57. Sa che in Italia esiste una legge che consente alle donne che partoriscono in ospedale di non riconoscere il bambino e di lasciarlo presso la struttura mantenendo l'anonimato?

Risposta	n.	%
No	195	61,7
Sì	121	38,3
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B58. Conosce la legge che regola i diritti lavorativi in gravidanza?

Risposta	n.	%
No	150	47,8
Sì	164	52,2
Totale	314	100,0

Dato mancante: 4 (1,3%)

Tabella B59. Se lavorava prima della gravidanza a quale mese ha smesso?

Risposta	n.	%
1° mese	16	9,9
2° mese	8	4,9
3° mese	16	9,9
4° mese	15	9,3
5° mese	11	6,8
6° mese	21	13,0
7° mese	43	26,5
8° mese	19	11,7
9° mese	9	5,6
Lavoro saltuario	4	2,5
Totale	162	100,0

Tabella B60. Ha intenzione di ricominciare a lavorare?

Risposta	n.	%
No	17	10,5
Sì	115	71,0
Non so	30	18,5
Totale	162	100,0

Tabella B60a. Se sì, quando?

Risposta	n.	%
1° mese	5	4,3
2° mese	10	8,7
3° mese	22	19,1
4° mese	9	7,8
5° mese	12	10,4
6° mese	18	15,7
7° mese	5	4,3
8° mese o più	34	29,6
Totale	115	100,0

Tabella B61. Se ha intenzione di ricominciare a lavorare, chi principalmente accudirà il bambino?

Risposta	n.	%
Familiari in Italia	42	36,5
Familiari paese d'origine	11	9,6
Lo porta con se al lavoro	9	7,8
Struttura privata	5	4,3
Struttura pubblica	42	36,5
Struttura di volontariato	1	0,9
Non sa	5	4,3
Totale	115	100,0

Tabella B62. Fumava prima della gravidanza?

Risposta	n.	%
No	265	83,6
Sì, <5 sigarette al dì	23	7,3
Sì, 6-10 sigarette al dì	11	3,5
Sì, 11-20 sigarette al dì	15	4,7
Sì, >20 sigarette al dì	3	0,9
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B63. Ha fumato durante questa gravidanza?

Risposta	n.	%
No	288	90,9
Sì, <5 sigarette al dì	18	5,7
Sì, 6-10 sigarette al dì	10	3,2
Sì, 11-20 sigarette al dì	1	0,3
Dato mancante	1	0,3
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B64. Ha intenzione di riprendere/continuare a fumare?*

Risposta	n.	%
No	21	40,4
Sì, da ora	12	23,1
Sì, dopo l'allattamento	6	11,5
Non so	13	25,0
Totale	52	100,0

* La domanda è inapplicabile per le 265 donne che non fumavano prima della gravidanza
Dato mancante: 1 (1,9%)

Tabella B65. Età compiuta

Risposta	n.	%
16 anni	2	0,6
18 anni	1	0,3
19 anni	5	1,6
20 anni	12	3,8
21 anni	13	4,1
22 anni	12	3,8
23 anni	20	6,3
24 anni	18	5,7
25 anni	16	5,0
26 anni	16	5,0
27 anni	22	6,9
28 anni	26	8,2
29 anni	18	5,7
30 anni	26	8,2
31 anni	15	4,7
32 anni	13	4,1
33 anni	18	5,7
34 anni	13	4,1
35 anni	12	3,8
36 anni	13	4,1
37 anni	3	0,9
38 anni	5	1,6
39 anni	8	2,5
40 anni	4	1,3
41 anni	4	1,3
42 anni	1	0,3
43 anni	2	0,6
Totale	318	100,0

