

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**L'interruzione volontaria di gravidanza
tra le donne straniere in Italia**

A cura di
Angela Spinelli (a), Emanuela Forcella (a),
Samantha Di Rollo (a) e Michele E. Grandolfo (b)

(a) Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma
*(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN
06/17

Istituto Superiore di Sanità

L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia.

A cura di Angela Spinelli, Emanuela Forcella, Samantha Di Rollo e Michele E. Grandolfo
2006, ii, 115 p. Rapporti ISTISAN 06/17

Negli ultimi 20 anni in Italia si è osservato un aumento della popolazione immigrata e di conseguenza un incremento del numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) effettuate da donne straniere (31.836 nel 2003 rispetto a 10.131 nel 1996). Per capire meglio il fenomeno e individuarne le criticità, nel 2004 l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato, in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, due studi (uno quantitativo, intervistando con questionario 605 donne, l'altro qualitativo, con intervista semi-strutturata a 43 donne) effettuati su donne provenienti da Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina che si sono rivolte agli ospedali per IVG. I risultati ottenuti evidenziano notevoli differenze culturali nelle scelte riproduttive, una generale bassa conoscenza della contraccezione e un buon livello di soddisfazione dei servizi. L'aver raggiunto il numero di figli desiderato e la presenza di problemi economici sono state le motivazioni maggiormente riportate dalle donne per il ricorso all'IVG. In conclusione, si sottolinea la necessità di promuovere interventi di sanità pubblica che forniscano alle donne immigrate informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole.

Parole chiave: Interruzione volontaria di gravidanza, Immigrati, Salute riproduttiva

Istituto Superiore di Sanità

Induced abortion among foreign women in Italy.

Edited by Angela Spinelli, Emanuela Forcella, Samantha Di Rollo and Michele E. Grandolfo
2006, ii, 115 p. Rapporti ISTISAN 06/17 (in Italian)

In the last 20 years the number of immigrants in Italy has been increasing and, as a consequence, the number of induced abortions among foreign women has also increased (31,836 in 2003 compared with 10,131 in 1996). In order to evaluate the phenomenon and its major causes, in 2004 the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health in Italy) coordinated, in collaboration with the Public Health Agency of Latium Region, two studies (in the first, 605 women were interviewed with a questionnaire, in the second 43 women were interviewed in depth). The women were from Romania, Ukraine, Peru, Ecuador, Morocco, Nigeria and China and were interviewed after they had had an induced abortion. The results show great cultural differences in reproductive choices, a general low level of knowledge of contraception and satisfaction with the services available for induced abortion. Women mainly chose to abort because they already had achieved the number of children they wanted or had economic problems. In conclusion, these studies underline the need to promote public health interventions which give immigrants more information and access to services to help them make their reproductive choices.

Key words: Induced abortion, Immigrants, Reproductive health

Si ringraziano Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli e Marina Pediconi del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità per l'assistenza tecnica.

Per lo svolgimento dell'indagine si ringraziano: Orietta Picconi dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio per il supporto nell'analisi dei dati; Angela Venturini della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia per la raccolta dei dati clinici; tutte le donne che hanno gentilmente messo a disposizione il proprio tempo per la raccolta delle informazioni.

Per informazioni su questo documento scrivere a: michele.grandolfo@iss.it; spinelli@asplazio.it.

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

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, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2006

INDICE

1. La donna immigrata in Italia	1
Aspetti demografici dell'immigrazione	1
Caratteristiche dell'immigrazione in Italia	3
Profilo di salute della popolazione immigrata	3
Ricoveri ospedalieri.....	4
Assistenza alla nascita	7
Conclusioni.....	8
Bibliografia.....	9
2. Epidemiologia dell' interruzione volontaria della gravidanza in Italia	10
Introduzione.....	10
Il sistema di sorveglianza.....	10
L'evoluzione del fenomeno	11
Riduzione dell'aborto clandestino	15
Rischio di aborto come ultima <i>ratio</i> e non come scelta di elezione.....	16
Servizi coinvolti e procedure adottate.....	18
Possibilità di ulteriore riduzione del ricorso all'IVG.....	21
Conclusioni.....	22
Bibliografia.....	24
3. Indagine sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere	26
Introduzione.....	26
Metodologia.....	27
Studio quantitativo.....	27
Studio qualitativo.....	27
Risultati.....	28
Descrizione del campione.....	28
Contracezione	34
Interruzione volontaria della gravidanza	42
Alcune riflessioni.....	52
Gruppo di Studio	53
Bibliografia.....	53
4. Storie di donne	55
Introduzione.....	55
Storia della migrazione.....	55
Il presente in Italia	59
L'arrivo nel nostro Paese.....	59
La famiglia	61
Attività lavorativa.....	62
Condizione abitativa.....	63
Riflessioni.....	63

5. Organizzazione dei centri sanitari	65
Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo e Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano	65
ASL Città di Milano	67
Dati di contesto	67
Sperimentazione	67
Conclusioni	72
Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino	73
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma	74
Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia	75
6. Breve profilo dei Paesi di provenienza	78
Sud America	78
Perù, caratteristiche della popolazione	78
Ecuador, caratteristiche della popolazione	79
Contracezione	80
Interruzione di gravidanza tra le donne latino-americane	83
Cina	86
Caratteristiche della popolazione	87
Organizzazione ospedaliera e socio sanitaria	88
Pianificazione familiare	89
Contracezione	89
Interruzione volontaria della gravidanza	90
Romania	90
Contracezione e interruzione di gravidanza	91
Nigeria	92
Caratteristiche della popolazione	92
Condizione femminile	93
Contracezione	94
Aspetti legislativi dell'interruzione di gravidanza	96
Ricorso all'interruzione di gravidanza	96
Marocco	97
Caratteristiche della popolazione	98
Contracezione e interruzione di gravidanza	98
Bibliografia	98
Conclusioni	99
Bibliografia	101
Appendice A	
Analisi delle Corrisponde Multiple (ACM)	103
Appendice B	
Il questionario utilizzato nell'indagine quantitativa	107
Appendice C	
La griglia dell'intervista semi-strutturata	113

1. LA DONNA IMMIGRATA IN ITALIA

Giovanni Baglio, Angela Spinelli, Gabriella Guasticchi
Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma

Aspetti demografici dell'immigrazione

Quando, intorno alla metà degli anni ottanta, prende l'avvio in Italia il dibattito sull'immigrazione, il nostro è ancora un Paese profondamente compreso nella sua storia di emigrazione. Pur non senza sorprese, i dati del censimento del 1981 evidenziano – per la prima volta – che l'incremento demografico realizzatosi nel periodo intercensuario non era attribuibile solo all'aumento naturale della popolazione, ma anche a un saldo migratorio positivo, cioè il numero delle immigrazioni superava in valore assoluto quello delle emigrazioni.

Da allora, il fenomeno migratorio ha conosciuto una crescita continua, praticamente inarrestabile: nel 1986 gli immigrati presenti regolarmente in Italia non superavano le 500 mila unità, mentre nel 2004 erano già 2.786.340, con un impatto sulla popolazione residente pari al 4,6% (1).

Se nelle prime fasi l'immigrazione tendeva a connotarsi al maschile, oggi si va verso un sostanziale riequilibrio delle componenti maschile e femminile all'interno della popolazione straniera (nel 2004 la percentuale di donne era pari al 48%, sia pur in presenza di importanti differenze all'interno delle diverse comunità etniche); non si esclude che le donne possano in breve tempo superare gli uomini, in forza del trend di crescita evidenziato in questi ultimi anni.

Secondo le stime del Dossier Caritas, a seguito della sanatoria del 2002 le donne straniere regolarmente soggiornanti nel nostro Paese erano 1.200.000 e all'inizio del 2005 il numero si attestava intorno alle 1.344.000 unità (1).

Questo aumento è in parte da mettere in relazione con la progressiva "familiarizzazione" dei flussi migratori: secondo l'ISTAT (2), il numero di permessi rilasciati in Italia per ricongiungimento familiare è passato da un totale di 92.073 nel 1992 (14% di tutti i permessi) a 477.959 nel 2003 (32%). In proposito è interessante osservare come la percentuale di permessi rilasciati in Italia per motivi di famiglia sia generalmente molto più elevata tra le donne (all'inizio del 2004 era pari al 39% rispetto al 10% tra gli uomini), a dimostrazione del loro ruolo di protagoniste incontrastate dei ricongiungimenti (1).

Per altri versi, la forte presenza femminile tra gli immigrati si deve a certe peculiarità del mercato lavorativo italiano, che offre alle donne maggiori opportunità di trovare collocamento come assistenti familiari ("badanti"), colf e baby-sitter. Basti pensare che oggi in Italia cinque assistenti familiari su sei sono cittadine straniere (3).

Per quanto riguarda la provenienza, la maggior parte delle donne arriva da Paesi a economia meno sviluppata: all'inizio del 2004, il 44% delle straniere proveniva dall'Europa dell'Est, il 15,8% dall'America Latina, il 15% dall'Africa e il 14,8% dall'Asia. Si segnala come in questi ultimi anni, a partire dalla sanatoria del 2002, si sia registrato un notevole aumento dei flussi migratori soprattutto dalla Romania e dalle ex-Repubbliche sovietiche (1), in particolare dall'Ucraina balzata nella graduatoria delle presenze dal ventisettesimo posto, prima della sanatoria, al secondo posto alla fine del 2003 (Tabella 1.1).

Si tratta di donne generalmente giovani e, quindi, in età riproduttiva; l'età media è intorno a 30 anni e poco più della metà sono coniugate.

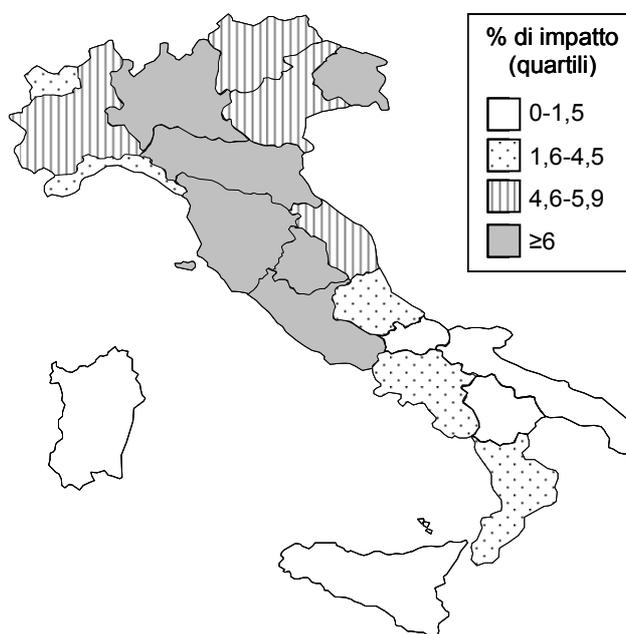
Tabella 1.1. Primi 10 Paesi di provenienza per numero di presenze femminili. Italia, 2003

Paesi	N.	%
Romania	119.228	11,2
Ucraina	95.407	9,0
Albania	89.625	8,4
Marocco	70.153	6,6
Polonia	49.182	4,6
Filippine	46.906	4,4
Cina	44.719	4,2
USA	31.399	3,0
Perù	30.910	2,9
Ecuador	30.178	2,8

Fonte: Caritas, Dossier Statistico 2005

Rispetto alla distribuzione della presenza straniera sul territorio nazionale, si può notare come la geografia dell'immigrazione finisca per coincidere con la geografia dello sviluppo economico: il 55% delle straniere si concentra al Nord, nelle aree più ricche del Paese, la Lombardia è oggi la prima Regione italiana per numero di immigrati e Milano da qualche anno ha sottratto a Roma il titolo di "capitale dell'immigrazione". Il 30% è presente nelle regioni del Centro e il restante 15% al Sud e nelle Isole.

L'impatto del fenomeno, espresso come percentuale di donne straniere sul totale della popolazione femminile residente, va da un minimo di 1,1% in Sardegna, Basilicata e Puglia fino a un massimo di 7,7% nel Lazio. Nella Figura 1.1 è riportata la distribuzione in classi delle percentuali di impatto.



Fonte: Elaborazione dati Caritas, Dossier Statistico 2005.

Figura 1.1. Impatto (%) della popolazione straniera femminile sulla popolazione autoctona (Italia, 2004)

Caratteristiche dell'immigrazione in Italia

Se volessimo riassumere in tre parole i tratti distintivi dell'immigrazione in Italia, potremmo definire il fenomeno come eterogeneo, dinamico e strutturale.

Cominciamo dall'eterogeneità. Com'è noto, l'Italia non ha importanti trascorsi coloniali e questo ha fatto sì che l'immigrazione non assumesse particolari connotati etnici, a differenza di quanto avvenuto in altri Paesi europei. Così, quando si parla di popolazione immigrata, in realtà si fa riferimento a una molteplicità di etnie, lingue, religioni e stili di vita: i Paesi di provenienza assommano a poco meno di duecento e tutti i continenti sono rappresentati (1). Peraltro, gli aspetti suddetti assumono una certa rilevanza non solo in termini socio-demografici, ma anche sul piano della salute e della sanità pubblica.

Altro punto cruciale è quello della dinamicità: l'immigrazione è un fenomeno rapidamente evolutivo, sotto il profilo quantitativo ma soprattutto qualitativo. A mano a mano che il processo di sedimentazione sul territorio si compie, la popolazione cambia – per così dire – fisionomia. Aumentano i ricongiungimenti familiari, fanno la loro comparsa i bambini (si pensi che nell'ultimo decennio la popolazione immigrata nel suo complesso è raddoppiata, mentre quella infantile si è decuplicata) e gli anziani col loro bagaglio di comorbidità.

Infine, non si deve trascurare la strutturalità del fenomeno. La presenza degli immigrati in Italia non può essere liquidata come fatto transitorio e congiunturale, ma al contrario rappresenta un fenomeno stabile e connaturato al tessuto sociale e demografico del nostro Paese. Alcuni dati concorrono a definire la strutturalità del fenomeno, in primo luogo la stabilizzazione della popolazione. Oltre il 90% degli stranieri ha un permesso di soggiorno per motivi di lavoro o famiglia, il 60% degli immigrati maggiorenni risiede in Italia da più di 5 anni e cominciano a prevalere i coniugati sui non coniugati (1). Nel tempo si è osservato anche un incremento dei matrimoni misti, passati da 8.634 nel 1992 a 15.958 nel 2000 (4).

E poi l'immigrazione sta diventando sempre più "necessaria" al nostro Paese, per far fronte alle numerose richieste che vengono dal mercato del lavoro, soprattutto in alcuni settori (per citare ancora il caso delle assistenti familiari, oggi si stima che in Italia vi siano due milioni e settecentomila persone disabili non autosufficienti e il numero è destinato a crescere in ragione dell'invecchiamento della popolazione). Non a caso il nuovo Decreto sui flussi, approvato dal Governo il 14 dicembre 2005, prevede nel 2006 170 mila nuovi ingressi per lavoro, 70% in più rispetto al 2005, a fronte di una richiesta quantificata in oltre 250 mila lavoratori.

Oltre che per gli aspetti produttivi, l'immigrazione viene avvertita come necessaria anche per contrastare l'involuzione demografica. Notava il demografo Livi Bacci, sulle colonne di "Repubblica" del 29/10/2003, come i processi di rinnovamento della società italiana nei prossimi anni dipenderanno in larga parte proprio dagli immigrati. Se nel 2004 ci sono state più nascite che morti e l'Italia è tornata a riempire le culle, il merito è soprattutto degli immigrati: i nati da coppie straniere nel corso dell'anno sono stati 48.384, pari all'8,6% di tutti i nati nel nostro Paese.

Profilo di salute della popolazione immigrata

I tentativi volti in questi anni a descrivere lo stato di salute della popolazione immigrata hanno dovuto scontare una serie di difficoltà, derivanti in parte dalla natura del fenomeno – che abbiamo descritto come eterogeneo e dinamico – e in parte dall'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione correnti.

Nonostante tali difficoltà, è oggi possibile ricostruire in modo sufficientemente accurato il profilo epidemiologico della popolazione immigrata, grazie anche all'utilizzo sistematico dei dati amministrativi rilevati dai flussi informativi sanitari correnti, primo tra tutti il Sistema Informativo Ospedaliero.

Quali sono i tratti salienti di questo profilo?

Un primo elemento che ha fin qui condizionato le dinamiche di salute della popolazione immigrata è il cosiddetto "effetto migrante sano". Si tratta di una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute (5, 6).

È pur vero che l'effetto migrante sano vale oggi meno che in passato: la selezione non necessariamente si applica ai ricongiungimenti familiari né tanto meno alle situazioni di fuga da guerre, persecuzioni politiche, carestie (7). E, tuttavia, ancora oggi il 60% dei permessi di soggiorno viene rilasciato in Italia per motivi di lavoro (tra gli uomini la percentuale raggiunge l'80%). Si può presumere che l'effetto migrante sano giocherà ancora un ruolo importante in termini epidemiologici, almeno fino a quando il lavoro continuerà ad essere il principale motore dell'immigrazione nel nostro Paese.

A conferma di ciò, si registra a tutt'oggi una bassa prevalenza delle patologie infettive di importazione, oltretutto con rischi trascurabili di trasmissione alla popolazione ospite (7).

Certo è che il patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell'arrivo in Italia, più o meno rapidamente si depaupera a causa della continua esposizione ai fattori di rischio presenti nel Paese ospite: è il cosiddetto "effetto migrante esausto" (8). I fattori di rischio sono quelli propri della povertà – precarietà alloggiativa, sovraffollamento, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione carente – ai quali si aggiungono il disagio psicologico legato allo sradicamento culturale e le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari.

Dal quadro emergono alcuni aspetti particolarmente problematici per la salute degli immigrati. In primo luogo, vi sono alcune condizioni patologiche emergenti come i traumatismi che, nonostante le carenze delle statistiche attuali, sembrano potersi riferire prevalentemente all'ambito occupazionale e, in particolare, allo svolgimento di attività lavorative rischiose e scarsamente tutelate (9). Grande enfasi viene posta dagli osservatori anche su specifiche malattie infettive, come la tubercolosi e l'AIDS, non tanto per la consistenza numerica (gli ultimi dati sull'ospedalizzazione riportati di seguito contribuiscono a ridimensionarne la portata) o i rischi di propagazione in forma epidemica, quanto piuttosto per le difficoltà di gestione dei pazienti in termini di *compliance* e follow-up. Nel Lazio, ad esempio, risulta che la percentuale di stranieri affetti da tubercolosi che non ritorna al controllo è del 24%, pari al doppio rispetto a quella degli italiani (10).

Accanto alle situazioni di malattia, vanno menzionate anche quelle condizioni fisiologiche, come la gravidanza e il parto, che nella popolazione immigrata si associano a un maggior rischio di esiti negativi per la salute (vedi paragrafo Assistenza alla nascita), in conseguenza della fragilità sociale sottostante, e non da ultimo, l'elevato ricorso alle IVG (di cui si tratterà diffusamente nei capitoli successivi).

Vi sono, infine, gruppi o situazioni sociali che meritano particolare attenzione da parte della sanità pubblica, in quanto espressione di estrema vulnerabilità e debolezza o emarginazione. Sono rappresentati da rifugiati, detenuti, nomadi, prostitute, tossicodipendenti, nei confronti dei quali potrebbero essere richiesti interventi straordinari di promozione attiva della salute e di accesso facilitato ai servizi socio-sanitari.

Ricoveri ospedalieri

L'assistenza ospedaliera costituisce una parte rilevante dell'attività complessiva del Servizio Sanitario Nazionale e, segnatamente, dell'assistenza erogata ai cittadini stranieri.

Peraltro, in questi ultimi anni, il livello di sviluppo raggiunto dai sistemi informativi sanitari, in special modo dal sistema informativo delle dimissioni ospedaliere, ha portato a un crescente impiego dei dati amministrativi nelle valutazioni epidemiologiche.

L'analisi dei ricoveri di stranieri condotta a livello nazionale sull'attività del 2003 (vedi Tabella 1.2) ha evidenziato un impatto relativamente contenuto della popolazione immigrata sui servizi ospedalieri, inferiore all'impatto demografico: in particolare, i ricoveri di stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp^m)¹ sono stati 238.593 in regime ordinario e 85.898 in day-hospital, pari rispettivamente a 2,6% e 2,8% di tutti i ricoveri effettuati in Italia nel 2003. Rispetto al 1998, i ricoveri in day-hospital sono quasi triplicati (+188%) e questo sembrerebbe indicare un utilizzo più appropriato dei servizi da parte degli immigrati (11).

Tabella 1.2. Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e cittadinanza (Italia 2003, numero e variazione percentuale 1998-2003)

Cittadinanza	Ricoveri ordinari		Day-hospital	
	anno 2003	var. % 1998-2003	anno 2003	variazione % 1998-2003
Stranieri da Pfp ^m *	238.593 (2,6%)	+62,1	85.898 (2,8%)	+187,8
Totale ricoveri nazionali	9.184.175 (100%)	-7,8	3.105.941 (100%)	+54,0

* Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte: Elaborazione dati SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), 2003, Ministero della Salute

La distribuzione dei ricoveri per sesso mostra una netta prevalenza di donne, con 149.000 ricoveri ordinari (62% dei ricoveri effettuati in questo regime da stranieri provenienti da Pfp^m) e 61.023 in day-hospital (72%). Occorre peraltro sottolineare come una quota rilevante dei ricoveri effettuati dalle donne immigrate sia da addebitare a motivi fisiologici legati alla riproduzione, in ragione dei tassi più elevati di fecondità e abortività.

Il 63% dei ricoveri è concentrato nelle regioni del Nord, il 25% in quelle del Centro e il 12% nel Sud e nelle Isole. La Lombardia è la prima Regione con 81.812 ricoveri (pari al 25% del totale nazionale), seguita dal Lazio (13%), dal Veneto e dal Friuli (11%).

Il calcolo dei tassi di ospedalizzazione (n. ricoveri/popolazione) tra i maggiorenni, standardizzati per età, ha permesso di evidenziare un minore ricorso ai servizi da parte degli stranieri maschi rispetto ai residenti (134,7 contro 165,2 per 1.000 in regime ordinario e 39,0 contro 63,8 per 1.000 in day-hospital). Per contro, le donne straniere hanno fatto osservare tassi più elevati delle residenti in regime ordinario (179,7 contro 163,6 per 1.000 nei residenti) e quasi equivalenti in day-hospital (69,0 contro 70,2 per 1.000), in conseguenza dell'elevato numero di ricoveri per parto e interruzione volontaria di gravidanza.

Le Tabelle 1.3 e 1.4 riportano i cinque raggruppamenti più frequenti di diagnosi principali tra gli stranieri maggiorenni provenienti da Pfp^m, rispettivamente in regime ordinario e in day-hospital, distinti per sesso.

Tra i maschi, la prima causa di accesso al ricovero ordinario è rappresentata dai traumatismi, con una percentuale pari al 26%; seguono le malattie dell'apparato digerente (14%, tra cui va segnalato un numero particolarmente elevato di appendicectomie, interventi considerati a rischio di inappropriatazza), le malattie del sistema circolatorio (9%) e di quello respiratorio (8%, in

¹ Secondo la classificazione ISTAT: Paesi dell'Europa centro-orientale, dell'Africa, dell'Asia a eccezione di Israele e Giappone, e dell'America centro-meridionale (2).

particolare broncopneumonia e broncopneumopatie croniche). Tra le donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è rappresentata dal parto (55%), seguito dalle malattie dell'apparato genitourinario (8%) e dell'apparato digerente (7%).

Tabella 1.3. Principali cause di ricovero di stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria in regime ordinario, per sesso; età >18 anni (Italia 2003)

Cause di ricovero (raggruppamenti ICD-9-CM)	%
<i>maschi (n. 67.093)</i>	
Traumatismi	26,1
Malattie apparato digerente	13,8
Malattie sistema circolatorio	8,6
Malattie apparato respiratorio	8,3
Stati morbosi mal definiti	6,2
<i>femmine (n. 131.903)</i>	
Salute riproduttiva/parti	55,2
Malattie apparato genito-urinario	7,7
Malattie apparato digerente	6,5
Traumatismi	4,5
Tumori	4,4

Fonte: Elaborazione dati SDO, 2003, Ministero della Salute

Per quanto riguarda l'attività in day-hospital, tra gli uomini il 13% dei ricoveri è riconducibile a "fattori che influenzano lo stato di salute" (in particolare chemioterapia e rimozione di gesso o placche ortopediche); il 12% a malattie dell'apparato digerente (tra cui interventi di ernia inguinale, epatopatie croniche e disturbi digestivi funzionali).

Al terzo posto (11%) troviamo i ricoveri per malattie infettive, soprattutto AIDS ed epatiti, che rispetto al 2000 si sono ridotti sia in termini assoluti che relativi, a fronte di un aumento delle malattie croniche.

Tra le donne, spicca il dato relativo ai ricoveri per motivi legati alla riproduzione, pari al 60%, quasi esclusivamente per interruzioni volontarie di gravidanza.

Tabella 1.4. Principali cause di ricovero di stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria in regime di day-hospital, per sesso; età >18 anni (Italia 2003)

Cause di ricovero (raggruppamenti ICD-9-CM)	%
<i>maschi (n. 16.654)</i>	
Fattori che influenzano lo stato di salute	12,8
Malattie apparato digerente	12,0
Malattie infettive	10,7
Malattie sistema nervoso	10,3
Traumatismi	9,0
<i>femmine (n. 54.797)</i>	
Salute riproduttiva/IVG	59,6
Malattie apparato genito-urinario	7,8
Fattori che influenzano lo stato di salute	6,9
Tumori	4,1
Malattie sistema nervoso	4,0

Fonte: Elaborazione dati SDO, 2003, Ministero della Salute

Assistenza alla nascita

A seguito dell'incremento della presenza straniera e dei ricongiungimenti, si è assistito negli ultimi venti anni a un aumento dei nati da almeno un genitore straniero, da 6.395 nel 1986 a 48.571 nel 2003 (Tabella 1.5). Ormai queste nascite rappresentano un decimo di tutti i nati nel nostro Paese; nella gran parte dei casi, entrambi i genitori sono stranieri (12-14).

Tabella 1.5. Nati da almeno un genitore straniero. Italia, anni 1986-89, 1992-1996 e 2001-2003

Anni	Padre italiano/ madre straniera	Padre straniero/ madre italiana	Entrambi stranieri	Totale	% sul totale dei nati
1986	2.058	1.349	2.988	6.395	1,1
1987	2.339	1.459	3.200	6.998	1,3
1988	2.767	1.512	3.848	8.127	1,4
1989	3.408	1.705	4.722	9.835	1,7
1992	5.115	2.005	8.745	15.865	2,8
1993	5.073	2.152	9.972	17.197	3,1
1994	5.935	2.260	11.817	20.012	3,7
1995	6.028	2.375	13.096	21.499	4,1
1996	6.675	2.677	14.583	23.935	4,5
2001 *	9.397	2.914	26.416	38.727	7,3
2002 **	10.449	3.034	29.483	42.966	8,0
2003 **	12.530	3.569	32.372	48.471	8,9

* nati vivi; ** dati provvisori

Fonte: Rapporto Osservasalute 2005

È stato ricordato nel paragrafo precedente come il disagio e la marginalità sociale in cui molte donne immigrate vivono in Italia possono rendere particolarmente critiche condizioni di per sé fisiologiche, come la gravidanza e il parto. Se a questo si aggiungono la giovane età di molte gestanti, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie e di infezioni dell'apparato genito-urinario e il ridotto accesso ai servizi durante la gravidanza, emerge il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze (15).

Nel 2001, uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sull'assistenza alle donne immigrate in gravidanza evidenziava un maggior rischio di sorveglianza prenatale ridotta, con inizio del follow-up mediamente ritardato di un mese rispetto alle donne italiane e cadenza dei controlli notevolmente più diradata. Veniva, inoltre, segnalata una grave carenza di informazioni e conoscenze in merito ai temi della salute riproduttiva e della contraccezione (16).

Questo quadro si traduce inevitabilmente in un maggior rischio di esiti negativi perinatali. Da un'indagine condotta dal "Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato" della Società Italiana di Pediatria in 33 punti nascita di 25 città italiane, è risultato che i nati pretermine (età gestazionale <37 settimane) erano il 14,8% dei neonati extracomunitari e l'11,9% dei neonati italiani (17). La percentuale di bambini con basso peso alla nascita era pari al 9,7% e al 6,8% rispettivamente. Inoltre, i nati da genitori extracomunitari presentavano asfissia neonatale in percentuale superiore rispetto ai controlli (2,3% e 1,2%). I tassi di natimortalità e di mortalità neonatale precoce risultavano più elevati tra i figli di extracomunitari: 3,7 nati morti per 1.000 nati rispetto a 2,7 tra i neonati con genitori italiani; 7,9 bambini morti nella prima settimana di vita per 1.000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1,9 tra gli italiani.

Nel Lazio, i dati resi noti dall'Agenzia di Sanità Pubblica per il 2003 confermano una più elevata percentuale di parti pretermine tra le donne straniere (8,7%) rispetto al 7,4% tra le

italiane. La percentuale di nati con peso inferiore o uguale a 2.500 grammi è risultata del 7,2% tra i figli di donne straniere e del 6,4% tra i figli di donne italiane. Differenze significative sono state osservate anche nel punteggio Apgar a 5 minuti e nell'assistenza in gravidanza: il 13,2% delle straniere ha effettuato la prima visita in gravidanza dopo la dodicesima settimana rispetto al 2,9% delle italiane (18).

Conclusioni

L'incremento dell'immigrazione registrato negli ultimi anni ha portato l'Italia al livello di Paesi come la Spagna e la Gran Bretagna: l'impatto demografico è oggi intorno al 5%, sostanzialmente in linea con la media europea, sia pur al di sotto rispetto ai Paesi di punta per presenza straniera come l'Austria, la Germania e il Belgio.

La presenza degli stranieri sta sensibilmente modificando le dinamiche sociali e gli assetti demografici della nostra società. Peraltro, questi cambiamenti si traducono già in una crescente domanda di servizi educativi, sanitari e sociali.

A fronte della strutturale di tali mutamenti, si continua a lamentare nel nostro Paese la carenza di politiche sociali in favore dell'integrazione.

La Legge 189/2002, meglio conosciuta come Legge Bossi-Fini, che oggi regola il fenomeno migratorio in Italia, si ispira a un modello di società in cui la precarietà viene – per così dire – istituzionalizzata, nel senso che l'immigrato è visto come lavoratore transitoriamente presente verso cui non operare alcuna politica di stabile convivenza.

Anche l'acquisizione della cittadinanza da parte degli stranieri residenti stabilmente sul territorio nazionale rimane un percorso particolarmente ostico e accidentato. La Legge 91/1992, recante nuove norme sulla cittadinanza, nasce già vecchia ed è in larga misura ancorata al principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, la cittadinanza italiana viene riconosciuta non già a coloro che nascono su suolo italiano ma a chi, essendo figlio di genitori italiani, ne eredita la titolarità in base al diritto di sangue; per tutti gli altri, l'acquisto della cittadinanza diventa burocrazia contorta e a volte impenetrabile. Per tale ragione, il numero di stranieri-immigrati che hanno cambiato nazionalità risulta a tutt'oggi abbastanza contenuto, come dimostrano le statistiche ufficiali (1).

E tuttavia, le considerazioni epidemiologiche che è possibile fare sulla base dei dati attualmente disponibili, concorrono a sottolineare l'importanza dei processi di integrazione e dell'accessibilità dei servizi sociosanitari nel determinare lo stato di salute della popolazione immigrata.

A tutela della salute, oggi si rendono indispensabili politiche attive che promuovano l'accoglienza, l'inserimento sociale, la garanzia dei diritti primari, le forme di partecipazione alla vita politica e sociale del Paese.

In ambito sanitario, l'immigrazione chiede alla Sanità Pubblica di sviluppare strategie efficaci di prevenzione e promozione della salute, centrate sull'offerta attiva e sulla sinergia pubblico-privato sociale; e ai servizi di ripensarsi in funzione di una popolazione etnicamente eterogenea, ponendo al centro di tutto la questione dell'accessibilità.

Bibliografia

1. Caritas/Migrantes. *Immigrazione: Dossier Statistico 2005*. XV Rapporto. Roma: Edizioni IDOS; 2005.
2. ISTAT. *La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche. Permessi di soggiorno al 1° gennaio degli anni 2001, 2002, 2003*. Informazioni 10. Roma: ISTAT; 2004.

3. Favaro G. La faccia nascosta dell'immigrazione. In: Favaro G, Tognetti-Bordogna M. *Marginalità e società*. Milano: Franco Angeli; 1994, pp. 9-23.
4. ISTAT. *La situazione del Paese nel 2002. Rapporto annuale*. Roma: ISTAT; 2003.
5. Colasanti R, Geraci S, Pittau F (a cura di). *Immigrati e salute. Paure, miti e verità*. Roma: Edizioni Lavoro/Iscos; 1991.
6. Parkin DM. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1992;40(6):410-24.
7. Geraci S. *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Roma, Anterem, 2000.
8. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science and Medicine* 1995;41(6):819-28.
9. Pittau F, Spagnolo A (a cura di). *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale; 2003.
10. Sangalli M, Faustini A, Baglio G, *et al.* per il gruppo regionale della Sorveglianza degli esiti del trattamento antitubercolare. Incidenza di tubercolosi polmonare ed esito del trattamento tra gli stranieri nel Lazio, 1995-1999. In: Riassunti dei contributi scientifici del Convegno "Epidemiologia della disuguaglianza nei Paesi del Mediterraneo" - XXIV Riunione annuale AIE, Roma, 18-21 ottobre 2000. Roma, 2000. p. 90.
11. Baglio G, Cacciani L, Rosano A, Burgio A, Geraci S, Guasticchi G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: *Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane*. Rapporto Osservasalute 2005. Milano: Prex; 2005. p. 173-76.
12. Spinelli A, Loghi M. Nati da cittadini stranieri. In: *Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane*. Rapporto Osservasalute 2005. Milano: Prex; 2005. p. 177-8.
13. ISTAT. *La presenza straniera in Italia negli anni '90*. Informazioni 61. Roma: ISTAT; 1998.
14. ISTAT. *Nascite: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1986*. Annuario 5. Roma: ISTAT; 2000.
15. Medda E, Spinelli A. La salute riproduttiva: nati vivi, interruzioni volontarie di gravidanza e aborti spontanei. In: Baglio G, Cacciani L, Matera E, Guasticchi G. *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma: Monografie dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio; 2002. p. 35-53.
16. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, *et al.* Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S. *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. (Rapporti ISTISAN 03/4). p. 11-23.
17. Bona G, Zafferoni M e Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato. Stato di salute dei neonati figli di immigrati. *Rivista Italiana di Pediatria* 1998;24:713-8.
18. Spinelli A, Polo A, Di Lallo D, Papini P, Guasticchi G. *Le nascite nel Lazio. Anno 2003*. Roma: Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio; 2002. p. 35-53.

2. EPIDEMIOLOGIA DELL' INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA IN ITALIA

Michele E. Grandolfo (a), Marina Pediconi (a), Ferdinando Timperi (a), Mauro Bucciarelli (a), Silvia Andreozzi (a), Angela Spinelli (b).

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

Introduzione

Quando, alla fine di lunghe discussioni e numerose proposte di legge, nel 1978 i legislatori arrivarono al voto per la Legge 194, si trovarono di fronte principalmente a due dilemmi:

- legalizzare il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza o lasciare persistere l'aborto clandestino, con tutte le connesse conseguenze di morbosità e mortalità materna?
- era la donna ad avere l'ultima parola o altri soggetti avrebbero dovuto decidere sull'ammissibilità dell'interruzione di gravidanza?

Prevalse l'opzione della legalizzazione e la donna vide riconosciuta la responsabilità finale della decisione, e il referendum del 1981 confermò le scelte del Parlamento.

Nella Legge 194/1978 lo studio dell'evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) veniva chiaramente indicato come priorità dallo stesso legislatore, imponendo la notifica obbligatoria di ogni IVG con il Modello D12 ISTAT e la presentazione al Parlamento, da parte del Ministro della Salute, di una relazione annuale sul fenomeno.

I quesiti specifici che giustificavano l'interesse sull'andamento delle IVG erano essenzialmente:

1. la legalizzazione avrebbe permesso il riassorbimento dell'aborto clandestino?
2. la maggiore "facilità" del ricorso all'aborto, grazie alla legalizzazione, ne avrebbe favorito la diffusione, o, piuttosto, la legalizzazione avrebbe promosso una maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto?

Dal punto di vista di sanità pubblica, la sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione del fenomeno costituiva la base per condurre indagini e studi speciali al fine di:

1. programmare interventi di promozione della procreazione consapevole;
2. raccomandare procedure appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e di maggiore efficienza.

Il sistema di sorveglianza

I modelli D12 dell'ISTAT, compilati per ogni intervento abortivo dagli operatori della struttura dove l'IVG viene effettuata, raccolgono informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne (residenza, cittadinanza, età, stato civile, istruzione, occupazione, storia riproduttiva), sui servizi coinvolti per la certificazione e per l'intervento e sulle modalità dell'intervento (età gestazionale, tipo di intervento, terapia antalgica, durata della degenza e complicazioni).

Dal 1981 è operativo un Sistema di Sorveglianza attivo che vede impegnati l'ISS e il Ministero della Salute in collaborazione con l'ISTAT, da una parte, e le Regioni e le Province autonome, dall'altra.

I modelli D12, compilati nei reparti degli Istituti di cura pubblici o delle Cliniche accreditate, vengono inoltrati alla Regione di riferimento, che provvede ad analizzarli per compilare un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12 e ad inviare i singoli dati all'ISTAT.

A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni, e, quindi, all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia.

I dati così elaborati vengono analizzati e discussi, non trascurando il confronto internazionale. Viene quindi redatta, con il Ministero della Salute, la bozza della relazione che il Ministro deve presentare annualmente al Parlamento.

La relazione riporta i dati sintetici dell'anno precedente a quello di pubblicazione e quelli analitici relativi a due anni prima. Nella relazione possono trovare spazio i risultati di studi e indagini, condotte dall'ISS o da altri, utili per l'interpretazione del fenomeno.

La relazione è quindi trasmessa alle Regioni, anche per una ulteriore diffusione presso tutti i servizi direttamente o indirettamente coinvolti nel fenomeno. Sono raccomandate conferenze dei servizi per discutere il quadro epidemiologico e formulare proposte operative, anche alla luce delle raccomandazioni nazionali.

Periodicamente, i referenti regionali del sistema di sorveglianza e dei servizi impegnati nell'attività di promozione della procreazione consapevole, vengono invitati a incontri nazionali, per discutere delle implicazioni di sanità pubblica deducibili dall'analisi dei dati dell'evoluzione dell'IVG.

L'ISS garantisce alle Regioni consulenza per la programmazione, implementazione e valutazione a livello locale di interventi atti alla prevenzione e al miglioramento della qualità.

Tutto questo insieme di attività costituisce il sistema di sorveglianza.

L'evoluzione del fenomeno

Prima della legalizzazione erano state effettuate stime dell'aborto clandestino, oscillanti tra 220 e 600 mila per anno (1). Una conferma dell'esistenza e dell'entità del fenomeno poteva essere dedotta dall'eccesso di incidenza notificata (notificazione obbligatoria) di aborto spontaneo, eccesso plausibilmente connesso a ricoveri dichiarati per aborto spontaneo ma in realtà conseguenza di complicazioni in seguito ad aborto volontario clandestino. In effetti, l'abortività spontanea notificata si dimezzò subito dopo la legalizzazione dell'IVG (2,3).

Dalla legalizzazione fino al 1982 l'andamento del fenomeno espresse la più o meno rapida e più o meno completa emersione dalla clandestinità, via via che i servizi si andavano attivando. Si presentarono i prevedibili maggiori ritardi e insufficienze nel Meridione, con l'eccezione della Puglia, dove, come nelle regioni del Centro-Nord, i servizi furono tempestivamente resi operativi in tutte le Unità Sanitarie Locali.

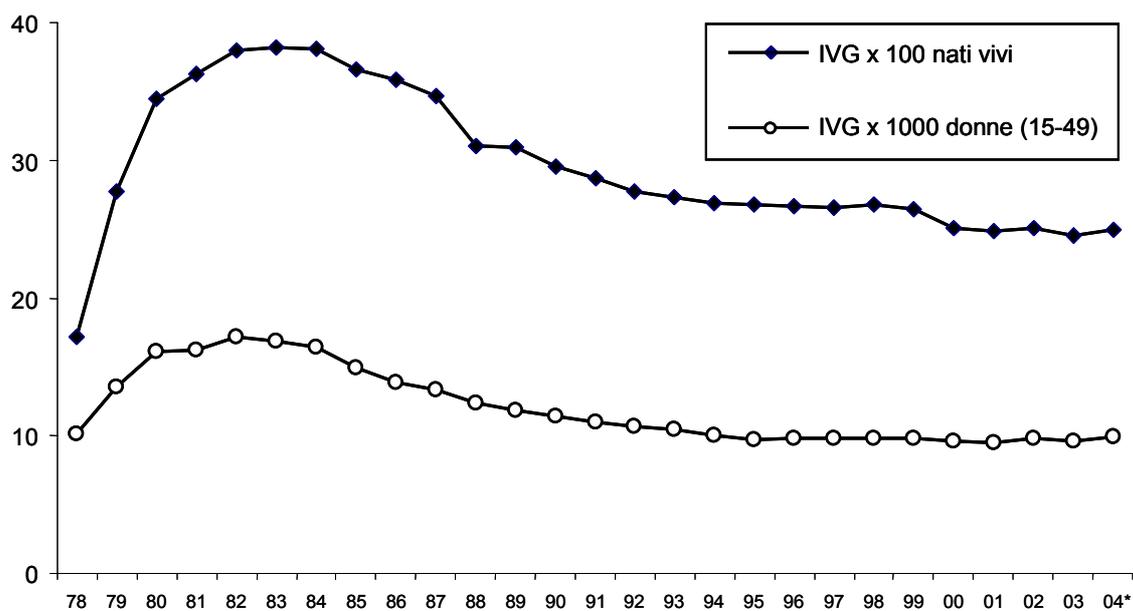
Nel 1982 sono stati registrati il numero assoluto di IVG (234.801) e il tasso di abortività (17,2 IVG per 1000 donne 15-49 anni) più elevati.

Da allora si è avuto un decremento dell'abortività: nel 2003 sono state notificate 132.178 IVG (Tabella 2.1) e, nel 2004, 136.715, secondo i dati preliminari, pari a un tasso di abortività di 9,9 per 1000 (Figura 2.1), con una riduzione, rispetto al 1982, di più del 40% (4).

Tabella 2.1. Andamento dell'abortività legale e clandestina (Italia, 1982-2003)

Anni	Indicatori			
	IVG	Tasso di abortività	Aborti clandestini (stima)	IVG cittadinanza straniera
1982	234.801	17,2	nr	nr
1987	191.469	13,3	85.000	nr
1991	160.494	11	60.000	nr
1995	139.549	9,7	43.500	8.967
1999	139.213	9,9	22.850	18.806
2001	132.234	9,5	21.000	25.094
2002	134.106	9,8	nd	29.263
2003	132.178	9,6	nd	31.836
Var%	-43,5	-43,2	-79	

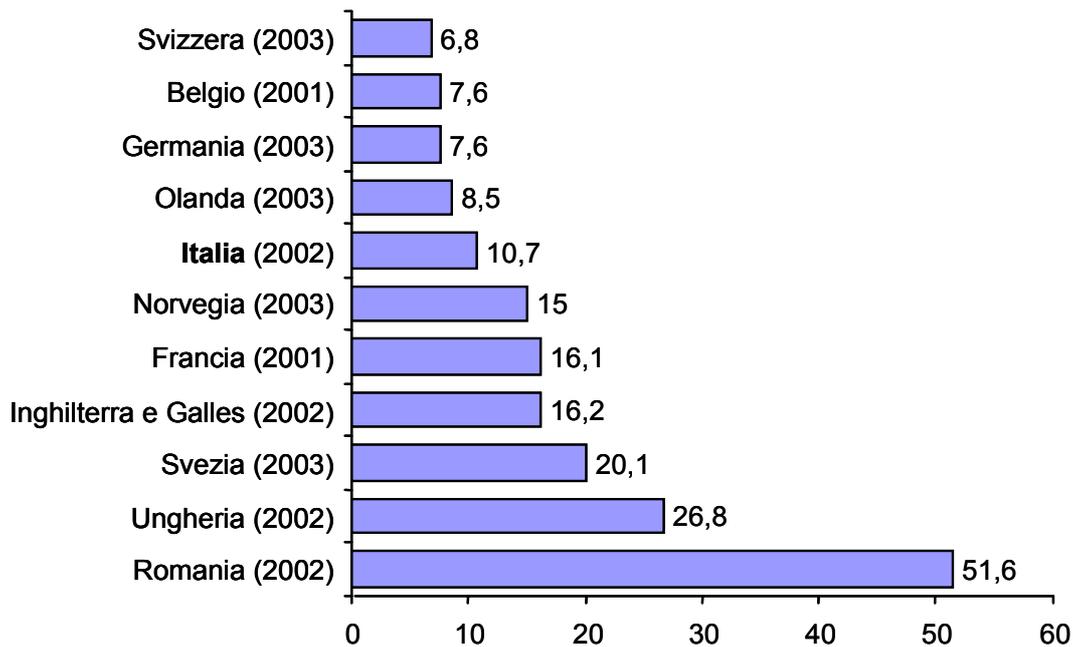
nr = dato non rilevato; nd = dato non disponibile
Fonte: ISS



* dato provvisorio

Figura 2.1. Tassi e rapporti di abortività (Italia 1978-2004)

Come risulta in Figura 2.2 attualmente in Italia si ha un tasso di abortività tra i più bassi rispetto a quelli registrati negli altri Paesi industrializzati (5).



Fonte: Conseil de l'Europe, Evolution démographique récente en Europe 2003 Statistiques nationales

Figura 2.2. Tassi di abortività per 1.000 donne in età 15-44 anni (anni 2001-2003)

Negli ultimi anni il decremento del fenomeno viene parzialmente mascherato dal contributo della popolazione femminile di cittadinanza straniera, la cui numerosità è aumentata di anno in anno (Tabelle 2.1 e 2.2) ed è caratterizzata da un tasso di abortività almeno tre volte più alto di quello della popolazione con cittadinanza italiana (6).

Tabella 2.2. IVG per cittadinanza (Italia 1995-2003)

Anni	Cittadinanza			nr	Totale IVG n.	Tasso stimato straniere ‰
	Italiana n.	Straniera n.	%			
1995	118.116	8.967	7,1	12.466	139.549	27,4
1996	127.700	9.850	7,1	1.373	140.398	29,1
1997	119.292	11.978	9,1	8.896	140.166	26,4
1998	123.728	13.826	10,1	798	138.352	28,7
1999	118.818	18.806	13,7	1.084	138.708	30,5
2000	111.741	21.201	15,9	2.191	135.133	nd
2001	106.166	25.094	19,1	974	132.234	nd
2002	101.314	29.263	22,4	3.529	134.106	nd
2003	91.275	31.836	25,9	9.067	132.178	nd

nr = dato non rilevato

nd = dato non disponibile

Fonte: ISS, ISTAT e Ministero della Salute

Questo doppio effetto ha provocato una sostanziale stabilizzazione delle IVG in Italia negli ultimi 4-5 anni. Di ciò si dovrà sempre più tener conto in un futuro nella lettura e nell'interpretazione dei dati sull'aborto, visto l'aumento della popolazione straniera nel nostro Paese e le differenze nella composizione socio-demografica, nei comportamenti riproduttivi e nell'utilizzo dei servizi.

L'effetto dovuto al contributo della popolazione immigrata è stato diverso nelle Regioni e nelle aree geografiche, in relazione alla diversa quota di immigrate ivi presenti.

Ad esempio, nel 2003 (Tabella 2.3), sul totale delle IVG effettuate, il 37,6% in Veneto, il 37,4% in Lombardia, il 34,9% in Umbria, il 33,5% in Emilia Romagna, il 32,8% in Piemonte, il 31,1% nel Lazio, il 30,8% in Liguria e il 29,7% nelle Marche si riferiva a cittadine straniere, mentre tale percentuale è risultata pari a 5,9% in Sicilia e 3,9% in Puglia. Complessivamente, in Italia il 25,9%, cioè una su quattro, di IVG ha riguardato donne cittadine straniere (4).

Tabella 2.3. Distribuzione regionale delle IVG tra le straniere (Italia 2003)

Regione	IVG totali n.	IVG straniere %
Piemonte	10.921	32,8
Valle d'Aosta	294	9,2
Lombardia	2.372	37,4
Bolzano	525	27,2
Trento	1.229	14,8
Veneto	6.773	37,6
Friuli Venezia Giulia	2.232	25,1
Liguria	3.893	30,8
Emilia Romagna	11.278	33,5
Toscana	8.106	29,1
Umbria	2.293	34,9
Marche	2.672	29,7
Lazio	15.335	31,1
Abruzzo	2.902	17,3
Molise	525	7,1
Campania	12.232	13,3
Puglia	12.519	3,9
Basilicata	615	5,2
Calabria	3.125	11,0
Sicilia	9.203	5,9
Sardegna	2.434	6,0
Italia	132.178	25,9

Fonte: ISS.

Se si considera il ricorso all'IVG effettuato dalle sole donne italiane, anche ridistribuendo i pochi dati in cui mancava l'informazione sulla cittadinanza, si osserva in questo gruppo una continuità nella diminuzione del fenomeno: da 124.446 nel 1998, a 104.052 nel 2002 e 97.775 nel 2003. Considerando l'evoluzione del numero delle IVG per luogo di nascita (informazione disponibile da sempre, al contrario della cittadinanza, disponibile dal 1995), delle donne che vi ricorrono si ottiene il grafico riportato in Figura 2.3.

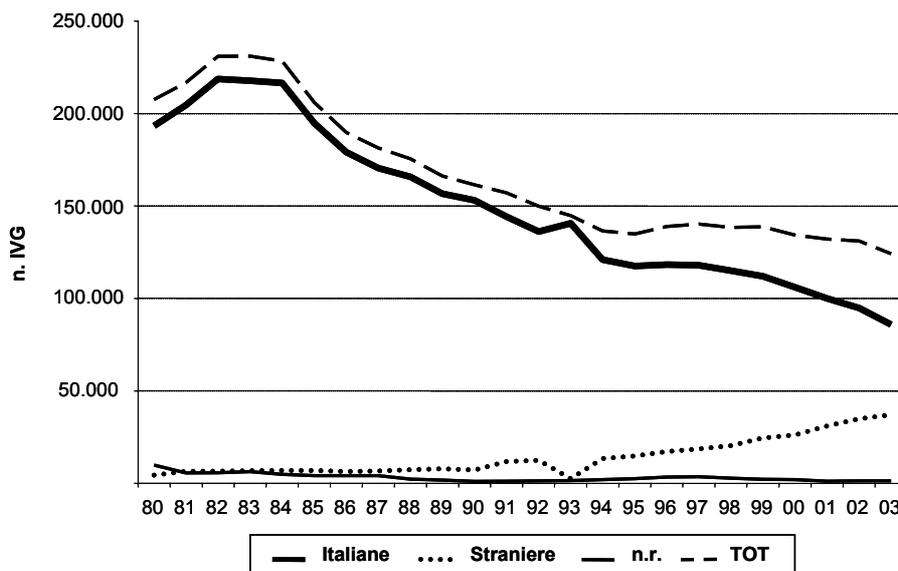


Figura 2.3. IVG per Paese di nascita (1980-2003)

Inoltre, più correttamente nel calcolo del tasso di abortività generale (italiane + straniere) si dovrebbero escludere dal numeratore tutte le IVG delle cittadine residenti all'estero (5.794 IVG per il 2003); con tale correzione nel 2003 il tasso di abortività calcolato per le sole donne residenti risulterebbe 9,2 invece che 9,6 per 1000.

Infine, c'è da sottolineare che la riduzione dell'abortività in Italia non è stata omogenea per area geografica, ma maggiore nella quasi totalità delle Regioni del Centro-Nord e minore, con l'eccezione della Puglia (dove è stata registrata la maggiore riduzione in assoluto), in quelle meridionali (4).

Riduzione dell'aborto clandestino

Subito dopo il 1983, raggiunta la massima incidenza dell'IVG, si rese necessario valutare se l'aborto clandestino fosse ancora presente e in che misura. Il minore tasso di abortività osservato negli anni 1982-83 nelle regioni meridionali portava, infatti, a ritenere che fossero ancora persistenti quote importanti di aborto clandestino, visto che nell'indagine sulla fecondità (7), condotta nel 1979, riguardante donne coniugate di età 18-49 anni, era risultata una pregressa esperienza di abortività indotta, precedente alla legge, nettamente maggiore al Sud (13,4%, contro il 5,6% nel Nord-Ovest, il 2,1% nel Nord-Est, il 4,3% al Centro e il 7,7% nelle Isole).

Vennero applicati tre diversi modelli matematici (modello delle "nascite evitate" di Larsen, modello degli eventi riproduttivi di Tietze e Bongaarts e un modello basato sulla comparabilità degli indicatori riproduttivi delle Regioni italiane) che fornirono stime sostanzialmente uguali di aborti ancora non espressi nella legalità (100.000 aborti), a conforto di una loro plausibilità (8). Da notare che la somma dell'aborto legale e di quello clandestino ammontava, nel 1983, alla stima scientificamente più affidabile dell'aborto volontario (350.000) prima della legalizzazione, ottenuta con uno dei tre modelli (1). Il modello basato sulla comparazione degli indici riproduttivi delle Regioni italiane ha permesso di stimare la ripartizione per area

territoriale dell'aborto clandestino residuo e, applicato ad ogni anno successivo, cambiando corrispondentemente gli indici riproduttivi, di valutare l'andamento temporale (Tabella 2.1).

Nel 1983 circa il 70% dell'aborto clandestino risultava localizzato nel Meridione. Nel 2001, ultimo anno per cui è stato possibile fare tali calcoli, il modello ha fornito una stima di 21100 aborti (-78,9%, rispetto al 1983), con oltre il 90% verificatosi al Sud.

La persistenza dell'aborto clandestino dipende in gran parte dalla non disponibilità dei servizi per l'effettuazione dell'intervento, come si evidenzia dalla radicale differenza di abortività espressa in Puglia, rispetto alle altre regioni meridionali. In Puglia, in condizioni di carenza di servizi e personale per l'IVG, si decise di intraprendere nei primi anni di applicazione della legge una politica di attivazione di convenzioni con cliniche accreditate o di arruolamento a contratto di non obiettori che ha permesso di soddisfare il bisogno regionale e di far uscire fuori dalla clandestinità la gran parte degli aborti, a differenza di altre regioni meridionali. Un'altra alternativa, per le donne che sono nella necessità di ricorrere all'IVG, è la migrazione verso zone in cui vi sono i servizi. Tuttavia è noto che chi vive in condizioni di maggiore deprivazione sociale ha in generale minore capacità di "cercare salute" (*health seeking behaviour*). Indagini sui movimenti migratori hanno confermato che a muoversi sono le donne più istruite (9).

In conclusione, se si sommano i contributi all'abortività per IVG legali e per residuo aborto clandestino dal 1978 al 2004, si può stimare quanta abortività è stata evitata, come sottrazione dai livelli pre-legalizzazione stimati: si tratta di poco meno di tre milioni di aborti evitati.

Rischio di aborto come ultima *ratio* e non come scelta di elezione

Nel 1983, le distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile, parità ed età mostravano che il maggior contributo di IVG era ottenuto da coniugate (oltre il 70%), con 2 o più figli (oltre il 50%) e con età maggiore o uguale a 25 anni (oltre il 70%), quadro nettamente differente rispetto al contesto dei Paesi industrializzati occidentali e più simile a quello dei Paesi dell'Europa orientale (10). Per esempio: le percentuali di IVG ottenute da coniugate erano 33,5% in Inghilterra, 51,2% in Francia, 53,2% nella Repubblica Federale Tedesca, 71,1% in Ungheria e 80,0% in Cecoslovacchia (11).

Il fenomeno abortivo sembrava chiaramente espressione di un controllo della fecondità, essendo stata già raggiunta la dimensione desiderata della famiglia. Indagini campionarie, condotte alla fine degli anni '80, permettevano di evidenziare che tra le donne in età feconda il numero di figli desiderato non superava le due unità, che scarse erano le conoscenze della fisiologia della riproduzione (non più del 70% delle intervistate, ancor meno tra le più giovani e le più anziane, sapeva indicare il periodo fertile del ciclo) e che dal 15% al 30% non sapeva della legalizzazione dell'aborto, con percentuali maggiori tra le più giovani (9).

Altre indagini, condotte intervistando donne che avevano ottenuto l'IVG, misero in evidenza che al momento del concepimento oltre il 70% aveva utilizzato un metodo contraccettivo, prevalentemente il coito interrotto o qualche metodo naturale, la cui bassa efficacia si associava a un possibile uso scorretto, come l'evidenziata povertà delle conoscenze della fisiologia della riproduzione poteva far supporre. Si poteva concludere che il ricorso all'aborto non era una scelta di elezione ma un'ultima ratio, conseguenza del fallimento dei metodi adottati per evitare una gravidanza indesiderata (9).

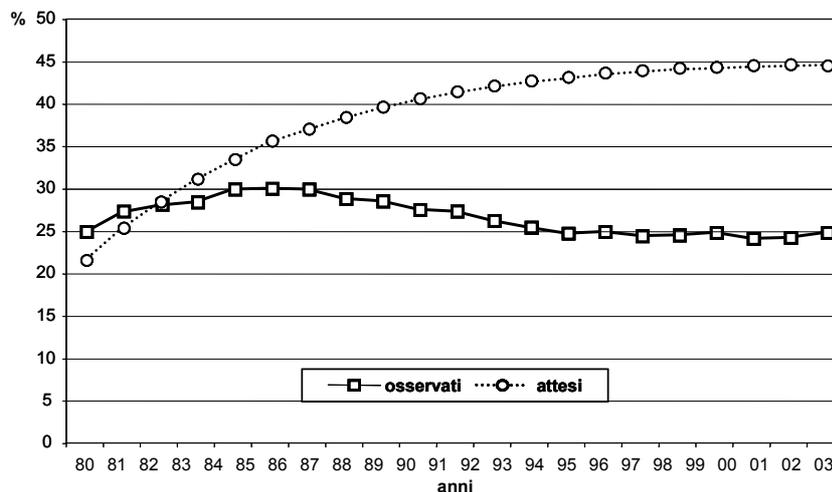
Come era avvenuto negli altri Paesi che avevano legalizzato l'aborto, anche in Italia era ipotizzabile, come conseguenza della legalizzazione, una maggiore circolazione dell'informazione sui metodi per la procreazione consapevole e una azione positiva dei servizi, *in primis* i consultori familiari, di *counselling* e sostegno all'uso di tali metodi. Se il ricorso

all'aborto non era una scelta di elezione ma un'ultima ratio, la maggiore disponibilità di informazioni e di servizi di *counselling* avrebbe dovuto determinare una sempre più marcata capacità di controllare la fecondità con metodi alternativi all'aborto. La validità di questa ipotesi poteva essere verificata nel tempo, osservando l'andamento dei tassi di abortività specifici per caratteristiche quali la parità, l'età e, soprattutto, lo stato civile, l'istruzione e l'occupazione.

L'assunzione di partenza era che lo stato coniugale, caratterizzato da una stabilità di rapporti, l'istruzione più elevata e l'essere occupata erano condizioni che favorivano maggiori opportunità di acquisire conoscenze e competenze concrete tali da permettere di accedere ai metodi per la procreazione consapevole, privilegiando i più efficaci e comunque usando in modo più efficace quelli tradizionali. In base a tale assunzione i tassi di abortività per le coniugate, per le donne con istruzione elevata e per quelle occupate avrebbero dovuto mostrare una diminuzione più rapida rispetto a quelli per le nubili, per le donne con istruzione più bassa e per le casalinghe. Inoltre, se globalmente la tendenza al ricorso all'aborto fosse diminuita per un maggior ricorso (o a un ricorso più efficace) ai metodi per la procreazione consapevole, si sarebbe dovuta osservare una progressione della percentuale di aborti ottenuti da donne con precedente esperienza abortiva, significativamente inferiore a quella attesa sotto l'ipotesi di costanza di competenze e comportamenti riguardo il controllo della fecondità.

È ovvio che se fosse stata vera l'ipotesi che la legalizzazione avrebbe favorito il ricorso all'aborto, perché più "facile", la curva dell'andamento degli aborti ripetuti si sarebbe collocata al di sopra di quella attesa, sempre nell'ipotesi di costante tendenza al ricorso all'aborto.

In entrambi i casi, l'evoluzione del fenomeno ha confermato la validità del modello dell'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome) delle donne e delle coppie. Infatti, stimato con un modello matematico (12) l'andamento nel tempo dell'aborto ripetuto, nell'ipotesi di costanza di comportamenti verso la contraccezione o verso l'aborto (in tale ipotesi, aumentando nel tempo la quota di popolazione con precedente esperienza abortiva, dalla legalizzazione, la percentuale di aborti ottenuti da donne con precedente esperienza abortiva sarebbe dovuta aumentare fino a raggiungere un plateau entro trent'anni dalla legalizzazione), si è osservato un andamento della percentuale di aborti ripetuti nettamente inferiore di quello atteso: nel 2003, a fronte di un valore atteso del 45% di aborti ripetuti, la percentuale osservata è stata del 25% (Figura 2.4).



* I valori attesi sono ricavati da modello matematico riportato in: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità*. 1988;34:331-8.

Figura 2.4. Andamento della percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva (1983-2003)

Da notare che negli ultimi anni si avverte il maggiore contributo delle donne immigrate che, proprio perché hanno un rischio di IVG più elevato contribuiscono di più anche al fenomeno della ripetizione del ricorso all'aborto, infatti nel 2003 la percentuale di aborti ripetuti per le cittadine straniere è risultata pari al 35% mentre tra le italiane si è attestata al 22% (4). Inoltre, la validità della prima ipotesi (la legalizzazione favorisce l'*empowerment* delle donne) viene confermata osservando la variazione nel tempo dei tassi di abortività specifici per stato civile, titolo di studio e occupazione: tra il 1981 e il 2001 si è avuta una riduzione del tasso di abortività per le coniugate del 55,4%, mentre per le nubili la riduzione è stata solo del 15,8%; analogamente, per livelli di istruzione superiori a quello elementare la riduzione tra il 1981 e il 1991 (anni per cui sono disponibili i denominatori) è stata quasi tre volte maggiore rispetto a quella osservata per il livello elementare; anche la condizione di occupata è risultata caratterizzata da una riduzione, tra gli stessi anni censuari, del 30%, rispetto alla riduzione del 12,5%, per la condizione di casalinga (Tabella 2.4).

Anche per quanto riguarda l'età della donna, l'andamento dei tassi di abortività specifici per età evidenziano delle diminuzioni maggiori nelle donne più adulte (di 35 anni o più).

Tabella 2.4. Tassi specifici di abortività per stato civile, istruzione e occupazione

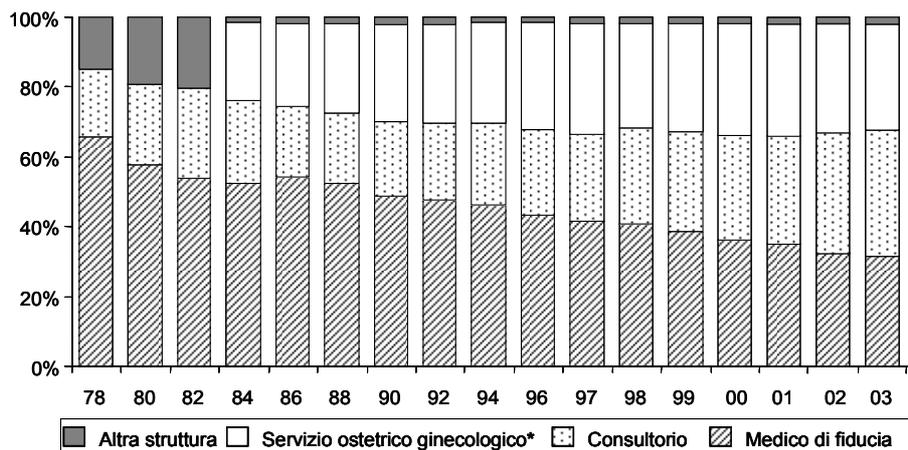
Variabili	Anno			Variazione % 1981-1991/2001
	1981	1991	2001	
<i>stato civile</i>				
coniugata	17,7	11,6	7,9	- 55,4
nubile	11,4	9,2	9,6	- 15,8
<i>istruzione</i>				
elementare	16,9	14,7	nd	- 13,0
media inferiore	21,9	14,1	nd	- 35,6
media superiore o laurea	14,2	9,0	nd	- 36,6
<i>occupazione</i>				
occupata	14,6	10,2	nd	- 30,1
casalinga	21,6	18,9	nd	- 12,5

nd = dato non disponibile. Fonte: ISS, ISTAT

Le variazioni nel tempo del rischio di gravidanza indesiderata, differenziate per specifiche caratteristiche socio-demografiche, hanno determinato nel tempo cambiamenti importanti delle distribuzioni percentuali delle IVG per le modalità di tali variabili: in conseguenza dei diversi differenziali di riduzione dei corrispondenti tassi specifici di abortività sono aumentate le percentuali corrispondenti a quelle modalità i cui tassi specifici sono diminuiti di meno. È pertanto un grave errore tecnico interpretare l'incremento percentuale come un incremento della tendenza ad abortire per la condizione considerata. In ogni caso va considerato l'effetto della modificazione della composizione della popolazione per classe di età, titolo di studio e occupazione nel corso dei decenni: le donne oggi quarantenni presentano una distribuzione per titolo di studio e occupazione diversa da quella delle quarantenni di 20 anni fa (13).

Servizi coinvolti e procedure adottate

Nonostante lo specifico richiamo della Legge 194/1978, l'uso dei consultori familiari per la certificazione medica necessaria per ottenere l'IVG è modesto. Infatti, mediamente tra il 25% e il 30 % delle certificazioni in questi anni è stato rilasciato dai medici consultoriali (Figura 2.5).



* negli anni 78, 80, 82 la voce servizio ostetrico ginecologico era compresa nella voce altra struttura. Fonte: ISS

Figura 2.5. IVG e luogo di certificazione (Italia 1978-2003)

Una ragione di questo scarso ricorso a servizi specificamente deputati alle attività di promozione della salute riproduttiva, risiede nella mancata messa in rete, non solo per l'IVG, dei servizi consultoriali con gli altri servizi sanitari tradizionali di primo, secondo e terzo livello. Al Sud questa carenza ha assunto dimensioni clamorose, accentuate dalla maggiore scarsità dei consultori (non infrequentemente con organico incompleto e/o non stabile) sul territorio, dall'assenza o dalla ridotta presenza della figura professionale abilitata a rilasciare la certificazione, quando non obiettrice. Sembra francamente incomprensibile non favorire un ruolo del consultorio come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre-IVG e per l'intervento. Dove ciò è stato fatto come espressione di una esplicita politica sanitaria, il ricorso al consultorio per la certificazione è stato superiore all'85%, con un benefico riflesso per l'attuazione di programmi di prevenzione. In effetti, nelle Regioni con maggiore presenza consultoriale, o con maggiore quota di certificazioni rilasciate dai consultori, il tasso di abortività è diminuito più rapidamente (9). Per l'esecuzione dell'intervento è risultato dominante il ruolo degli Istituti di cura pubblici, con alcune notevoli eccezioni, come, per esempio, la Puglia. L'impiego dell'anestesia generale (85,2% nel 2003) (Figura 2.6) è, pure con importanti differenze regionali, molto elevato, soprattutto se si tiene conto che oltre l'80% degli interventi viene effettuato entro la decima settimana gestazionale (Figura 2.7).

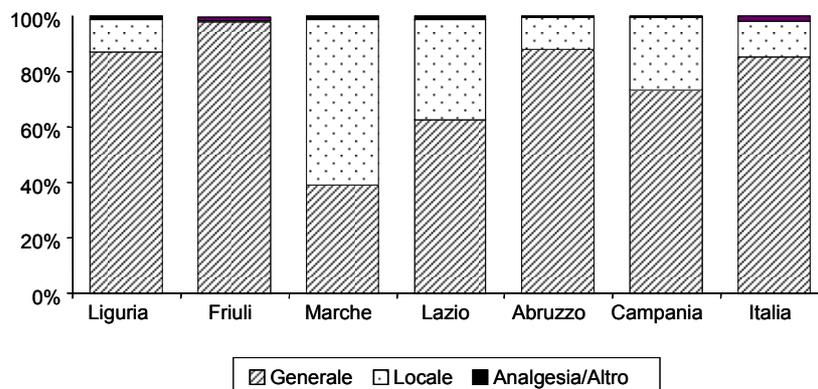


Figura 2.6. IVG e tipo di anestesia (2003)

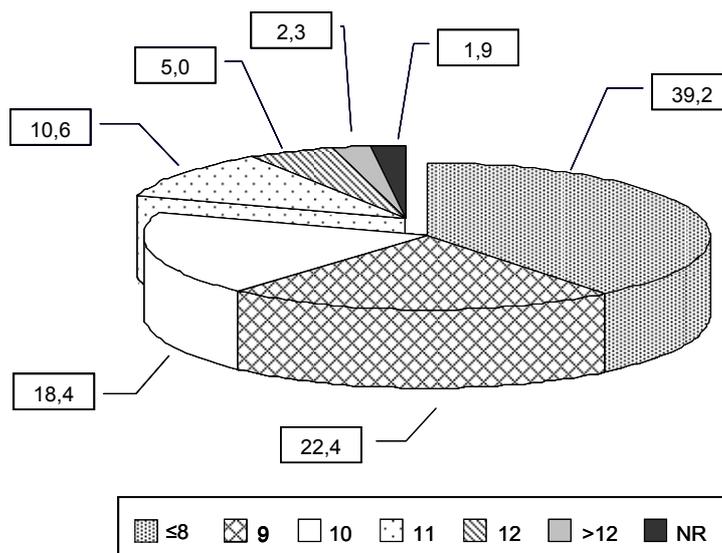


Figura 2.7. IVG e settimana gestazionale (2003)

Sono evidenti i maggiori costi connessi con questa scelta, come è ampiamente documentato il maggiore rischio per la salute della donna (14). Non è confermata l'affermazione che sia la donna a richiedere l'anestesia generale (14), bensì sono spesso i servizi a proporre un'unica alternativa; inoltre, non è confermato che in seguito ad anestesia generale si abbia una minore percezione del dolore, rispetto a una anestesia locale ben praticata (15). Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità in una recente pubblicazione non raccomanda l'uso dell'anestesia generale (16). Non si comprende come, nell'era della medicina basata sulle evidenze scientifiche e quando l'approccio scientifico viene rivendicato dai professionisti per la loro credibilità, si persista in questa procedura e non si attivino corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali prassi anestetiche.

La distribuzione delle IVG per tipo di intervento (Figura 2.8) ha invece visto una positiva evoluzione con una riduzione del ricorso al raschiamento (dal 24,5% del 1983 al 15,2% del 2003) e un corrispondente incremento dell'isterosuzione con metodo Karman (dal 28,3% del 1983 al 61,2% del 2003), anche in questo caso si registrano importanti differenze regionali.

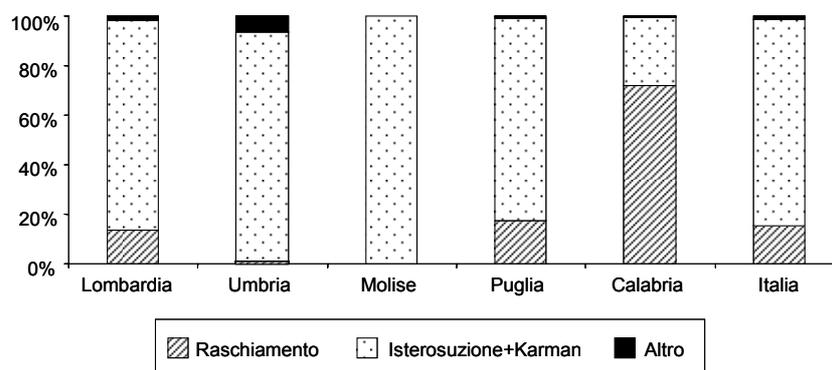


Figura 2.8. IVG e tipo di intervento (2003)

I dati medi nazionali e anche quelli regionali, tuttavia, nascondono ampie differenze nelle tecniche impiegate, tra gli Istituti e tra le Cliniche, nelle singole Regioni. Complessivamente si può affermare che esistono ampi margini di recupero di appropriatezza ed efficienza, peraltro associati a una maggiore tutela della salute della donna. L'incidenza delle complicanze post-IVG, accertate durante il ricovero, conferma il livello di sicurezza garantito dalla legalizzazione. Anche la durata della degenza ha avuto una sostanziale riduzione soprattutto nel corso del primo decennio.

Possibilità di ulteriore riduzione del ricorso all'IVG

Molte sono le situazioni nel nostro Paese in cui non viene favorito il modello di sviluppo di consapevolezze e competenze per le scelte autonome nel campo della procreazione (“opportunità mancate”).

Indagini su conoscenze, attitudini e comportamenti riguardo la salute riproduttiva condotte recentemente in Italia tra gli/le adolescenti (17) mostrano scarse conoscenze della fisiologia della riproduzione e delle malattie sessualmente trasmesse, a fronte di buoni livelli di responsabilità e desiderio di consapevolezza. Corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole, impostati secondo la metodologia dell'*empowerment* e valutati con validi indicatori, devono essere generalizzati, perché sul lungo periodo il panorama dell'IVG venga radicalmente cambiato.

Indagini condotte sul percorso nascita, intervistando campioni probabilistici di donne che hanno partorito (18, 19), mostrano la scarsa propensione dei professionisti che vengono a contatto con la donna a trattare il tema della ripresa dei rapporti sessuali e della contraccezione dopo il parto. Ciò costituisce una delle più gravi mancate opportunità (dello stesso livello della mancata offerta subito dopo il parto della vaccinazione contro la rosolia alle donne rubeotest negative o senza rubeotest), a fronte di un bisogno chiaramente espresso dalle donne. Altra mancata opportunità può verificarsi in occasione dell'offerta del Pap test, nei programmi di screening: l'offerta di *counselling* e sostegno sulla procreazione consapevole dovrebbe costituire un obbligo professionale, anche a testimonianza della capacità dei servizi di realizzare interventi integrati e non settoriali e frammentati. In questi programmi strategici è essenziale la modalità operativa dell'offerta attiva, cioè la capacità concreta di superare le barriere della comunicazione, che sono maggiori nei contesti caratterizzati da privazione sociale. Solo così può essere assicurata una più omogenea riduzione dei tassi specifici di abortività.

Una particolare attenzione va dedicata alla popolazione femminile immigrata, come sottolineato dai dati del sistema di sorveglianza e dallo studio presentato in questo rapporto, in quanto sono donne prevalentemente in età feconda e in condizioni in cui la necessità di controllo della fecondità è particolarmente accentuata, per gli aspetti sociali e culturali che le contraddistinguono. Probabilmente l'offerta attiva del Pap test (particolarmente raccomandato per la possibile maggiore incidenza del tumore del collo dell'utero in queste popolazioni) può rappresentare la porta d'ingresso per il *counselling* e il sostegno della procreazione consapevole. Le associazioni comunitarie e le organizzazioni non governative rappresentano risorse preziose per il massimo coinvolgimento.

Se alcune di queste azioni indicate saranno intraprese, il sistema di sorveglianza dell'interruzione volontaria di gravidanza, come nel passato, sarà in grado di testimoniare l'efficacia degli interventi.

Conclusioni

Il sistema di sorveglianza dell'andamento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stato progettato e viene gestito dall'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, Regioni e ISTAT. Grazie a tale sistema non solo è stato possibile predisporre le relazioni annuali che i Ministri della Sanità (ora Salute) hanno presentato al Parlamento, come prescritto dalla legge, ma sono state stimulate numerose indagini e ricerche dell'ISS, con le quali è stato possibile formulare e verificare ipotesi scientifiche sull'evoluzione del fenomeno.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza ha subito un'importante riduzione dal 1982 al 2004, di oltre il 40%, soprattutto se si scorrono dai dati le IVG effettuate da cittadine straniere (fenomeno sempre più emergente a partire dal 1995, fino a rappresentare il 26% di tutte le IVG nel 2003). La riduzione osservata conferma che il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma un'ultima *ratio*.

Le modalità della riduzione, più rapida per le donne più istruite, per le occupate e per le coniugate, sta a dimostrare l'aumentata competenza e consapevolezza delle donne e delle coppie nell'adozione efficace dei metodi per la procreazione responsabile, grazie alla maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e la specifica attività svolta dai consultori familiari nei termini di *counselling* approfondito, svolto con le donne/coppie frequentanti il consultorio, o offerto attivamente nel contesto di altri programmi, come il percorso nascita e la prevenzione dei tumori femminili. Di particolare rilievo, infine, è stata l'attività svolta con i corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole e con l'organizzazione di spazi-adolescenti.

Le persone con maggiori competenze di partenza hanno maggiormente e più rapidamente beneficiato della maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

La più lenta riduzione del ricorso all'interruzione di gravidanza per le donne in condizioni di maggiore deprivazione sociale sta a rappresentare una non ottimale capacità di offerta attiva della promozione della salute, soprattutto a causa delle carenze di risorse (ridotto numero di consultori e carenze di organico necessari per l'offerta attiva).

In generale, come in altri Paesi, alla legalizzazione dell'aborto è seguita una riduzione più o meno rapida e più o meno sostanziale del ricorso complessivo all'aborto, le differenze essendo associate alla qualità delle politiche di promozione della procreazione responsabile e consapevole; inoltre la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino ha comportato l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata.

Va rilevato che, laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini di eliminazione della legalizzazione dell'aborto per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità; il ripristino della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente. L'esempio della Romania è quello più conosciuto (20). In effetti natalità e abortività costituiscono fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto ed avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo se non è associata alla promozione della procreazione responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. In effetti si possono osservare Paesi in cui è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, quindi con maggior ricorso all'aborto, molto presumibilmente per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile: in tali paesi si riconoscono modelli operativi basati sulla direttività, piuttosto che sullo sviluppo di competenze e consapevolezze, con un approccio settoriale e frammentato e con una indicazione verso alcuni metodi della procreazione responsabile

piuttosto che altri, giudicati astrattamente a bassa efficacia da parte degli operatori, senza tener conto che sono la donna e la coppia a dover fare la scelta, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche, essendo invece compito del professionista quello di illustrare tutte le possibilità e sostenere la donna e la coppia perché il metodo scelto sia applicato in modo da massimizzarne l'efficacia nella pratica.

La peculiarità italiana dell'esistenza dei consultori familiari è la ragione della differenza, che potrebbe essere di gran lunga maggiore se i consultori familiari venissero potenziati e riqualificati secondo le indicazioni strategiche del Progetto Obiettivo Materno Infantile (21, 22), peraltro norma attualmente vigente.

La prevenzione del ricorso all'aborto si può esplicitare in tre diverse modalità, alla luce dell'assunzione dell'aborto come estrema ratio e non come scelta d'elezione: il più importante contributo in assoluto è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e, con risultati a medio – lunga scadenza, con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti “spazi giovani” presso le sedi consultoriali; a fare il resto rimane l'attività di *counselling* a chi si rivolge spontaneamente al consultorio sia per una esplicita richiesta di sostegno per la procreazione responsabile, sia per altre motivazioni a partire dalle quali, con l'arte della maieutica, si può far emergere un bisogno ancora non espresso.

Un secondo contributo si ottiene attraverso l'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una *équipe* professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta della certificazione: in uno studio pilota condotto dall'ISS in cui il consultorio era stabilito come sede per la prenotazione dell'intervento di interruzione e quindi passava per il servizio tutta la popolazione che intendeva interrompere la gravidanza (per inciso, in tale contesto l'85% delle donne chiedeva direttamente la certificazione in consultorio), si è potuto verificare che il 5% delle donne ritornava sulla sua decisione in seguito al colloquio e veniva sostenuta per il proseguimento della gravidanza (9).

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio (la cui accettazione dipende dalla modalità con cui viene offerto) mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna ed eventualmente la coppia dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. La condizione ideale, peraltro ripetutamente raccomandata dall'ISS, dovrebbe prevedere una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda “conveniente” rivolgersi per la certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post-IVG e per il *counselling* per la procreazione responsabile.

Va sottolineato che i consultori familiari sono gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, possono svolgere attività di promozione della salute mediante lo schema concettuale dell'offerta attiva.

La mancanza di consultori familiari, l'assenza di personale deputato al rilascio della certificazione e, in generale, le carenze di organico hanno ridotto le potenzialità di questi originali servizi di primo livello nell'attività di promozione della salute, a partire dalla salute riproduttiva. Introdotti in Italia almeno venticinque anni prima della presa di coscienza, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'importanza di tali servizi, dovrebbero rappresentare un vanto della sanità pubblica italiana. La maggiore riduzione del ricorso all'aborto osservata in Italia, rispetto ad altri importanti paesi europei, è ragionevole associarla alla presenza dei consultori familiari.

Commissioni nazionali, istituite dalla fine degli anni ottanta presso il Ministero della Sanità, hanno costantemente concluso riconoscendo l'importanza strategica dei consultori familiari e hanno raccomandato il loro potenziamento e riqualificazione, raccogliendo le proposte dell'ISS. Con conseguenze normative di tutto rilievo: dopo la prima Commissione (1987-89) l'allora Ministro della Salute, on. Donat Cattin, stanziò 25 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale al Sud; dopo la seconda Commissione (1995-96) il Ministro della Salute, prof. Guzzanti, fece varare la legge 34/1996, che stanziò 200 miliardi per il potenziamento dei consultori familiari in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di un consultorio ogni 20.000 abitanti; la terza Commissione (1998-2000) elaborò il Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato a giugno 2000 (con il Ministro della Salute, on. Bindi) e attualmente ripreso integralmente nei Livelli Essenziali di Assistenza, varati a gennaio 2002 (Ministro alla Salute, prof. Sirchia).

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile assegna un ruolo centrale ai consultori familiari e delinea con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, i corrispondenti indicatori di esito, con il seguito degli indicatori di risultato e di processo e le azioni da svolgere mediante offerta attiva.

L'uniformità delle indicazioni rappresentate nei documenti elaborati dalle citate commissioni indica il livello di condivisione nel corso del tempo delle proposte formulate dall'ISS, proposte scaturite dalle analisi scientifiche dell'evoluzione dell'IVG, dagli studi e ricerche di approfondimento e dalla realizzazione di esperienze pilota. L'importanza strategica dei consultori familiari è stata sempre ribadita nel riconoscimento del loro importante ruolo nella prevenzione dell'aborto, sia in termini di promozione delle competenze sulla procreazione responsabile sia nella attività di aiuto alle donne che si rivolgono per la richiesta di IVG e che, in seguito ad approfonditi colloqui con professionisti competenti, rivedono la decisione iniziale e vengono sostenute, anche con l'ausilio delle organizzazioni di volontariato, nel proseguimento della gravidanza.