Tabella B66. Paese di origine

Risposta	n.	%	Risposta	n.	%
Albania	17	5,3	Iraq	1	0,3
Algeria	1	0,3	Libano	1	0,3
Argentina	3	0,9	Kenia	2	0,6
Armenia	1	0,3	Kosovo	2	0,6
Bangladesh	9	2,8	Libia	1	0,3
Bosnia	1	0,3	Macedonia	6	1,9
Brasile	3	0,9	Marocco	9	2,8
Bulgaria	1	0,3	Messico	1	0,3
Burkina Faso	1	0,3	Moldavia	5	1,6
Capo Verde	4	1,3	Nigeria	4	1,3
Repubblica Beca	1	0,3	Pakistan	3	0,9
Cile	1	0,3	Panama	1	0,3
Cina	11	3,5	Perù	26	8,2
Colombia	3	0,9	Polonia	24	7,5
Congo	1	0,3	Romania	52	16,4
Corea Del Sud	2	0,6	Russia	7	2,2
Croazia	2	0,6	Senegal	1	0,3
Cuba	6	1,9	Serbia	18	5,7
Repubblica Dominicana	3	0,9	Sierra Leone	1	0,3
Ecuador	6	1,9	Siria	1	0,3
Egitto	11	3,5	Slovenia	1	0,3
Eritrea	1	0,3	Somalia	1	0,3
Etiopia	4	1,3	Sri Lanka	9	2,8
Filippine	32	10,1	Sudan	1	0,3
Giordania	1	0,3	Tunisia	4	1,3
India	6	1,9	Turchia	2	0,6
Indonesia	1	0,3	Ucraina	1	0,3
			Totale	318	100,0

Tabella B67. Stato civile

Risposta	n.	%
Nubile	74	23,3
Coniugata	238	75,1
Divorziata	4	1,3
Vedova	1	0,3
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B68. Attività lavorativa in Italia

Risposta	n.	%
Casalinga	150	47,5
Impiegata	24	7,6
Operaia	18	5,7
Libero Professionista	4	1,3
Colf, baby sitter	92	29,1
Disoccupata	28	8,9
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B68a. Attività lavorativa nel paese d'origine

Risposta	n.	%
Casalinga	214	70,2
Impiegata	55	18,0
Operaia	22	7,2
Libero professionista	14	4,6
Totale	305	100,0

Dato mancante: 13 (4,3%)

Tabella B69. Attuale professione del padre del bambino

Risposta	n.	%
Operaio	158	50,8
Impiegato	79	25,4
Studente	1	0,3
Artigiano	3	1,0
Commerciante	6	1,9
Dirigente	2	0,6
Disoccupato	18	5,8
Domestico	30	9,6
Libero professionista	11	3,5
Muratore	2	0,6
Nomade	1	0,3
Totale	311	100,0

Dato mancante: 7 (2,3%)

Tabella B70. Anni di scolarità della madre del bambino

Risposta	n.	%	Risposta	n.	%
Nessuno	9	2,8	12 anni	55	17,4
1 anno	1	0,3	13 anni	33	10,4
2 anni	1	0,3	14 anni	18	5,7
4 anni	5	1,6	15 anni	19	6,0
5 anni	13	4,1	16 anni	13	4,1
6 anni	6	1,9	17 anni	11	3,5
7 anni	7	2,2	18 anni	12	3,8
8 anni	39	12,3	19 anni	1	0,3
9 anni	4	1,3	20 anni	8	2,5
10 anni	45	14,2			
11 anni	16	5,1	Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B70a. Anni di scolarità del padre del bambino

Risposta	n.	%	Risposta	n.	%
Nessuno	10	3,3	14 anni	20	6,6
3 anni	1	0,3	15 anni	11	3,6
4 anni	5	1,6	16 anni	15	4,9
5 anni	6	2,0	17 anni	8	2,6
6 anni	5	1,6	18 anni	12	3,9
7 anni	4	1,3	19 anni	2	0,7
8 anni	43	14,1	20 anni	2	0,7
9 anni	11	3,6	21 anni	1	0,3
10 anni	32	10,5	22 anni	2	0,7
11 anni	12	3,9	25 anni	1	0,3
12 anni	57	18,8			
13 anni	44	14,5	Totale	304	100,0

Dato mancante: 14 (4,4%)

Tabella B71. Da quanto tempo è in Italia?