Indagini dell'ISS, condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici (in particolare i corsi di accompagnamento alla nascita) e migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali, a dimostrazione che questi servizi sono particolarmente indicati e competenti nell'attività di promozione della salute.

C'è da rilevare con preoccupazione un processo di svilimento e di impoverimento dei consultori familiari, particolarmente accentuato negli ultimi tempi, nonostante la vigenza delle normative nazionali e nonostante le ripetute dimostrazioni di maggiore qualità ottenute con le indagini dell'ISS. Vengono ostacolati i processi di integrazione, si riducono gli organici e si rendono meno stabili, si riducono le risorse assegnate, peraltro sempre state scarse. Si tratta di una evoluzione che non trova giustificazione ed è particolarmente grave, anche considerando che sono un riferimento importante per la popolazione immigrata.

È ragionevole ritenere che l'applicazione integrale del Progetto Obiettivo Materno Infantile, nel quale il percorso nascita rappresenta una componente strategica centrale, può produrre come conseguenza diretta e indiretta una ulteriore importante riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza in Italia.

Bibliografia

1. Figà Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. *Genus* 1976;1-2(32):91-107.
2. Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. Epidemiology of legal abortion in Italy. *Int J Epidemiol* 1986;15:343-51.
3. Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, marital status and education. *Am J Epidemiol* 2000;151:98-105.

4. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2003, dati preliminari anno 2004). Presentata dal Ministro della Salute alla Camera dei deputati il 19 ottobre 2005. Atti Parlamentari XIV Legislatura. Disponibile all'indirizzo: http://www.camera.it/_dati/leg14/lavori/documenti/parlamentari/indiceetesti/037/009/INTERO.pdf; ultima consultazione 29/5/2006.
5. Conseil de l'Europe. *Evolution démographique récente en Europe 2003*. Statistiques nationales. Disponibile all'indirizzo: http://www.svss-uspda.ch/fr/actualites/comm_8_04.htm; ultima consultazione 29/5/2006.
6. Loghi M. Abortività volontaria e cittadinanza. *Salute e Società*. 2004;3(2):131-140.
7. De Sandre P. (Ed.). *Indagine sulla fecondità in Italia 1979. Rapporto Generale Vol. I. Metodologia ed analisi*. Bologna: Tecnoprint; 1982.
8. Figà Talamanca I, Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contraccezione, Fertilità, Sessualità* 1986;13:263-9.
9. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25).
10. Landucci Tosi S, Spinelli A, Pediconi M, Grandolfo ME, Timperi F, Figà Talamanca I. *Interruzione volontaria di gravidanza in Italia-1983*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1985. (Rapporti ISTISAN 85/5).
11. Tietze C. *Induced Abortion. A world review, 1983*. 5th ed. A Population Council Fact Book. New York: Population Council; 1983
12. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità*. 1988;34:331-8.
13. Bocuzzo G, Buratta V, Frova L. (Ed.). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*. Argomenti n. 9 ISTAT. Roma: Abete; 1997.
14. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol* 1990;6:416-22.
15. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, Grandolfo ME. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *Eur J Obstetrics and Gynecology & Reproductive Biology*. 1996;70:145-9.
16. WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health system. WHO, Ginevra, 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf; ultima consultazione 29/5/2006.
17. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti ISTISAN 00/07). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=428&lang=1&tipo=5&anno=2000>; ultima consultazione 29/5/2006.
18. 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 Super Sanità* 1999;35:289-96.
19. Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. *Valutazione di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/5). Disponibile all'indirizzo <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=384&lang=1&tipo=5&anno=2001>; ultima consultazione 29/5/2006.
20. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion: lessons from Romania. *Am J Public Health* 1992;82:1328-31.
21. Italia. Decreto Ministero della Sanità 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000». *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 131, 7 giugno 2000.
22. Italia. Conferenza Stato-Regioni 22 novembre 2001. Accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del DL.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (Repertorio n. 1318). *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 19, 23 gennaio 2002.

3. INDAGINE SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA TRA LE DONNE STRANIERE

Angela Spinelli (a), Emanuela Forcella (a), Samantha Di Rollo (a), Giovanni Baglio (a), Michele E. Grandolfo (b) e il Gruppo di studio sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere (c)

(a) Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma

(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) i componenti del Gruppo di studio sono elencati in calce al contributo

Introduzione

L'esigenza di condurre uno studio dedicato specificatamente alle IVG effettuate da donne straniere nasce dalla considerazione che l'immigrazione in Italia è in aumento e non è più un fatto congiunturale e transitorio, ma si presenta come fenomeno stabile e strutturale che merita di essere seguito e conosciuto nelle sue dinamiche più profonde, come già indicato nel capitolo 1. Nel 2003 il dato del Ministero dell'Interno parla di 1.061.718 donne straniere e la stima del Dossier della Caritas (1) è di 1.344.000 straniere regolari nel nostro Paese all'inizio del 2005. Nel tempo si è osservato anche un aumento della proporzione di IVG effettuate da donne straniere: 10.131 (7,4% del totale delle IVG) nel 1996, 21.201 (15,9%) nel 2000 e 31.836 (26%) nel 2003. In alcune Regioni, dove maggiore è la presenza di immigrati, questa percentuale risulta più elevata: 38% in Veneto, 37% in Lombardia, 34% in Emilia Romagna, 33% in Piemonte e 31% nel Lazio (2). Anche i tassi di abortività indicano un ricorso all'aborto molto maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane (rispettivamente 35,5 e 8,1 per 1000 donne in età feconda nel 2002).

Se è vero che le statistiche correnti permettono di delineare un quadro generale del fenomeno, tuttavia rimangono largamente inesplorati gli aspetti individuali e culturali che rappresentano una componente importante nelle scelte riproduttive.

Per tale ragione l'ISS nel 2004 ha condotto un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'IVG tra le donne immigrate.

L'indagine è stata coordinata dal reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Prevenzione della Salute dell'ISS (dal 1980 responsabile del sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG) in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

I principali obiettivi dell'indagine sono stati:

- approfondire le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione immigrata;
- individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'IVG;
- evidenziare le differenze tra i gruppi etnici;
- valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà più frequentemente incontrate dalle donne immigrate;
- fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi e per la prevenzione dell'IVG.

Metodologia

Lo studio è stato condotto in 4 regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio) selezionate sulla base dell'alta proporzione di IVG tra le donne immigrate.

Si è inoltre deciso di effettuare lo studio solo sui gruppi etnici che presentavano un ricorso all'IVG elevato e di analizzare i dati per Paese di origine. Studi precedenti hanno infatti dimostrato che gli atteggiamenti e le scelte nell'ambito riproduttivo variano molto in base alla provenienza geoculturale (3).

Lo studio si è articolato in due fasi distinte che hanno previsto l'utilizzo di una metodologia quanti-qualitativa e una qualitativa: da una parte è stata condotta un'indagine campionaria con somministrazione di un questionario standard, e dall'altra un'indagine su una selezione ristretta di donne, intervistate con il supporto di un'intervista semi-strutturata.

Studio quantitativo

Le sei strutture che hanno aderito allo studio si sono impegnate a intervistare tutte le donne straniere (nate all'estero) che provenivano dai Paesi stabiliti e che si rivolgevano alle strutture per l'IVG, nel periodo compreso tra febbraio e maggio 2004 (con l'eccezione di Reggio Emilia, dove l'indagine è stata effettuata a fine anno). In particolare il Piemonte ha raccolto dati su donne provenienti da Nigeria, Marocco e Perù; la Lombardia da Ecuador e Perù; il Lazio da Romania, Ucraina e Moldavia; l'Emilia Romagna dalla Cina. Inoltre, per un confronto con le donne italiane su aspetti non rilevabili dalle statistiche correnti, nel Lazio sono state intervistate tutte le italiane che si sono presentate per effettuare l'IVG in un periodo di 3 mesi (1 solo giorno a settimana).

Il questionario (Appendice A) è stato somministrato da mediatrici culturali presso l'ospedale durante la giornata in cui veniva praticato l'intervento, previo consenso informato, o presso il consultorio al momento della prenotazione, in base alle scelte del responsabile locale.

Le mediatrici culturali, che svolgevano la loro attività lavorativa all'interno delle strutture selezionate, sono state precedentemente addestrate e hanno somministrato il questionario nella lingua delle donne intervistate.

Il questionario prevedeva principalmente domande chiuse, cioè con risposte già previste e precodificate; le risposte non venivano lette, per evitare di influenzare le intervistate. Sono stati raccolti dati socio-demografici, informazioni sulla conoscenza e l'uso della contraccezione, sull'utilizzo dei consultori e dei servizi che effettuano l'IVG, sul motivo principale dell'IVG e sulle difficoltà incontrate. I dati sono stati controllati e inseriti su supporto informatico. Per l'analisi sono stati utilizzati i software Epi6 e SPSS versione 8.

È stata inoltre effettuata un'Analisi delle Corrispondenze Multiple (per un approfondimento su questa metodologia, vedi Appendice B) con l'ausilio del programma SPAD versione 5, al fine di evidenziare eventuali profili socio-demografici delle donne intervistate. In questo rapporto sono riportate le tabelle con le frequenze percentuali di tutte le variabili per Paese di provenienza e la rappresentazione grafica dell'Analisi delle Corrispondenze Multiple.

Studio qualitativo

L'indagine qualitativa ha permesso di approfondire la comprensione del fenomeno dell'Interruzione Volontaria della Gravidanza tra le donne straniere.

Lo studio è stato realizzato tramite un'intervista semi-strutturata (Appendice C) condotta dalla mediatrice culturale. Questo tipo di intervista consiste in una griglia/serie di domande aperte, dalla struttura flessibile e modificabile: le domande, cioè, non vengono rivolte secondo un ordine prestabilito, ma seguendo l'andamento del discorso.

È stato selezionato un campione ristretto di donne che si presentavano alle strutture prescelte nel periodo successivo all'intervento, compreso tra 1 e 6 mesi. È stato loro chiesto il consenso a partecipare all'indagine e sono state invitate a essere intervistate. L'intervista, della durata di un'ora circa, è stata effettuata nella lingua materna dell'intervistata e registrata con l'ausilio di un registratore. In seguito il nastro è stato sbobinato e l'intervista è stata interamente trascritta e poi tradotta dalla mediatrice culturale. Il testo tradotto è stato analizzato con il supporto del software Nvivo.

In particolare l'intervista ha permesso di approfondire i seguenti argomenti:

- la storia della migrazione delle donne che effettuano l'IVG;
- la conoscenza dei metodi contraccettivi e l'approccio verso questi;
- le principali motivazioni che spingono le donne straniere a interrompere la gravidanza;
- l'accesso alle strutture e il vissuto nelle strutture ospedaliere.

Risultati

Descrizione del campione

La Tabella 3.1 riporta, per Paese di provenienza, il numero delle donne contattate (totale), delle intervistate, dei rifiuti e delle donne che, pur avendo dato l'assenso per l'intervista, sono state dimesse prima di poter effettuare l'intervista (non trovate).

Tabella 3.1. Campione delle donne straniere contattate per l'indagine quantitativa, per Paese di provenienza

Paese	Intervistate (96,2%)	Rifiuti (2,3%)	Non trovate (1,5%)	Totale
Ecuador	126	1	3	130
Perù	176	5	4	185
Romania	171	-	1	172
Ucraina	19	-	-	19
Moldavia	12	-	-	12
Marocco	28	5	-	33
Nigeria	34	4	1	39
Cina	39	-	-	39
Italia	49	1	1	51
TOTALE	654	16	10	680

Sono state contattate dai 6 centri partecipanti 680 donne, delle quali il 96,2% ha accettato di prendere parte all'indagine; i rifiuti sono stati il 2,3%, soprattutto da parte di donne peruviane e africane, mentre le pazienti non trovate sono risultate l'1,5%.

La Tabella 3.2 illustra i centri che hanno aderito all'indagine quantitativa con il numero di questionari somministrati per ciascuna struttura.

Tabella 3.2. Le strutture che hanno partecipato all'indagine quantitativa per numero di questionari compilati

Struttura	N. questionari
<i>Milano</i>	
Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo	48
IRCCS Ospedale maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena	116
Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo	79
<i>Torino</i>	
Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM-Sant'Anna	121
<i>Roma</i>	
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini	251
<i>Reggio Emilia</i>	
Centro per la salute della famiglia straniera	39
TOTALE	654

Nella Tabella 3.3 è riportato, per centro di raccolta, il campione di donne intervistate nell'indagine qualitativa.

Tabella 3.3. Campione delle donne straniere contattate per l'indagine qualitativa

Struttura	N. interviste
<i>Milano (ASL Città di Milano)</i>	
Cina	10
Ecuador	7
Perù	7
<i>Torino (Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM-Sant'Anna)</i>	
Perù	6
Marocco	2
Nigeria	4
<i>Roma (Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini)</i>	
Romania	7
TOTALE	43

Il campione di italiane, vista la bassa numerosità, è stato utilizzato per i confronti solo quando non era disponibile il dato ufficiale nazionale raccolto su tutte le donne che ricorrono all'IVG in Italia.

Inoltre, si è deciso di presentare i risultati dell'indagine quantitativa integrandoli con quelli delle interviste qualitative. In questo modo non solo sarà possibile "misurare" il fenomeno (dati statistici), ma anche comprenderlo meglio, darne un significato più profondo grazie alla "voce" delle donne, ai loro racconti, alle loro narrazioni di vita.

Profilo socio-demografico delle donne

Nella Tabella 3.4 sono riportate le caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere che hanno partecipato allo studio quantitativo: il 63% ha un'età inferiore ai 30 anni, numerose risultano le donne nigeriane al di sotto di quest'età (79%), mentre consistente è la presenza delle cinesi nella fascia di età più matura (51% dei casi tra i 30 e i 39 anni).

Per quanto riguarda lo stato civile si osserva una prevalenza di donne coniugate o conviventi con il partner in Italia, in modo particolare tra le cinesi e le marocchine; tra le nigeriane è alta la percentuale di donne nubili (73%). Il 23% delle ucraine e moldave risulta separato o divorziato.

Gran parte delle donne che ricorrono all'IVG (64%) sono già madri, sono molte le donne africane senza figli, in particolare le nigeriane (76%). Il 70% ha almeno un figlio all'estero, con valori molto più bassi tra le marocchine (23%).

Il livello di istruzione appare in media piuttosto elevato: complessivamente, l'83% delle intervistate ha frequentato la scuola per almeno 9 anni, e un 20% ha avuto accesso a studi universitari.

Le donne provenienti dall'Ecuador, dall'Ucraina e Moldavia hanno mostrato livelli più alti di scolarizzazione, mentre una istruzione più bassa si è registrata tra le donne cinesi (87% con al massimo 8 anni di istruzione) e in misura minore tra le nigeriane, delle quali nessuna è andata oltre la scuola superiore.

Circa il 30% delle intervistate ha dichiarato di non svolgere attività lavorativa (casalinghe 7%, disoccupate 25%). Le donne occupate sono soprattutto colf o assistenti familiari (44%). Lavorano prevalentemente nelle famiglie quelle che provengono dal Sud America e dall'Europa dell'Est (58% e 44% rispettivamente); il 68% delle cinesi svolge un lavoro dipendente, molte le casalinghe tra le donne marocchine. Il 64% delle nigeriane e il 41% delle rumene hanno dichiarato di essere disoccupate.

I dati relativi alla permanenza in Italia mostrano che la metà delle donne straniere è arrivata negli ultimi due anni; l'immigrazione più recente proviene dall'Est Europa, quella di più lunga data dal Marocco e dalla Cina.

Il 59% delle immigrate è in possesso di un regolare permesso di soggiorno. Molte le presenze irregolari tra le donne nigeriane e rumene (rispettivamente il 79% e il 63%): se per queste ultime il dato può ricollegarsi al recente arrivo, c'è invece da riflettere sulle possibili ragioni di tante presenze irregolari tra le donne nigeriane, in Italia anche da molti anni.

Dal confronto con i dati nazionali relativi alle IVG², le donne straniere incluse nello studio sono più giovani delle italiane.

Molto simili sono le caratteristiche dello stato civile. Il 65% delle donne straniere risulta occupato, prevalentemente in attività precarie e di basso livello, a confronto del 48% delle italiane, dato che non sorprende in quanto la ricerca del lavoro è una delle principali cause della migrazione.

² Elaborazione dell'ISS sui dati ISTAT relativi al 2003.

Tabella 3.4. Caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere (in percentuale)

Variabili	Ecuador	Perù	Romania	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n. 126	n. 176	n. 171	n. 31	n. 29	n. 33	n. 39	n. 605
età								
14-19	7,1	6,3	6,4	3,2	6,9	3,0	2,6	6,0
20-24	29,4	21,0	31,0	25,8	20,7	30,3	23,1	26,4
25-29	31,7	29,5	29,2	32,3	31,0	45,5	23,1	30,6
30-34	18,3	18,8	22,8	16,1	24,1	18,2	30,8	20,7
35-39	7,9	18,2	8,8	16,1	13,8	3,0	20,5	12,4
40-45	5,6	6,3	1,8	6,5	3,4	0,0	0,0	4,0
media	27,2	29,1	27,0	29,1	28,4	26,2	29,0	27,9
stato civile								
nubile	45,2	50,0	34,5	25,8	27,6	72,7	30,8	42,3
coniugata/convivente con partner in Italia	42,1	40,8	55,6	51,6	69,0	24,2	69,2	48,1
coniugata/convivente con partner non in Italia	3,2	4,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
separata/divorziata	9,5	5,2	7,6	22,6	3,4	3,0	0,0	7,1
numero di figli								
0	25,4	35,2	36,3	29,0	55,2	75,8	33,3	36,2
1	34,9	32,4	35,1	48,4	10,3	9,1	43,6	32,9
2	27,8	21,6	21,1	12,9	20,7	12,1	23,1	21,8
>3	11,9	10,8	7,6	9,7	13,8	3,0	0,0	9,1
di cui almeno uno all'estero	66,0	71,9	79,8	72,7	23,1	50,0	65,4	70,2
anni di istruzione								
<8 (elementari e medie)	2,4	6,3	21,1	3,2	27,6	36,4	86,8	17,2
9-13 (superiori)	74,6	65,3	62,6	58,1	58,6	63,6	13,2	62,4
>14	23,0	28,4	16,4	38,7	13,8	0,0	0,0	20,4
media	12,4	11,9	10,9	12,8	10,0	9,6	7,1	11,2
attività lavorativa in Italia								
casalinga	2,4	2,8	4,7	6,5	48,3	18,2	13,2	7,1
colf/assistente familiare	56,0	59,1	40,9	58,1	10,3	9,1	0,0	44,4
lavoro dipendente	22,4	16,5	11,7	12,9	13,8	0,0	68,4	18,4
lavoro autonomo	0,0	1,1	0,0	0,0	3,4	6,1	13,2	1,7
disoccupata	16,0	14,2	40,9	22,6	24,1	63,6	5,3	25,2
studentessa	3,2	6,3	1,8	0,0	0,0	3,0	0,0	3,2
da quanto tempo in Italia								
< 1 anno	7,3	9,1	39,2	22,6	3,4	9,1	17,9	18,2
1-2	33,1	30,1	35,1	32,3	24,1	33,3	17,9	31,3
3-4	37,1	28,4	16,4	38,7	34,5	18,2	28,2	27,0
5-6	10,5	17,6	4,1	6,5	17,2	18,2	28,2	12,4
> 7	12,1	14,8	5,3	0,0	20,7	21,2	7,7	10,9
permesso di soggiorno								
no	34,9	21,7	63,2	48,4	17,2	78,8	23,1	40,6
si	65,1	78,3	36,8	51,6	82,8	21,2	76,9	59,4

La rappresentazione grafica proposta nella Figura 3.1 illustra ciò che emerge dall'Analisi delle Corrispondenze Multiple. È stata effettuata questa analisi statistica per cercare di indagare meglio le caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partecipato all'indagine e soprattutto per cercare di evidenziare l'esistenza di eventuali profili socio-demografici comuni alle donne intervistate. Sono emersi due principali "fattori latenti" sottostanti alla determinazione delle variabili osservate, visualizzati graficamente dai due assi cartesiani. Il primo fattore (asse delle ascisse) può essere interpretato come il livello di integrazione sociale delle donne immigrate nel nostro Paese: a sinistra (valori negativi) è identificata la condizione di scarsa integrazione, tipica degli irregolari di recente immigrazione, mentre a destra (valori positivi) è rappresentata la condizione di maggiore inserimento sociale. Sull'asse delle ordinate è invece sintetizzata la natura del progetto migratorio: in basso (valori negativi) ritroviamo un'immigrazione di tipo "pioneristico", legata prevalentemente alla ricerca di un'occupazione; in alto (valori positivi) un'immigrazione "al traino", caratterizzata dai ricongiungimenti familiari.

Sembrano emergere almeno quattro profili distinti:

1. donne a elevata precarietà sociale, tendenzialmente giovani, arrivate in Italia nell'ultimo anno, senza permesso di soggiorno, disoccupate e provenienti dalla Romania e dalla Nigeria;
2. donne lavoratrici impegnate in attività di assistenza familiare (colf, baby-sitter, assistenti familiari), con un buon livello di istruzione, integrate, in possesso di permesso di soggiorno e in Italia da diverso tempo, prevalentemente sudamericane;
3. donne un po' meno integrate, più giovani e con un più basso livello di istruzione rispetto a quelle del profilo 2, nubili o separate, da poco tempo in Italia (1-2 anni), prevalentemente della Moldavia e dell'Ucraina;
4. infine, donne coniugate o conviventi, immigrate al traino del partner o della famiglia d'origine, di età più avanzata, casalinghe o lavoratrici dipendenti (soprattutto cinesi e marocchine).

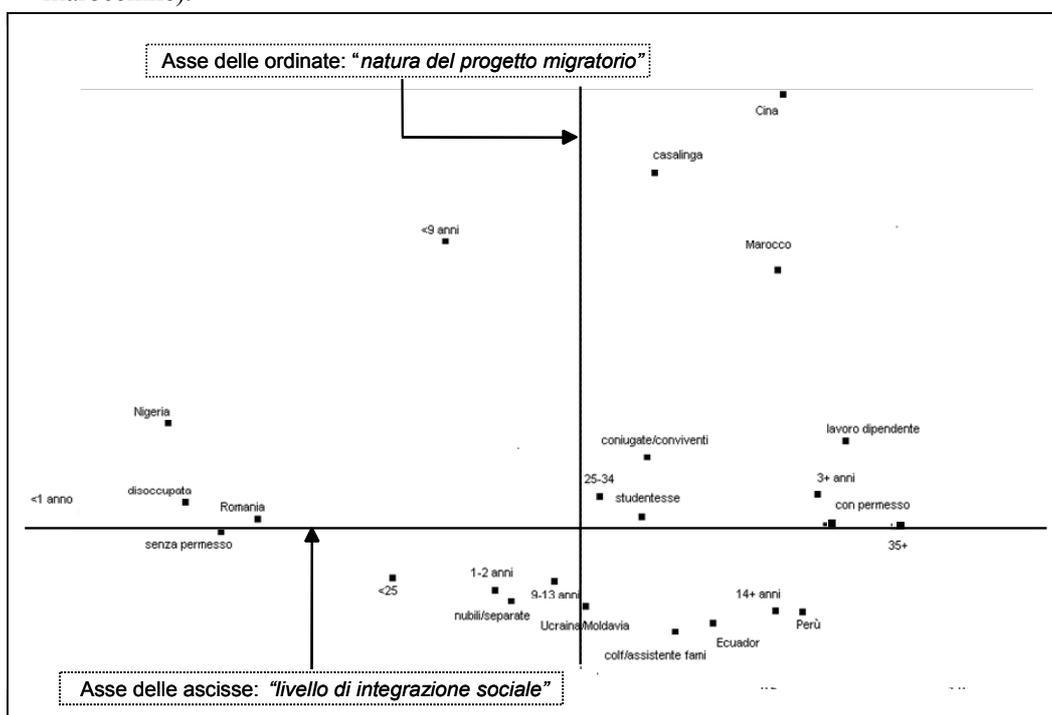


Figura 3.1. I profili emersi dall'Analisi delle Corrispondenze Multiple

Utilizzo dei servizi socio-sanitari

Come riportato in Tabella 3.5, il 52% delle donne che hanno effettuato l'IVG ha dichiarato di non essersi mai rivolta a un consultorio, principalmente perché non era a conoscenza della sua esistenza. Le africane risultano tra le donne che hanno maggiormente utilizzato questo servizio.

Tabella 3.5. Utilizzo dei servizi (in percentuale)

Servizi utilizzati/motivi	Ecuador	Perù	Romania	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n. 126	n. 176	n. 171	n. 31	n. 29	n. 33	n. 39	n. 605
ricorso al consultorio								
no*	63,2	50,0	56,2	64,5	24,1	9,1	53,8	52,0
<i>non sapevo che esistesse</i>	34,2	45,5	96,8	100,0	42,9	0,0	85,7	63,9
<i>altri motivi</i>	65,8	54,5	3,2	0,0	57,1	100,0	14,3	36,1
si*	36,8	50,0	43,8	35,5	75,9	90,9	46,2	48,0
<i>pienamente soddisfatta</i>	67,4	71,6	94,6	90,9	86,4	86,7	94,4	81,7
<i>poco soddisfatta</i>	28,3	26,1	2,7	9,1	9,1	10,0	5,6	15,6
<i>non soddisfatta</i>	4,3	2,3	2,7	0,0	4,5	3,3	0,0	2,8
se sì, per quale problema								
informazioni	0,0	8,0	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8
contraccezione	25,5	12,5	2,7	0,0	4,5	3,3	0,0	9,3
assistenza gravidanza	14,9	23,9	2,7	0,0	18,2	0,0	38,9	14,2
prevenzione tumori	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
controllo ginecologico	17,0	33,0	2,7	0,0	9,1	6,7	22,2	16,3
consulenza individuale	2,1	0,0	8,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
certificato IVG	36,2	18,2	78,1	100,0	63,6	86,7	33,3	50,9
controllo pediatrico	2,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
altro	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	1,4
non ricordo	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	3,3	0,0	0,7
si è mai rivolta a un centro di volontariato								
no	60,3	75,6	94,1	93,5	96,6	87,9	100,0	81,7
si	39,7	24,4	5,9	6,5	3,4	12,1	0,0	18,3

* le percentuali in corsivo sono calcolate sul totale delle modalità di risposta.

Tra coloro che si sono già rivolte a questo servizio, l'82% ha dichiarato di essere pienamente soddisfatto. L'accesso al consultorio, nel nostro campione, è legato soprattutto alla richiesta del certificato per l'IVG, ma anche per effettuare controlli ginecologici o per ricevere assistenza durante la gravidanza. Il 9% delle donne si è rivolto per la contraccezione, con presenze molto diverse per Paese: le più numerose sono state le donne sudamericane (17%), molto poche le altre nazionalità, assenti le cinesi e le ucraine/moldave. Nel campione di donne italiane intervistate, la percentuale di ricorso al consultorio prima di questa esperienza è risultata più alta (65% vs 48% tra le immigrate). Due terzi delle straniere non sono mai state al consultorio perché non ne erano a conoscenza, in numero molto maggiore rispetto alle italiane. Le motivazioni delle visite al consultorio sono alquanto diverse: le italiane vi ricorrono più spesso rispetto alle immigrate per la contraccezione e il certificato IVG, meno per controlli ginecologici e assistenza in gravidanza, casi in cui probabilmente scelgono il proprio medico di fiducia.

C'è comunque da segnalare che tra le donne straniere che hanno risposto di non essersi mai rivolte a un consultorio pubblico, il 39% è poi risultato, dall'informazione raccolta nella cartella clinica, aver ottenuto il certificato medico presso questa struttura. Se la contraddizione del dato può essere in parte spiegata da una errata comprensione della domanda, merita comunque

attenzione perché potrebbe rivelare uno scarso livello di consapevolezza da parte delle donne delle strutture a cui si rivolgono e del percorso sanitario seguito.

A venire in contatto con centri di volontariato è stato solo il 18% delle intervistate; tra queste in modo particolare le donne sudamericane, molto poche le altre, nessuna cinese. Questo dato potrebbe indicare una diversa presenza di associazioni di volontariato tra città e città.

Contracezione

Conoscenza dei metodi contraccettivi

La Tabella 3.6 riporta i dati relativi alla conoscenza della contraccezione. All'incirca la metà delle intervistate non è stata in grado di identificare correttamente il periodo fertile; le donne provenienti dal Marocco sono quelle che hanno mostrato una migliore conoscenza del ciclo riproduttivo.

La pillola risulta essere il metodo contraccettivo più citato dalle donne straniere (77%), in modo particolare da quelle provenienti dall'Africa e dal Sud America. Il preservativo (67%) è citato soprattutto dalle donne cinesi e nigeriane, mentre il coito interrotto (54%) è stato riportato dalla quasi totalità delle donne dell'Est Europa. Circa la metà delle donne è a conoscenza della spirale e del metodo Ogino Knaus, o "calendario". Da notare che, tra coloro che citano il calendario, molte (40%) non sono in grado di individuare correttamente il periodo in cui la donna può rimanere incinta.

La pillola risulta essere anche il metodo contraccettivo che le donne si sentirebbero di consigliare maggiormente alle loro amiche (34%), seguita dalla spirale (16%) e dal preservativo (11%). Il 30% delle donne non si sente invece in grado di dare alcun consiglio: questo dato, non in relazione a una mancanza totale di conoscenze, potrebbe invece rivelare una conoscenza superficiale dei metodi contraccettivi o una non completa soddisfazione nell'utilizzo di questi.

Per la maggior parte delle donne (64%) l'informazione sulla contraccezione è stata acquisita, nel Paese di origine, per "sentito dire" da parte dei conoscenti (parenti, amici, partner). Il 32% è stato invece informato da una fonte più attendibile, come personale sanitario o consultorio. Infine anche la scuola (20%) sembra aver svolto un ruolo importante nella divulgazione di informazioni.

Disaggregando i dati per Paese di provenienza, emerge che le donne dell'Est Europa vengono principalmente informate dal proprio partner, le sudamericane dalla scuola, le donne cinesi invece dal consultorio e dai mass media.

Circa un terzo delle donne non ha ricevuto informazioni da nessuno una volta in Italia: dal 12% nel Paese di origine si passa al 35% in Italia (Figura 3.2). Una volta giunte nel nostro Paese, il ruolo dei conoscenti diminuisce fortemente (in particolar modo quello del partner) e questo può presumibilmente essere riconducibile all'impoverimento delle relazioni sociali. D'altra parte, il peso del consultorio aumenta in modo considerevole, risultato atteso in quanto in molti Paesi questa struttura è inesistente e viene invece utilizzata una volta che le straniere si trovano in Italia. Unica eccezione è rappresentata dalle donne cinesi, per le quali si passa dal 21% al 3%.

Solo il 37% delle donne straniere è a conoscenza della pillola del giorno dopo, tra queste l'11% l'ha utilizzata in precedenza. A conoscere meno questo metodo sono le donne provenienti dall'Ucraina e Moldavia, probabilmente perché presenti in Italia da meno tempo rispetto alle altre, o forse perché si tratta di un metodo poco diffuso nel loro Paese.

I livelli di conoscenza sono risultati più alti tra le italiane: il 74% è stato in grado di identificare correttamente il periodo fertile, il 90% conosceva la pillola, l'84% il preservativo, e il 67% era a conoscenza della pillola del giorno dopo. Un dato interessante è che nel 41% dei casi l'informazione sulla contraccezione è stata fornita dalla scuola.

Tabella 3.6. La conoscenza della contraccezione e fonti informative (in percentuale)

Conoscenza/attitudini e fonti informative	Ecuador n. 126	Perù n. 176	Romania n. 171	Ucraina/ Moldavia n. 31	Marocco n. 29	Nigeria n. 33	Cina n. 39	Totale n. 605
conoscenza del periodo fertile								
durante le mestruazioni	3,2	5,7	0,6	0,0	3,4	6,1	0,0	3,0
circa a metà ciclo	41,3	45,5	57,9	45,2	72,4	48,5	59,0	50,4
subito dopo le mestruazioni	46,0	40,9	35,1	41,9	17,2	6,1	10,3	35,4
subito prima le mestruazioni	7,9	5,1	5,3	12,9	3,4	9,1	5,1	6,3
non so	1,6	2,8	1,2	0,0	3,4	30,3	25,6	5,0
metodi contraccettivi conosciuti (più di 1 risposta possibile)								
nessuno	0,0	0,6	2,3	6,5	0,0	6,1	2,6	1,7
coito interrotto	38,1	42,0	90,6	83,9	31,0	24,2	17,9	54,0
Ogino Knaus (calendario)	60,3	55,7	33,3	22,6	55,2	30,3	15,4	44,6
altri metodi tradizionali	6,3	4,0	0,0	0,0	0,0	6,1	0,0	2,8
preservativo	66,7	73,3	53,8	67,7	69,0	81,8	87,2	67,3
diaframma	7,1	4,0	1,8	0,0	6,9	3,0	2,6	3,8
spirale	86,5	72,7	21,1	32,3	48,3	3,0	82,1	54,5
pillola	97,6	93,8	49,7	35,5	100,0	84,8	61,5	76,9
iniettabili	45,2	62,5	0,6	0,0	6,9	3,0	15,4	29,3
sterilizzazione	5,6	3,4	0,0	0,0	13,8	0,0	2,6	3,0
impianti ormonali	19,8	17,6	0,6	0,0	3,4	0,0	0,0	9,6
metodi contraccettivi consigliati								
non in grado di dare consigli	14,3	18,3	55,6	58,1	14,8	12,1	19,4	29,7
nessuno	0,8	0,0	0,6	0,0	0,0	3,0	0,0	0,5
coito interrotto	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,3
metodi tradizionali	1,6	2,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
preservativo	7,1	8,0	7,6	9,7	7,4	33,3	30,6	10,5
diaframma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,2
spirale	22,2	18,3	7,0	19,4	7,4	0,0	44,4	16,0
pillola	38,1	38,9	28,1	12,9	70,4	51,5	0,0	34,1
iniettabili	11,1	13,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	6,5
sterilizzazione	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
impianti ormonali	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
altro	2,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
conoscenza della pillola del giorno dopo								
no	65,1	50,9	68,2	90,0	65,5	69,7	64,1	63,3
si, ma non l'ho mai utilizzata	33,3	44,0	30,0	10,0	13,8	30,3	25,6	32,7
si, l'ho già utilizzata in precedenza	1,6	4,6	1,2	0,0	17,2	0,0	7,7	3,3
si, l'ho utilizzata per evitare questa ultima gravidanza	0,0	0,6	0,6	0,0	3,4	0,0	2,6	0,7
da chi ha ricevuto l'informazione nel Paese di origine (più di 1 risposta possibile)								
parenti	12,7	29,0	7,0	0,0	31,0	21,2	0,0	15,7
partner	4,8	2,3	65,5	71,0	3,4	0,0	2,6	24,1
amici/amiche	19,8	22,2	28,1	19,4	17,2	21,2	28,2	23,3
personale sanitario	26,2	25,0	34,5	45,2	10,3	15,2	2,6	26,3
mass media	1,6	2,3	1,2	0,0	13,8	0,0	20,5	3,3
consultorio	9,5	6,8	0,0	3,2	0,0	0,0	20,5	5,5
centro volontariato	0,0	1,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
scuola	31,7	29,0	11,1	12,9	17,2	3,0	7,7	20,3
nessuno	12,7	8,0	15,8	19,4	3,4	6,1	17,9	12,1
da chi ha ricevuto l'informazione in Italia (più di 1 risposta possibile)								
parenti	5,6	12,5	0,6	0,0	6,9	3,0	2,6	5,6
partner	4,8	4,0	3,5	3,2	0,0	3,0	0,0	3,5
amici/amiche	23,0	28,4	2,3	0,0	17,2	45,5	25,6	18,7
personale sanitario	20,6	21,0	18,7	19,4	17,2	9,1	5,1	18,3
mass media	1,6	1,1	0,6	0,0	6,9	0,0	12,8	2,0
consultorio	23,8	25,6	24,0	22,6	20,7	6,1	2,6	21,8
centro volontariato	1,6	0,6	1,8	0,0	0,0	3,0	0,0	1,2
scuola	1,6	5,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
nessuno	31,7	20,5	62,6	67,7	0,0	3,0	15,4	34,9

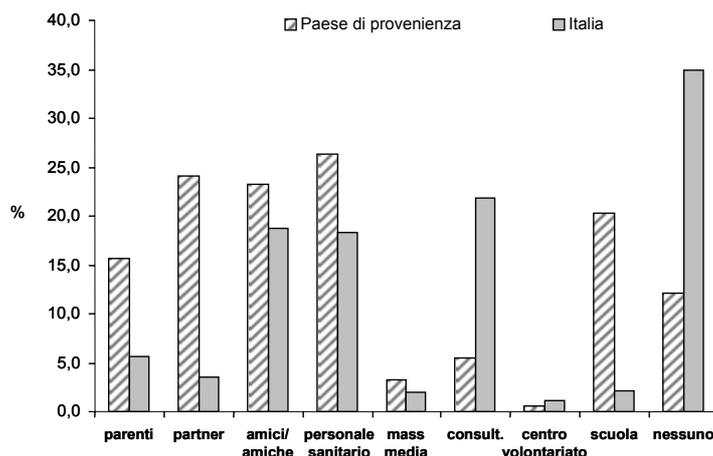


Figura 3.2. Fonte informativa sulla contraccezione, nel Paese di origine e in Italia

Dall'indagine approfondita delle opinioni e delle credenze delle donne straniere, emerge una conoscenza dei metodi contraccettivi molto limitata, appresa soprattutto dalle amiche, "per sentito dire", che si traduce spesso in un atteggiamento "diffidente" nei confronti della contraccezione:

"Con le pillole... va bene ma... bisogna ricordarsi tutti i giorni. Con il cerotto bisogna stare attenti che non si stacchi. Con la spirale la mestruazione è moltissima, con tutti i metodi contraccettivi si sta sempre in pensiero" (S4/Perù, fidanzata, no figli).

"Usare troppo i preservativi non va bene, vero? Non fa bene alle donne, l'ho sentito dire anche da altre persone" (C8/Cina, convivente, no figli).

Ma anche timoroso:

"(Non prendo niente) perché ho paura, non ho molta fiducia nella pillola, perché ho sentito che ti può far venire persino il cancro" (S12/Perù, fidanzata, no figli).

"Per esempio mia cognata si era messa la T di rame ma mi diceva che le si era incarnata con il tempo e quando se l'è tolta ha avuto un'emorragia e le ha fatto molto male, allora non è che... cioè mi ha fatto venire paura" (S20/Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio).

"Sono un po' strani (i metodi contraccettivi in Italia), [...] perché per esempio il cerotto, questo tipo di cose, io non mi fido, veramente io non mi fido di questi metodi, no? Però saranno efficaci? Non lo so, non conosco persone che mi abbiano detto di sì" (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

"Tra le donne cinesi c'è una voce in giro che dice che la pillola ha effetti collaterali, poi la mia salute non è stata mai in buona condizione, ogni tanto ho mal di stomaco, avendo sentito la voce in giro ho anche paura di prenderla" (C3/Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio).

"Certe medicine protettive danneggiano, in un certo senso, per esempio il preservativo [...]. Danneggiano prima o dopo il parto. Io ho sentito dopo il parto, ho avuto una ferita provocata dall'utilizzo dei preservativi, che poi è stata curata. Non sono buoni i preservativi, poi dipende dall'organismo di ciascuno" (R1/Romania, 33 anni, sposata, 2 figli).

Ricorso alla contraccezione

Il 56% delle donne intervistate (Tabella 3.7) non aveva fatto alcun uso di contraccezione per evitare la gravidanza per cui è poi ricorsa all'IVG; tra queste, il 46% ha riportato di non aver adottato alcuna precauzione perché in quel momento "non ci pensava": sono soprattutto le donne sudamericane a mostrare un atteggiamento fatalista. La quasi totalità delle donne nigeriane non aveva utilizzato alcun metodo. Sul totale del campione, il 24% si era affidato a metodi a bassa efficacia (coito interrotto, metodi tradizionali) e infine il 20% a metodi efficaci, quali la pillola, la spirale, il preservativo e gli iniettabili (Figura 3.3). Quest'ultimo dato rivela

dunque il fallimento di forme contraccettive affidabili, probabilmente da ricollegare a un uso scorretto e comunque alla mancanza di una contraccezione adeguata.

L'assenza di pratiche di controllo delle nascite non si limita a questa gravidanza: il 22% delle donne non aveva utilizzato alcun metodo contraccettivo nell'ultimo anno e il 31% ha dichiarato di non aver usato mai niente nel proprio Paese.

La maggior parte delle donne (84%) ha riferito di coinvolgere il proprio partner nella scelta del metodo contraccettivo da utilizzare. È da segnalare però, che tra queste, il 50% non ha utilizzato nessun metodo per prevenire l'ultima gravidanza e il 18% invece si è affidata al coito interrotto.