Risposta	n.	%
Meno di 6 mesi	11	3,5
Da 6 mesi a 3 anni	139	43,8
Da 3 a 6 anni	67	21,1
Più di 6 anni	100	31,5
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B72. Qual è la ragione della sua migrazione?

Risposta	n.	%
Motivi politici	12	3,8
Motivi economici e di lavoro	177	56,0
ricongiungimento familiare	94	29,7
Motivi di studio	9	2,8
Piacere personale	18	5,7
Motivi politici/economici e ricongiungimento	6	1,9
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B73. Qual è la sua situazione legale?

Risposta	n.	%
È in attesa del permesso di soggiorno	18	5,7
Ha la cittadinanza italiana	18	5,7
Non ha il permesso di soggiorno	14	4,4
Ha il permesso di soggiorno	265	83,3
Rifugiata	3	0,9
Totale	318	100,0

Tabella B74. Con chi abita?

Risposta	n.	%
Sola	6	1,9
Con partner	240	75,5
Con amici	7	2,2
Con connazionali	51	16,0
Con datori di lavoro	9	2,8
Con familiari	5	1,6
Totale	318	100,0

Tabella B75. Ha altri figli?

Risposta	n.	%
No	176	55,3
Sì	142	44,7
Totale	318	100,0

Tabella B75a. Se sì, specificare il numero

Risposta	n.	%
1 figlio	101	71,1
2 figli	26	18,3
3 figli	7	4,9
4 figli	4	2,8
5 figli	3	2,1
7 figli	1	0,7
Totale	142	100,0

Tabella B76. Dove abitano?

Risposta	n.	%
In Italia	122	85,9
Nel Paese d'origine	15	10,6
In Italia e nel Paese di origine	4	2,8
In Italia e altrove	1	0,7
Totale	142	100,0

Tabella B77. Dove ha partorito precedentemente?

Risposta	n.	%
In Italia	97	68,3
In Patria	40	28,2
Altrove	1	0,7
In Italia e nel Paese di origine	3	2,1
In Italia e altrove	1	0,7
Totale	142	100,0

Tabella B78. Esprima un giudizio sui seguenti aspetti del parto in Italia rispetto alla sua esperienza nel Paese di origine

Risposta	n.	%
Assistenza medico/sanitaria al parto		
Migliore	30	69,8
Uguale	13	30,2
Rispetto della propria cultura in relazione al parto		
Migliore	20	46,5
Uguale	20	46,5
Peggior	3	7,0
Coinvolgimento della famiglia		
Migliore	19	44,2
Uguale	20	46,5
Peggior	4	9,3

Tabella B79. Nelle precedenti gravidanze è mai stata sottoposta a taglio cesareo?

Risposta	n.	%
No	111	78,2
Sì	31	21,8
Totale	142	100,0

Tabella B80. Quale parte del suo corpo, secondo la sua cultura, una donna deve mantenere coperta in pubblico?

Risposta	n.	%
Nessuna	272	86,3
Testa (viso coperto)	3	1,0
Braccia	1	0,3
Gambe	10	3,2
Testa (viso scoperto)	7	2,2
Tutto	19	6,0
Altro	3	1,0
Totale	315	100,0

Dato mancante: 3 (0,9%)

Tabella B81. Questo può creare delle difficoltà durante una visita ginecologica?*

Risposta	n.	%
No	7	16,3
Sì	9	20,9
Sì, se il medico è uomo	27	62,8
Totale	43	100,0

* la domanda è inapplicabile per le 272 donne che hanno risposto "nessuna" alla precedente domanda

Dato mancante: 4 (1,3%)

Tabella B82. Ritiene l'adattamento alle abitudini del Paese che la ospita

Risposta	n.	%
Opportuno	193	61,5
Inopportuno	15	4,8
Indifferente	106	33,8
Totale	314	100,0

Dato mancante: 4 (1,3%)

Tabella B83. Nella sua cultura, l'uomo è di solito presente al momento del parto?

Risposta	n.	%
No	152	48,3
Sì	156	49,5
Non so	7	2,2
Totale	315	100,0

Dato mancante: 3 (0,9%)

Tabella B84. Lei e il suo partner facevate uso di contraccettivi al momento del concepimento?

Risposta	n.	%
No	262	82,9
Sì	54	17,1
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B85. Numero di aborti spontanei precedenti

Risposta	n.	%
Nessuno	241	76,3
1	61	19,3
2	8	2,5
3	5	1,6
4	1	0,3
Totale	316	100,0

Dato mancante: 2 (0,6%)

Tabella B86. Numero di interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

Risposta	n.	%
Nessuno	273	86,1
1	23	7,3
2	17	5,4
3	2	0,6
4	1	0,3
5	1	0,3
Totale	317	100,0

Dato mancante: 1 (0,3%)

Tabella B87. Conoscenza della lingua

Risposta	n.	%
Buona	212	66,7
Scarsa	93	29,2
È stata necessaria l'interprete	13	4,1
Totale	318	100,0

APPENDICE C

**Campo nomadi di Via del Baiardo (Tor di Quinto):
schede di rilevamento dati**

Scheda di rilevamento dati sulla salute orale in età pediatrica



Centro Odontoiatrico Caritas

PARTE PRIMA: Intervista

Data...../...../..... Operatore n. scheda.....
 Casa n..... della mappa del campo
 Nome padre e madre Nome fratelli.....

 Nome paziente età dichiarata
 nazionalità o nato a
 In Italia da.....mesi/anni.
 Va a: scuola /asilo sì no ordine e grado + frequenza.....
 (se no perché)
 Quale orario impegna la scuola?.....
 Viene insegnata l'igiene orale nella struttura scolastica? sì no
 Chi si occupa dell'insegnamento dell'igiene orale a scuola?
 Viene insegnata l'igiene alimentare? sì no
 Quante volte ti lavi i denti in un giorno? Quando lavi i denti?
 Qualcuno ti ha insegnato come usare lo spazzolino? chi?.....
 Cosa pensi quando ti fa male un dente?
 Cosa ti dicono i tuoi genitori, amici o fratelli quando ti fa male un dente?

 Sei mai stato visitato prima? sì no quando l'ultima volta?

PARTE SECONDA: Esame obiettivo

Formula dentaria per il calcolo dell'indice DMF e dei denti da estrarre

Legenda X = Mancante O = Otturato C = Cariato E = Da estrarre

1								2							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4								3							

5					6				
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
7									

Altre note clinico-anamnestiche

.....

Schede di raccolta dati socio-sanitari

CAMPO: **ABITAZIONE:** n.....
Data compilazione

Cognome della famiglia
 (o del capofamiglia) _____
 Presenti nel campo dal _____
 Provenienti da _____
 Originari di _____
 Etnia _____

Nome	Sex	Età	Grado parentela	Analf.	Legge e scrive (in che lingua)	Studi superiori

Lingua che si parla normalmente in casa

Tipologia dell'abitazione Roulotte
 Tenda
 Baracca
 Altro (specificare)

Presenza nell'abitazione di Televisore
 Videoregistratore
 Radio
 Elettrodomestici
 Auto
 Altro (specificare)

Presenza di animali domestici: specificare quali

Chi lavora fuori casa Che lavoro svolge

Quanti bambini sono nati l'ultimo anno n.

Quanti componenti della famiglia sono morti l'ultimo anno n.

Chi

Per quale causa

I bambini della famiglia sono vaccinati? £ si £ no Se Si, quanti? n.

Qualcuno della famiglia è iscritto al SSN?