Tabella 3.7. I metodi contraccettivi usati dalle donne straniere (in percentuale)

Usi di metodi contraccettivi	Ecuador	Perù	Romania	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n. 126	n. 176	n. 171	n. 31	n. 29	n. 33	n. 39	n. 605
per evitare l'ultima gravidanza								
no*	49,2	52,3	52,6	48,4	58,6	97,0	76,9	55,9
<i>volevo rimanere incinta</i>	8,1	4,3	11,1	13,3	0,0	0,0	13,3	7,4
<i>non ci pensavo</i>	71,0	52,2	32,2	46,7	58,8	40,6	13,3	45,9
<i>partner non voleva</i>	0,0	3,3	0,0	0,0	11,8	12,5	3,3	3,0
<i>pensavo di essere sterile</i>	4,8	10,9	11,1	6,7	0,0	3,1	3,3	7,7
<i>credevo periodo non fertile</i>	11,3	25,0	40,0	33,3	11,8	15,6	23,3	25,1
<i>altro</i>	4,8	4,3	5,6	0,0	17,6	28,1	43,3	10,9
si*	50,8	47,7	47,4	51,6	41,4	3,0	23,1	44,1
<i>coito interrotto</i>	9,4	9,5	75,3	100,0	0,0	0,0	33,3	35,2
<i>metodi tradizionali</i>	28,1	28,6	7,4	0,0	8,3	0,0	0,0	18,4
<i>preservativo</i>	17,2	29,8	7,4	0,0	16,7	0,0	55,6	18,4
<i>diaframma</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>spirale</i>	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,7
<i>pillola</i>	40,6	29,8	8,6	0,0	75,0	100,0	0,0	25,5
<i>iniettabili</i>	4,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
<i>altro</i>	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
nell'ultimo anno (più risposte)								
nessuno	24,6	18,2	15,2	9,7	41,4	51,5	36,8	22,4
coito interrotto	10,3	12,5	75,4	80,6	10,3	6,1	10,5	32,8
metodi tradizionali	19,0	19,3	18,7	12,9	10,3	3,0	2,6	16,4
preservativo	14,3	27,8	28,1	45,2	13,8	33,3	36,8	26,2
diaframma	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
spirale	4,0	6,8	1,2	0,0	0,0	0,0	34,2	5,3
pillola	39,7	31,8	13,5	9,7	34,5	24,2	7,9	25,3
iniettabili	6,3	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
nel Paese di provenienza								
no	37,3	34,7	9,4	9,7	62,1	60,6	56,4	31,0
si*	62,7	65,3	90,6	90,3	37,9	39,4	43,6	69,0
<i>calendario</i>	19,0	7,0	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5
<i>coito interrotto</i>	3,8	3,5	61,0	67,9	0,0	7,7	0,0	29,4
<i>iniettabili</i>	24,1	43,9	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	17,0
<i>metodi tradizionali</i>	1,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
<i>norplant</i>	1,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
<i>pillola</i>	32,9	15,8	19,5	7,1	62,5	61,5	0,0	21,6
<i>preservativo</i>	2,5	7,9	9,1	14,3	25,0	30,8	12,5	9,0
<i>spermicidi</i>	1,3	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
<i>spirale</i>	13,9	20,2	3,9	10,7	12,5	0,0	87,5	14,1
condivisione delle scelte contraccettive con il partner								
si, sempre	62,7	65,3	86,5	83,9	55,2	48,4	59,0	70,0
si, saltuariamente	22,2	20,5	7,0	6,5	3,4	6,5	7,7	13,9
no	14,3	10,2	6,4	9,7	31,0	45,2	30,8	14,1
no, è contrario	0,8	4,0	0,0	0,0	10,3	0,0	2,6	2,0

* le percentuali in corsivo sono calcolate sul totale delle modalità di risposta

Nella Figura 3.3 è mostrato l'utilizzo della contraccezione per la gravidanza in studio, distinguendo tra metodi efficaci e non, nei sette Paesi esaminati. Emerge che la quasi totalità delle donne nigeriane e circa i 3/4 delle cinesi non aveva fatto alcun uso di metodi contraccettivi. A utilizzare una contraccezione più efficace sono state soprattutto le marocchine e le sudamericane, mentre a metodi non efficaci ricorrono per la maggior parte le donne dell'Est Europa: in particolare è da notare il comportamento delle ucraine e moldave che non prendono nessuna precauzione o si affidano a metodi poco sicuri. Si ricorda che questa indagine riguarda donne che sono ricorse all'IVG e quindi non sono rappresentative della totalità delle donne in età feconda relativamente all'uso della contraccezione.

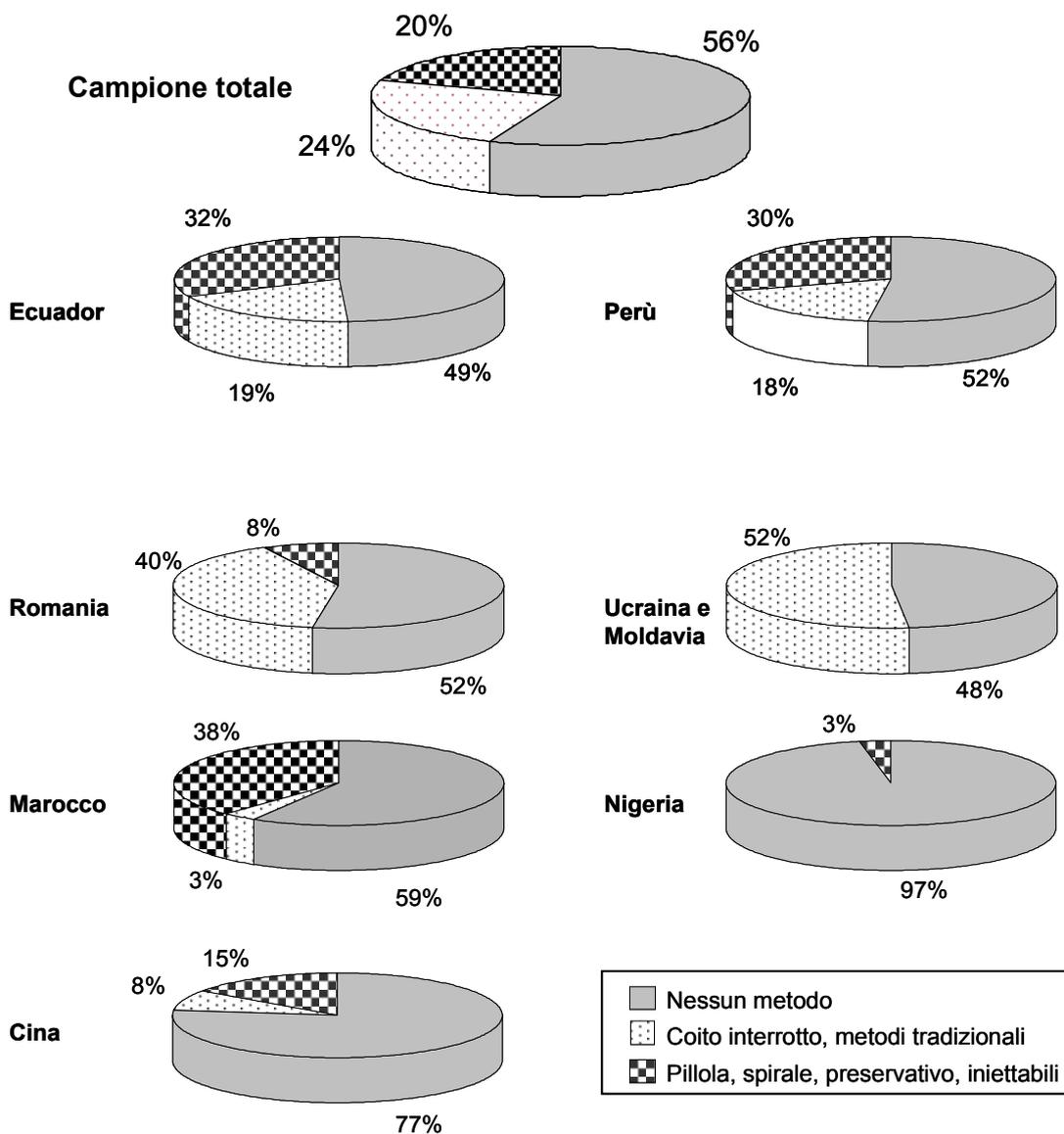


Figura 3.3. Utilizzo della contraccezione per evitare la gravidanza per cui si è ricorsi all'IVG, per Paese di provenienza

La Figura 3.4 mostra l'utilizzo della contraccezione nel Paese di provenienza e in Italia, tra le donne presenti nel nostro Paese da più di un anno. Come emerge dai risultati, c'è stata una modifica nei comportamenti relativi alle pratiche contraccettive tra il passato (Paese di provenienza) e il presente (Italia): un calo nell'utilizzo della spirale e degli iniettabili, questi ultimi molto usati in Sud America ma difficilmente reperibili in Italia. Aumenta l'uso, invece, di pillola, preservativo, coito interrotto e metodi tradizionali.

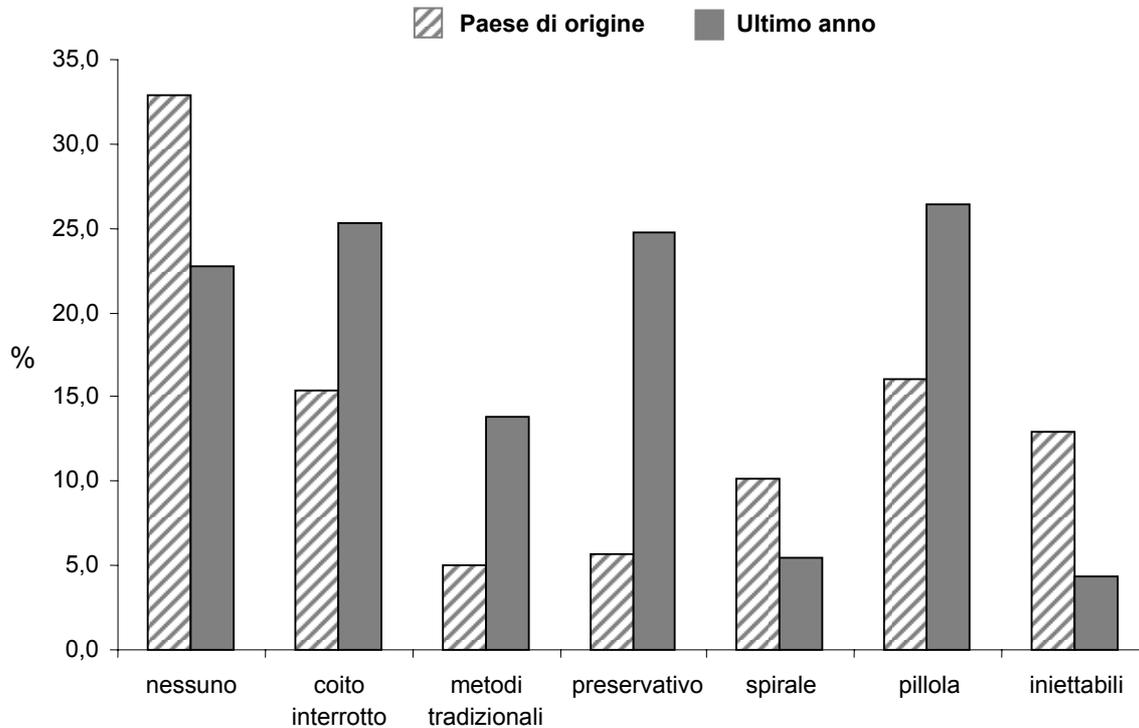


Figura 3.4. Utilizzo dei metodi contraccettivi nel Paese di origine e nell'ultimo anno in Italia

L'indagine qualitativa ha confermato la presenza di molte donne che non usano alcun metodo per prevenire la gravidanza.

"Però è che non sono sposata, ho un fidanzato che vedo poco, per questo non uso niente" (S10/Perù, fidanzata, no figli)

"Le altre mi dicevano che dopo partorito dovevo usare qualche contraccezione, io dicevo che sto sempre con mio marito, non vado con altri, non è necessario, quindi non ho fatto niente" (C3/Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio).

"Alla fine del rapporto andavo in bagno e mi lavavo. Quella volta non so che era successo, forse è stato un rapporto più intenso, non lo so..." (R6/Romania, 18 anni, convivente, no figli).

"Io non ho mai preso niente in Marocco" (M1/Marocco, 31 anni, sposata, no figli).

L'analisi ha permesso inoltre di analizzare meglio le modalità di utilizzo dei metodi contraccettivi, facendo emergere come la disattenzione sia talvolta la causa delle gravidanze non desiderate.

“Abbiamo cominciato ad avere rapporti, pensiamo che non era un problema se usavamo il preservativo, ma facendo così non è tanto bello, perciò abbiamo deciso di usare il preservativo solo nei giorni pericolosi, ma un giorno lui non è stato attento” (S4/Perù, fidanzata, no figli).

“Io prima usavo la pillola. I primi mesi col mio compagno non rimanevo incinta, così che a un certo momento ho pensato “tanto prendere la pillola se sono diventata sterile”, io mi sono fidata molto di questo pensiero” (S9/Perù, 34 anni, separata, fidanzata, 2 figli).

La mancanza di qualsiasi precauzione, come l'uso scorretto della contraccezione, è molte volte associato al tipo di relazione: coppie non stabili, o con rapporti sessuali saltuari (perché il compagno è lontano, perché non si vive insieme e ci si vede ogni tanto) sembrano non ritenere necessario affidarsi a una contraccezione sicura.

“Guarda, sinceramente, io ho una relazione con un ragazzo e non è una relazione sicura e poi non è che abbiamo rapporti frequentemente, è una cosa così, casuale, a volte. [...] sapendo di non avere rapporti continuativi non mi veniva di prendere anticoncezionali tutti i giorni e quelle cose” (S19/Perù, 23 anni, nubile, no figli).

“Mio marito ha un lavoro che lo fa viaggiare, [...] è inutile che... a volte va via per un mese, a volte quindici giorni, e stare a prendere le pillole, per me... [...] è inutile prendere le pillole per un mese, per niente...” (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

“Poi da quando il mio ragazzo è venuto in Italia (la signora stava in Romania) e tornava in Romania una volta ogni tanto, non era neanche necessario fare uso di qualche metodo contraccettivo. Per una settimana o due non era proprio necessario.” (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

Altre volte la superficialità nell'utilizzare la contraccezione sembra associata all'incapacità di un utilizzo continuato nel tempo.

“Si è rotto il preservativo, [...] stavo prendendo la pillola però quel mese mi ero stancata di prenderla perché erano quasi 2 anni che la prendevo. (Quella pillola) mi faceva troppo male alla testa, mi cambiava il carattere, io non so se... sono credenze che uno ha, però mi sentivo così, allora mi sono detta, bene, provo a non prenderla questo mese” (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“È stato uno sbaglio perché usavo il preservativo, perché la pillola mi dà fastidio. Abbiamo sbagliato perché l'unica volta che non abbiamo usato il preservativo perché pensavo che in quel periodo non ero fertile, il periodo della mestruazione, perché ho visto qualche goccia e mi sono lasciata fare perché ho detto che era impossibile” (M2/Marocco, fidanzata, no figli).

Per quanto riguarda l'accesso alla contraccezione, si riscontrano differenze dovute al Paese di provenienza. Le donne sudamericane e le marocchine, probabilmente perché abituate a ricevere gratuitamente la contraccezione, si lamentano della necessità della ricetta medica e del prezzo della contraccezione.

“Quella (la pillola) mi costava 4 euro a me, l'unica che costa poco, per dire che ce ne sono anche da 10, 15 euro, e... diciamo che quando uno non ha, perché se stai in Italia uno a volte rimane senza soldi, e non ha soldi per comprarle, però se ci fosse [...] nel mio Paese per esempio c'erano consultori dove le persone che non potevano comprare la pillola gliela regalavano tutte le volte che facevano la visita, se lo facessero qua sarebbe una bella cosa” (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“Perché semplicemente uno nel suo Paese va, chiede la pillola, non è necessario che abbia alla fine una ricetta, ma semplicemente va e senza nessuna ricetta chiede le sue pillole, invece qua solo se ha la ricetta le vendono le pillole. [...] un po' costoso, perché le pillole costano 12, 13 euro, sì, io penso che sono un po' costose, sono costose” (S6/Ecuador, 27 anni, sposata, 3 figli).

“Io ho un’amica che paga 20 euro al mese per la pillola e un’altra che la prende al Paese perché qui è cara” (M1/Marocco, 31 anni, sposata, no figli).

“Da noi la pillola si dà gratis in consultorio. [...] Comunque la pillola qui è molto cara” (M2/Marocco, fidanzata, no figli).

Le donne rumene sembra che apprezzino la disponibilità della contraccezione nel nostro Paese, e il prezzo non sembra costituire un grosso ostacolo.

“Oggi non mi sembrano cari, è meglio pagare 6-7 euro che fare un intervento chirurgico. Perché un organismo soffre, poi si rischia il cancro o altro” (R1/Romania, 33 anni, sposata, 2 figli).

“Mi sono informata poco in questo senso (prezzo). So che i preservativi costano circa 7-9 euro. Per uno stipendio di 600-700 euro non mi sembra tanto. Io pagherei anche 20 euro. Per me la salute è primordiale” (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

Alle donne è stato anche chiesto se, in seguito all’esperienza dell’IVG pensavano di fare ricorso alla contraccezione. Sembra emergere un atteggiamento responsabile, sicuramente di ascolto delle informazioni e suggerimenti offerti dai consultori e dai servizi.

C’è chi ha deciso di affidarsi alla pillola.

“Sono molto cambiata, sono diventata molto... e adesso prendo la pillola” (M2/Marocco, fidanzata, no figli).

“Io comincerò a usare la pillola, perché non voglio rischiare un’altra IVG” (N3/Nigeria, fidanzata, no figli).

“Sì, (la pillola, non la dimenticherò), ho messo persino un allarme nell’orologio che mi suona alle nove di sera e così anche mio marito mi aiuta, perché noi non vogliamo avere più bambini” (S6/Ecuador, 27 anni, sposata, 3 figli).

Chi alla spirale.

“Vorrei mettere la spirale, perché con la pillola ci si dimentica, lavorando così mi dimentico” (C3/Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio).

“Avrei preferito gli iniettabili, però so che non ci sono, dunque mi farò mettere la T di rame (spirale)” (S13/Perù, separata, 2 figli).

Molto rare le donne che dopo questa esperienza continuano a non prendere alcuna precauzione.

Per quanto riguarda la scelta del metodo contraccettivo, un accenno va fatto alla questione degli iniettabili: sono molte le immigrate sudamericane a lamentare la non reperibilità di questo metodo in Italia.

“Io ho sentito... beh, non è che ho sentito, un’amica faceva, una volta al mese, si faceva fare una puntura, questo però era un contraccettivo e durava tutto il mese. Io volevo vedere se c’era questo in Italia, ma qui non esiste. Io nooo... non capisco questo, perché qui non c’è la puntura? Perché si suppone che qua le cose sono più sviluppate, e non capisco perché, [...] quando ero al Paese il ginecologo diceva che questo metodo è sicuro, che era una cosa sicura al 99%” (S5/Ecuador, 34 anni, sposata, 1 figlio).

“C’è un altro metodo là, che era più esatto, erano le punture (iniettabili), anche se qui si dice che sono molto pesanti, le punture, uno si faceva la puntura ogni mese e sapeva che poi le veniva la mestruazione, e era praticamente protetta, è un metodo più sicuro, e lo dico perché mia sorella l’ha usato per dieci anni, dieci anni così, faceva la pausa e prendeva le pillole per poi riprendere le punture, è stato un metodo che le ha fatto fare una vera pianificazione, nel senso che ha soltanto una bambina di dieci anni e basta” (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

Interruzione volontaria della gravidanza

Un terzo delle donne intervistate ha dichiarato che prima di rivolgersi ai servizi per effettuare l'IVG non sapeva dell'esistenza di una legge in Italia che garantisce a tutte le donne di abortire gratuitamente (Tabella 3.8).

Tabella 3.8. Conoscenza dell'esistenza della legge sull'IVG (in percentuale)

Conoscenza Legge 194/1978	Ecuador n. 126	Perù n. 176	Romania n. 171	Ucraina/ Moldavia n. 31	Marocco n. 29	Nigeria n. 33	Cina n. 39	Totale n. 605
no	31,0	21,0	48,8	32,3	27,6	18,2	53,8	33,8
sì	69,0	79,0	51,2	67,7	72,4	81,8	46,2	66,2

Le rumene e le cinesi sono quelle che conoscono meno la legge italiana. Tra coloro che non erano a conoscenza della legge, tuttavia, il 9% aveva già avuto almeno un'interruzione di gravidanza in Italia, e circa un terzo era arrivato da più di due anni. Il dato sembra indicare che la conoscenza della normativa vigente è ancora scarsa tra le immigrate, anche tra quelle che si trovano nel nostro Paese da più tempo. Tuttavia la permanenza nel nostro Paese è un fattore associato alla migliore conoscenza ($p < 0.0001$). Come riportato nella Tabella 3.9, il 44% delle straniere intervistate aveva già fatto ricorso all'interruzione di gravidanza. Una particolare propensione alla ripetizione si è osservata tra le donne provenienti dalla Nigeria, dall'Est Europa e dalla Cina. La percentuale minore di aborti pregressi è stata invece riscontrata tra le donne sudamericane.

Tabella 3.9. Numero di IVG precedenti effettuate dalle donne straniere (in percentuale)

N. IVG	Ecuador n. 126	Perù n. 176	Romania n. 171	Ucraina/ Moldavia n. 31	Marocco n. 29	Nigeria n. 33	Cina n. 39	Totale n. 605
0	68,3	67,6	45,6	48,4	48,3	24,2	43,6	55,7
1	23,8	22,7	30,4	38,7	34,5	45,5	30,8	28,3
2	7,1	6,3	14,0	6,5	10,3	12,1	17,9	9,9
≥ 3	0,8	3,4	9,9	6,5	6,9	18,2	7,7	6,1
Almeno una effettuata in Italia	55,0	59,6	29,0	25,0	86,7	76,0	50,0	48,5

Il dato nazionale relativo all'anno 2003 mostra che il 36% delle donne provenienti dai Paesi a economia in via di sviluppo aveva già effettuato un aborto in passato (dato inferiore a quello del nostro campione), rispetto al 22% delle donne italiane (elaborazione dell'ISS sui dati ISTAT relativi al 2003).

All'incirca il 50% delle immigrate aveva già effettuato almeno una IVG in Italia con percentuali più alte tra le donne africane e più basse tra le donne provenienti dall'Europa dell'Est. Se il fenomeno delle IVG ripetute è certamente preoccupante, non bisogna dimenticare, comunque, che queste donne provengono da Paesi in cui i tassi di abortività sono

molto alti ed è dunque presumibile che, una volta in Italia, continuino a far ricorso all'IVG abbastanza frequentemente.

L'analisi dei dati mostra che l'aver o meno effettuato IVG in precedenza non ha condizionato il ricorso alla contraccezione per quest'ultima gravidanza: gli aborti precedenti non hanno indotto a utilizzare metodi più affidabili. Tuttavia le donne che hanno effettuato almeno un'IVG in Italia hanno mostrato una tendenza a utilizzare metodi più efficaci. Il dato potrebbe essere incoraggiante rivelando l'importanza del contatto con i consultori e altri servizi e sottolinea il ruolo che questi possono avere nella diffusione delle informazioni e nella prevenzione dell'IVG.

Motivazioni

I problemi economici e l'aver già figli sono le motivazioni principali che hanno portato le donne straniere alla decisione di abortire (Tabella 3.10). Sono infatti un terzo le donne che hanno effettuato l'IVG per difficoltà economiche in generale, valore che raggiunge circa il 40% se consideriamo anche il timore di perdere il lavoro. Dai dati emerge dunque che la scelta di interrompere o meno la gravidanza è condizionata molto da inadeguate condizioni materiali.

Nel 28% dei casi la decisione è stata presa da donne che hanno già dei figli, spesso lontani (vedi Tabella 3.4), e presumibilmente non si sentono di affrontare ulteriori gravidanze perché hanno raggiunto il numero di figli desiderato.

Anche il tipo di relazione con il partner ha inciso sulla scelta di portare avanti o meno la gravidanza. Il 9% delle intervistate ha riportato di avere difficoltà nella vita di coppia, probabilmente perché si tratta di relazioni non stabili: a conferma del dato, solo il 20% di queste donne risulta coniugato o convivente.

Dal confronto con il campione di italiane, risulta che anche per queste donne le difficoltà economiche rappresentano la motivazione principale per il ricorso all'IVG (39%).

Tabella 3.10. Motivazioni principali che hanno spinto le donne straniere a effettuare l'IVG (in percentuale)

Motivazioni	Ecuador	Perù	Romania	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n. 126	n. 176	n. 171	n. 31	n. 29	n. 33	n. 39	n. 605
problemi economici	28,8	28,6	44,4	41,9	17,2	30,3	41,0	34,2
perdita lavoro	4,8	13,1	0,0	0,0	0,0	6,1	0,0	5,1
non voler figli	4,0	4,6	0,0	0,0	10,3	18,2	2,6	3,8
non voler altri figli	38,4	30,9	22,8	22,6	27,6	15,2	23,1	28,2
paura dei genitori	2,4	7,4	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	3,0
vergogna di essere giudicata male	0,0	1,7	3,5	3,2	6,9	0,0	2,6	2,2
difficoltà con partner	9,6	6,9	9,4	12,9	10,3	12,1	7,7	9,0
paura maternità e parto	2,4	1,1	9,9	12,9	0,0	3,0	0,0	4,5
altro	9,6	5,7	9,9	6,5	13,8	12,1	23,1	9,6
non risponde	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	3,0	0,0	0,5

Le diverse motivazioni che hanno portato le donne a interrompere la gravidanza emergono in maniera più completa e articolata dall'analisi dei dati qualitativi.

Molto spesso si tratta di ragioni "universali" che accomunano tante donne: l'età, per esempio, o il non trovarsi in un momento della vita idoneo alla nascita e alla crescita di un bambino.

“Anche se io qui ho dei fratelli, ma non ho una mamma, non ho un papà, abito con delle amiche, studio, allora... faccio anche tante cose... la mia famiglia è povera al mio Paese, io li aiuto abbastanza, avere un figlio qua era troppo per me... come tiro avanti con questo bambino...” (S19/Perù, 23 anni, nubile, no figli).

“(Ho abortito) primo perché non mi sento capace di tirare su un figlio, ho solo vent’anni e non mi sento capace, poi essere qui da sola è ancora più difficile, non avevo un lavoro in quel momento e credo che era meglio così” (S3/Ecuador, 20 anni, nubile, no figli).

Altre volte è il tipo di relazione con il compagno a non permettere di affrontare una gravidanza: coppie non stabili, di recente formazione, rapporti comunque non adatti per una scelta di maternità.

“Io, in questo momento non posso avere un figlio, e soprattutto in questa situazione. Perché sono quasi sicura che non avrei avuto il suo (del compagno) appoggio, e io so cosa vuol dire, mantenere da sola un figlio, non potevo tradire i miei genitori, che fanno tanto per me. È molto difficile per una persona affrontare una gravidanza, tirare su un bambino piccolo da sola, senza l’aiuto di nessuno. Mi dispiace molto aver dovuto prendere questa decisione però non avevo altra scelta” (S13/Perù, separata, 2 figli).

“Mi è dispiaciuto, ho voglia di avere figli, solo che il mio ragazzo non è ancora pronto per avere una famiglia. Lui non vuole figli, lui non è in grado di prendersi cura di loro, per questo sono andata a fare l’intervento. L’ho fatto perché non voglio avere figli bastardi, per avere figli senza padre che si prende cura di loro, mi ricorda la mia infanzia. Non ho nessuno che mi aiuterà a prendermi cura di loro” (N3/Nigeria, fidanzata, no figli).

“(Ho abortito) perché avevo paura per il futuro e perché avevo fatto un peccato. Peccato perché fai un bambino con un amante, questo è un peccato, e un altro peccato è che fai un crimine mandando via il bambino” (R1/Romania, 33 anni, sposata, 2 figli).

Sono però le condizioni legate allo status di immigrate, quali la precarietà di lavoro, le situazioni abitative disagiate, a influire in maniera significativa nella decisione se portare o meno avanti una gravidanza.

“Non mi sembra di avere condizioni sufficienti. Lui (il marito) diceva “dove dormiamo noi può dormire anche lui, ora abbiamo un letto grande”. Gli ho detto che il problema non è soltanto il letto...” (R3/Romania, 23 anni, sposata, 1 figlio).

“Qua col fatto che siamo stranieri ci sono molti problemi nel senso che... una persona per far crescere un bambino, c’è bisogno di un ambiente, e la realtà nostra è diversa, perché o lavoriamo tutti a tempo pieno, per dire nel caso mio, io non ho un luogo dove far crescere un bambino e anche mio marito [...] lui lavora da una parte e abita da un’altra parte, io lavoro in un posto e vivo lì, praticamente noi stiamo insieme il fine settimana... e se c’è da fare un bambino in queste condizioni non ne vale la pena” (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

“Mi sono spaventata...(sorridente con un sospiro), perché il lavoro, cioè io lavoro fissa e solamente vedo lui (il marito) il sabato e la domenica, solamente due giorni, cioè lui lavora, io lavoro, cioè non possiamo avere una casa e avere il bambino, se io lo tenevo il bambino perdevo il lavoro e qui è difficile lavorare... cioè... gravida, lavorare quando si ha una creatura... è molto difficile. Allora per questo ho deciso di non tenerlo, perché ho appena 8 mesi qua a Milano, devo perfino pagare dei debiti e non potevo tenerlo. [...] il debito, il mio lavoro, non potevo lasciare il lavoro, la bambina là poi... allora gli ho detto che adesso non si poteva ma magari più avanti, e lui poco a poco ha compreso” (S20/Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio).

“Credevo di non essere pronta psicologicamente ad affrontare una gravidanza, la gravidanza era imprevista. Ma ancora adesso non ci sono le condizioni, ancora adesso credo che quando nasce un bambino ci debbano essere delle condizioni essenziali” (C8/Cina, convivente, no figli).

“Io non avevo preso ancora la decisione ma io non parlavo ancora bene l’italiano e la mia casa è brutta e non ho il lavoro e non era il momento giusto per avere bambini, allora ho deciso di abortire” (M1/Marocco, 31 anni, sposata, no figli).

“Ho pensato anche che non abbiamo ancora messo da parte abbastanza soldi per offrire abbastanza a un bambino. Viviamo praticamente in una stanza. Certamente all'inizio avrebbe pure potuto vivere nella stessa stanza, ma dopo serve più spazio. Ora con il suo stipendio paghiamo affitto e viviamo noi. [...] Lui non pensava all'IVG, però dopo gli ho spiegato che non è il momento adatto per avere un bambino, abbiamo soltanto una stanza. Il riscaldamento c'è però per un bambino devi avere condizioni migliori” (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

“Abbiamo deciso insieme, io e mio marito, che non è il momento di avere un bambino, perché io non potrei più lavorare dovrebbe lavorare soltanto lui, poi non è che abbiamo ottime condizioni per bambini là dove viviamo ora e non vorrei lasciare i bambini così come fanno gli tiganii così... mandarli a chiedere elemosina... Non è questo che voglio per miei bambini. Vorrei fare qualcosa a casa, là è diverso” (R7/Romania, rom, 18 anni, sposata, no figli).

Per meglio indagare in che misura l'essere immigrate abbia influito sulla decisione di interrompere la gravidanza, alle donne è stato chiesto che tipo di decisione avrebbero preso se fossero rimaste incinte nel proprio Paese. In particolare le donne sudamericane, forse perché abituate a fare affidamento a una famiglia allargata per la cura dei bambini, riconoscono che la situazione sarebbe stata probabilmente più facile e adatta alla scelta di proseguire la gravidanza.

“Se fossi rimasta incinta al mio Paese lo avrei tenuto, perché sto nella mia terra, io qui sto in una terra che non è mia, qua io lotto...[...] qui sono sola, non ho mia madre, non ho... nessuno! Lì mi aiuta mia madre, mi aiuta mia... mia sorella, invece qui no” (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“L'avrei tenuto, perché avrei avuto il sostegno e il calore della mia famiglia, avrei avuto casa mia e l'altro figlio accanto, saremmo stati insieme e avremmo affrontato la situazione” (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

“L'avrei tenuto, perché là ho l'appoggio dei miei genitori. Qua nessuno mi poteva aiutare, qua non ho nessun appoggio su cui posso contare” (S5/Ecuador, 34 anni, sposata, 1 figlio).

Non mancano però le donne che sarebbero ricorse comunque all'interruzione, in quanto, indipendentemente dalla situazione in cui si trovano, non credono di essere nel momento adatto per la nascita di un bambino.

“Non lo so, perché in verità non voglio avere altri figli, ne ho già due, quello che guadagno mi basta appena per la loro educazione” (S13/Perù, separata, 2 figli).

“Anche là non si poteva tenere, perché là si guadagna poco, cioè sei a casa tua, stai con la tua famiglia, nella tua terra, ma si guadagna poco là (S20/Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio).

“Avrei fatto lo stesso l'interruzione” (C1/Cina, sposata, 1 figlio).

“In Cina non potevo rimanere incinta, avevo la spirale, non era possibile toglierla (ride). [...] Comunque sì, l'avrei fatta (l'interruzione) lo stesso” (C2/Cina, sposata, 1 figlio).

Modalità di svolgimento dell'IVG

Nell'88% dei casi il certificato è stato ottenuto da un consultorio e da un servizio ospedaliero (Tabella 3.11). Dal confronto con i dati nazionali³ emerge una preferenza da parte delle straniere per i consultori (60% nel nostro campione e 50% per le straniere dai dati nazionali del 2003, rispetto al 29% delle italiane), da ricollegarsi alla minore presenza di barriere socio-economiche all'accesso e alla presenza di mediatrici culturali.

Non sembra che le donne abbiano incontrato particolari problemi nel portare a termine l'iter burocratico previsto per effettuare l'intervento. Al fine di ottimizzare la qualità dei servizi, è comunque opportuno prendere in esame anche i rari episodi di difficoltà. Sia per la richiesta del certificato che per effettuare l'intervento, i lunghi tempi di attesa e la mancanza di informazioni

³ Elaborazione dell'ISS sui dati ISTAT relativi al 2003.

risultano essere i principali motivi di insoddisfazione. Le donne lamentano le lunghe attese, la bassa disponibilità di accessi giornalieri, il dover tornare più volte perché vengono richiesti molti esami clinici, e in generale sollecitano di velocizzare l'intera procedura. Altre dichiarano di aver incontrato difficoltà nel rintracciare le strutture (“non sapevo dove andare”, “sono andata da un posto all'altro”).

L'attesa tra la certificazione e l'intervento è risultata nel 65% dei casi compresa entro le 2 settimane (con una media di 13 giorni). Le differenze osservate per Paese di provenienza possono dipendere dall'organizzazione delle strutture e dall'età gestazionale delle donne che giungono in ospedale. Infatti nel caso in cui l'epoca di gravidanza sia prossima ai limiti permessi dalla Legge 194/1978 (90 giorni per motivi di salute, economici, sociali o familiari), l'IVG è spesso effettuata in regime di urgenza o con tempi di attesa molto brevi.

Tabella 3.11. Dati riportati in cartella clinica, relativi all'intervento (in percentuale)

Modalità dell'intervento	Ecuador n. 126	Perù n. 176	Romania n. 171	Ucraina/ Moldavia n. 31	Marocco n. 29	Nigeria n. 33	Cina n. 39	Totale n. 605
certificato medico								
medico di base	8,7	9,7	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	4,8
medico privato	3,2	3,4	4,1	6,5	6,9	3,0	0,0	3,6
medico servizio IVG	21,4	11,4	59,1	58,1	3,4	15,2	0,0	28,5
consultorio pubblico	62,7	71,6	33,9	32,3	82,8	81,8	100,0	59,9
consultorio privato	3,2	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
centro volontariato	0,8	1,1	2,9	3,2	3,4	0,0	0,0	1,7
problemi per ottenere il certificato								
no	88,9	92,0	100,0	100,0	96,6	97,0	94,7	94,7
si	11,1	8,0	0,0	0,0	3,4	3,0	5,3	5,3
problemi per ottenere l'appuntamento per l'IVG*								
no	88,1	93,2	100,0	100,0	93,1	97,0	--	94,7
si	11,9	6,8	0,0	0,0	6,9	3,0	--	5,3
tempo intercorso tra certificato e intervento (gg)								
< 14	57,9	71,4	76,0	51,6	31,0	57,6	39,3	64,6
15-21	36,5	24,0	17,0	25,8	48,3	36,4	42,9	27,5
22-28	4,0	4,0	5,8	22,6	20,7	3,0	14,3	6,7
> 29	1,6	0,6	1,2	0,0	0,0	3,0	3,6	1,2
settimana di gestazione								
< 8	24,6	23,3	0,0	0,0	3,7	3,0	3,6	12,7
9-10	53,2	46,0	32,7	35,5	66,7	75,8	32,1	45,1
11-12	22,2	29,0	67,3	64,5	29,6	21,2	57,1	41,4
13-15	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
16-20	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,5
>21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,2
tecnica IVG								
raschiamento	0,0	0,6	0,0	0,0	11,1	3,0	9,1	1,2
isterosuzione	100,0	98,9	100,0	100,0	88,9	97,0	86,4	98,5
altro	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,3
tipo di anestesia								
locale	41,6	29,1	76,6	80,6	0,0	0,0	27,6	45,0
generale	58,4	70,9	23,4	19,4	100,0	100,0	65,5	54,6
nessuna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	0,3

* il dato non è stato rilevato per le donne cinesi, in quanto è stato il consultorio stesso a prendere l'appuntamento per l'IVG.

Circa il 60% delle straniere ha effettuato l'intervento entro la 10^a settimana di gestazione (con le sudamericane che sembrano le più tempestive) e il 41% è invece arrivato al limite delle 12 settimane. In particolare le donne dell'Est Europa e le cinesi presentano un 60% di casi di IVG tardive (11-12 settimane).

Nella quasi totalità dei casi la tecnica eseguita è stata l'isterosuzione; il 55% degli interventi è stato eseguito in anestesia generale, con differenze tra gruppi che dipendono probabilmente più dall'organizzazione delle strutture che dalla provenienza delle donne.

Il confronto con i dati nazionali mostra che le italiane effettuano l'intervento più precocemente (82% entro la 10^a settimana).

L'analisi qualitativa ha permesso di esaminare in dettaglio l'iter che le donne straniere affrontano dal momento in cui decidono di interrompere la gravidanza fino all'intervento stesso: come arrivano a essere informate sulla procedura da seguire, a quali servizi si rivolgono, come vivono l'intero percorso. I risultati confermano una conoscenza dei servizi piuttosto limitata, e mostrano come le donne più che conoscere in modo adeguato i servizi offerti dal sistema sanitario italiano, si sappiano piuttosto "orientare", grazie soprattutto al passaparola con conoscenti e amiche, e questo indipendentemente dal Paese di provenienza.

"Io sono arrivata grazie a un'amica che mi ha dato l'indirizzo, perché lei ha fatto prima l'intervento e perciò aveva l'indirizzo [...] perché... cioè... siccome io non ho documenti, mi hanno detto che c'era un posto proprio per persone immigrate, che lì potevano aiutarmi, allora per questo soprattutto sono venuta fin qua" (S6/Ecuador, 27 anni, sposata, 3 figli).

"Mia cognata me l'ha detto, senza permesso di soggiorno, lei dice qui c'è la croce rossa, lei dice che posso venire qui per controllo (precedente gravidanza), è gratis, è così" (C7/Cina, sposata, 1 figlio).

"Quando sono rimasta incinta è stata la mia amica a dirmi di questa opportunità, e a portarmi all'ospedale" (N2, Nigeria, fidanzato in Nigeria, no figli).

"Me l'ha detto il datore di lavoro di mio marito. Gli ho detto che sto male, non che sono incinta, e lui mi ha mandato al X per farmi vedere, [...] perché qui possono venire anche stranieri e che non si paga..." (R3/Romania, 23 anni, sposata, 1 figlio).

Alla domanda "come sei arrivata a questo ospedale/servizio?" alcune donne rivelano un atteggiamento molto pratico e infatti spesso, più che raccontare il loro vissuto, indicano il mezzo pubblico che le ha portate fin là, suggerendo così come l'urgenza del momento si traduca in un chiaro "saper fare", nell'essere in grado di arrivare nel posto giusto.

"Le strutture sanitarie le conosco da quando sono andata con la mia amica per fare l'IVG, la mia amica mi ha dato l'informazione. Io conosco come ci si arriva in autobus" (N3/Nigeria, fidanzata, no figli).

"Per fare le analisi mi hanno mandato a un altro ospedale, non lo so (quale), mi hanno detto di prendere un autobus, e di scendere dopo 4 fermate" (R3/Romania, 23 anni, sposata, 1 figlio).

Come già emerso dai dati quantitativi, molto spesso si osserva la mancanza di una piena consapevolezza di quello che si sta facendo: non sempre le donne capiscono bene dove sono state inviate e quali sono le ragioni del doversi recare in un posto piuttosto che un altro.

"Non mi ricordo il nome di quell'ospedale (dove ha fatto l'IVG)" (C7/Cina, sposata, 1 figlio).

"Non so come si chiama (dove ha fatto tessera STP) perché mi è stato detto di andare là, al numero X, Piazza X, però non so come si chiama, mi sono scordata. [...] non mi ricordo come si chiama l'ospedale, era segnato su quel pezzo di carta, [...] mi è stato detto che devo prendere l'autobus 228 e il 700" (R6/Romania, 18 anni, convivente, no figli).

"Di questo consultorio me l'aveva detto un'amica, cioè grazie a un'amica sono venuta. Cioè, mi avevano detto, io avevo sentito da altre persone che dovevo andare prima io a un consultorio, da lì

dovevo andare a fare le analisi, l'ecografia, perché non te lo fanno veloce, devi aspettare, dopo tutte quelle analisi ti vede il dottore, devi andare dal tuo medico. [...] Mi avevano detto di prendere la metropolitana, scendi lì e c'è la via e lì c'è l'ospedale, chiedi se non sai bene..." (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

Il grado di soddisfazione delle donne straniere che vengono a contatto con i nostri servizi è stato analizzato anche nell'indagine qualitativa: le donne in generale sono soddisfatte del tipo di accoglienza che ricevono nelle nostre strutture.

"Quando sono arrivata all'ospedale ero molto preoccupata, non sapevo come dire che volevo questa cosa, come si può dire una cosa così, poi mi sono tranquillizzata, lì c'era una signorina molto gentile. [...] in ospedale mi hanno spiegato tutto quello che dovevo fare" (S4/Perù, fidanzata, no figli).

"Eh... l'attenzione è stata buona, perché non sapendo le cose che si devono fare, uno si sente in imbarazzo, si sente confusa e... la dottoressa... non so che cos'era... mi ha trattato molto bene, mi ha spiegato, mi ha chiesto se ero un po' inquieta, mi ha detto di tranquillizzarmi, mi hanno aiutato, in tutti i sensi". (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

"Mi hanno spiegato (al consultorio) passo per passo quello che devo fare" (C1/Cina, sposata, 1 figlio).

"Immaginavo che fosse molto complicato, pensavo che dovevo andare all'ospedale diverse volte. Invece sono stata all'ospedale solo tre volte compreso l'intervento che ho fatto. È molto più semplice di quanto immaginavo. [...] non ho avuto difficoltà." (C5/Cina, fidanzata, no figli.)

"Ho parlato anche con mia cognata riguardo le analisi che si fanno qui e mi sembra normale così, si devono fare. Da noi, in Romania, non si fa niente di tutto questo. Praticamente qui ero già preparata per qualcosa di umano" (R4/Romania, 25 anni, sposata, 1 figlio).

Anche in questa indagine è emerso che i lunghi tempi per portare a termine l'iter che precede l'intervento rappresentano il maggior ostacolo per le donne immigrate.

"Ho preso l'appuntamento, sì, però non sono andata perché mi davano, mi davano questo... una data molto lontana, io non potevo aspettare più e avevo preso questa decisione, e dovevo farlo il più velocemente possibile" (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

"Oh... si doveva fare la fila (per prenotare l'intervento), mi sono alzata molto presto per mettermi in fila. Da questo punto di vista non è tanto bello. È molto faticoso, mi sono alzata alle 5, ho aspettato fino alle 7, mi sembra verso le 7.30 poi ho fatto due file, perché la prima volta ho portato un certificato sbagliato, sono dovuta tornare a casa, poi fare la fila di nuovo" (C1/Cina, sposata, 1 figlio).

"Il problema era aspettare così tanto la mattina, essere qui dalle 7.00 per prendere un numero alle 8.00 per fare poi la prenotazione per analisi e l'IVG. Poi altre mattine era un po' pesante aspettare 3-4 ore per fare tutte le analisi. Ci si mette tanto tempo" (R7/Romania, rom, 18 anni, sposata, no figli).

Le difficoltà legate al tempo sono spesso aggravate dalla situazione lavorativa delle donne straniere, molto spesso impiegate a tempo pieno nelle famiglie italiane e che dunque possono avere problemi a ottenere ripetuti permessi dal lavoro.

"Questo lavoro che faccio, cioè lavoro praticamente 10-12 ore al giorno, eh... quasi sempre sono a casa e posso uscire poco... ma di questo problema alla signora per la quale lavoro, non le ho detto niente, allora io ho detto... avevo l'indirizzo e sono andata all'ospedale più vicino, ma lì c'erano una serie di analisi, di esami, almeno ci voleva una settimana dovendo andare di mattina o pomeriggio... ho cercato un altro che era anche vicino, e lì sono andata. [...] L'unico problema è stato la questione del tempo, perché per il lavoro che io faccio, ho dovuto praticamente... cioè io avrei potuto confidarmi con la signora e con suo marito, ma non me la sono sentita, no? La signora magari potrebbe dire, ma perché non prende precauzioni, sa di dover lavorare così... allora, l'unica cosa che ho fatto quando mi hanno dato l'appuntamento per il giorno dell'intervento ho chiesto un

giorno di permesso e quel giorno non ho lavorato, no? e così sono tornata tardi quel giorno... per noi è questione di tempo" (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

Nel caso delle donne cinesi, sembra che l'ostacolo maggiore da superare sia invece quello della lingua. È molto facile, infatti, vederle arrivare ai servizi in compagnia di interpreti, conoscenti o amiche che conoscono meglio l'italiano o che hanno una maggiore esperienza con i nostri servizi.

"Sì (ho avuto problemi nella comprensione), perché non è tanto che sono qui, non capisco bene, tra l'altro, non ho nessuna conoscenza nel campo medico, ho avuto delle difficoltà, non ho capito alcune cose. [...] Il problema principale è la lingua. Se non la conosci comunicare è molto difficile" (C5/Cina, fidanzata, no figli).

"Ho portato un'interprete [...], se non ci fosse stata l'interprete, allora non c'era niente da fare" (C9/Cina, sposata, 1 figlio).

"Avevo un'interprete, io non ho capito niente. L'italiano di mio marito non va bene, sa dire solo le parole del suo lavoro, il resto non sa dirlo" (C10/Cina, sposata, 2 figli).

A conferma di quanto fin qui emerso, quando alle donne è stato chiesto di suggerire delle proposte per il miglioramento dei servizi, le risposte si sono concentrate sulla richiesta di velocizzare i tempi, ma anche di ricevere una maggiore attenzione in quanto straniere, principalmente per la difficoltà di comprensione della lingua, e di un sostegno particolare in quanto donne che vivono un momento particolarmente doloroso.

"La procedura dall'appuntamento dura molto a lungo, perché al consultorio familiare non è che quando uno arriva rilasciano subito il certificato, bisogna prendere l'appuntamento, poi il certificato, dopo di che si deve andare all'ospedale a prendere l'appuntamento, mi sembra che questo circolo sia un po' troppo lungo. Spero che si possa migliorare da questo punto di vista" (C1/Cina, sposata, 1 figlio).

"Sarebbe meglio venire di meno per fare le analisi pre-IVG, meno giorni, sarebbe meglio concentrare in meno giorni le analisi. Poi mi sembrano un po' troppi giorni tra un'analisi e l'altra. È un momento un po' delicato, stressante per noi e abbiamo anche paura, quindi prolungare così tanto non è tanto bene per chi deve fare l'IVG" (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

"Il momento della ricezione del paziente all'ospedale va migliorato, si potrebbe assumere qualche dottore o un infermiere di lingua inglese" (N2/Nigeria, fidanzato in Nigeria, no figli).

"Sarebbe meglio che le infermiere frequentassero corsi di lingua inglese così loro possono comunicare" (N4/Nigeria, fidanzato in Nigeria, no figli).

"L'unico problema è psicologico, e... mi piacerebbe, non so se esiste, un... una consultazione psicologica che dopo aiuti a superare quello che uno ha passato, e l'aiuti a... a accettarlo, no? Perché dopo, questo è l'unico problema che rimane... psicologicamente uno rimane male" (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

"Proporrei un po' più di attenzione per gli stranieri" (R7/Romania, rom, 18 anni, sposata, no figli).

"(Vorrei) un'assistenza diretta, qualche sollievo, un sostegno morale perché conta molto" (M2/Marocco, fidanzata, no figli).

Molto spesso le donne ignorano ciò che stanno per affrontare: timori verso un intervento che non sanno bene come viene effettuato, paure di eventuali conseguenze che possono compromettere la loro fertilità. Timori e paure che vanno ad accrescere la condizione di vulnerabilità in cui queste donne già si trovano.

"Piangevo e dicevo che non volevo fare aborto, avevo paura perché ho sentito che se uno fa aborto alla prima gravidanza rischia di non rimanere più incinta" (R7/Romania, rom, 18 anni, sposata, no figli).

"Dovevo fare un'anestesia che era locale... e io di tutto ciò non ne sapevo niente, come era la locale, com'era... infatti il medico mi ha spiegato come quando ci si toglie un dente, no? (Una signora

incontrata lì) mi ha detto “la mia amica la settimana scorsa l’ha fatto qua e con l’anestesia locale si sente tutto”, che fa male, e io quando sono tornata al mio lavoro non riesco a fare niente perché continuavo a pensare a quello che avevo sentito... e mi dicevo se dicono che è doloroso io non so se potrò sopportarlo [...] io mi sentivo proprio male, molto nervosa...” (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

“La famiglia pensa che facendo questo (l’aborto), può fare male alle ovaie, all’utero, pensano che si può rimanere sterili, dicono che dopo non si possono avere figli. Io penso che in qualche modo il corpo cambia. La mia mamma diceva che quando si ha il primo figlio tutto si ripulisce e è normale. Quando si ha un figlio cambia il corpo e cambia anche la psicologia, ma questo solo se si prosegue con la gravidanza” (S4/Perù, fidanzata, no figli)

“La mia paura anche, magari per la mia ignoranza ho sinceramente paura che... cioè che per quell’intervento, domani, più avanti magari non posso avere figli... perché tutto in questa vita può succedere...” (S19/Perù, 23 anni, nubile, no figli).

“Avevo paura perché ho pensato che mi poteva fare male, non so, per quello o anche la paura di dire magari mi possono fare diventare sterile, magari più avanti non posso avere più bambini... quella era la mia paura...” (S20/Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio).

“Avevo una paura come... come se dovessi morire... qualcosa così... cioè avevo paura, mi dicevo sono qui, può essere che qualcosa va male e magari non va tutto per il meglio, allora io... sì, avevo molta paura, ero molto nervosa, e le signorine si sono comportate molto bene, le infermiere si sono comportate molto ... mi dicevano “tranquilla, non succede niente” ma, nonostante questo, ho cercato di dormire molto quel giorno perché mi dicevo dormendo mi posso tranquillizzare un po’ e la notte prima non avevo dormito niente, dal pensiero, sì, cosa mi potrà succedere domani, ho telefonato a mia mamma, e le ho chiesto di darmi la sua benedizione, magari qualcosa mi succede, ho parlato con i miei figli” (S18/Ecuador, 25 anni, separata, 2 figli).

“È stata un’anestesia locale... davvero si sente tutto ed io ho sentito no? ho sentito ed è doloroso, è doloroso e penso che con un’anestesia generale non è doloroso perché ti addormentano... ma non so... non so quali saranno i vantaggi e gli svantaggi... ma io ho sentito no? ho sentito perché veramente è come una cosa come se ti tirassero... [...] e in più c’erano gli aghi che erano degli aghi molto grandi... che mettono l’anestesia nel collo dell’utero... [...] e dopo 5 minuti incominciano a fare tutto il lavoro no? ed è lì che si sente. A me ha dato l’impressione come se non mi avessero messo niente... c’era la ginecologa che stava facendo il mio intervento e poi c’era l’infermiera che stava sempre a controllare la pressione... sempre tranquillizzando, no? “stia tranquilla in un momento tutto questo passa”, cioè un po’ di tranquillità te lo dà il fatto di stare in un luogo dove ci sono i medici, ci sono le infermiere, gli assistenti e uno si sente più tranquilla no? Almeno non mi succederà niente...” (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

Percezione dell’IVG

Per concludere, l’analisi qualitativa ha permesso di analizzare più a fondo la percezione che queste donne hanno dell’interruzione della gravidanza, e comprendere meglio il significato che attribuiscono a tale evento e l’impatto emotivo che questo ha sul loro vissuto.

Per le donne sudamericane si tratta principalmente di un “peccato” in termini religiosi:

“È un crimine, perché la nostra religione e lo Stato condannano l’aborto” (S11/Perù, fidanzata, no figli).

“È un delitto” (S14/Perù, fidanzata, no figli).

“Nel mio Paese viene considerata... la nostra religione non ce lo permette, per altri viene considerata come una delle cose peggiori, e lo sappiamo perfettamente, non lo accettano i miei genitori, non lo accetta mia madre né le mie sorelle. [...] La mia famiglia... penso che... dicono che è la cosa più brutta che si può fare, cioè, ammazzare qualcuno è andare contro le leggi cattoliche” (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

“È un peccato, non si può fare liberamente, perché è illegale e in più so che è caro, perché mia cugina ha dovuto vendere dei suoi elettrodomestici per andare da un dottore che la faceva abortire” (S10/Perù, fidanzata, no figli).

“Non è una cosa buona perché vuol dire uccidere una persona che non può difendersi” (S12/Perù, fidanzata, no figli).

Per le donne provenienti dai due paesi africani, avere una gravidanza al di fuori del matrimonio è un fatto “vergognoso”, da nascondere agli occhi della società.

“Prima di tutto (ho abortito) perché la gravidanza è illegale perché è fuori dal matrimonio. Io non posso riconoscerlo al mio nome, perché da noi è uno scandalo” (M1/Marocco, 31 anni, sposata, no figli).

“Io non voglio avere figli fuori dal matrimonio perché la mia cultura non lo permette. [...] Io non ho detto nulla a nessuno della mia famiglia perché provo vergogna a essere rimasta incinta senza il matrimonio” (N2/Nigeria, fidanzata, no figli).

“(Abortire) è qualcosa di brutto. Loro ti guardano come una persona sgradevole... Se lo venissero a sapere i genitori delle tue amiche, loro non lascerebbero uscire con te le loro figlie” (N4/Nigeria, fidanzata, no figli).

La sfera più personale emerge con una certa frequenza dai racconti delle donne sudamericane: narrazioni in cui si manifestano sentimenti di lacerazione, di perdita, nonché di colpa.

“Un aborto è come un assassinio, no? Assassinare una creatura... e cioè, io mi sono sentita male quando sono andata in ospedale, mi sono sentita... e adesso entrerà mi mettono solo un'ampolla e me lo uccidono... e tu senti che... non ci si dimentica di questo... [...] io non amo andare in chiesa, non amo, come dire, andare alla messa, ma sempre vado a letto e chiedo perdono per ciò che sto facendo e se devo pagare, devo pagare io ma non mio figlio [...], ma io rimango lì... ‘Signore perdonami per ciò che ho fatto’ (S17/Perù, 34 anni, separata, convivente, 1 figlio).

“L'aborto è visto malissimo, è come se ormai fossi... cioè come se ormai Dio mai più ti perdonerà, cioè una cosa del genere e io sinceramente mi sentivo malissimo per questo aspetto, [...] cioè per me qualcosa è cambiato, cioè ormai... credo che nessuna persona che ha vissuto questo torna ad essere la stessa, è come se qualcosa ti rimanesse qua e pensi no? Per esempio da qua a 20 anni, avrò magari la mia famiglia chi sa, un figlio, ma sempre mi rimarrà l'idea di “cosa sarebbe successo se avessi avuto quel bambino quando avevo 23 anni, mio figlio sarebbe grande adesso”...cioè quello sempre rimarrà lì...” (S19/Perù, 23 anni, nubile, no figli).

“Sa come mi sono sentita? Vuole che le dica la verità? Mi sono sentita come una mucca, sì, come uno che va al mattatoio... perché eravamo tante quel giorno, eravamo... aspetta, sì, non esagero, eravamo come 35 persone, che eravamo in quella, in quella sala d'attesa, per entrare alla, alla sala per cambiarsi di vestito, per, cioè, mettersi lì... il pigiama, per aspettare il tuo turno. Cioè, mi sono sentita, non so come le altre persone, come si saranno sentite, però io mi sono sentita come se io andavo al mattatoio, come se io ero una mucca, così, non so, però io mi sono sentita così, mi sono sentita... la donna più vile del mondo. [...] Che ne pensa la mia famiglia? Prima di tutto le dico (ride) cosa ne pensa mia madre, che una donna se rimane incinta, vuol dire che deve tenere quel figlio, cioè per mia madre è un peccato, per la mia famiglia è un peccato questo, di quello dice mia madre mi ricordo bene, che dice che neanche i cani fanno questo, sì, e questo peso sulla coscienza mi porto io, me lo porterò per tutta la vita” (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“Dopo che è successo tutto questo in realtà io... appena erano passati 10 minuti di questo... mi è venuta una grande tristezza... perché... sono forte in questo senso, cioè non piango così per qualsiasi cosa, non piango, non riesco a piangere, devo avere molta tristezza per incominciare... ma quella volta mi sono sentita così... cioè debole prima di tutto, mi sono sentita male e dopo 10 minuti ho incominciato a piangere e dopo l'infermiera mi ha chiesto “si sente male?” “Sì, ho tanto dolore” le ho risposto, no? Era il dolore e poi anche la tristezza, l'ansia che avevo, perché in realtà sono cose che uno magari non so... la prima volta che ti capitano e ti senti male no? Per questo ti ho detto... è la prima e l'ultima volta che io faccio queste cose, per me non sono buone, non si può giocare, uno deve stare molto attento... avere cura soprattutto, perché in realtà è... con la paura che si ha, la tensione... il nervosismo, la, la paura... tante cose che... fino a che mi sono fatta l'intervento io... non ero tranquilla no? Cosa potevo fare, che soluzione potevo prendere... e che cosa vado a fare, no? Ed è triste, è... ti fa sentire psicologicamente male... stare sempre a pensare che... eh, che cosa sto facendo, eh? In realtà per questo che io... bisogna stare molto attenti perché a volte una... un piccolo disguido e si può perfino perdere la vita perché non sai... in che circostanze... come puoi prendere questo... perché dopo questo se non si ha quella forza, ci si può deprimere e stare male...” (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

Alcune riflessioni

L'uso combinato della metodologia quantitativa e di quella qualitativa ci ha permesso di esplorare più nel profondo il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Infatti, se i dati dell'indagine quantitativa hanno fornito un importante quadro di sfondo della situazione, le interviste semi-strutturate sono entrate più nel dettaglio evidenziando la varietà di profili, di culture e di comportamenti.

Così, se in generale si conferma che le donne immigrate che fanno ricorso all'IVG sono piuttosto giovani (età media pari a 27,9 anni), prevalentemente coniugate o conviventi con partner in Italia, hanno figli, un buon livello di istruzione e lavorano come colf o assistenti familiari, si evidenziano delle differenze di integrazione anche tra i sette paesi di provenienza considerati nello studio, che certamente hanno un'influenza anche sul ricorso all'IVG. Le donne del Marocco e dell'America Latina (Perù e Ecuador) sembrano quelle più integrate, in Italia da diversi anni, con permesso di soggiorno, spesso in coppia e con figli in Italia. Anche le Cinesi nella maggioranza dei casi hanno un lavoro e un permesso di soggiorno, ma sembrano vivere solo all'interno della propria comunità e si lamentano per le grosse difficoltà di comunicazione linguistica con gli operatori. Le Nigeriane sembrano avere notevoli difficoltà di inserimento: molte di loro sono in Italia da molti anni ma risultano senza permesso di soggiorno e si dichiarano disoccupate, forse per nascondere una condizione di sfruttamento. Infine l'immigrazione più recente, le donne dell'Europa dell'Est (prevalentemente Romania) che lavorano come colf o sono "disoccupate", ma spesso senza permesso di soggiorno. Tutte sono arrivate con il miraggio dell'Italia, per lavorare o riunirsi alla propria famiglia. Le frasi tratte dalle interviste semi-strutturate evidenziano con forza, attraverso le parole delle donne, tutte queste difficoltà e le aspettative, tra cui prima fra tutte quella di un veloce guadagno per poter condurre una vita migliore una volta rientrate nel Paese di origine.

Il livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi è generalmente basso: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi che usa e utilizza i contraccettivi in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi anche di comprovata efficacia). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

L'indagine conferma che anche tra le straniere la percentuale di donne richiedenti l'IVG che non ha usato alcun metodo, pur ritenendo di essere a rischio, non supera il 35%, come è risultato tra le italiane nelle indagini effettuate all'inizio della legalizzazione (5).

Nelle interviste in profondità si comprende che la mancanza di qualsiasi precauzione, come anche l'uso scorretto della contraccezione, è molte volte associato al tipo di relazione (coppie non stabili o non conviventi). Alcune si lamentano della necessità della ricetta medica, del prezzo o della mancanza di alcuni contraccettivi (iniettabili). Molte comunque dimostrano un atteggiamento responsabile, sicuramente di ascolto delle informazioni e suggerimenti offerti dai consultori e dai servizi.

Le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, dato già trovato in altre indagini sulle straniere (4) e nel passato tra le italiane (5).

Il 44% delle donne intervistate aveva già fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e nella metà dei casi almeno una IVG è avvenuta in Italia.

Le diverse motivazioni che hanno portato le donne a interrompere la gravidanza sono emerse in maniera più completa e articolata dall'analisi dei dati qualitativi. Talvolta, specie per le giovani, le ragioni sono legate al non trovarsi in un momento della vita idoneo alla nascita e alla

crescita di un bambino; altre volte sono il tipo di relazione con il compagno, le condizioni precarie del lavoro, la situazione abitativa a rendere difficile anche la sola idea di avere un figlio.

Nella quasi totalità dei casi il certificato per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico e da un servizio IVG. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni. I risultati delle interviste semi-strutturate confermano una conoscenza dei servizi piuttosto limitata e mostrano come le immigrate, più che conoscere in modo adeguato i servizi offerti dal sistema sanitario italiano, si "barcamenano", grazie soprattutto al passaparola con conoscenti e amiche, e questo indipendentemente dal Paese di provenienza. Anche dalle loro dirette parole è emerso che i lunghi tempi per portare a termine l'iter che precede l'intervento rappresentano il maggior ostacolo per le donne immigrate, anche perché spesso sono impiegate a tempo pieno nelle famiglie italiane e hanno problemi a ottenere ripetuti permessi dal lavoro. A tutto ciò, particolarmente per le donne cinesi, si aggiunge l'ostacolo della lingua. Ecco perché quando è stato loro chiesto di suggerire delle proposte per il miglioramento dei servizi, le risposte si sono concentrate sulla richiesta di velocizzare i tempi, ma anche di ricevere una maggiore attenzione in quanto straniere, principalmente per la difficoltà di comprensione della lingua, e di un sostegno particolare in quanto donne che vivono un momento difficile.

Gruppo di studio sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere

Hanno partecipato all'indagine come referenti locali:

Augusto Colombo (*IRCCS Ospedale maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena, Milano*), Patrizia Madoni (*ASL Città di Milano*), Mara Manghi (*Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia*), Graziella Sacchetti (*Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo, Milano*), Fiammetta Santini (*Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano*), Giovanna Scassellati (*Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*), Paola Serafini (*Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino*).

Hanno partecipato all'indagine, per la somministrazione del questionario:

Angela Bucur (*Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*), Khairallah Lamia Kassida (*Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino*), Isabel Maravi (*Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino*), Mih Len Teresa Margarita (*Associazione CRINALI, Milano*), Cecilia Perez Ponce (*Associazione CRINALI, Milano*), Karina Vergara Scorzelli (*Associazione CRINALI, Milano*), Sun Shuyan (*Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia*), Ophelia Wong (*Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia*), Carmen Ynga (*Associazione CRINALI, Milano*).

Hanno condotto le interviste semi-strutturate:

Marcela Bulcu (*Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*), Claudia Dandria (*Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino*), Hao Huijuan (*Associazione CRINALI, Milano*), Isabel Maravi (*Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino*), Cecilia Perez Ponce (*Associazione CRINALI, Milano*), Karina Vergara Scorzelli (*Associazione CRINALI, Milano*), Carmen Ynga (*Associazione CRINALI, Milano*), Jia Yajin (*Associazione CRINALI, Milano*).

Bibliografia

1. Caritas/Migrantes. *Immigrazione: Dossier Statistico 2005. XV Rapporto*. Roma: Edizioni IDOS; 2005.
2. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2003, dati preliminari anno 2004).

Presentata dal Ministro della Salute alla Camera dei deputati il 19 ottobre 2005. Atti Parlamentari XIV Legislatura. Disponibile all'indirizzo: http://www.camera.it/_dati/leg14/lavori/documenti/parlamentari/indiceetesti/037/009/INTERO.pdf; ultima consultazione 29/5/2006.

3. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S. (Ed.). *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. (Rapporti Istisan 03/4).
4. Merelli M, Ruggerini MG. *Donne migranti: le difficili scelte di maternità. Ricerca sull'interruzione di gravidanza nella provincia di Reggio Emilia*. Roma: Carocci Editore; 2005.
5. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25).

4. STORIE DI DONNE

Emanuela Forcella
 Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma

Introduzione

Dopo aver analizzato gli aspetti maggiormente connessi alla sfera riproduttiva, quali la contraccezione e il ricorso all'IVG, vogliamo ora soffermarci sul vissuto di queste donne, e seguirle nella storia della loro migrazione, dal momento in cui hanno deciso di lasciare il proprio Paese, si sono separate dai propri affetti, per intraprendere percorsi diversi, e giungere in Italia, Paese ospitante e terra di opportunità. In questo modo si cercherà di rintracciare i retroterra culturali e sociali di cui le donne sono portatrici e che influenzano le loro scelte riproduttive.

Nella Tabella 4.1 sono mostrate, a grandi linee, alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne intervistate, raggruppando per nazionalità. Da questo campione, pur così esiguo, dal quale certo non si pretende di generalizzare, emergono dei tratti comuni alle donne in base alla loro provenienza, che confermano i dati statistici mostrati nel capitolo precedente: molte le donne sudamericane, per esempio, che hanno lasciato i propri figli al Paese di origine, a differenza delle cinesi che vivono spesso con l'intera famiglia oppure partoriscono i propri figli in Italia e in seguito li fanno rientrare in Cina; nessuna donna nigeriana intervistata aveva invece figli. Anche da questo quadro emerge che le donne sudamericane svolgono soprattutto attività di colf o comunque sono occupate nelle famiglie, mentre le cinesi sono dipendenti presso laboratori tessili o in ristoranti.

Storia della migrazione

Sono diverse le tipologie di migrazione che emergono dai racconti: ci sono donne che sonoigrate da sole, con un proprio progetto di realizzazione, spesso giovani, al termine degli studi, che affrontano il cambiamento con una certa intraprendenza perché fiduciose della possibilità di una vita migliore:

“Sono venuta per cambiare situazione, per migliorare e trovarmi un lavoro più decente che mi permette di fare una vita un po' diversa. Anche per cambiare l'ambiente sociale. È stato questo il mio obiettivo” (M2/Marocco, fidanzata, no figli)

“La situazione economica del mio Paese è molto brutta, per questo io sono andata via. [...] Ho preso la decisione con una mia amica di scuola: ero studente del Politecnico, al primo anno. Sono venuta da sola, per affrontare la vita...” (N3/Nigeria, fidanzata, no figli).

“Cara mia, ho visto che c'è troppa sofferenza nel mio Paese. In Nigeria io studiavo, i miei genitori non avevano i soldi per farmi continuare gli studi. Sono venuta pensando di poter continuare i miei studi. Io ho voglia di lavorare, ho sentito che qui in Italia ci sono molte opportunità per lavorare” (N4/Nigeria, fidanzato in Nigeria, no figli).

Tabella 4.1. Alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne intervistate per area geografica di provenienza

Donne	Nazionalità	Età	Anni in Italia	Partner	N. figli	Occupazione nel Paese di origine (PO)	Occupazione in Italia
Sudamerica							
S1	Ecuador	nr	5	separata, fid. da 4 anni	3 (PO)	commercio di articoli vari	assistenza anziani
S2	Ecuador	nr	3	separata, fid. da 3 anni	1 (PO)	impiegata laboratorio farmaceutico	si, non specificato
S3	Ecuador	20	2 e 1/2	nubile	no	studentessa	lavoro fisso in famiglia
S4	Perù	nr	3	fidanzata	no	aiuto in un ristorante/studentessa	colf
S5	Ecuador	34	5	sposata	1 (Italia)	segretaria bilingue	casalinga
S6	Ecuador	27	2	sposata	3 (PO)	nr	colf
S7	Perù	23	7	fidanzata	No	studentessa	studentessa/cameriera
S8	Perù	30	13	convivente	2 (Italia)	studentessa	assistenza anziani
S9	Perù	34	1	separata, fidanzata	2 (PO)	commerciante	colf
S10	Perù	nr	2	fidanzata da 4 mesi	no	studentessa/cassiera	assistenza anziani
S11	Perù	nr	4	fidanzata da poco	no	impiegata in un ristorante di lusso	assistenza anziani
S12	Perù	nr	7	fidanzata	no	studentessa	assistenza anziani
S13	Perù	nr	2	separata	2 (PO)	impiegata presso una ditta di pulizie	si, non specificato
S14	Perù	nr	2	fidanzata con italiano	no	studentessa	studentessa
S15	Perù	nr	1	fidanzata da 8 mesi	no	studentessa 3° anno secondaria	studentessa
S16	Perù	44	5	sposata	3 (PO)	nr	colf
S17	Perù	34	3 e 1/2	separata, convivente	1 (PO)	nr	colf
S18	Ecuador	25	4	separata	2 (PO)	nr	baby sitter
S19	Perù	23	4 e 1/2	nubile	no	studentessa	colf
S20	Ecuador	25	3	sposata	1 (PO)	nr	assistenza anziani
Cina							
C1	Cina	nr	1	sposata	1 (Italia)	commerciante	casalinga
C2	Cina	nr	4	sposata	1 (Italia)	impiegata in un ufficio per il turismo	cucitrice
C3	Cina	23	7	sposata	1 (mandato in Cina)	studentessa scuola media	lavora in un ristorante

segue

continua

Donne	Nazionalità	Età	Anni in Italia	Partner	N. figli	Occupazione nel Paese di origine (PO)	Occupazione in Italia
C1	Cina	nr	1	sposata	1 (Italia)	commerciante	casalinga
C2	Cina	nr	4	sposata	1 (Italia)	impiegata in un ufficio per il turismo	cucitrice
C3	Cina	23	7	sposata	1 (mandato in Cina)	studentessa scuola media	lavora in un ristorante
C4	Cina	29	10	sposata	2 (Italia)	studentessa	si, non specificato
C5	Cina	nr	6	fidanzata	no	studentessa scuola media	lavora in un ristorante
C6	Cina	34	11	sposata	2 (Italia)	cucitrice	lavora in un ristorante
C7	Cina	nr	4	sposata	1 (mandato in Cina)	studentessa scuola media	cucitrice
C8	Cina	nr	5	convivente da 6 mesi	No	cucitrice	nr
C9	Cina	nr	1	sposata	1 (mandato in Cina)	cucitrice	nr
C10	Cina	nr	2	sposata	2 (Italia)	operata in una fabbrica di scarpe	nr
Africa							
M1	Marocco	31	1	sposata	no	impiegata/assistente produzione	casalinga
M2	Marocco	nr	4	fidanzata con italiano	no	studio e lavoro	corso infermiera
N1	Nigeria	32	nr	fidanzata da 1 anno	no	parrucchiera	nr
N2	Nigeria	nr	5	fidanzato in nigeria	no	studentessa	si, non specificato
N3	Nigeria	nr	12	fidanzata	no	studentessa al politecnico	si, non specificato
N4	Nigeria	nr	8	fidanzato in nigeria	no	studentessa	lavora in una fabbrica
Romania							
R1	Romania	33	2	sposata	2 (PO)	impiegata in una fabbrica tessile	assistenza anziani
R2	Romania-rom	21	nr	sposata	no	vari impieghi di breve durata	nr
R3	Romania	23	6 mesi	sposata	1 (PO)	impiegata fabbrica di confezioni	lavora in un ristorante
R4	Romania	25	6 mesi	sposata	1 (PO)	casalinga	no, in cerca di lavoro
R5	Romania	28	4 mesi	convivente	no	ragioniera/commissa negozio	no
R6	Romania	18	5 mesi	convivente	no	impiegata fabbrica di confezioni	no, in cerca di lavoro
R7	Romania-rom	18	1	sposata	no	studentessa	pulizie, ambulante

PO = Paese di origine

* Le informazioni relative al partner, all'età e all'attività lavorativa sono state dedotte dal racconto, non domandate direttamente. La mancanza del dato è indicata con "nr".

“Ho deciso di venire perché... cioè ... sinceramente ho deciso quando mia cugina, la mia prima cugina è venuta qua in Italia, siccome nella mia famiglia abbiamo sempre avuto problemi economici e io in quell'epoca avevo 12 anni... io ero piccola e siccome vedevo la situazione della mia famiglia e anche dei miei genitori che attualmente sono separati, allora io sempre dicevo “io voglio qualcosa di meglio, voglio qualcosa migliore” [...] Perché tutti noi abbiamo vissuto il bisogno, del non avere, sai? A volte per mangiare o a volte per vestirsi o a volte trovarsi che non c'è luce, acqua, perché non hai pagato i conti, cioè tante cose che ci hanno fatto crescere velocemente e maturare più in fretta, infatti cioè credo che è stato questo il motivo del perché ognuno di noi ha deciso (di emigrare)” (S19/Perù, 23 anni, nubile, no figli).

A convincere molte donne a partire sono spesso le necessità della famiglia: il distacco dalla propria terra e dagli affetti è vissuto con dolore, ma la speranza è quella di dare un contributo prezioso ai propri cari.

“Ho deciso di andarmene perché in Perù non si poteva continuare, mio padre aveva perso il lavoro, mia madre non lavorava, e come potevamo andare avanti? Io ho due fratelli che ancora vanno a scuola” (S11/Perù, fidanzata, no figli).

“La famiglia povera come in Ecuador non c'è qui in Italia, cioè io una famiglia povera come in Ecuador... io non l'ho mai vista fino ad ora, può esistere perché me l'hanno detto “nel sud d'Italia esistono che sono molto poveri” ma non come in Ecuador, perché in Ecuador si muore di fame. Cioè io sono venuta qui a lavorare perché al mio Paese non c'è lavoro e se lavoro là guadagno troppo poco che ai miei figli non basta neanche per comperare il latte da bere, cioè stando io qua non hanno la mia presenza e io soffro per questo, perché ho paura che mi dimentichino, ma hanno pasti tre volte al giorno, hanno... si vestono bene e quello che prima mangiavamo due volte al giorno e noi che eravamo poveri, loro mangiano 3 volte al giorno. Chiaro che non hanno né giocattoli né niente e io non voglio che loro soffrano quello che ho sofferto io quando ero bambina... perché io non ho avuto neanche una bambola nella mia vita, neanche una bambola, mia madre non mi ha mai comprato una bambola! Mai!” (S18/Ecuador, 25 anni, separata, 2 figli).

“Io mi sono decisa perché volevo guadagnare un po' di soldi e perché volevo dare studi migliori ai miei figli che li non possono avere, nel nostro Paese si fa tutto con i soldi, se uno non dà gli studi ai suoi figli loro soffrirebbero ed uno non vuole che i figli passino quello che uno ha passato” (S9/Perù, 34 anni, separata, fidanzata 2 figli).

“Ecco, per il problema del... che non c'era tanto lavoro nel mio Paese, poi anche per il problema della mia famiglia, per il matrimonio che stava finendo, sai? Io con il padre dei miei figli eravamo già separati, e tutto questo, e non... avevo il suo appoggio, né moralmente né economicamente, lui mi ha lasciato, come si dice, non so se capisci, “al garete”, sai che vuol dire? [...] una barca quando sta in mezzo al mare e non sa che rotta prendere, alla deriva, cioè che non sa dove andare, perché io ho 3 figli, e dovevo prendermi cura di loro” (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“Tanti di noi hanno intenzione di partire, io sono venuta via dalla Nigeria per migliorare la mia vita e anche quella della mia famiglia perché nel mio Paese l'economia non è gran cosa” (N2/Nigeria, fidanzato in Nigeria, no figli).

Molte le donne che arrivano a seguito di altri familiari, spesso il marito, in modo particolare le cinesi e le rumene.

“Mio marito mi ha chiesto di venire qui” (C10/Cina, sposata, 2 figli);

“Sono arrivata per il ricongiungimento familiare” (C1/Cina, sposata, 1 figlio);

“per ricongiungermi con mio marito” (C9/Cina, sposata, 1 figlio).

“Sono venuta perché volevo raggiungere mio marito, perché da solo non puoi realizzare niente. Se non sei in due non puoi fare nulla, poi nel mio Paese ci sono altri problemi... Non puoi fare niente” (R1/Romania, 33 anni, sposata, 2 figli).

“È venuto (prima) il mio ragazzo. Noi stiamo insieme da circa sette anni. Lui era venuto qui per lavoro, voleva guadagnare di più anche perché se uno vuole mettere su famiglia, in Romania è un po' difficile ora. Lui aveva a casa uno stipendio di 3.000.000 lei (moneta rumena equivalente a circa 75 euro), io lo stesso. A me bastavano (in Romania) i soldi per me, però pensando a una famiglia

con un bambino, ovviamente non sarebbero bastati. I bambini hanno bisogno di tante cose. Poi c'è bisogno di avere una casa". (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

Ma la necessità di emigrare è dettata principalmente dalle difficoltà economiche, e questo è il tema che accomuna tutte le storie di vita: indipendentemente da dove si proviene, si lascia il proprio Paese per andare incontro a opportunità di lavoro, di guadagno, per permettersi una vita migliore o per garantirla alla famiglia di origine o ai propri figli.

È stato chiesto alle donne di raccontare quali fossero i loro progetti nel momento in cui hanno lasciato il proprio Paese. Il "progetto migratorio", nella maggior parte dei casi, era circoscritto nel tempo, l'Italia rappresentava una tappa a cui avrebbe seguito il ritorno al proprio Paese, e le aspettative erano quelle di un veloce guadagno per poter condurre una vita migliore una volta rientrate, inclusa la possibilità di acquistare una casa, di mettere su un'attività propria.

"Soltanto pensavo a questo: "per due anni fare un po' di soldi, per aprire nel Paese qualche negozio e avere qualcosa in proprio, senza che nessuno mi comandi né niente" (S5/Ecuador, 34 anni, sposata, 1 figlio).

"Volevamo fare qualcosa (in Italia), ma non ci riusciamo, non abbiamo i soldi. Vogliamo avere la nostra impresa. Dobbiamo avere la nostra casa, un negozio, così ci si può prendere cura dei bambini, della famiglia, così si può dire di avere una famiglia piena di calore" (Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio).

"Il mio progetto era di venire qui, di restare un periodo, di guadagnare un po' di soldi e poi tornare in Romania e avere una vita migliore di prima. Ho pensato di accettare qualsiasi lavoro, bastava lavorare..." (R2/Romania, rom, 21 anni, sposata, no figli).

"Ritorniamo in Romania dopo aver risparmiato un po' di soldi per fabbricare una casa in Romania" (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

Il presente in Italia

L'arrivo nel nostro Paese

L'impatto con il nostro Paese non è privo di difficoltà: è frequente ascoltare racconti dai quali emerge un senso di assoluto smarrimento nell'arrivare in città sconosciute, senza avere alcuna idea sul da farsi, dal dove alloggiare a chi rivolgersi per un lavoro. D'altronde per molte di queste donne la conoscenza dell'Italia si limita a qualche sommario racconto fatto da conoscenti già emigrati, e una volta arrivate, per quelle che non ritrovano i parenti, i contatti sono scarsi.

"Ho detto a mia mamma: "mamma, hai soldi da prestarmi perché io voglio andare via"; la mia meta erano gli Stati Uniti, sono andata (al Consolato) ma mi hanno negato il visto, allora mi sono detta "beh, me ne vado in Italia". Un giorno ho chiamato una... se si può chiamare amica, le ho detto di darmi una mano, nel senso di aiutarmi a trovare un lavoro, e tutte queste cose, e lei mi ha detto "sì, sì, vieni..." io ho comprato il biglietto, sono passata tranquilla (frontiera) perché noi non avevamo a quel tempo problemi per entrare in Italia, sono passata per Amsterdam, sono entrata tranquillamente a Milano, questa amica mia, mi ha fatto aspettare tutto il giorno alla Centrale, mi ha fatto aspettare tutto il giorno, e non si è mai fatta viva, e non so come mi sono ricordata, che mia mamma, in mezzo a un libro, mi aveva messo il numero di questa cugina che ho qui, che è una parente lontana, no? La chiamo, le dico... "sai che, sono qui, sono io, che sto qui", e mi dice "ma tu sei matta" le dico "no, sto qui, veramente, te lo giuro, sto qui, vieni, vieni a trovarmi per favore", e mi dice "allora, prendi un taxi e dagli quest'indirizzo che ora ti do" e così è stato, mi ha dato l'indirizzo e sono arrivata, e da quel momento sto con lei" (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“Mia sorella mi aveva avvertita che non era possibile avere una casa qui, ma mi diceva che non faceva freddo e che si poteva dormire fuori o nella tenda. Sapevo che non era possibile avere una casa” (R2/Romania, rom, 21 anni, sposata, no figli).

“Non conoscevo nessuno. L’agenzia che mi ha portato mi aveva promesso lavoro e mi aveva detto che una persona mi avrebbe aspettato a Milano, di tutto questo niente, ho dovuto arrangiarmi da sola. A Milano non sapevo dove andare, capivo poco la lingua, ho telefonato in Perù e il signore dell’agenzia si è nascosto, non mi ha parlato, mi ha risposto la segretaria e mi ha detto di andare in un hotel e di richiamare. Io non sapevo che fare, sono rimasta in aeroporto, però mi sono ricordata che il signore di Lima mi aveva detto di uscire subito dall’aeroporto, avevo paura però mi sono detta “ormai sono qui e devo andare avanti”. Ho chiesto a una signora come andare dall’aeroporto alla città, se era lontana, mi capiva poco e mi ha indicato un autobus. L’ho preso e mi ha lasciato in una stazione e da lì ho camminato per un bel po’, quasi 2 ore. Io avevo un passaporto dell’Ecuador con il mio nome e tutto però non era la mia vera nazionalità, non sapevo cosa fare, ho chiamato di nuovo il Perù da una cabina però non è servito a niente. Mi sono seduta in una piazza dove c’era una chiesa, ci sono entrata e mi sono messa a piangere perché non sapevo cosa fare, quando sono uscita c’era una suora che stava arrivando e le ho chiesto di dirmi per favore dove potevo andare a dormire anche a pagamento perché avevo i soldi nella valigia, è lei che mi ha portato in un convento, sono stata lì quasi 13 o 15 giorni, fino a che un giorno la suora mi ha chiesto se volevo andare a lavorare fuori Milano e io le ho detto di sì, e sono andata a Genova per assistere una coppia di anziani” (S11/Perù, fidanzata, no figli).