£ si per che cosa usa l'iscrizione
 come si è trovato

£ no perché? Non può
 Non vuole

Eventuali patologie "gravi" presenti nella famiglia:

chi
 di che cosa soffre
 perché è grave

chi
di che cosa soffre
perché è grave

SITUAZIONE DEL CAMPO

Come si procurano l'acqua da bere
Come si procurano l'acqua per lavarsi
Dove vanno di corpo
Dove buttano la spazzatura
Come si procurano la luce
Come cucinano
Come si riscaldano d'inverno
Rischi che i bambini corrono nel campo (strada trafficata, rifiuti pericolosi, buche, ecc.)
Presenza di animali dannosi nel campo (topi, cani randagi, insetti, ecc.)

PROBLEMI SANITARI

Nelle ultime due settimane, qualcuno della famiglia si è ammalato?
Chi
Che cosa ha avuto
Che cosa ha fatto quando si è ammalato: curato in famiglia
 curato da un "esperto" del campo
 curato dal medico del CMM
 curato da un medico privato
 curato in ospedale
 al pronto soccorso
 ricoverato
 altro (specificare)
Ha risolto il suo problema?
Come è stato il rapporto con gli operatori sanitari e con le strutture sanitarie?
.....
.....
.....

Chi
Che cosa ha avuto
Che cosa ha fatto quando si è ammalato: curato in famiglia
 curato da un "esperto" del campo
 curato dal medico del CMM
 curato da un medico privato
 curato in ospedale
 al pronto soccorso
 ricoverato
 altro (specificare)
Ha risolto il suo problema?
Come è stato il rapporto con gli operatori sanitari e con le strutture sanitarie?
.....
.....
.....

Scheda di rilevamento dati relativi all'iscrizione all'SSN

Cognome	Nome	Sesso	Data nascita	Grado parentela	PDS/CITT (data scad)	SSN/STP (data scad)	Utilizzo STP/SSN	Strutture usate	Note
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schede di raccolta dati della donna in gravidanza e dei primi 3 mesi dei nuovi nati

PRIMO COLLOQUIO

Data..... Operatore **N.**.....
(Campo:)

DONNA IN GRAVIDANZA

Nome **Cognome**
Nata il Tipo di abitazione Coabitanti

STORIA RIPRODUTTIVA

Albero genealogico precedente la gravidanza attuale
Aggiungere solo successivamente il primo nato, sottolineandolo.

Nato il

Data parto.....
Luogo
Parto (tipo).....
I.m. esclus.
Problemi

Gravidanza attuale: programmata?

Età gestazionale (*al colloquio*)

1° visita in gravidanza dove è stata effettuata?

altre visite dove sono state effettuate?

Problemi: *malattie in gravidanza, disturbi della gravidanza*

Fumo

Programma per il parto.....

SECONDO COLLOQUIO

Data..... Operatore **N.**.....
(*appena possibile dopo la nascita*)

ULTIMO NATO

Data **nascita** bambino..... nome del bambino

luogo parto

Tipo **parto** peso del bambino

problemi.....

Solo **latte** materno fino a..... latte materno fino a

problemi.....

Fumo

RAPPORTO CON LE STRUTTURE SANITARIE

Chi ha accompagnato la donna in **ospedale**

Rapporti con il personale sanitario

Rapporti con le altre ricoverate

Come si è trovata in ospedale.....

Quanto tempo vi è rimasta

Dove stava il bambino

Quando è stato attaccato al seno come si è svolto l'**allattamento**

Eventuali problemi.....

Tabella successivi colloqui

3 mesi	18 mesi
6 mesi	24 mesi
9 mesi	30 mesi
12 mesi	36 mesi

Visita medica con particolare attenzione alle misure antropometriche, allo sviluppo (motorio, linguaggio, di relazione), alle vaccinazioni, alle patologie.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, marzo 2003 (n. 1) 3° Suppl.