Una volta giunte in Italia sono molte le delusioni a cui vanno incontro, e quello che dal proprio Paese sembrava realizzabile e a portata di mano si rivela molto più difficoltoso. Prevale l’impressione di non farcela: il lavoro qui è duro, i guadagni sono incomparabili, è vero, con quelli del Paese di origine, ma comunque permettono di condurre una vita molto modesta, con scarse possibilità di mettere da parte qualcosa.

“A volte vedi le persone che arrivano da un altro Paese e che da tanto tempo sono fuori ed uno vede tutto quello che è riuscito a fare, tante cose, proprio hanno fatto altre cose, allora uno vede tutto questo come qualcosa che uno non farà mai nel suo Paese, sono delle cose irraggiungibili nel suo Paese, allora vedendo che l’altra persona è riuscita a farlo mmh... a volte penso che può essere un po’ d’invidia, un po’ di ambizione, e allora sono queste cose che ti fanno prendere una decisione, perché uno vede nell’altra persona che ha fatto già tante cose, eh..., uno pensa che è facile. Per questi motivi uno prende la decisione di venire qua, pensa che qua le cose sono più facili, che il denaro si prende facile, uno pensa così, (sorridente) come se il denaro ad ognuno gli cade dal cielo, ma stando qua uno vede che realmente non è così, le cose sono difficili” (S6/Ecuador, 27 anni, sposata, 3 figli).

“Quando ero qui da poco, non mi piaceva tanto, avevo sui quindici anni, ho dovuto lavorare subito giorno e notte, non sapevo niente, mi sentivo molto affaticata. Sono arrivata proprio in occasione della sanatoria del ‘98, tutti quei cinesi ti chiedevano soldi (per regolarizzarsi uno straniero deve pagare 5/6 mila euro), quindi non mi piaceva per niente. Volevo tornare in Cina, non ne potevo più di stare in Italia. Adesso mi sono abituata qui. [...] Mia mamma mi ha mandato qui, non sapevo neanche cosa dovevo fare. Appena arrivata mio zio mi ha detto di cucire i vestiti. Io dicevo che non volevo fare i vestiti. Lui diceva che ha speso 30 milioni di lire per farmi venire qui. Tutti dicono che l’Italia è un paradiso, per chi sa invece è l’inferno. Dicono che in Italia è facile guadagnare i soldi, in realtà non lo è. I soldi guadagnati in Italia si spendono in Italia, non cambia niente. [...] in Italia si guadagna tanto ma anche la vita costa tanto, per cui è uguale. Qui la vita è molto cara, solo per l’affitto vanno via oltre mille euro, è difficile da sopportare; ora abbiamo un bambino, le spese sono anche più pesanti, quindi...” (C3/Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio).

“Quali erano i miei progetti per l’Italia? La verità è che ho preso quest’aereo, e arrivando qui mi sono resa conto di... della realtà (ride), che qui non si hanno progetti. Qui non si hanno progetti, qua tu vivi, vivi, come dei robot. [...] Vado in Italia, vado a lavorare 2 anni e ritorno al mio Paese, pensavo... guardami, sono 5 anni e ancora sono qui, vuol dire che il mio obiettivo, che mi ero posta, ancora non l’ho... non l’ho raggiunto e non so quando lo raggiungerò, però non ora, i miei figli mi stanno scoccando che vogliono venire, bene, li accontento e li faccio venire, perché si rendano conto di come si soffre qui, ecco. Sì... voglio che vedano, perché dicono “mamma sei cattiva perché non ci fai venire... perché vuoi stare sola” allora io, va bene, mi sono detta va bene, già hanno un’età, più o

meno già sanno cos'è bene e cos'è male, allora venite per vedere come si soffre e capire il sapore amaro che io ho in bocca tutti i giorni qui" (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

"Ci si immagina che si viene qua a lavorare e che è tutto facile, prendi i soldi ed è tutto facile, ma la realtà è che qua si soffre molto, il clima, la lingua e lasciare i propri cari, soprattutto i figli... ma ormai adesso voglio fare i documenti per vedere se riesco a portare la bambina, se Dio vuole a dicembre, vediamo come procedono tutte le cose" (S20/Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio).

La famiglia

Si tratta in prevalenza di donne che provengono da famiglie numerose: le donne sudamericane sono cresciute generalmente in famiglie allargate dove i parenti prossimi rivestono un ruolo importante; per le nigeriane è la famiglia nucleare a essere molto numerosa (fino a 12 fratelli), e inaspettatamente troviamo anche alcune donne cinesi, provenienti dalle zone rurali, con un numero altissimo di sorelle/fratelli; più contenute le famiglie rumene e marocchine. Tutte queste donne, comunque, immaginano oggi una famiglia numericamente "ridotta", e riferiscono di ritenersi soddisfatte con 2 o 3 figli.

A tutte loro è stato chiesto di descrivere la famiglia "ideale".

"La mia famiglia... è una domanda molto bella (*sorride*)... io spero, cioè credo che la perfezione non esiste sinceramente, credo che quello di quando sei bambina e ti immagini il tuo principe azzurro e la tua casa con 2 figli, tipo *Barbie e Ken*, quello non esiste, ma io spero sinceramente di trovare la persona, diciamo il mio compagno che condividerà con me, mi accompagnerà per il resto della mia vita, che ci sia comprensione, molta comprensione, oltre ovviamente all'amore, all'affetto, il rispetto, la stima, sono cose importanti no? ed educare i nostri figli insieme" (S19/Perù, 23 anni, nubile, no figli).

"A me piace una famiglia per bene con il rispetto per l'altro senza perdere la propria personalità. Farli studiare (i figli) bene ed educarli bene" (M1/Marocco, 31 anni, sposata, no figli).

"Un marito con cui vado molto d'accordo, che mi piace, e avere dei figli" (M2/Marocco, fidanzata, no figli).

"Una famiglia ideale, secondo me è una famiglia unita, con padre, madre e figli. A me non piace una famiglia poligama come quella che la mia cultura ammette" (N3/Nigeria, fidanzata, no figli).

"Famiglia ideale... per me, non so come dirle... la famiglia ideale la sognavo una volta, tanti anni fa, e ora la famiglia ideale è così com'è adesso... Molti sognano la famiglia ideale però non la possono realizzare" (R1/Romania, 33 anni, sposata, 2 figli).

"(La famiglia) mi piace così com'è adesso, i soldi certamente non bastano mai, però dal punto di vista affettivo andiamo molto d'accordo. Vorrei avere una situazione economica migliore, vivere soltanto con lui, anche se non è che si vive male con la sua famiglia, però mi piacerebbe di più vivere soltanto con lui, alla nostra età sarebbe meglio vivere da soli. Mi piacerebbe avere bambini, uscire con loro, vivere così come si vive da noi" (R7/Romania, rom, 18 anni, sposata, no figli).

Donne che insistono sui sentimenti, ma anche altre che pensano alla sicurezza materiale, in particolare le donne cinesi, che avvertono il bisogno della stabilità:

"La famiglia ideale dovrebbe avere una casa fissa, uno stipendio fisso, dei bambini e poi dovrebbe vivere una vita semplice" (C8/Cina, convivente, no figli).

"Avere la macchina, avere la casa, questo..." (C9/Cina, sposata, 1 figlio).

"Per me (la famiglia ideale è) avere una casa propria, vuol dire la vita di ogni mese, insieme, uno stipendio di qualche centinaia basta per vivere, va bene. Io non penso le cose in grande, avere una casa che appartiene a se stessi, ora ancora non ho una casa mia" (C7/Cina, sposata, 1 figlio).

Ma nella maggior parte dei casi, la famiglia che si sogna è quella reale, ma finalmente riunita: la felicità consiste nello stare insieme, nel seguire i propri figli, nel condividere con loro le fasi della crescita. Sono donne che hanno vissuto la dolorosa esperienza del distacco dai figli, lo smembramento dei nuclei familiari.

“La mia famiglia ideale nel senso che... è composta da persone, papà, mamma, nonni, figli che vivono... la mia famiglia ideale è così no? tutti insieme... [...] sempre al fianco dei figli, condividendo le loro allegrie, le loro tristezze dei ragazzi fino a un'età che si sa che dai 22/25 anni incomincia ognuno a fare la propria vita... ma una famiglia ideale così... tutti insieme, perché in realtà quello di stare così è molto triste, i figli là, noi qua e magari con la speranza di arrivare un giorno a stare tutti insieme di nuovo, ma magari quando quel giorno arriva non avranno più voglia di stare insieme, perché iniziano a essere più indipendenti, ed è difficile... [...] Questa cosa di separarmi da loro così, in un modo brusco no, eh... ma ho detto loro... cioè, vediamo come va, proviamo... magari può essere che io non mi abituo lontano da voi e torni indietro. Con i figli è un altro tipo di... la nostalgia è più grande, uno può voler molto bene al papà, alla mamma, ma comunque quando si cresce uno deve andare via, ma i figli, soprattutto quando sono ancora piccoli, che devi ancora mostrargli la strada... è triste lasciarli così, no? (S16/Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

“A mio figlio sì (voglio farlo venire), perché se devo ancora passare due o tre anni qui, voglio che stia accanto me, io non ce la faccio più, di stare sola, penso che sarebbe un appoggio forte, per andare avanti” (S2/Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio).

“Non c'è la famiglia ideale. Sarebbe che uno vive nel suo Paese, con i suoi figli, e che non gli manchi niente, che non deve soffrire lavorando duramente, vivere tutti insieme e avere le possibilità per vivere tutti bene” (S9/Perù, 34 anni, separata, fidanzata, 2 figli lasciati con il papà).

“Io ho lasciato mio figlio, io ho lasciato mio figlio che ha 11 anni, ai miei genitori che stanno lì con lui. [...] Per lui, io so che gli manco, lui vuole che io stia con lui... quando era più piccolo, di 5, 6 anni, mi diceva “mamma tu sempre parti ma non mi porti con te”, ma io che faccio lavorando... io so che mi dedicherò al lavoro e lui??? Io gli parlo, figlio, adesso se tu vieni qua lo studio è diverso, io lavoro tutto il giorno, non avrò il tempo come per lo studio, no gli dico io... mi ascolta soltanto... lui mi ascolta soltanto... tenerlo qua, la scuola, i libri, no, è troppo dispendioso, no, per avere tempo per lui devo lasciare il lavoro un po' e non mi basterà, allora...” (S17/Perù, 34 anni, separata, convivente 1 figlio).

“Mio figlio è nato qui, ma vive in Cina) con la nonna paterna. Sarebbe il massimo crescerli vicini a noi! Però non abbiamo delle condizioni adeguate! Visto che viviamo in Italia, vorremmo che i nostri figli crescessero in Italia. [...] È vero che lavoriamo, però dobbiamo risparmiare per avere una tata, così lavoriamo per niente, poi così è molto pesante” (C3/Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio).

Attività lavorativa

I risultati dell'indagine quantitativa hanno mostrato un elevato grado di istruzione tra le donne. Sebbene sia noto che gli immigrati sono spesso occupati in attività che poco hanno a che fare con il loro titolo di studio e con il lavoro che svolgevano nel proprio Paese, suscitano comunque un certo disagio i loro racconti.

“Nel mio Paese facevo tante cose, mettevo le flebo, facevo le iniezioni, lavoravo con la ceramica, vendevo vestiti, gioielli d'oro, tutto allo stesso tempo. (Qui) mi immaginavo, pulire case, però mai mi ero immaginata di tenere un vecchio, il mio primo lavoro è stato questo, accudire un vecchio, e quando dovevo pulirlo a questo signore mi mettevo a piangere, perché mi dicevo “Dio mio, che umilia...” perché io dicevo questa è un'umiliazione mettere le mani al sedere, pulire la merda, pulirgli le ..., e tutte queste cose, no? Pulire tutte le parti intime, io mai mi ero immaginata, e mai avevo pensato, fare queste cose, perché nel mio Paese... non so se si fa, però non nel modo in cui si fa qui, no?” (S1/Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli).

“Non sapevo la vita che si faceva qua, sapevo che lavoravano in casa, ma non così in questo modo, per me è stato un trauma (*ride*), io sono stata la prima a lavorare e mi sentivo come esclusa, perché tutte le mie sorelle stavano a casa, io ero la prima di loro che iniziava a lavorare, poi un lavoro fisso... [...] uscivo solo a buttare la spazzatura (*ride*), mi ricordo che uscivo tutta emozionata a buttare la spazzatura e vedevo tutto bello” (S8/Perù, 30 anni, convivente, 2 figli).

“(In Romania) lavoravo in una fabbrica tessile. [...] Prima di venire in Italia ho saputo, da quelli che c'erano già stati che sei trattato male qui, che lavori e poi non sei pagato. Pensavo, come dire, a un miglioramento in confronto al mio lavoro in Romania. Non ho pensato a chissà che, ma speravo in un lavoro in un mercato, o qualcos'altro... qualcosa di meglio, ma dipende anche dagli studi che

uno ha fatto nel proprio Paese. [...] Lavoro da una vecchietta, lavoro... la assisto, la curo, le faccio compagnia. Facciamo insieme le passeggiate, andiamo al ristorante, non sta male, ancora non le devo mettere il pannolino o altre cose... Poi lavoro anche a ore, faccio le pulizie" (R1/Romania, 33 anni, sposata, 2 figli).

Condizione abitativa

Come abbiamo in precedenza evidenziato, l'arrivo in Italia avviene molto spesso senza alcun programma. Come per il lavoro, anche il luogo dove si alloggerà è molto spesso un'incognita. Per tutte coloro che non svolgono un lavoro fisso, la ricerca di una casa (che molte volte si traduce in una stanza) è molto difficoltosa, e le sistemazioni che poi trovano sono spesso disagiate.

"Mi facevano dormire sotto, in... come si chiama, nelle... come lo chiamano qua, cioè a Roma, noi vivevamo a Roma, tutte le case a Roma hanno una specie di cantina, così con una saletta, tutto bello, però... era la prima volta che io vedevo case così, ci sono rimasta..." (S8Perù, 30 anni, convivente, 2 figli).

"Dividiamo un appartamento di due stanze con un'altra famiglia. È stato un po' difficile trovare casa perché siamo stranieri. Inizialmente abbiamo comprato il giornale Porta Portese per cercare un affitto, abbiamo telefonato però quando sentivano che siamo stranieri non volevano affittarci la casa. Noi cercavamo un affitto per tre anni, contratto di affitto per tre anni, per avere la certezza che possiamo stare tranquilli in quella casa. Ho sentito alcuni che hanno preso casa e dopo 2-3 mesi i proprietari volevano mettere dentro qualcun altro. Dicevano dall'inizio "non accettiamo stranieri". Non è che non volevano romeni, non volevano stranieri, in generale. Altri ci rifiutavano quando chiedevamo contratto d'affitto. Viviamo praticamente in una stanza. Ora con il suo stipendio paghiamo affitto e viviamo noi" (R5/Romania, 28 anni, convivente, no figli).

"Mi aspettavo il peggio (si riferisce alla casa), comunque era un prefabbricato, era una stanza con un armadio, un letto matrimoniale, prima singolo, e poi qualcuno ci ha regalato un letto grande. Il prefabbricato era coperto. Pensavo, chissà dove mi tocca andare, una tenda o chissà che, [...] lui (mio marito) ha detto "qui da me è difficile, tu vieni qui, io non ho il bagno, non ho una cucina, ho soltanto una camera, come farai?" Io pensavo alle peggiori condizioni viste in Romania, c'è chi non ha la porta di casa, il vetro alla finestra, quindi io paragonavo con alcune situazioni in Romania. Pensavo chissà, forse sarà così anche da lui. Quando ho visto la camera mi è piaciuto. Mi ha detto, "puoi vivere tu qui? Sì, ho risposto" (R3/Romania, 23 anni, sposata, 1 figlio).

Riflessioni

Obiettivo del presente capitolo è stato quello di tralasciare gli aspetti più strettamente sanitari, che ruotano intorno all'esperienza dell'interruzione di gravidanza, per meglio indagare, invece, la vita delle donne che si sono trovate a dover fare questa scelta, e capire meglio, seguendo i loro percorsi, come l'esperienza dell'aborto si collochi nelle loro biografie.

Dando voce a queste donne, sono emersi, accanto ai tratti soggettivi che le distinguono una dall'altra, tanti elementi derivanti dalla cultura di appartenenza, che le rendono per tanti aspetti simili: il tipo di famiglia che lasciano al Paese, per esempio, o l'"ideale familiare" che portano con sé, ma anche l'organizzazione stessa della vita familiare una volta nel Paese ospite (le donne cinesi che vivono con i propri figli in Italia o che li partoriscono da noi per poi rimandarli in Cina; le donne sudamericane che nella stragrande maggioranza dei casi hanno lasciato nel proprio Paese i figli, che vengono cresciuti dai nonni).

Certamente, poi, sono donne accomunate dall'esperienza della migrazione, che pur con percorsi diversi, si svolge secondo tratti comuni, primo fra tutti il progetto migratorio: arrivano in Italia prevalentemente per lavorare, anche se si iniziano a registrare casi di ricongiungimenti

familiari. Tutte loro vivono diversi aspetti di precarietà, da quella economica a quella lavorativa e abitativa: quelle che svolgono sono spesso occupazioni precarie, con retribuzioni che comportano molti sacrifici, particolarmente pesanti per chi deve mantenere la famiglia di origine; molte vivono in alloggi disagiati non certo adatti al normale svolgimento della vita familiare.

È dunque chiaro che, accanto alle politiche sanitarie di prevenzione all'interruzione della gravidanza, occorre riflettere sulla necessità di adozione di specifiche politiche di supporto socio-economico, prime tra tutte l'offerta di lavori rispettabili e di abitazioni decenti, per una migliore integrazione delle donne immigrate nel nostro Paese.

5. ORGANIZZAZIONE DEI CENTRI SANITARI

Graziella Sacchetti (a), Fiammetta Santini (b), Patrizia Madoni (c), Paola Serafini (d), Giovanna Scassellati (e), Mara Manghi (f).

(a) Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo, Milano

(b) Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano

(c) ASL Città di Milano, Milano

(d) Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Santa Anna, Torino

(e) Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

(f) Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia

Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo e Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano

Di fronte al grande aumento della popolazione straniera nei reparti e negli ambulatori di ostetricia e ginecologia e pediatria delle nostre Aziende Sanitarie, è nata l'esigenza di un adeguamento sia organizzativo che formativo degli operatori sanitari presenti in tali servizi.

Un gruppo di operatrici e di operatori dell'Ospedale S. Paolo e dell'Ospedale S. Carlo di Milano hanno deciso di sperimentare un modello di organizzazione che facilitasse da un lato l'accesso delle donne straniere a tutte le strutture sanitarie pubbliche durante il loro percorso riproduttivo e dall'altro mettesse gli operatori italiani in condizione di capire, diagnosticare e curare meglio queste nuove e diverse pazienti.

Dal novembre 1999 presso due Ospedali di Milano, Ospedale S. Carlo e S. Paolo, si sono aperti due Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini. Questo progetto prevede la collaborazione di due Aziende Ospedaliere e di Crinali, una Cooperativa del privato sociale di Milano che si occupa di cooperazione, formazione e ricerca tra donne del Nord e del Sud del mondo.

Gli obiettivi del progetto sono:

1. favorire un accesso migliore alle donne straniere ai servizi materno-infantili dell'ospedale;
2. rimuovere gli ostacoli linguistico-culturali che impediscono la comunicazione;
3. accogliere una domanda globale di assistenza in quanto le donne straniere stesse di solito non pongono solo una domanda di salute, ma spesso formulano una richiesta di aiuto per problemi sociali complessi come la casa e il lavoro;
4. sviluppare una metodologia di mediazione culturale;
5. sperimentare un modello organizzativo riproducibile in altre strutture ospedaliere.

Il Centro prevede un'équipe di operatrici con competenze diverse (una ginecologa, un'ostetrica, una pediatra, un'assistente sociale e una psicologa), che lavorano però in modo integrato; è stata fatta una scelta specifica di genere (tutte le operatrici sono donne) in quanto, in molte culture, non solo quella musulmana, le donne preferiscono affidarsi per i problemi riguardanti la maternità e il corpo in genere a personale sanitario femminile. Inoltre sono sempre presenti alcune mediatrici linguistico-culturali, che provengono dagli stessi Paesi delle donne che più frequentemente accedono ai due Ospedali (arabe, filippine, cinesi, latino-americane, albanesi). Il Centro è aperto tre mezzeggiornate alla settimana (due mattine e un pomeriggio) e l'accesso è libero, almeno per la prima visita; in seguito, soprattutto per le visite in gravidanza, si fissa un appuntamento, da un lato per una sopravvivenza organizzativa degli operatori, ma

dall'altro per consentire alla donna di abituarsi all'iter burocratico da seguire per accedere alle nostre istituzioni sanitarie. I servizi offerti dal Centro sono: accoglienza ed individuazione della domanda (momento dell'accoglienza, che viene offerta a tutte coloro che si presentano al Centro, anche se è impossibile fare la visita ostetrica o ginecologica in quel giorno); servizio di mediazione linguistico-culturale; visite ostetriche in gravidanza e in puerperio; ecografie di primo livello; visite ginecologiche; consulenze preconcezionali; visite e certificazioni per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194); visite pediatriche; colloqui sociali; colloqui psicologici individuali o di coppia; gruppi di preparazione alla nascita; gruppi di discussione su tematiche specifiche (mutilazioni genitali femminili, diritto di famiglia, ecc.); invio ed eventuale accompagnamento ad altri servizi di secondo e terzo livello dell'Ospedale e a strutture territoriali (Consultori familiari); traduzione di moduli e fogli informativi in alcune lingue straniere.

La metodologia di lavoro consiste nell'elaborare un approccio interculturale da parte di tutte le operatrici e anche delle mediatrici linguistico-culturali: questo prevede degli incontri di supervisione periodici con una esperta nel campo del lavoro interculturale con donne straniere in cui si discutono casi concreti o si affrontano in modo critico alcune modalità organizzative. Diversamente da quello che avviene in un normale ambulatorio ospedaliero, nel Centro le figure professionali sono presenti in contemporanea, quindi in realtà uno degli *aspetti innovativi* è il *lavoro interdisciplinare dell'équipe*, che normalmente non è utilizzato all'interno di un ospedale. Un altro aspetto innovativo del progetto è la *disponibilità del servizio di mediazione linguistico-culturale*. L'inserimento della mediatrice linguistico culturale in un contesto rigido e inflessibile come l'Ospedale non è sicuramente semplice; soprattutto la presenza di un *terzo* in un rapporto tradizionalmente *a due* come è quello tra medico e paziente può creare difficoltà e diffidenza – “ci vuole più tempo per la traduzione”, “non sono sicuro che la mediatrice traduca tutto quello che la paziente ha detto...” e così via.

Un altro punto innovativo è la *continuità di assistenza della donna*, prima e dopo il parto: infatti il progetto, che continua anche quest'anno, prevede la costruzione di una *rete* funzionante con il consultorio familiare. Gli ambiti su cui sono in preparazione linee guida da applicare per le donne immigrate sono: la contraccezione dopo il parto e dopo una IVG, un percorso accompagnato dal Consultorio all'Ospedale per il parto (visita alla sala parto), un invio in rete dall'Ospedale a domicilio per un puerperio più protetto e con meno solitudine.

Un punto critico è l'acquisizione di un *atteggiamento* diverso, *interculturale o transculturale* degli operatori: in questo senso ha sicuramente valore la parte formativa specifica che è stata attivata con giornate di formazione sulla clinica transculturale, ma molto bisognerà fare per riuscire a trovare una modalità nuova di lavoro tra operatori con diversa competenza, valorizzando le reciproche conoscenze per una diagnosi e una terapia più appropriata. Questo soprattutto per i medici è molto difficile, ma è ciò che l'utenza sia straniera che italiana ci chiede.

E infine, la costruzione della *rete con il territorio* rappresenta, più che un punto critico, *una sfida*: la popolazione delle donne immigrate con i suoi bisogni “globali” di assistenza forse obbliga gli operatori a trovare risposte integrate per tutte le donne e per tutte le famiglie che verranno ai nostri Servizi, di qualsiasi colore o lingua o provenienza siano.

Per quanto riguarda l'applicazione della Legge 194, il personale dei Centri effettua colloqui pre-IVG, sempre con la presenza delle mediatrici linguistico-culturali, di una operatrice sociale o sanitaria o di una psicologa, facendo attenzione che tutto il personale non sia obiettore, incluse le mediatrici. Viene poi eseguita la visita e quindi compilato il certificato previsto dalla Legge 194; inoltre viene redatta la cartella clinica che servirà successivamente per l'esecuzione dell'intervento presso le divisioni di Ostetricia delle due Aziende Ospedaliere dove hanno sede i Centri. Per la prenotazione dell'intervento la donna viene fatta accedere all'ambulatorio che

l'Azienda organizza per tutte le donne che richiedono l'IVG, impedendo in tal modo discriminazioni tra donne italiane e non. Durante il colloquio pre-IVG si parla della possibilità di utilizzare l'anestesia locale o generale e si offre già una possibile contraccezione, fornendo la ricetta di una pillola o proponendo l'inserimento dello IUD (spirale) durante l'intervento. Viene anche proposta la visita post-IVG, che viene prenotata circa 20-30 giorni dopo l'intervento. In quell'occasione si farà un colloquio con un'operatrice sociale o sanitaria o con una psicologa, si effettuerà la visita ginecologica e poi si invierà la paziente ad un consultorio familiare dove è prevista la presenza della mediatrice culturale. È in atto il tentativo di migliorare la rete e verificare il reale ritorno ai Consultori Familiari delle pazienti inviate dai Centri. Sono stati tradotti in varie lingue (arabo, spagnolo, filippino, cinese, albanese) dei fogli informativi sull'intervento e sul post-intervento.

ASL Città di Milano

Dati di contesto

Ogni anno a Milano si assiste a un aumento di cittadini immigrati, circa il 10% in più dell'anno precedente e anche a un aumento del numero di gruppi etnici, attualmente 130; di conseguenza anche il panorama degli utenti che si rivolgono ai servizi socio-sanitari risulta sempre più variegato.

I dati relativi all'età segnalano un aumento significativo di giovani dai 20 ai 40 anni e di bambini e adolescenti.

A fronte dell'aumento delle popolazioni immigrate anche i servizi socio-sanitari vedono un aumento di utenti stranieri, quindi, dovendo rispondere in modo appropriato, sono sollecitati a riformulare i percorsi organizzativi, le prassi e le metodologie.

Da circa dieci anni l'ASL Città di Milano sta sviluppando un Progetto con il quale si è proposta di avvicinare le famiglie di immigrati alle istituzioni in un momento di trasformazione importante e delicato quale la nascita di un bambino, con l'obiettivo di affinare le capacità di decodifica delle esigenze degli utenti e migliorare le connessioni tra tutti gli attori istituzionali coinvolti nell'evento nascita.

Si è privilegiato il momento della formazione della famiglia perché è noto che i momenti principali dell'integrazione sono legati a fasi di vita importanti: la nascita risulta essere l'evento nel quale la famiglia si trova a dover gestire il proprio radicamento in un'altra nazione, in un contesto culturale lontano dai propri riferimenti e a dover integrare modi differenti di concepire la nascita e l'educazione dei figli.

Sperimentazione

Fino al 1998 a Milano esistevano sei ASL che si sono unificate e hanno dato vita all'ASL Città di Milano. In seguito a questa unificazione le specificità territoriali e le iniziative sperimentali nel settore dell'immigrazione sono diventate patrimonio di tutta la città e sono state valorizzate e trasformate in un progetto strutturato: si è dato così inizio al progetto "Spazi di Integrazione" nato nei Consultori Familiari.

Il progetto si è sviluppato in 5 fasi:

- Fase informativa
- Fase dell'analisi organizzativa dei servizi
- Fase della messa in comune di una nuova metodologia di lavoro

- Fase dell'applicazione di nuove strategie di intervento
- Sperimentazione di percorsi di lavoro in rete

Risultati di due ricerche

In parallelo alle fasi del progetto si sono sviluppate due ricerche con due obiettivi specifici: un'analisi quantitativa sulla fruizione dei servizi dell'area materno-infantile da parte di utenti immigrati e un'analisi qualitativa sul funzionamento dei servizi in presenza della mediatrice linguistico-culturale.

È diventato evidente che in seguito alla fluttuazione della composizione dei flussi migratori non è possibile diventare "esperti" di una etnia ma è necessario attuare una costante formazione e attenzione alle variazioni che si presentano per "imparare" ad apprendere dal lavoro quotidiano e mettere a punto una metodologia capace di rispondere a tutti gli utenti.

La ricerca ha posto interrogativi sul ruolo delle mediatrici: semplici "traduttrici di cultura" oppure operatori a tutti gli effetti con un loro ruolo e dei compiti ben definiti e una loro autonomia professionale?

È inoltre emerso che le mediatrici hanno una importante implicazione nel lavoro di rete: sono coloro che, nell'invio, possono "accompagnare" l'utente.

Formazione e supervisione

Il progetto iniziale ha dato largo spazio alla formazione: si sono proposti momenti informativi e di analisi organizzativa agli operatori di tutte le istituzioni coinvolte perché informazioni e premesse culturali comuni sono una buona base per lavorare in rete.

Al termine del progetto si è proseguito con proposte formative in comune per gli operatori dei servizi socio-sanitari dell'area materno-infantile.

Risultati del Progetto

Il Progetto così strutturato ha dato l'opportunità di creare un contenitore/laboratorio nel quale ogni operatore si è sentito rappresentato e dove si sono portate le proprie ricchezze e le proprie difficoltà.

La maggior parte degli operatori ha compreso l'importanza di approfondire temi specifici, perché le competenze acquisite possano essere utilizzate anche in altri settori del proprio lavoro.

La formazione comune, conoscersi in un contesto ricco, avvicinarsi nei propri reciproci bisogni, crea un clima e un linguaggio comune che spesso facilita e permette il superamento delle barriere istituzionali.

Il coinvolgimento dei livelli dirigenziali nel processo di trasformazione ha garantito la tenuta dei risultati.

Al termine dell'anno di sperimentazione, visti i risultati, si sono andate a implementare le strategie e gli interventi che si sono rivelati più efficaci. I contenuti del progetto sono rimasti sostanzialmente invariati, si sono attuate iniziative migliorative del progetto iniziale e si sono strutturate azioni interdipendenti per sviluppare le aree di intervento considerate più necessarie, attraverso proposte organizzative e formative nonché proposte nell'area delle collaborazioni esterne.

Sviluppo del progetto

Visti i risultati soddisfacenti ottenuti dopo un anno di sperimentazione, l'ASL ha deciso di sviluppare l'area di intervento per soddisfare i bisogni emergenti della popolazione immigrata attraverso la strutturazione di azioni mirate. Al fine di rispondere alle esigenze dei cambiamenti demografici, i Consulenti Familiari dell'ASL Città di Milano hanno strutturato veri e propri

percorsi di facilitazione all'accesso dei servizi per consentire un avvicinamento degli utenti immigrati nelle varie fasi della formazione della famiglia e nel corso dei cicli di vita familiare.

Le statistiche del Servizio Famiglia hanno evidenziato che nel 2003, su un totale di circa 25.500 utenti, 8.500 (25% del totale) erano utenti immigrati; nel 2001 su 26.500 utenti totali erano 8.100 (23%); ogni consultorio in cui sono presenti le mediatrici linguistico-culturali ha avuto un importante incremento, in alcuni si è verificato un aumento del 50%.

Le principali prestazioni per cui si sono rivolti al consultorio sono state:

- contraccezione;
- gravidanza;
- interruzione di gravidanza.

Obiettivi

- superare modelli di intervento solo di tipo emergenziale e frammentario;
- radicare la presenza delle mediatrici linguistico-culturali nei consultori familiari cittadini;
- costruire la rete di relazioni tra enti e istituzioni socio-sanitarie dell'area materno-infantile;
- consolidare percorsi e connessioni istituzionali;
- stendere protocolli che individuino percorsi facilitanti per famiglie immigrate nei servizi dell'area materno-infantile;
- promuovere momenti di formazione comune per operatori ASL e operatori degli enti partner;
- diffondere tra gli immigrati la conoscenza delle opportunità di salute date dai servizi socio-sanitari;
- ridurre l'incidenza delle interruzioni volontarie di gravidanza nelle donne immigrate.

Partner

- Consultori Pediatrici;
- Punto Nascita dell'Ospedale Buzzi;
- Punto Nascita dell'Ospedale San Carlo Borromeo;
- Punto Nascita dell'Ospedale San Paolo;
- Punto Nascita dell'Ospedale L. Sacco;
- Cooperativa Crinali;
- Cooperativa Farsi Prossimo-La Casa di Tutti i Colori;
- Cooperativa Kantara;
- Opera Nomadi.

Linee di sviluppo

A fronte di una richiesta sempre maggiore di prestazioni connesse alla salute riproduttiva della donna, i servizi consultoriali si sono impegnati nel modificare alcune loro strategie di intervento e hanno ampliato le proposte destinate alla protezione della maternità.

Al fine di rispondere in modo adeguato ai nuovi bisogni della popolazione immigrata si intende:

- offrire strumenti volti a sostenere l'integrità della famiglia in presenza di ricongiungimenti familiari;
- prevenire il distacco precoce madre-bambino;
- trovare strategie innovative per prevenire il ricorso all'interruzione di gravidanza da parte delle donne immigrate.

Azioni

a) *Mediazione linguistico-culturale*

Punto focale dell'intervento è la presenza della mediatrice linguistico-culturale nelle équipe dei Consultori Familiari per circa 6/8 ore settimanali.

Si è scelto di non dedicare servizi specifici per l'utenza immigrata bensì di arricchire il consultorio familiare del servizio di mediazione linguistico-culturale. A distanza di tempo possiamo dire che tale scelta ha contribuito a far sì che tutti gli operatori siano coinvolti e implicati nella relazione con gli utenti immigrati e che si è accresciuta la loro capacità di comprendere le istanze portate dalla popolazione immigrata.

Si è perfezionato il modello di accoglienza dell'utenza riservando uno spazio specifico settimanale, durante il quale è presente la mediatrice linguistico-culturale che accoglie l'utente e lo informa sulle modalità di accesso alle prestazioni: la mediatrice lavora in compresenza con gli operatori in modo da consentire all'utente di esplicitare i propri bisogni e, attraverso l'intervento della mediatrice, l'operatore è in grado di comprendere non solo i bisogni dell'utente ma anche i significati culturali della richiesta.

Dopo il colloquio di accoglienza si risponde alla richiesta specifica dell'utente, sia sanitaria, che sociale e psicologica, sempre con la mediatrice.

La stessa prassi si attiva anche quando la donna si rivolge per richieste di interruzione volontaria di gravidanza: il colloquio solitamente viene effettuato da un'assistente sociale o da una assistente sanitaria affiancate, se nel consultorio è presente, dalla mediatrice della stessa etnia della donna che fa richiesta di interruzione di gravidanza.

La proposta del servizio di mediazione è stata avviata nei Consultori Familiari, in seguito ha coinvolto i Centri di Psicologia del Bambino e dell'Adolescente, le Unità Tutela Minori, i Centri di Terapia della Famiglia e i Consultori Pediatrici, servizi che hanno un'alta percentuale di accessi di famiglie immigrate.

b) *Mediazione linguistico-culturale nei campi nomadi*

L'esperienza si è rivelata molto positiva ed ha portato in Consultorio un'alta percentuale di donne provenienti dai campi nomadi in cui lavorano le mediatrici sia per gravidanza sia per contraccezione.

Si è constatato, inoltre, che l'avvicinamento alle istituzioni socio-sanitarie del settore materno-infantile ha consentito che un'altissima percentuale di bambini fossero vaccinati e che un numero rilevante fosse inserito nei circuiti educativi e scolastici. Si intende collaborare con l'Opera Nomadi per proporre il percorso già attuato nella sperimentazione in due campi anche ad altre realtà complesse in cui si individua la necessità e si intravede la possibilità di un avvicinamento dei nomadi alle istituzioni.

c) *Ricerca sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate*

Al fine di raccogliere elementi di comprensione per proporre sistemi di prevenzione più efficaci e modelli di assistenza innovativi per diminuire il ricorso all'IVG da parte delle donne immigrate, si è concordato di partecipare alla ricerca proposta dall'ISS, sia con un'implicazione diretta sia indirettamente. Si è, infatti, provveduto a sostenere le due Aziende Ospedaliere San Carlo Borromeo e San Paolo, implicate nella prima fase del progetto di ricerca, con l'invio di utenti dei Consultori Familiari per proporre la somministrazione del questionario. La seconda fase della ricerca ha invece visto il coinvolgimento diretto dei Consultori Familiari, dove sono state realizzate le interviste.

Si è nominata una *tutor*, un'assistente sociale o un'assistente sanitaria, con funzione di monitoraggio e di aiuto, che ha dato un contributo nel rimuovere ostacoli organizzativi che potevano intralciare il buon andamento della ricerca e nel sostenere le mediatrici nel

caso in cui si profilassero difficoltà legate alla gestione del protocollo previsto dalla ricerca.

Si è inoltre creata una struttura organizzativa di riferimento in modo che vi fossero momenti di incontro e di confronto durante il periodo della somministrazione tra tutte le intervistatrici e le *tutor* in cui si potesse analizzare l'esito dei primi risultati della ricerca e si potesse monitorare il rispetto dei protocolli di ricerca. Si è provveduto, inoltre, a costituire un gruppo di operatori rappresentativi delle figure professionali presenti nei Consultori con una funzione di cassa di risonanza sui risultati della ricerca e con l'obiettivo di costituire un gruppo di riflessione che proponesse modalità e strategie di intervento innovative e più rispondenti alle richieste delle donne immigrate.

d) Gruppi di accompagnamento alla nascita

L'esperienza segnala l'estrema solitudine delle donne immigrate durante la gravidanza, il parto e il puerperio. Queste fasi rappresentano per le neomadri momenti di grande vulnerabilità durante i quali è importante attivare un valido sostegno per prevenire con efficacia possibili patologie post-partum ed eventuali disturbi nella relazione mamma - bambino.

In questa ottica assumono particolare rilievo i gruppi di accompagnamento alla nascita, che devono avere caratteristiche specifiche per poter rappresentare un momento di incontro in cui vengano valorizzati i saperi sulla maternità di tutte le culture e in cui si possa facilitare il passaggio dalla cultura di origine alla cultura del Paese ospitante.

In ogni consultorio familiare le gravidanze vengono seguite con momenti di compresenza tra ostetrica-ginecologa-mediatrice; sono stati sperimentati, inoltre, incontri di gruppo destinati a donne immigrate in gravidanza con la presenza della mediatrice per rispondere in modo più appropriato alle loro esigenze.

La proposta dei gruppi è stata molto apprezzata dalle donne in gravidanza perché costituisce uno spazio in cui si sentono di poter portare tutti i vissuti e le ansie legati alla gravidanza, al parto e al dopo parto, sicure di essere comprese senza timore di essere giudicate inadeguate ma sostenute e confermate nel loro ruolo anche quando ricorrono a simbolismi alle volte scaramantici legati alla cultura di appartenenza.

Affetti in viaggio

Questa azione intende offrire strumenti concreti volti a sostenere l'integrità delle famiglie in presenza del ricongiungimento familiare e della nascita di figli in terra di migrazione.

Per proporre l'iniziativa si è partiti dalla lettura di situazioni reali emerse nel lavoro quotidiano i cui risultati sono in linea con le ultime ricerche condotte.

Si è così avviata una collaborazione con La Casa di Tutti i Colori, una realtà del privato sociale, al fine di prevenire il distacco precoce madre-bambino e per creare condizioni facilitanti in vista di ricongiungimenti familiari. Si è pertanto provveduto a raccogliere tutta una serie di informazioni:

- sulle difficoltà incontrate dalle famiglie nel tenere presso di loro il nuovo nato;
- sui fattori che determinano l'allontanamento precoce mamma-bambino;
- sul numero di richieste di ricongiungimenti familiari depositate presso la Questura;
- sulle richieste di informazioni da parte degli utenti dei Consultori;
- sulle difficoltà legate a ricongiungimenti emerse da colloqui con operatori sociali;
- su ricerche effettuate relative alle difficoltà che si incontrano sia quando si verificano allontanamenti precoci sia in vista dei ricongiungimenti familiari.

Dopo questa indagine preliminare si è provveduto a fornire agli operatori dei consultori un approfondimento sulle caratteristiche legate alla cura dei bambini nelle prime fasi di vita nelle diverse culture.

I temi della separazione precoce mamma-bambino e dei ricongiungimenti sono stati sperimentalmente inseriti nel corso di incontri di gruppo organizzati nel periodo della gravidanza e del puerperio, perché è il momento in cui vengono prese le decisioni rispetto ad una collocazione dei neonati. L'obiettivo dell'azione mira a rendere edotti i genitori sulle offerte del contesto sociale e ad aumentare la loro consapevolezza sulle conseguenze dovute all'allontanamento e al successivo ricongiungimento dei figli.

Clinica transculturale

Il lavoro psicologico con utenti immigrati nei servizi ha evidenziato la necessità di aprire uno spazio di clinica transculturale per dare un apporto alla lettura delle situazioni più complesse in cui il fattore transculturale gioca un ruolo fondamentale nelle dinamiche personali e relazionali.

La Cooperativa Crinali ha proposto un intenso percorso formativo per psicologi e psicoterapeuti del Servizio Famiglia, in seguito al quale è stato possibile approfondire a livello teorico aspetti inerenti la clinica transculturale. Al corso si è inoltre affiancato uno spazio clinico gestito dalla Cooperativa al quale possono accedere gli operatori per una supervisione del caso e gli utenti per un approccio terapeutico con valenza transculturale.

Ogni cultura ha rappresentazioni diverse della salute e della malattia e proprie modalità di cura, che continuano a essere attivi riferimenti a cui i migranti ricorrono per codificare ed esprimere il loro malessere psicofisico, quasi sempre molto intrecciato alle loro storie migratorie.

Solo un approccio di cura che tenga conto di queste specificità può risultare efficace nella presa in carico dei casi di minori migranti e delle loro famiglie in cui questo aspetto culturale è rilevante.

Il servizio si pone quindi come servizio di secondo livello, a cui possano essere inviati dai servizi territoriali materno-infantili i casi che necessitano di una presa in carico transculturale.

Materiale pubblicitario tradotto in lingua

Attualmente esiste del materiale che promuove le attività dei consultori e che illustra le modalità di accesso al servizio; tale materiale è tradotto dalle mediatrici linguistico-culturali ed è legato al singolo consultorio in cui sono inserite. Sembra necessario, invece, produrre del materiale tradotto e stampato in lingua per promuovere tutte le attività presenti sul territorio cittadino. Si pensi all'importanza di un depliant che avrebbe l'effetto di diffondere correttamente le informazioni sulle offerte dei servizi e sulle modalità di accesso diventando uno strumento di lavoro importante nella comunicazione con gli utenti.

Conclusioni

Il servizio di mediazione linguistico-culturale è il punto cardine del progetto: la mediatrice è un aiuto alla decodifica dei codici di comunicazione; fornisce una chiave di lettura dei bisogni (malgrado la relazione a tre diventi più complessa); il valore determinato dalla sua presenza diventa un'esperienza positiva per l'operatore e per l'utente.

Coloro che hanno lavorato con le mediatrici raccontano l'esperienza come arricchente sul piano professionale e personale: dicono di aver acquisito competenze che possono utilizzare in altri contesti e di aver acquisito una maggiore capacità di lavorare anche con le altre etnie.

Il servizio di mediazione destabilizza un'impostazione statica e obbliga a fare i conti con cambiamenti repentini, mette in evidenza alcune disfunzioni presenti nei servizi e obbliga a pensare a soluzioni non sempre facili da trovare. Di fronte alle sollecitazioni determinate da cambiamenti sociali non è possibile rispondere in modo standardizzato e depersonalizzato, è

perciò evidente la necessità di riformulare e di ripensare le metodologie e i percorsi organizzativi.

La pratica della mediazione risulta un elemento che si sta affermando anche in altri campi di applicazione. Si sta assistendo a un passaggio culturale in cui si concede più spazio alle istanze delle parti per trovare un accesso facilitato all'esercizio dei diritti; in cambio si richiede una forte adesione alle regole, condivise, che sono state scelte in seguito ad un percorso collaborativo.

Tre elementi portano a pensare che i processi di mediazione possono diventare un importante riferimento culturale:

- responsabilizza gli individui rispetto agli impegni perché sono stati presi con la collaborazione attiva;
- migliora la comunicazione tra esseri umani perché dà spazio alle istanze dei protagonisti nel rispetto delle differenze;
- crea una rete di solidarietà perché permette di esprimere i propri punti di vista in un contesto di ascolto e di cooperazione dovuto alla negoziazione delle regole.

Va sottolineato che lo sviluppo delle attività per utenti immigrati e le acquisizioni ottenute nel corso degli anni di lavoro sono sicuramente da attribuire alla capacità degli operatori dei consultori che sono riusciti a trasformare quelle che apparentemente sono condizioni di difficoltà in opportunità di crescita e di trasformazione dei servizi in cui sono inseriti. Va tenuto conto, inoltre, che ciò è stato realizzato grazie al fatto che l'Azienda ha sostenuto e assecondato le esigenze che sorgevano in corso d'opera fornendo opportunità di formazione e informazione e ha assunto la responsabilità dell'impegno economico. Senza la continua presenza di momenti qualificati di formazione, di stimoli di riflessione, non è pensabile che i servizi possano riqualificarsi e ottenere un risultato omogeneo in un'una realtà tanto complessa come quella dei 19 Consultori Familiari di Milano, in cui sono ancora presenti differenze importanti dovute ad una storia che non li ha visti sempre unificati in una unica appartenenza istituzionale.

Concludendo, si desidera sottolineare che questa importante esperienza sempre in evoluzione è stata assunta come un impegno: pur dovendo far fronte all'emergenza, si è strutturato un percorso ideale avendo in mente il futuro, cioè le seconde generazioni, alle quali è necessario offrire una crescita facilitata in un contesto adeguato, dove possano coniugare le loro radici culturali con la realtà sociale in cui stanno vivendo.

Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino

Il percorso di interruzione volontaria di gravidanza inizia con la richiesta della donna.

La maggior parte delle donne straniere si recano per la richiesta presso i Consultori Familiari del territorio dove abitano (domicilio) o direttamente o previo passaggio attraverso gli sportelli Informazione Salute Immigrate (ISI), che informano e indirizzano la donna straniera verso il Consultorio di riferimento.

Gli operatori sanitari dei Consultori Familiari accolgono la donna, verificano la positività del test di gravidanza, effettuano la visita ginecologica per confermare lo stato di gravidanza e la corrispondenza tra sviluppo uterino e amenorrea.

Gli operatori procedono quindi alla compilazione del certificato e indirizzano la donna preferibilmente all'Ospedale di riferimento territoriale per la prenotazione dell'intervento. Alcuni Consultori sono in grado di prenotare direttamente l'intervento.

I Consultori Familiari che per dislocazione territoriale o "consuetudine" si occupano maggiormente delle donne straniere si avvalgono spesso di mediatrici culturali.

A Torino molte donne straniere hanno come riferimento l'ASO OIRM - S. Anna, sia per la "visibilità" di questa struttura, sia per la accessibilità dei servizi determinata da uno "sportello di accoglienza" dedicato alle IVG, sia per una buona disponibilità di mediatrici culturali per le differenti etnie.

Nell'anno 2004 nell'ASO OIRM - S. Anna, Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione materno-infantile, sono state effettuate un totale di 3.612 IVG delle quali 1.469 in donne straniere (40,7%).

Generalmente le donne giungono all'"Ufficio 13" (sportello deputato alla prenotazione delle IVG) dell'Ospedale S. Anna con la Certificazione del Consultorio Familiare.

L'"Ufficio 13" è aperto per le prenotazioni dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 14.30.

Lo sportello è gestito da personale amministrativo esperto che, in caso di necessità, richiede la collaborazione delle mediatrici culturali.

Alla donna che si presenta con la certificazione del Consultorio Familiare gli operatori dell'"Ufficio 13" provvedono a prenotare in modo sequenziale e organizzato: gli esami ematologici e delle urine richiesti dal protocollo per l'intervento di IVG, l'elettrocardiogramma, la visita anestesiológica (che viene sempre effettuata il giorno prima dell'intervento) e l'intervento stesso. Talvolta, o perché prescritto dal Consultorio Familiare o per un bisogno emerso all'atto della prenotazione dell'intervento, viene prenotata anche un'ecografia ostetrica per la conferma della datazione della gravidanza.

Per semplificare il percorso tutti gli esami effettuati dalla donna (senza il pagamento di alcun ticket) vengono inviati direttamente agli ambulatori di anestesiologia e da qui inviati con il referto anestesiológico al reparto di day-hospital; sono comunque accettati eventuali esami effettuati, per scelta della donna, in altre strutture.

Al momento della prenotazione degli esami e dell'intervento, le impiegate dell'"Ufficio 13" rilasciano anche delle informazioni scritte (apposito modulo predisposto) che riassumono orari, modalità e consigli per la prosecuzione del percorso verso l'intervento, nonché alcuni consigli per il post-intervento.

Presso l'Ospedale S. Anna esiste un reparto day-hospital dedicato esclusivamente agli interventi di IVG con 18 posti letto. Il giorno concordato la donna deve presentarsi alle ore 7.30, a digiuno.

Dopo l'intervento, nella norma, la donna viene dimessa nella seconda metà del pomeriggio, con il consiglio di ripetere un test di gravidanza dopo 20 giorni circa e di effettuare un controllo ginecologico (in genere presso il Consultorio Familiare inviante) dopo circa 25 giorni.

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

Si accede al servizio dal lunedì al venerdì e ogni mattina sono accettate almeno 10 donne che si presentano con il test di gravidanza positivo. In un anno si eseguono circa 3.500 interventi.

È stato realizzato un sito web dove vengono fornite spiegazioni su come si arriva e come si accede al servizio di day-hospital.

Attualmente si dispone anche di un numero di telefono riservato alle prenotazioni, ancora non molto conosciuto, e al mattino un'infermiera dedicata risponde al telefono. Le minorenni hanno la precedenza come pure le donne tossicodipendenti o con problemi psichiatrici (da sempre queste tre categorie vengono considerate urgenze).

Non esiste un servizio specifico per le donne immigrate: non ci sono momenti differenti nell'accesso ai diversi servizi ma da quattro anni sono stati istituiti lo sportello e il servizio di mediazione culturale. Quindi le donne straniere hanno la possibilità di usufruire del colloquio

con la mediatrice culturale; tale servizio viene pagato dall'Assessorato Sanità e Servizi Sociali del Comune di Roma.

Le mediatrici hanno ricevuto una formazione specifica nel campo della salute riproduttiva raggiungendo un buon livello di conoscenza.

Le donne che giungono al servizio sono sottoposte a ecografia, prelievo del sangue, elettrocardiogramma, visita ostetrica. Tornano poi per la visita anestesiologicala e successivamente per l'intervento. L'attività è molto concentrata nella prima parte della mattinata.

Le visite di controllo post IVG vengono eseguite tre giorni a settimana, nella seconda parte della mattinata, previo pagamento di un ticket.

La donna descrive il suo stato, viene sottoposta ad una visita di controllo e decide insieme al personale sanitario il metodo contraccettivo da utilizzare (pillola, IUD, ecc.).

Per lo IUD tornano il secondo o terzo giorno della mestruazione, dopo averlo acquistato in farmacia e pagato un ticket; il controllo avviene dopo un mese e in quest'occasione si esegue anche un'ecografia (gratuita).

Successivamente, durante un colloquio, viene spiegato alla paziente che sarà il consultorio familiare il servizio che la seguirà nel tempo e le vengono forniti indirizzo e recapiti telefonici.

È necessaria una visita di controllo dopo 20 giorni perché spesso quei ginecologi che non praticano IVG si trovano in difficoltà ad affrontare i possibili problemi connessi all'intervento.

Al contrario, nel servizio di questa Azienda Ospedaliera, è stata acquisita una buona esperienza sia nell'interpretazione ecografica che, più in generale, nella gestione dell'IVG e del decorso post-operatorio.

Vi è anche la possibilità di eseguire un buon *counselling* sulla contraccezione. Occorre dedicare tempo al colloquio con la donna e, se necessario, invitarla a ritornare presso il servizio affinché sia consapevole della scelta contraccettiva.

Sarebbe auspicabile poter affrontare il *counselling* sia con la donna che con il partner, ma purtroppo il compagno quasi sempre è assente e le donne vivono una condizione di solitudine. Appare importante, perciò, che gli operatori sanitari, per quanto possibile, affrontino insieme alle donne il percorso dell'IVG.

Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia

Il Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) nasce come collaborazione tra AUSL e Caritas Diocesana nell'ottobre 1998 a seguito della legge Turco-Napolitano (marzo 1998) che sancisce il diritto a cure urgenti ed essenziali ancorché continuative anche agli stranieri presenti irregolarmente sul territorio nazionale.

A Reggio Emilia gli stranieri extracomunitari regolarmente residenti in Provincia al 31 dicembre 2003 erano 31.376 pari al 6,6% della popolazione residente (dati dell'Osservatorio Provinciale sulla immigrazione).

Nello stesso periodo in Italia la percentuale di extracomunitari sulla popolazione residente era del 4,2%.

Si stima inoltre che le persone non in regola con il permesso di soggiorno, presenti a RE fossero circa 6.000 concentrate soprattutto nel capoluogo di Provincia.

Il CSFS ha come *mission* quella di garantire la tutela della salute psico-fisica, la prevenzione e il contenimento delle malattie infettive. Si occupa anche di fornire supporto alla soluzione delle problematiche sociali dei cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio provinciale in condizioni di irregolarità e/o clandestinità senza alcuna copertura di assistenza socio-sanitaria e ai cittadini con il permesso di soggiorno che:

- hanno una scarsa conoscenza della lingua italiana tale da compromettere lo stato di salute;
- non conoscono la rete dei nostri servizi;
- necessitano di orientamento e di accompagnamento.

Al Centro lavorano operatori sanitari (pediatri, ginecologi, medici di medicina generale, medici specialisti, ostetriche, infermieri) e operatori non sanitari (assistente sociale, mediatori linguistico culturali).

È praticamente aperto tutti i giorni, in alcuni dei quali l'accesso è libero, in altri su appuntamento.

Si effettuano anche interventi di medicina preventiva come lo screening della TBC, vaccinazioni e bilanci di salute pediatrici, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.

Nei primi anni di apertura c'è stato un aumento costante sia di utenti che di accessi per stabilizzarsi dal 2002 in poi su 2000 utenti/anno e oltre 4000 accessi/anno.

Le etnie maggiormente rappresentate sono quella cinese (40%), est-europea (28%), nord-africana (22%), centro africana (9%) sud-americana (1%).

Netta è la prevalenza femminile (57%).

Le patologie più frequenti che si riscontrano nell'ambulatorio di Medicina Generale sono, in ordine decrescente, odontoiatriche, gastro-intestinali (gastriti e ulcere), respiratorie (dalla banale sindrome influenzale alla TBC polmonare), muscolo scheletriche (es. traumi da infortunio sul lavoro), dermatologiche (dalla dermatite da contatto alla scabbia), cardio-vascolari, infettive (epatiti, malaria, TBC extra-polmonare, blenorragia, sifilide), patologie neoplastiche.

Il Settore Salute Donna del Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) svolge la sua attività come spazio dedicato alle donne straniere temporaneamente presenti (STP) ma anche a quelle che, per la loro scarsa conoscenza della lingua e della rete dei servizi sanitari, vedono compromesso il proprio stato di salute durante lo stato di gravidanza o in condizioni di particolare necessità (percorso IVG). Questo spazio dedicato è sempre stato all'interno e in stretta connessione con i Servizi Consultoriali per la popolazione locale, considerando obiettivo ultimo dell'attività di questi servizi l'integrazione di tutta la popolazione. L'ambulatorio ostetrico-ginecologico ha visto negli anni un costante incremento del numero di gravidanze prese in carico e seguite, che sono passate da 116 nel 2000 a 227 nel 2004. Analogamente il numero di accessi ha registrato un considerevole incremento sia nel settore ginecologico che, soprattutto, nel settore ostetrico (da 425 nel 2000 a 1300 nel 2004).

La certificazione di richieste di IVG è rimasta sostanzialmente invariata presso il nostro Centro mentre è aumentata in generale nella popolazione straniera a livello provinciale. Per questo motivo era stata avviata nel 2003 da parte del Centro un'indagine conoscitiva del fenomeno. Tale indagine, realizzata con il finanziamento della Provincia di RE e della Regione Emilia Romagna, si è conclusa e i risultati presentati nel febbraio 2005 hanno dato indicazioni sulla estensione e distribuzione del fenomeno a livello provinciale fornendo utili indicazioni per cercare di limitarne l'espansione.

Per il percorso dell'IVG sono aumentati gli accessi (da 134 nel 2000 a 236 nel 2004) e le prestazioni (da 243 a 385) a seguito di un'accresciuta attenzione al colloquio e al tentativo di risoluzione delle cause che portavano alla richiesta. A tale scopo è stata incrementata la collaborazione con le strutture di assistenza sociale del Comune e con i servizi del volontariato presenti sul territorio provinciale.

L'attività di educazione alla contraccezione e di offerta di metodi di prevenzione di gravidanze indesiderate ha visto il passaggio da 107 a 230 del numero di accessi per contraccezione, da 137 a 302 le prestazioni per contraccezione ormonale e da 9 a 150 le prestazioni riguardanti la contraccezione meccanica.

Sia nell'ottica di una riduzione del ricorso all'IVG sia in quello della prevenzione di malattie sessualmente trasmesse nelle categorie a maggiore rischio, si è aperto uno spazio apposito per

donne dedite alla prostituzione. In collaborazione con il Comune di Reggio Emilia e con alcune associazioni di volontariato, in questo spazio vengono offerte alternative all'aborto e proposte per l'abbandono della pratica di prostituzione e vengono offerte procedure diagnostiche di più rapido e facile accesso rispetto ai percorsi abituali per la diagnosi di patologie a trasmissione sessuale.

È stato aperto nel 2004 uno spazio dedicato alle assistenti familiari provenienti in gran parte dei paesi dell'Est-Europa il cui numero di utenti è triplicato negli ultimi 5 anni. La relativa omogeneità di questa parte di utenza (area di provenienza, fascia di età, tipologia di richiesta, orari e calendari di possibilità di accesso alla struttura) ha reso possibile l'istituzione di un ambulatorio dedicato che vede un incremento costante di accessi.

Il miglioramento progressivo nella strumentazione a disposizione del Settore (acquisizione e progressivo miglioramento qualitativo dell'apparecchio ecografico, disponibilità di contraccettivi gratuiti per le fasce più deboli), insieme all'aumento della disponibilità di tempo del personale (presenza ormai costante di due ostetriche e del ginecologo che operano in contemporanea su due ambulatori negli orari di apertura) danno attualmente una risposta che appare qualitativamente e quantitativamente adeguata (ancorché in costante cambiamento) alle richieste della crescente immigrazione.

La recente ristrutturazione, con un ampliamento dei locali a disposizione, dovrebbe consentire l'utilizzo di spazi più adeguati per un migliore svolgimento della crescente attività.

6. BREVE PROFILO DEI PAESI DI PROVENIENZA

Marcela Bulcu (a), Claudia Dandria (b), Hao Huijuan (c), Kassida Khairallah Lamia (b), Isabel Maravi (b), Carmen Ynga Pacheco (c), Cecilia Perez Ponce (c), Karina Vergara Scorzelli (c), Jia Yajin (c).

(a) Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

(b) Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM Sant'Anna, Torino

(c) Associazione CRINALI, Milano

Sud America

Perù, caratteristiche della popolazione

Il Perù ha una popolazione stimata in 26 milioni di abitanti, dove esiste la stessa proporzione tra uomini e donne, ed è un Paese di predominanza urbana e molto giovane.

Al suo interno c'è una diversità di etnie e culture: sono presenti popoli di origine spagnola, africana, cinese, giapponese, europea, arrivati in momenti diversi della sua storia. Gli indigeni hanno subito processi di cambiamento intenso e, nonostante l'uguaglianza di fronte alla legge, esiste una discriminazione razziale che insieme ad altre forme d'emarginazione configura un panorama complesso di relazioni sociali di dominio e potere.

Il Perù ha una vasta estensione territoriale; è caratterizzato dalla presenza di molte regioni naturali suddivise in 3 zone: Costa, Ande e Selva o Foresta amazzonica. Quest'ultima rappresenta il 62% del territorio e allo stesso tempo risulta la meno popolata. Quasi un terzo della popolazione vive a Lima, dove, come avviene nelle altre città principali delle diverse regioni, si concentrano anche i diversi servizi. Lima ha affrontato diverse ondate migratorie interne che hanno condizionato la configurazione sociale nel territorio dal 1950 al 1960, fino all'ultima avvenuta nel 1980 a causa della guerra civile nelle Ande e nella Foresta amazzonica.

Contesto demografico

La Tabella 6.1 riporta alcuni indicatori socio-demografici del Perù.

Tabella 6.1. Indicatori generali del Perù

Indicatori	Valori
demografici, sociali e economici	
totale popolazione (milioni), 2005	28,0
numero medio di figli per donna, 2005	2,8
% nascite con personale qualificato	59
reddito nazionale lordo pro capite \$PPP, 2003	5.090
di mortalità	
mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	31
mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	410
d'istruzione	
% iscritti scuole superiori (lordo) M/F	93/87
tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F	7/18
della salute riproduttiva	
nascite per 1.000 donne età 15-19	53
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Qualsiasi metodo	69
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Metodi moderni	50

Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2005

Il numero di figli per ogni donna negli ultimi decenni è diminuito notevolmente: infatti, mentre tra il 1950 e il 1965 era intorno a 7, attualmente, secondo l'ultimo censimento dell'anno 2000, è diminuito a 2,9 figli per donna; ciò è dovuto al fatto che il ruolo della donna è cambiato molto negli ultimi anni. La donna non rimane più in casa, lavora e non desidera avere tanti figli, utilizza i metodi contraccettivi; la popolazione giovane peruviana, poi, desidera avere una famiglia poco numerosa.

Nonostante questi dati la media di figli avuti (2,9) è più elevata di quella dei figli desiderati; se queste nascite fossero state pianificate tale valore sarebbe diminuito infatti da 2,9 a 1,8 figli, quindi molti bambini sono nati senza che i genitori avessero programmato la gravidanza.

La diminuzione della fecondità è stata più veloce nella Costa, particolarmente a Lima (2 figli in media), invece nelle Ande e nella Foresta amazzonica si ha una media di 4,3 figli per donna e questo valore non cambia da due decenni; inoltre esiste una marcata differenza tra la fecondità urbana (2,2) e quella rurale (4,3).

La differenza tra fecondità osservata e desiderata rivela che nelle Ande e nella Foresta amazzonica le donne hanno rispettivamente 2 e 1,6 figli in più di quelli previsti.

Ecuador, caratteristiche della popolazione

L'Ecuador è stato un Paese colonizzato dalla Spagna, dalla quale si sono ricevute in eredità la lingua e la religione.

Culturalmente non si sente la necessità di imparare un'altra lingua, neanche di viaggiare; si tratta di un popolo abituato a vedere turisti piuttosto che considerarsi turista.

È un Paese con un'alta percentuale di popolazione indigena. La mescolanza fra indigeni e colonizzatori (meticci) e, successivamente, fra le diverse popolazioni al suo interno ha prodotto una grande varietà di razze. Le situazioni politica, geografica, climatica, sociale e religiosa hanno fatto sì che si sviluppasse grandi e piccole differenze sia all'interno dell'America Latina sia all'interno dello stesso Paese.

Contesto demografico

La Tabella 6.2 riporta alcuni indicatori socio-demografici dell'Ecuador.

Tabella 6.2. Indicatori generali dell'Ecuador

Indicatori	Valori
demografici, sociali e economici	
totale popolazione (milioni), 2005	13,2
numero medio di figli per donna, 2005	2,7
% nascite con personale qualificato	69
reddito nazionale lordo pro capite \$PPP, 2003	3.440
di mortalità	
mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	23
mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	130
d'istruzione	
% iscritti scuole superiori (lordo) M/F	59/60
tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F	8/10
della salute riproduttiva	
nascite per 1.000 donne età 15-19	84
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Qualsiasi metodo	66
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Metodi moderni	50

Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2005

Le famiglie sono numerose, si mantengono stretti vincoli con i genitori, fratelli, sorelle, amici, con un senso di appartenenza molto profondo. La società è patriarcale, la donna è tenuta in grande considerazione all'interno della famiglia, ci si prende molta cura di lei e il nucleo familiare viene lasciato solo dopo il matrimonio.

Non esiste l'istruzione obbligatoria, però nella gente vi è una grossa spinta a frequentare la scuola perché ciò permette di migliorare la propria condizione sociale.

Un'alta percentuale di donne sole (vedove, separate, divorziate, nubili), con o senza figli migra. Nel 2002 ha iniziato a migrare anche la popolazione indigena; in precedenza l'immigrazione era prevalentemente dei meticci.

L'Ecuador è diviso in Costa, Sierra e Amazzonia. Le popolazioni che migrano provengono in maggioranza dalla Costa e dalla Sierra e sono soprattutto meticci.

Esistono grandi differenze fra le donne della Costa e della Sierra.

- *Costa* (vicino al mare): sono in genere più aperte, espansive, meno inibite. Biologicamente le mestruazioni compaiono prima e quindi anche lo sviluppo fisico. La vita sessuale inizia presto (12-13 anni).
- *Sierra* (vicino alle montagne): sono più calme, riservate, con maggiori pregiudizi sul corpo. Geograficamente si tratta di zone circondate dalle montagne, fa più freddo, questo comporta doversi coprire con più vestiti ed essere in genere più riservate. La sessualità comincia a 14-15 anni.

Livello scolastico

Molte donne hanno terminato le medie superiori, ci sono delle donne anche laureate, e bassa è la percentuale di quelle che possiedono soltanto la terza media.

Il tipo di lavoro svolto dalle donne in Italia è molto diverso da quello che svolgevano nel Paese d'origine.

Migrare per le donne latinoamericane significa compiere un grande salto nel vuoto:

- nessuna rete di protezione;
- nessuna sicurezza lavorativa;
- nessuna protezione della salute;
- sfera sociale ridotta, a volte inesistente;
- nessuna conoscenza dei propri diritti.

Livello economico

Nel Paese abbiamo classi sociali ben delineate:

- alta
- media
- bassa

Esistono però delle situazioni intermedie, non è un Paese soltanto con poveri e ricchi.

La popolazione ecuadoriana migrata in Italia non è quella più bisognosa e povera: un'alta percentuale appartiene infatti alla classe media. I poveri in Ecuador continuano a "sopravvivere".

Contracezione

L'uso di metodi contraccettivi "moderni" si differenzia in base all'area geografica e al livello d'istruzione:

- è maggiore nell'area urbana, dove il livello d'istruzione è più elevato;
- è inferiore nelle zone rurali, dove si prediligono i metodi tradizionali.

Le donne portano con sé una propria conoscenza o non conoscenza dei metodi contraccettivi, con un bagaglio di miti e superstizioni sugli stessi; da come procurarseli a come assumerli.

Nella scelta del contraccettivo bisogna tener conto del contesto socio-economico, che possono variare più volte nel tempo (specialmente in immigrazione); la possibilità di utilizzare la contraccezione dipende dalla situazione economica, dal livello di istruzione e dalle opportunità di accesso ai servizi.

Tra i metodi “tradizionali” sono inclusi:

- il controllo della fertilità - metodo del calendario o ritmo;
- il coito interrotto;
- le erbe;
- i lavaggi vaginali con limone-aceto;
- l'allattamento materno.

Per quanto riguarda i metodi moderni, invece, vengono utilizzati:

- il preservativo;
- lo spermicida vaginale;
- il diaframma;
- la spugna contraccettiva vaginale: molto simile al diaframma, si inumidisce e va messa in vagina, sopra la cervice, prima del rapporto sessuale; dopo il rapporto la spugna dovrebbe essere lasciata in loco da 6 a 8 ore; questo metodo è disponibile senza prescrizione medica nelle farmacie;
- la sterilizzazione femminile (con questo si intende la chiusura delle tube, “ligadura”, che può essere definitiva o reversibile);
- la sterilizzazione maschile;
- il contraccettivo orale - pillola;
- il progestinico unico orale - minipillola;
- gli impianti di progestinico: vengono impiantati chirurgicamente sottopelle, normalmente nel braccio, e sono 6 bastoncini piccoli; questi bastoncini liberano una dose continua di progesterone che inibisce l'ovulazione, modifica il rivestimento dell'utero e rende più spesso il muco cervicale evitando che gli spermatozoi entrino nell'utero; questi impianti possono essere tenuti per 5 anni e costituiscono uno dei metodi più efficaci;
- l'iniezione di ormone: è una somministrazione di progesterone che evita l'ovulazione; esistono iniezioni che danno una copertura contraccettiva da 1 a 3 mesi;
- lo IUD (T di rame).

Infine, come contraccettivo d'emergenza, viene utilizzata la pillola del giorno dopo.

Perù

Esistono delle differenze tra le donne sposate o conviventi e le donne in età fertile sessualmente attive. Tra le prime, nell'anno 2000, si è registrato che il 68% ha utilizzato un metodo contraccettivo, nel 50,5% dei casi un metodo moderno e nel 19% un metodo tradizionale, principalmente il metodo del ritmo. L'iniezione ormonale, metodo preferito dalle donne, è stata utilizzata dal 14,8% dei casi: l'utilizzo di questo metodo è aumentato di dieci volte tra il 1986 e il 2000 (dall'1,3% al 14,8%).

Tra le donne in età fertile e sessualmente attive, la situazione si fa più delicata perché soltanto il 44% ha utilizzato metodi contraccettivi e solo il 32% un metodo moderno. Il metodo preferito da queste donne è il ritmo (9,3%); nel 9% circa dei casi si affidano all'iniezione ormonale e allo IUD.

Nelle Ande la percentuale di donne che utilizzano metodi contraccettivi moderni è bassa, infatti il 25% circa delle donne conviventi, rispetto al 14% nelle altre regioni, utilizza i metodi tradizionali con poca informazione sull'utilizzo corretto. In queste zone si osserva una predilezione per i metodi naturali o tradizionali. È la spirale il metodo più utilizzato tra quelli moderni, seguito dalla pillola e dalla sterilizzazione. Da tutto ciò risulta che molte donne

corrono il rischio di una gravidanza non desiderata e non sono sufficientemente protette per i seguenti motivi:

- difficoltà geografica ed economica ad accedere ai servizi sanitari;
- l'atteggiamento personale;
- alcuni elementi culturali;
- mancanza d'informazione sui metodi.

Il 56% di donne in età fertile e il 31% di donne unite o conviventi non utilizzano nessun metodo contraccettivo o non lo utilizzano in modo corretto. Queste donne:

- non utilizzano un metodo contraccettivo;
- rimangono incinte a causa dell'errato utilizzo del metodo;
- utilizzano il ritmo però non conoscono il loro periodo fertile.

Nel Perù sono 6,7 milioni le donne in età fertile, di cui la metà (50,4%) è sessualmente attiva e il 25,5% è a rischio di una gravidanza non desiderata.

Ecuador

Il metodo tradizionale, calendario, viene usato da quasi tutte le donne, anche se la maggioranza non sa cosa sia un ciclo mestruale e non conosce bene la durata in giorni del loro ciclo. Molte volte il conto dei giorni lo effettua il loro compagno e neanche lui ha ben chiaro cosa sia un ciclo mestruale. Il calendario non viene considerato come un vero e proprio metodo contraccettivo, molte donne dicono a tal proposito "non usavo niente". Altri metodi tradizionali sono diffusi, ma le donne non desiderano parlarne perché si vergognano.

La pillola la si può acquistare senza ricetta; questo crea una disinformazione quando ci si trova in Italia, dove le donne non sanno di doversi procurare la prescrizione medica e spesso non sanno neppure dove richiederla. Molte donne sbagliano perché la usano come si fa in Ecuador: la cominciano al terzo o quinto giorno della mestruazione, anziché al primo; questo significa che se dimenticano una o anche due pillole, il giorno seguente credono di poterne prendere 2 o 3 insieme, senza considerare l'intervallo delle 12 ore da rispettare. Inoltre considerano la pillola una medicina e, di conseguenza, ritengono sia necessario riposarsi in modo da consentire al corpo di "riprendersi".

Anche se molte consiglierebbero l'utilizzo della pillola a una amica, comunque non la prendono per i seguenti motivi: la considerano come una medicina; la si deve prendere tutti i giorni; non fa bene al corpo; hanno paura di rimanere sterili se la assumono per lungo tempo; di solito smettono di prenderla per fare "riposare il corpo", nel frattempo rimangono incinte; hanno paura di avere figli affetti da malattie (Sindrome di Down).

È scarsa l'informazione che le donne hanno sulla spirale: non sanno cosa succede quando si introduce nell'utero, e infatti temono che possa scivolare all'interno del corpo e produrre delle malattie (si pensa possa causare il cancro); non è comunque sicura perché si può rimanere incinte; inoltre, se si rimane gravida la spirale può entrare in qualsiasi parte del corpo del bambino producendo serie malattie; l'averle mestruazioni più abbondanti è vissuto con un certo disagio, in quanto potrebbero portare malattie e il corpo diventa debole. Inoltre, spesso il coniuge diventa geloso in quanto sente di non avere più il controllo della sessualità. Quando le donne sentono parlare della spirale si spaventano e senza fare delle domande si rifiutano di usarla.

Il metodo iniettabile è il metodo più accettato dalle donne latino-americane, anche se non sanno come funziona, neanche per quanto concerne gli effetti che produce nel corpo. Risulta essere un metodo molto gradito perché non si deve ricordare tutti i giorni, non lo si deve tenere a portata di mano, è sicuro e dura da 1 a 3 mesi. Per questi motivi, molte donne latino-americane se lo fanno portare dal Paese oppure l'acquistano in Italia da connazionali a un costo di 22 euro.

Infine, il preservativo e il coito interrotto sono metodi che molte donne non vogliono neanche nominare perché il loro utilizzo è considerato vergognoso. Il preservativo viene usato di solito abbinandolo al calendario, solo nei giorni fertili; è usato soltanto quando l'uomo è pronto per eiaculare. Le donne riportano che quando il compagno ha il sangue troppo caldo il preservativo si rompe. Molti uomini si rifiutano di usarlo perché lo considerano poco piacevole, e comunque ritengono che sia la donna a doversi preoccupare della contraccezione.

Interruzione di gravidanza tra le donne latino-americane

Nei paesi latino-americani la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza non esiste. Chi viene scoperto a eseguire questo tipo di intervento rischia da 3 a 5 anni di carcere. Il personale sanitario per legge è costretto a denunciare chi svolge queste attività. Si vive una situazione d'illegalità nella legalità, cioè ufficialmente è proibito, ma ufficiosamente si sa che è un intervento praticato. Questo impedimento alla legalizzazione dell'aborto è in gran parte dovuto alla forte influenza nella popolazione di valori religiosi e culturali.

Specificamente la legislazione in Ecuador e Perù lo consente solo quando:

- è a rischio la vita della madre;
- si evita una malattia grave e permanente nel nascituro;
- la gravidanza comporta deficit fisici o psichici alla nascita.

Come in tutti i Paesi nei quali l'aborto non è autorizzato, le donne che hanno risorse economiche, istituzionali e/o culturali possono effettuare un aborto clandestino in sicurezza, mentre la maggioranza delle donne che non hanno accesso a queste risorse abortiscono in condizioni insicure mettendo a rischio la propria vita. È così che l'aborto clandestino e insicuro si è trasformato in una delle cause maggiori di mortalità materna.

Si stimano intorno ai 4 milioni e 200 mila le donne che effettuano un'interruzione di gravidanza in America Latina ogni anno; la maggior parte di queste lo fa in condizioni di rischio, conseguenza della clandestinità (Organización Mundial de Salud 1998).

Ogni anno 6 mila donne muoiono dopo complicazioni post-IVG (UNFPA, 1997).

Esistono in America Latina diversi movimenti femminili che da anni lottano per la depenalizzazione dell'aborto.

Nei Paesi dove l'informazione sulla contraccezione è buona, è il caso del Cile per esempio, e del Messico (dove già negli anni '60 si è introdotto l'uso degli anticoncezionali) si è verificata una diminuzione notevole della richiesta di IVG.

Situazione legislativa

Nel codice penale si stabiliscono un insieme di condotte che si considerano delittuose: alla donna che si procura un aborto o che acconsente di sottoporsi ad esso viene applicata una pena massima di due anni di prigione; alla persona che realizza l'aborto viene applicata la stessa pena e se questo aborto è senza consenso della donna la pena va da 3 a 5 anni; poi ci sono una serie di aggravanti se chi lo pratica è un medico.

L'evento che ha procurato grande polemica un po' di tempo fa, è stata la messa in vigore dell'articolo 120 del codice penale del 1991, che stabilisce come figure attenuanti – vale a dire quelle che avranno una pena minore – le seguenti:

- aborto "sentimentale" o "etico", quando ad abortire è una donna vittima di violenza;
- aborto eugenetico, quando si produce rispetto a un feto che ha delle probabilità di nascere con malformazioni; in questi casi non ci sono esoneri di responsabilità per chi abortisce, bensì viene applicata una pena simbolica di un massimo di tre mesi di privazione della libertà o delle giornate di lavoro comunitario.

Gli effetti delle norme penali non solo non sono riusciti a contenere le pratiche abortive ma neanche hanno ridotto la sua incidenza, anzi è in aumento in proporzione alla crescita della popolazione.

Nonostante il fatto che le sanzioni non siano delle più severe nel codice penale, in alcuni casi la pena può arrivare a cinque o più anni di privazione della libertà. In generale le sanzioni che riguardano l'aborto sono simboliche. In Perù una persona perde la sua libertà, nel senso che fa ingresso in carcere, soltanto se la pena supera i quattro anni; nel codice penale, in quasi tutte le linee previste per la sanzione dell'aborto, la pena non supera i quattro anni, questo vuole dire che il carcere vero e proprio non c'è. In Ecuador, invece, c'è più severità nell'applicazione della legge, e la pena, sia per il medico che effettua l'intervento che per la donna, va dai 3 ai 5 anni di carcere.

L'aborto è vietato, è un delitto, ha delle sanzioni; in Perù, le donne che ricorrono all'aborto si vincolano a un mondo clandestino e delinquenziale che le conduce verso un mondo di emarginazione. Ciò purtroppo è grave in un Paese dove ci sono profonde differenze sociali; è evidente che chi ha risorse economiche sufficienti si può procurare un aborto sicuro e con assistenza medica, quindi per il codice penale in materia di aborto saranno le donne povere, che appartengono ai settori più vulnerabili della società, a essere giudicate e sentenziate.

Considerare l'aborto come un delitto implica ovviamente introdurre un elemento di differenziazione sociale e quindi una grave violazione al principio d'uguaglianza; sono considerevoli, inoltre, le cifre di mortalità materna (tante donne sono morte perché esiste una normativa che le obbliga alla ricerca di un aborto clandestino); la legge appare perciò un controsenso perché vuole difendere la vita ma allo stesso tempo è causa di morte.

Dove viene praticato l'intervento

Perù

Le modalità dell'aborto dipendono dalla situazione economica delle donne: quelle che possiedono una buona disponibilità finanziaria pagano una clinica o un medico e la scelta del luogo dove viene praticato l'intervento avviene tramite passa-parola.

Le donne prive di risorse economiche possono essere assistite da ostetriche conosciute sempre attraverso il passa-parola; le più povere si affidano alle *comadronas* o *stregoni/curanderos/yerberos* che praticano la medicina tradizionale non occidentale o, altrimenti, si procurano l'aborto da sole, per recarsi in seguito in ospedale dove le accolgono in condizioni di emergenza.

La possibilità di accesso a un servizio qualificato è più alta nelle donne con una buona situazione economica e che vivono nelle zone urbane: il 98% viene visitato da una figura professionale medica (il 77% da un medico e il 21% da una ostetrica o infermiera). Il 56% di donne povere delle zone urbane ricevono la stessa attenzione con la differenza che sono visitate principalmente da un'ostetrica o infermiera. Le donne delle zone rurali con possibilità economiche sono assistite da una figura medica (il 74% da ostetriche o infermiere); le donne povere delle zone rurali sono quelle che vivono la situazione più disagiata perché solo il 35% ha un'attenzione qualificata, mentre il 65% è visitata da una persona che non è un professionista della sanità e cioè *parteras-yerberos* e *stregoni* o se lo procurano loro stesse.

Ecuador

L'interruzione volontaria di gravidanza viene eseguita in tutte le cliniche private, ma non regolarmente, in quanto le strutture che iniziano a praticarlo con regolarità acquisiscono una cattiva pubblicità e successivamente si vedono obbligate a chiudere perché le persone che si vogliono far curare per altre malattie cercano altre cliniche. Il tipo di anestetico o l'utilizzo di

anestesia dipende dalle possibilità economiche della donna. Per poter rendere più produttivo economicamente questo servizio la paziente rimane ricoverata 2 o 3 giorni.

Negli ospedali gestiti dal governo, i ricoveri non sono a pagamento, ma il materiale necessario agli interventi, anche le medicine, viene pagato dal paziente. Per quanto riguarda l'IVG le donne vengono ricoverate già con un aborto in corso, essendo state magari aiutate da personale medico o sanitario dell'ospedale. Nella cartella clinica viene registrato come se fosse stato un aborto spontaneo o terapeutico in modo da non andare contro la legge. Comunque si rimane ricoverate tutta la giornata o anche due giorni.

I ginecologi/ghe nei loro studi privati, oltre a tutte le prestazioni base, offrono alle donne la possibilità di effettuare l'IVG, ma la mancanza di spazi e strumenti adeguati a tale scopo non sempre garantiscono una totale sicurezza.

Il costo dell'intervento aumenta a seconda dell'anestesia utilizzata, quella locale presenta un costo inferiore rispetto a quella generale.

Per queste pazienti non viene aperta una cartella clinica in modo che non rimanga nessuna traccia. La donna rimane lì a riposare per un paio d'ore, per poi tornare a casa. Non viene data nessuna informazione sui contraccettivi, non c'è visita post-intervento, salvo che sia richiesta dalla paziente.

Le donne che si rivolgono alle Ostetriche *Parteras* o *comadronas* vengono sistemate in diverse stanze oppure l'intervento viene effettuato direttamente in casa; l'intervento viene eseguito velocemente, anche con metodi poco sicuri, senza anestesia e senza le cure e le attenzioni sanitarie essenziali per la salvaguardia della salute.

Metodi usati per l'intervento

Metodi sanitari:

- raschiamento;
- iniezione;
- pillola (cytotec): nelle prime settimane di gravidanza le donne prendono delle pillole procurate dalla ginecologa, così le mestruazioni tornano regolarmente. Questo metodo può essere utilizzato solo entro il primo mese di gravidanza. Le donne non conoscono il nome della pillola.

Metodi non sanitari:

- inserimento di ovuli;
- inserimento di strumenti di ferro;
- erbe: vengono prese delle infusioni di prezzemolo durante i primi 8 giorni dalla mancata mestruazione.

C'è da sottolineare che, soprattutto in Perù, poiché l'aborto non è legale e viene eseguito clandestinamente, non c'è una regola che preveda un periodo massimo di settimane di gravidanza, e dunque può avvenire anche a gravidanza inoltrata. Il limite viene stabilito dalla persona che effettua l'intervento. Comunque, nel caso di gravidanze inoltrate, l'IVG avviene soprattutto negli ospedali o nelle cliniche visto il rischio che questa implicherebbe.

Perù

Si utilizzano il metodo di dilatazione e legrado (*curettage*) e l'aspirazione per vuoto. Aspirazione manuale endouterina (AMEU). Un'altra forma utilizzata per indurre l'aborto è rappresentata dall'inserimento per via vaginale di medicine, sostanze o oggetti; in questo gruppo risalta l'utilizzo combinato, sia vaginale sia orale, di prostaglandine (medicine utilizzate nell'ambito della gastroenterologia e dall'ostetrica durante il parto). Si tratta di un'automedicazione; il dosaggio varia e può essere stato suggerito da un farmacista o assistente, o consigliato da personale medico. Questa modalità è molto diffusa in tutto il Perù dal 1998 e ha

permesso la riduzione delle complicanze nell'aborto, che viene detto aborto incompleto non infetto; molti medici affermano che da molto tempo non osservano un aborto settico.

Anche se attualmente le modalità d'induzione dell'aborto sono più sicure e quindi con un minore rischio, ancora alcune donne povere della campagna e della città ricorrono a metodi che mettono a rischio la loro vita; per esempio utilizzano l'inserimento per via vaginale di oggetti solidi (rami, bastoncini, fili e altri) e di liquidi (acqua e sapone, acqua ossigenata, candeggina, catrame, infuso di erbe, coca-cola, sostanze a base di sale, e altre sostanze tossiche).

Altri modi sono l'utilizzo di regolatori mestruali (ai quali si aggiunge un ossitocico, in caso non funzionasse) così come l'assunzione orale di medicine, principalmente l'aspirina e *mejoral* (tipo di aspirina) in quantità elevata insieme a infusi e bevande a base di erbe. A seconda della zona del Paese si utilizzano erbe diverse, come la *rude*, il seme dell'avocado, basilico, *culantrillo*, *chamico*, foglie di cotone, foglia di puspo poroto, ortica, origano, maggiorana, *zarparrilla*, *ayrampu*, rosmarino, *contoya*, il germoglio del rocoto (peperoncino tipico peruviano insieme a 20 compresse di *mejoral*) e acqua di *chocho* (cereale delle Ande).

Le donne nella disperazione ricorrono a violenze fisiche su se stesse e si sottopongono anche alla somministrazione per via intramuscolare di una prostaglandina di utilizzo veterinario (Iliren) molto diffuso nella costa nord e nella foresta amazzonica del nord, che viene somministrata in una unica dose da un veterinario o altri.

Cina

La Repubblica Popolare Cinese è stata proclamata il 1 ottobre 1949. È uno stato socialista, nel quale il Partito comunista è il nucleo dirigente. Organo supremo del potere statale è l'Assemblea nazionale del popolo. Nel 1993 è stato inserito nella costituzione il principio dell' "economia socialista di mercato". È il Paese più popolato del mondo, in cui sono presenti 56 gruppi etnici: il 92% della popolazione è costituito dal gruppo Han e la restante quota si suddivide tra le diverse minoranze, come Tibetani, Mongoli, Korean, Miao, Zhuang, Li, Yi, ecc. La Tabella 6.3 riporta alcuni indicatori socio-demografici della Cina.

Tabella 6.3. Indicatori generali del Paese

Indicatori	Valori
demografici, sociali e economici	
totale popolazione (milioni), 2005	1.315,8
numero medio di figli per donna, 2005	1,7
% nascite con personale qualificato	97
reddito nazionale lordo pro capite \$PPP, 2003	4.990
di mortalità	
mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	33
mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	56
d'istruzione	
% iscritti scuole superiori (lordo) M/F	71/69
tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F	5/14
della salute riproduttiva	
nascite per 1.000 donne età 15-19	5
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Qualsiasi metodo	84
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Metodi moderni	83

Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2005

Caratteristiche della popolazione

Organizzazione familiare

La concezione familiare cinese confuciana è fondata sulla felicità, ricchezza e armonia derivati dall'appartenenza a una famiglia. "Numerosa" si può dire la famiglia a quattro generazioni sotto lo stesso tetto.

L'importanza che in Cina viene attribuita all'istituzione familiare è molto nota. La solidità dell'istituto familiare e l'armonia dei rapporti interpersonali al suo interno ne sono considerati elementi essenziali. Il ruolo svolto dalla famiglia all'interno della società cinese ha tradizioni millenarie e deriva direttamente dal confucianesimo e in particolare dalla "pietà filiale", uno dei suoi principi basilari, che esalta i legami di sangue. I rapporti familiari sono estremamente complessi in Cina e hanno un peso estremamente rilevante nella vita dell'individuo.

Nel passato la struttura familiare si rifletteva a ogni livello dell'organizzazione politica e sociale, e l'assoluta centralità della famiglia si è espressa tanto nello sviluppo della società in Cina. Attualmente nella concezione della famiglia si stanno verificando profonde trasformazioni, di pari passo con i cambiamenti a livello legislativo che, con la libera unione dei coniugi, non più soggetta alle scelte imposte dal gruppo familiare, ne ha sancito la posizione paritaria e indebolito l'antico modello patriarcale, anche se questo fenomeno interessa maggiormente gli abitanti delle città, mentre nelle campagne risulta ancora molto radicata la concezione tradizionale della famiglia e delle priorità a livello gerarchico dei suoi componenti.

La famiglia resta comunque il principale gruppo di riferimento, laddove i legami parentali costituiscono una concreta rete di organizzazione sociale che costituisce le basi per il mantenimento della propria identità culturale (Tabella 6.4).

Tabella 6.4. Il modello familiare

Tipo di famiglia*	Composizione
famiglia nucleare (66,4%)	genitori più figli non sposati
famiglia estesa (24,3%)	genitori più figli sposati con i loro figli
altre (9,3%)	famiglia allargata composta da famiglia nucleare più altri membri che non possono vivere soli; famiglia con un genitore

* In Cina ci sono 33 milioni di famiglie.

Condizione delle donne

Il tema "donna" è sicuramente tra quelli più discussi in questi ultimi anni in tutto il mondo, ma in particolar modo nei Paesi in via di sviluppo, dove la donna sta salendo alla ribalta da vera protagonista, presiedendo a due attività sociali di fondamentale importanza: la procreazione e la cura della famiglia.

Le donne cinesi nei secoli sono vissute in uno sterminato Paese in una situazione di subordinazione, di violenza e di sfruttamento. Il sistema feudale codificato da Confucio stabiliva una gerarchia dominata dal maschio, in cui le donne cinesi non avevano alcun diritto. L'appellativo tradizionale di *neiren* chiarifica il ruolo della donna legato alla casa. *Neiren* significa persona interna ovvero che vive nelle stanze interne di una grande casa cinese. Non poteva uscire dalla propria casa, nemmeno ricevere ospiti.

Tradizionalmente esistevano sette motivi per cui un uomo poteva ripudiare la moglie: la mancanza di ubbidienza verso la famiglia del marito, l'adulterio, l'impossibilità di generare figli, la gelosia, il furto, l'essere affette da malattie incurabili e l'eccessiva loquacità.

Il livello sociale della donna cinese era così basso perché essa non godeva dei diritti di proprietà. La donna non poteva ereditare o trasmettere in eredità fino a quando anche un solo maschio della famiglia fosse rimasto in vita.

I frutti dell'emancipazione, arrivati dopo il movimento del 1919, la lunga marcia, l'instaurazione della repubblica, il Maoismo e la Rivoluzione culturale si sono dimostrati spesso un'ennesima imposizione nella vita delle donne: un'emancipazione avvenuta a una rapidità forse senza precedenti, passando da Medioevo all'età moderna nel giro di pochi anni. È stata preparata, è vero, forse anche voluta dalle donne, ma soprattutto imposta dal governo, per le esigenze della rivoluzione, della produzione, del lavoro.

La repubblica popolare ha abolito le istituzioni feudali che legavano la donna alla schiavitù. Negli aspetti economici, politici, culturali, dell'educazione e sociale della vita, la donna possiede diritti e privilegi uguali all'uomo. Viene adottata libertà di matrimonio tanto per l'uomo quanto per la donna. Il governo ha emanato leggi che la tutelano, garantendone emancipazione e autonomia. Le donne stanno facendo la loro comparsa anche in politica. Oggi le donne cinesi stanno cercando di costruirsi un ruolo di "Parte del cielo" interagente con l'altra. Intanto una sempre maggiore separazione tra pubblico e privato alleggerisce le famiglie e gli individui dal peso dell'influenza politica, e valori più psicologici e culturali caratterizzano i nuclei familiari. Matrimoni più liberi, per amore, per volontà dei coniugi, aumento dei divorzi, convivenza praticata e incoraggiata, testimoniano una maggiore libertà degli individui, favorita da una sempre crescente autonomia finanziaria di entrambi. Le stesse donne cinesi ne stanno diventando consapevoli. Si interessano ai problemi sociali, politici e persino ambientali, si dedicano alla ricerca.

Esistono notevoli differenze tra città e campagna, dove la donna continua a stare in casa, molto spesso è ancora oggi analfabeta, non può occuparsi di altro che della casa e dei figli. L'idea che l'uomo stia meglio fuori casa e la donna dentro casa non è ancora scomparsa. Naturalmente in una situazione di questo genere alla donna non rimane certo molto spazio per coltivare i propri interessi. Nelle zone più arretrate, dove molte donne non hanno potuto ricevere un'educazione regolare, l'unico strumento che possa consentire un'effettiva uguaglianza tra i due sessi, nonostante le politiche di universalizzazione propugnate dal governo, non coinvolge ancora uomini e donne allo stesso modo. Fin dall'infanzia, se una famiglia non ha grandi possibilità finanziarie, farà studiare il figlio piuttosto che la figlia.

Ritornando all'analisi del rapporto uomo/donna, va rilevato che nelle città la parità è stata sostanzialmente raggiunta, anche perché entrambi i membri della coppia lavorano e di solito le coppie giovani hanno un unico figlio e molti nonni per allevarlo. Certamente per il prestigio sociale è più importante che si realizzi l'uomo piuttosto che la donna, ma le cariche di rilievo fra le donne sono più frequenti che in molti paesi occidentali. Nelle campagne invece permane di solito una forte subalternità della donna all'uomo, più o meno grave a seconda della distanza dalle zone controllabili a livello centralizzato.

Organizzazione ospedaliera e socio sanitaria

Le strutture sanitarie sono 290.000, fra cui 65.000 sono ospedali e cliniche, nei quali lavorano 21.100.000 medici, 13.000.000 di infermieri; i restanti sono i Centri preventivi e anti-epidemici (5.687) e consultori familiari (3.047). Nell'89% dei villaggi sono presenti servizi sanitari.

Le strutture sanitarie specialistiche per i bambini sono 48, per le donne sono 71, i consultori ginecologici e pediatrici sono 3.067.

Pianificazione familiare

La Cina dal 1978 segue una politica di pianificazione familiare (la politica del figlio unico), la quale consente a ciascuna coppia di avere un solo figlio (nella legge sul matrimonio della Repubblica Popolare Cinese).

Dal 1 settembre 2002 è in vigore la “Legge sulla Popolazione e Pianificazione delle Nascite della Repubblica Popolare Cinese” che ribadisce che la pianificazione familiare è una politica fondamentale per migliorare la qualità della vita della popolazione, adottando un approccio globale. La legge dice che i cittadini hanno il diritto alla riproduzione e hanno il dovere di attuare, secondo la legge, il controllo delle nascite. I coniugi hanno responsabilità congiunta nell’attuare la legge (pianificazione familiare).

Alle coppie viene imposto un solo figlio; è possibile avere un secondo figlio nelle seguenti particolari condizioni:

- se il primo figlio è affetto da malattia invalidante non ereditaria;
- se nella coppia almeno un coniuge è alle seconde nozze e ha un figlio di prime nozze;
- se una donna dichiarata sterile ha adottato un figlio con l’approvazione degli organi competenti e poi rimane incinta.

Ma nelle zone rurali e nelle zone in cui sono presenti i gruppi etnici si adotta una politica flessibile:

- nelle zone rurali la coppia può avere un secondo figlio 5 anni dopo la nascita del primo figlio;
- ogni gruppo etnico può stabilire il regolamento secondo la propria situazione.

I cinesi che vivono all’estero non sono obbligati a rispettare le legge del figlio unico.

Per facilitare la pianificazione familiare sono previsti vari incentivi: la maternità prolungata a coloro che si sposano tardi e ritardano la nascita dei figli, le specifiche misure di protezione sul lavoro alle donne durante la gravidanza, il parto e l’allattamento, il “Certificato d’onore per i genitori di un solo figlio” (le coppie che ricevono questo titolo godono di un contributo previsto dalla legge), alle donne sposate in età riproduttiva sono offerti controlli medici durante la gravidanza e assistenza sanitaria.

Contracezione

La contraccezione è considerata uno strumento fondamentale per il controllo delle nascite. Le coppie in età riproduttiva devono adottare consapevolmente metodi contraccettivi. I metodi contraccettivi sono (Tabella 6.5):

- ormonali: pillola (dal 1963, divisa in monofasica, bifasica e trifasica), cerotto transdermico, anello vaginale, Norplant I e Norplant II (dal 1989);
- non ormonali: IUD (di vari tipi, l’anello è lo IUD più frequente prima del 1993, attualmente TCu-IUD), sterilizzazione, coito interrotto, metodo naturale, metodo di barriera;

Nei centri di pianificazione familiare è offerta oggi alle donne una reale informazione sui mezzi contraccettivi esistenti e la possibilità di scegliere tra diversi metodi.

- ai neo sposi sono consigliati: 1) preservativo, 2) pillola (se la coppia non desidera figli nei primi sei mesi di matrimonio);
- alle coppie che hanno già un figlio sono consigliati: 1) IUD, 2) preservativo, l’iniezione di lunga durata o Norplant, 3) spermicidi;
- alle coppie che hanno 2 figli o più di 2: sterilizzazione;
- alle donne che allattano i bambini sono consigliati: preservativo o IUD, sconsigliata la pillola.

Tabella 6.5. Situazione contraccettiva

Indicatori contraccettazione	Valori
Donne in età fertile	357 milioni *
Donne sposate in età fertile	310 milioni *
Tasso contraccettivo (%)	86,9 **
Intervento di sterilizzazione M/F	15.498.482 **
Inserimento IUD	9.255.000 **
Rimozione IUD	2.007.000 **
Norplant II	309.000 **
Pillola o iniezione contraccettivi %	2,1 **
Preservativo %	5,1 **
Cerotto o anello %	0,2 **
IVG	1.337.000 **

* quinto censimento effettuato nel 2000; ** rilevazione statistica della pianificazione familiare effettuata nel 2002

Benché il ricorso alla sterilizzazione rimanga la norma per il 50% delle cinesi che praticano la contraccettazione, cioè l'83% della popolazione femminile, secondo le statistiche ufficiali la spirale guadagna rapidamente terreno: il 43% delle donne sceglie oggi questo metodo facilmente reversibile.

Interruzione volontaria della gravidanza

Per effettuare l'IVG non occorre il certificato medico, si può chiedere liberamente presentandosi in ospedale, la legge non stabilisce i limiti per effettuare l'IVG. I metodi per effettuare l'IVG sono due: pillole entro i due mesi di gravidanza e l'intervento anche oltre il secondo mese. Motivo per effettuare l'IVG (situazione in città):

- gravidanza indesiderata;
- per rimediare il fallimento dei metodi contraccettivi;
- chi ha già un figlio (la legge non consente di averne un secondo);
- le ragazze nubili perché è troppo temuto il giudizio sociale.

Romania

La Tabella 6.6 riporta alcuni indicatori socio-demografici della Romania.

Tabella 6.6. Indicatori generali del Paese

Indicatori	Valori
demografici, sociali e economici	
totale popolazione (milioni), 2005	21,7
numero medio di figli per donna, 2005	1,3
% nascite con personale qualificato	98
reddito nazionale lordo pro capite \$PPP, 2003	7.140
di mortalità	
mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	17
mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	49
d'istruzione	
% iscritti scuole superiori (lordo) M/F	84/85
tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F	2/4
della salute riproduttiva	
nascite per 1.000 donne età 15-19	34
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Qualsiasi metodo	64
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Metodi moderni	30

Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2005

Contracezione e interruzione di gravidanza

In Romania i metodi contraccettivi sono stati sostanzialmente inesistenti per tutta la durata del governo di Ceaucescu (1964-1989) e l'interruzione volontaria di gravidanza ha rappresentato, di fatto, l'unica possibilità per chi non desiderava avere un figlio. Le donne hanno incontrato poi ulteriori difficoltà in quanto, nel corso degli anni, vi è stata un'alternanza di proibizione e possibilità di praticare l'IVG. Infatti, sino al 1957 il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stato illegale, a esclusione dei casi terapeutici; con il decreto n. 463/1957 l'IVG è stata poi legalizzata, consentendo alla donna, previa richiesta, di abortire nelle istituzioni sanitarie specializzate. Tuttavia, dopo aver osservato un consistente calo demografico nel periodo 1957-1966, con il decreto n. 770 del 29 settembre 1966 si proibiva nuovamente l'IVG con l'intento di incrementare la natalità.

Infine, il mancato raggiungimento degli obiettivi auspicati e il contemporaneo sviluppo di pratiche illegali di interruzione di gravidanza dannose per la salute riproduttiva di tantissime donne hanno condotto a un nuovo provvedimento che autorizzava l'interruzione volontaria di gravidanza. Si tratta del decreto 441 del 26 dicembre 1985 che permetteva l'interruzione volontaria di gravidanza in certe circostanze:

- se la gravidanza rappresentava un pericolo per la vita della donna;
- se uno dei genitori soffriva di una malattia grave ereditaria o questa determinava la comparsa di malformazioni nel feto;
- se la donna in gravidanza soffriva di un handicap fisico, psicologico o sensoriale;
- se la donna aveva più di 45 anni;
- se la donna aveva più di 5 bambini;
- se la gravidanza era esito di uno stupro.

Il 26 dicembre 1989 veniva emanato un altro decreto che annullava i precedenti decreti 770/1966 e 441/1985: l'IVG era permessa nei primi 3 mesi e si doveva eseguire soltanto nelle strutture sanitarie specializzate. Questo decreto permetteva anche l'interruzione volontaria di gravidanza dopo i primi 3 mesi per casi terapeutici o se uno dei genitori soffriva di una malattia grave ereditaria o che poteva determinare la comparsa delle malformazioni.

Nel corso di questi anni sia di legalità che di illegalità dell'IVG le donne non hanno né ricevuto informazioni sulla pianificazione familiare né avuto accesso ai metodi di contraccezione.

Le fluttuazioni nel numero di IVG riportate in Tabella 6.7 sono probabilmente attribuibili da una parte all'alternanza di diversi decreti governativi, dall'altra all'assenza di metodi contraccettivi e alla scarsa informazione.

Tabella 6.7. Numero di interruzioni volontarie di gravidanza legali (1970-1998)

Anno	n. IVG
1970	292.409
1980	413.093
1985	302.838
1989	193.084
1990	992.265
1991	866.934
1992	691.863
1993	585.761
1994	530.191
1995	502.840
1996	456.221
1997	347.126
1998	271.496

Fonte: WHO/EUROPE, 2006

Dal 1990 le donne hanno avuto accesso anche ai metodi contraccettivi e, nonostante la legalizzazione dell'IVG, si può notare una forte diminuzione degli interventi nel tempo. Quindi la spiegazione circa il numero di IVG eseguite dalle donne rumene potrebbe essere ricercata nella mancata disponibilità di mezzi per il controllo delle nascite e nell'assenza di adeguate informazioni sull'argomento.

Le donne rumene, completamente prive di conoscenze riguardo la salute riproduttiva, quando arrivano in Italia o in altri Paesi europei riescono ad avvicinarsi alle strutture sanitarie con fatica, per mancanza di tempo, difficoltà linguistiche, inesperienza riguardo il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale del Paese ospite. Di conseguenza continuano a prendere provvedimenti soltanto quando si avvicinano ai tempi limite.

Dalle statistiche dei ricoveri in day-hospital – Legge 194/1978 – risulta che, tra le immigrate, le rumene abbiano il numero di interruzioni volontarie di gravidanza più alto.

È ovvio che varie forme di sradicamento mettano in discussione la salute e il benessere delle donne con una ripercussione anche sulle condizioni di tutto il gruppo familiare del quale esse sono il supporto fondamentale.

Dalla salute e dal benessere delle donne dipende quello delle loro famiglie. Da numerosi documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di altre agenzie internazionali emerge il ruolo determinante delle donne nella tutela della salute.

Nigeria

Caratteristiche della popolazione

La Nigeria rappresenta uno dei più grandi e intensamente abitati paesi dell'Africa: la sua popolazione è estremamente composita, tanto che si calcola siano presenti nel Paese circa 250 gruppi etnici, alcuni dei quali rappresentati da non più di 10.000 individui.

L'80% degli abitanti del Paese è tuttavia costituito da alcune etnie più numerose, ovvero gli Hausa-Fulani, gli Yoruba e gli Ibo.

Gli Hausa-Fulani attualmente rappresentano un gruppo pressoché unitario, soprattutto in quanto rappresentano un'élite politica e religiosa delle regioni musulmane del nord: il loro peso economico, politico e religioso ha fatto sì che di recente fosse votata dal governo di alcuni stati del nord la legge islamica (Shari'a), prevista solo entro certi limiti nella costituzione federale nigeriana.

Gli Yoruba sono presenti nella regione sud-occidentale del Paese e sono il gruppo etnico dominante di questa area e sono anche la tribù più numerosa di tutta l'Africa.

Gli Ibo costituiscono a loro volta la maggioranza della popolazione della regione sud-orientale del Paese, tra il delta del Niger e il bacino del Cross. Sono stati i protagonisti negli anni sessanta della rivendicazione dell'indipendenza dallo stato federale che ha portato alla guerra del Biafra. In particolare si sono trovati a vivere in un territorio particolarmente ricco di risorse primarie, rimasto tuttavia a lungo protetto dalle infiltrazioni dei popoli vicini da una fitta foresta pluviale: ciò ha fatto sì che essi conservassero per secoli un forte senso di indipendenza, mantenendo una struttura sociale e politica molto individualista, dove il potere è decentrato in clan e tribù e la famiglia rappresenta il nucleo sociale fondamentale.

La convivenza fra le diverse etnie che compongono il mosaico della popolazione nigeriana è stata in diverse occasioni fonte di contrasti.

Le ragioni religiose e culturali di tali scontri sono state spesso acuitizzate dai problemi economici affrontati dalla popolazione che, pur abitando uno dei paesi più ricchi di materie

prime del continente africano, vive spesso in condizioni di povertà a causa anche dell'insufficiente capacità di sfruttamento delle risorse – basti pensare che solo un quarto delle capacità di raffinazione del Paese è operativo, cosicché la Nigeria è costretta a importare petrolio raffinato.

Le difficoltà di convivenza si possono inoltre far risalire a ragioni storiche: il governo coloniale inglese, caratterizzato dalla politica dell'*indirect rule*, contribuì infatti al mantenimento delle differenze politiche e sociali fra i diversi stati che dominavano il territorio nigeriano, cosicché al nord perdurarono a lungo i regni feudali musulmani, mentre nelle regioni meridionali si consolidarono i rapporti fra le etnie dominanti e gli Occidentali, rapporti che sono alla base del governo federale di Lagos.

Attualmente gli scontri più cruenti e più pericolosi avvengono soprattutto nelle regioni del nord, dove la convivenza fra musulmani e cristiani continua ad essere difficile, anche se non mancano tensioni anche nelle zone del sud, in cui vi è una certa tolleranza religiosa.

Inoltre la crisi del greggio del 2004 ha fatto sì che l'amministrazione di Obasanjo, ex generale apprezzato per aver restituito il potere ai civili nel 1979 e per le sue azioni contro la dittatura militare di Abacha, si trovi attaccata su tutti i fronti (sindacati, potere federale, *intelligenza* nigeriana).

Il rischio che la situazione di tensione si trasformi in una miriade di guerre civili è alto, in un Paese diviso praticamente su tutto (etnie, religioni, gruppi sociali) e in totale dipendenza dal petrolio, per il quale occorrerebbero vere riforme che consentissero un'economia differenziata. La Tabella 6.8 riporta alcuni indicatori socio-demografici della Nigeria.

Tabella 6.8. Indicatori generali del Paese

Indicatori	Valori
demografici, sociali e economici	
totale popolazione (milioni), 2005	131,5
numero medio di figli per donna, 2005	5,6
% nascite con personale qualificato	35
reddito nazionale lordo pro capite \$PPP, 2003	900
di mortalità	
mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	111
mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	800
d'istruzione	
% iscritti scuole superiori (lordo) M/F	40/33
tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F	26/41
della salute riproduttiva	
nascite per 1.000 donne età 15-19	140
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Qualsiasi metodo	13
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Metodi moderni	8

Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2005

Condizione femminile

Quella nigeriana è una società fortemente patriarcale e, sebbene i diritti delle donne siano tutelati dalla costituzione del 1979, di fatto, nella realtà, le donne sono soggetti nettamente svantaggiati dal punto di vista dei diritti e delle aspettative.

Nel 1997 la Commissione dei Diritti Umani delle Nazioni Unite esprimeva preoccupazione circa le continue violazioni dei diritti umani in Nigeria nei termini di: detenzioni arbitrarie,

processi iniqui, esecuzioni sommarie, uso eccessivo della violenza da parte delle forze dell'ordine, morti in prigione a seguito di torture e maltrattamenti, forti limiti alla libertà di espressione.

La Commissione riferiva anche di molti giovani indotti dalla miseria alla prostituzione. In questa situazione le donne subiscono gravi violazioni dei loro diritti e, pur essendo considerate nella cultura popolare il vero sostegno della famiglia per il loro carattere generalmente forte, intraprendente e autonomo, sono sottoposte ad azioni discriminatorie dalle politiche amministrative e dalle credenze tradizionali. Per esempio, tra gli Ibo una donna non ha il diritto di possedere la terra e, se divorzia, questa le viene tolta.

La donna stessa è considerata parte della proprietà del marito e, se questo muore, può essere ereditata dal parente più anziano. In alcune zone le donne sposate devono ottenere il consenso dei loro mariti prima di ricevere cure mediche e molte banche chiedono il permesso scritto del marito perché la moglie possa detenere attività finanziarie.

Ancora molto diffuse sono la mutilazione degli organi genitali femminili e la poligamia; infatti, nel 2000 la Shari'a è stata introdotta a titolo di legge nel nord del Paese e questo ha rafforzato la poca considerazione che gli uomini rivolgono alle donne: una volta sposata, la moglie non conquista praticamente nessun diritto di influenza sul marito, e nella famiglia acquisita subisce anche la prevalenza gerarchica della suocera e delle sorelle. La pratica di concedere in matrimonio una ragazza, indipendentemente dalla sua volontà, è ancora in vigore in molte zone del Paese.

La violenza domestica verso la moglie costituisce un grave problema, anche perché è particolarmente difficile per una donna intentare causa contro il proprio sposo.

In questi casi la prassi comune è adottare la "cultura del silenzio", nella generale convinzione che una certa dose di botte sia accettabile.

Del resto, la donna che presenta una causa legale può essere tacciata di insubordinazione e disobbedienza alle norme della tradizione e, perciò, rischia la stigmatizzazione da parte della comunità.

Contrariamente a quanto si potrebbe ipotizzare, lo sviluppo recente ed i contatti con il mondo occidentale hanno contribuito ad una svalutazione della donna che nella società tradizionale antecedente al colonialismo rivestiva un ruolo attivo, lavorando indipendentemente e partecipando al bilancio familiare.

Anche se le donne mantengono una certa libertà economica, non hanno nessun diritto: sono spesso obbligate a contribuire al bilancio familiare e, in caso di impossibilità a farlo, possono essere abbandonate dai mariti, i quali non hanno alcun dovere legale di mantenerle.

Sussiste inoltre un tacito obbligo ad avere figli; in caso non avvenga, si assiste ad una vera e propria emarginazione sociale sia all'interno della comunità che della famiglia stessa.

Il diritto ereditario mette bene in luce la precaria posizione delle donne: in caso di morte del marito l'eredità spetta ai figli, e inoltre i beni possono essere trasmessi solo tra familiari dello stesso sesso; il che si traduce in una proprietà esclusiva maschile, poiché le donne non possono ereditare neanche dal padre.

Come è lecito aspettarsi, la situazione cambia nelle classi medio-alte urbane; è piuttosto usuale che le ragazze frequentino la scuola e che gli uomini dell'alta società mandino le loro mogli in qualche istituto di educazione.

Contracezione

In Nigeria la mortalità e la morbosità materna, l'alto numero di aborti e il mancato uso di metodi anticoncezionali sono determinati dall'accesso limitato alle strutture sanitarie, dall'assenza di adeguate politiche sanitarie e di figure professionali dedite alla tutela, alla promozione e alla cura esclusive della salute della donna.

Altri fattori di grande rilevanza sono la mancanza di campagne di prevenzione adeguate, la scarsa informazione che ne consegue e la penuria di metodi contraccettivi reperibili in commercio. Inoltre, le leggi restrittive in materia di aborto sono il motivo che costringe le donne a correre rischi elevati nel tentativo di interrompere la gravidanza, alimentando un pericoloso “mercato nero” e favorendo un florido business dei centri sanitari privati.

I dati riportati in Tabella 6.9 mostrano uno scarso uso di metodi contraccettivi all'interno della popolazione femminile nigeriana.

Tabella 6.9. Prevalenza dell'uso di contraccettivi nelle donne sposate di età compresa fra 15 e 49 anni (anno 2002)

Metodi contraccettivi	%
Tutti i metodi	15
Metodi moderni	9

L'utilizzo così limitato delle metodiche anticoncezionali e quindi l'elevato rischio di gravidanze indesiderate sono determinati da più fattori. In primo luogo le campagne di sensibilizzazione verso l'uso di metodi contraccettivi e le informazioni a questo riguardo sono limitate alle zone urbanizzate e comunque risultano insufficienti, a causa di politiche non sensibili al problema. La salute della donna, sia in senso globale sia in ambito strettamente ostetrico - ginecologico non viene tutelata, a causa di un sistema sanitario inefficiente e a pagamento.

Inoltre non si è ancora consolidata una cultura di prevenzione né delle gravidanze indesiderate né delle malattie sessualmente trasmesse; infatti l'atto sessuale viene associato quasi esclusivamente alla procreazione, a un livello percettivo che si potrebbe definire quasi “atavico”. Il “dare la vita” è considerato un atto sacro e spontaneo, legato ai ritmi immutabili della natura, per tutte le donne di ogni etnia e religione.

È bene anche ricordare che la pianificazione familiare è un concetto estraneo alla cultura nigeriana, in cui le donne e gli uomini hanno da secoli l'immagine della famiglia intesa come numerosa e allargata, senza contare che una prole numerosa è fonte di un positivo riconoscimento sociale all'interno delle comunità. Rispetto ai metodi anticoncezionali vi sono molte errate credenze su possibili effetti dannosi per la salute della donna (compreso il rischio di sterilità irreversibile), e anche un conseguente utilizzo scorretto che determina, in caso di gravidanza indesiderata, l'abbandono dell'uso stesso. Inoltre il sesso è, nella maggior parte dei casi, considerato un tabù, sia all'interno della famiglia che della società, e questo atteggiamento influisce marcatamente sull'ignoranza degli adolescenti in materia di procreazione e protezione dalle gravidanze e dalle malattie sessualmente trasmesse. Per questo motivo le adolescenti sono le donne alle quali la società e la famiglia forniscono meno accesso all'informazione e all'uso di metodi contraccettivi, perché l'utilizzo di essi sottintenderebbe l'inizio di attività sessuali prima del matrimonio, eventualità non accettabile a livello sociale.

Ultimo e importante fattore da considerarsi è che in Nigeria la possibilità reale di acquistare metodi contraccettivi è scarsa per la mancanza di approvvigionamenti, in un Paese in cui manca alla maggior parte della popolazione l'acqua corrente e i beni di primario sostentamento.

Per concludere, un dato di importanza molto rilevante, a livello culturale, sociale e sanitario, è il fatto che non esiste in Nigeria la figura professionale dell'ostetrica, cioè di una professionista della salute che si occupa della promozione, tutela e del mantenimento della salute esclusivamente della donna; all'interno dei centri sanitari vi sono soltanto medici e infermieri e l'ostetricia è un ramo specialistico della professione infermieristica.

Aspetti legislativi dell'interruzione di gravidanza

La Tabella 6.10 illustra la situazione legislativa rispetto all'aborto in Nigeria e per confronto in altri Paesi del Continente Africano.

Tabella 6.10. Aspetti legislativi dell'interruzione volontaria di gravidanza in alcuni Paesi africani

Motivi per cui l'aborto è permesso	Nigeria	Sudafrica	Marocco	Egitto	Algeria	Congo	Etiopia
Per salvare la vita della donna	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
Per preservare la salute fisica della donna	sì	sì	sì	no	sì	no	no
Per preservare la salute psicologica della donna	sì	sì	sì	no	sì	no	no
In seguito ad incesto o stupro	no	sì	no	no	no	no	no
Per malformazione fetale	no	sì	no	no	no	no	no
Per ragioni economiche e sociali	no	sì	no	no	no	no	no
Per semplice richiesta della donna	no	sì	no	no	no	no	no

In Nigeria l'aborto è illegale tranne che per preservare la vita e la salute della donna; esso è punibile fino a sette anni di reclusione per la donna che lo effettua, e la pena può raggiungere i 14 anni di reclusione per il medico che pratica l'intervento. In tutto il Paese, del resto, continuano ad avere una forte rilevanza politica e sociale le istituzioni locali, la cui esistenza risale ai tempi precedenti la formazione del governo federale. Nel nord la legge islamica viene applicata nel diritto di famiglia e delle donne e l'aborto può essere, per la donna che ne fa ricorso, causa di lapidazione e punibile con la morte. Nelle regioni meridionali continuano ad avere ampio potere i capi dei villaggi e delle tribù, cui spesso è affidato il giudizio riguardo a contese locali e la scelta arbitraria di pene riguardanti anche l'interruzione di gravidanza.

Il sistema legislativo federale accetta queste concessioni alle tradizioni e agli usi regionali, perché indispensabili per la conservazione della compagine federale.

Ricorso all'interruzione di gravidanza

La pratica dell'aborto non è affatto un fenomeno nuovo in Nigeria, anche se i principali motivi che spingono le donne ad abortire sono cambiati. Sono sempre più, infatti, le donne che ricorrono all'aborto spinte dalla necessità di evitare le nascite prematrimoniali o effettuare in questo modo una pianificazione familiare nei casi in cui si abbia già una prole numerosa, mentre un tempo il ricorso all'interruzione di gravidanza spesso avveniva se il concepimento era avvenuto durante l'allattamento, periodo di astensione dai rapporti sessuali secondo la pratica tradizionale.

Malgrado le durissime pene e la discriminante sociale che l'aborto rappresenta, sono moltissime le donne che ogni anno ricorrono all'interruzione di gravidanza. Alcune di queste donne cercano di porre fine alla gravidanza con metodi sicuri, rivolgendosi alle strutture sanitarie, ma ciò comporta costi elevati di cui spesso non dispongono. La possibilità di interrompere la gravidanza ed effettuare l'aborto anche oltre il terzo mese di gestazione dipende esclusivamente dalla disponibilità economica della donna, che trova generalmente medici compiacenti e sensibili all'aumento della tariffa. Il costo dell'IVG prima delle 8 settimane di gestazione va da \$6,25 a \$12,50; il costo dell'IVG nel periodo compreso tra le 13 e le 16 settimane di gestazione va da \$6,25 a \$62,50. Le donne indigenti hanno come unica prospettiva quella di rivolgersi a persone addestrate alla pratica, ma prive di competenze e qualifiche mediche. Le informazioni

sull'incidenza dell'aborto e sulle conseguenze dell'aborto eseguito fuori del Sistema Sanitario sono scarse e le cifre non rispecchiano sempre la realtà, proprio a causa dell'illegalità nella quale gli interventi vengono praticati e della mancanza di politiche e programmi sanitari al riguardo. Indicativamente ogni anno vengono effettuati circa 610.000 aborti, con un tasso di 25 aborti per 1.000 donne di età compresa fra i 15 e i 44 anni. Il tasso è molto più basso nelle regioni rurali della Nigeria del nord rispetto alle regioni del sud più economicamente sviluppate.

Il 40% degli aborti è effettuato da medici presso strutture sanitarie, mentre la restante quota è effettuata da personale non sanitario addestrato alla pratica. Di tutti gli ospedali e cliniche che effettuano gli aborti, l'87% sono privati e gli interventi sono praticati da medici generici. In ospedale la pratica più utilizzata per effettuare l'intervento è l'isterosuzione. I metodi principalmente impiegati da "infermiere o ostetriche" improvvisate, per indurre gli aborti, sono la dilatazione del collo dell'utero e il *curettage*, la somministrazione di sostanze ormonali e sintetiche o di erbe tossiche, l'inserzione di oggetti solidi o taglienti nel canale vaginale.

Sono questi aborti effettuati in clandestinità e da personale non medico i principali responsabili di una proporzione significativa di morti materne (12% di morti materne in seguito ad aborto pericoloso), specialmente nelle donne più giovani, e di un'alta morbosità materna, in quanto aumentano il rischio di esposizione alle infezioni, il rischio di emorragia, di sterilità secondaria e di danni all'apparato riproduttivo, come la perforazione dell'utero. In particolare le adolescenti, che non possono confidarsi con la famiglia per timore di gravi ripercussioni, sono le donne che rischiano maggiormente di affidarsi a persone inesperte: l'80% dei ricoveri presso gli ospedali nigeriani per complicanze post-abortive è infatti a carico delle adolescenti. L'aborto illegale viene descritto come un problema sentito dalle stesse ragazze nigeriane che frequentano le scuole secondarie. Nella maggior parte dei casi infatti la gravidanza può essere motivo di espulsione dalle scuole, i genitori possono decidere di non pagare più le tasse scolastiche delle figlie e, in alcuni casi, le giovani sono obbligate a sposarsi.

Marocco

La Tabella 6.11 riporta alcuni indicatori socio-demografici del Marocco.

Tabella 6.11. Indicatori generali del Paese

Indicatori	Valori
demografici, sociali e economici	
totale popolazione (milioni), 2005	31,5
numero medio di figli per donna, 2005	2,7
% nascite con personale qualificato	40
reddito nazionale lordo pro capite \$PPP, 2003	3.950
di mortalità	
mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	35
mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	220
d'istruzione	
% iscritti scuole superiori (lordo) M/F	49/41
tasso di analfabetismo (>15 anni) M/F	37/62
della salute riproduttiva	
nascite per 1.000 donne età 15-19	24
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Qualsiasi metodo	50
prevalenza % dei contraccettivi, donne sposate/conviventi, età 15-49. Metodi moderni	42

Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2005

Caratteristiche della popolazione

Nel 2004 il Marocco ha adottato una nuova legge sulla famiglia (*moudawana*): una riforma epocale, poiché tramuta in legge l'uguaglianza tra uomini e donne. Il Marocco è, dopo la Tunisia, il secondo Paese arabo-musulmano a fare tale passo. Apparentemente aperto alle riforme, il re Mohammed VI, al trono dal 1999, esercita un potere assoluto e, fatta eccezione per la legge sulla famiglia, le sue spinte democratiche restano limitate. La popolazione è depoliticizzata, senza fiducia nelle autorità. Il Marocco è uno Stato islamico. Il re è contemporaneamente capo di Stato e capo religioso, "comandante dei credenti" (*Amir Al-Mouminin*). L'osservanza dei riti islamici è obbligatoria per i musulmani, anche se, l'anno scorso, ai refrattari del ramadan non sono state inflitte ammende. Il Paese resta conservatore, tradizioni e islam si rafforzano reciprocamente. Il problema non è la legge: è la mentalità, la corruzione, la mancanza d'istruzione delle persone che presiedono i tribunali di primo grado.

Contracezione e interruzione di gravidanza

Negli ultimi anni c'è stato un colossale calo delle nascite. Le donne sono più istruite, più indipendenti e hanno altre priorità rispetto a creare una famiglia numerosa. Solo le donne di campagna hanno ancora una media di poco più di 4 figli. Una delle cause è il ritardo dell'età del matrimonio e una nuova esigenza di qualità di vita. Di conseguenza la contraccezione è in aumento grazie anche all'attivismo delle associazioni femminili. Senza dimenticare che la contraccezione non è vietata dalla legge islamica, sotto questo punto di vista più aperta di quella cattolica.

Nonostante la legge e la riforma del diritto di famiglia parlino di uguaglianza tra uomo e donna e la donna è padrona della propria decisione, a tutt'oggi la legge non viene rispettata perché la tradizione e la mentalità sono più dominanti. Questo influisce anche sulla decisione sull'aborto. In effetti in Marocco l'aborto è vietato ed è contro la religione, ma si esercita lo stesso presso gli studi privati dei medici o dalla *kabla* (ostetrica) con metodi diversi: l'intervento chirurgico o la pillola abortiva (importata dalla Francia e molto diffusa in Marocco).

Perciò questa pratica è più soggetta a pericoli perché non sempre esercitata in strutture adeguate come è la struttura sanitaria in Italia. Bisogna dire che spesso i medici marocchini hanno studiato in Francia e non solo, l'Università marocchina deriva da quella francese.

Non abbiamo statistiche su questo fenomeno essendo molto segreto perché illegale.

In Piemonte invece i contraccettivi più usati dalle donne marocchine sono la pillola e la spirale. Bisogna dire che le donne marocchine del Piemonte sono per la maggior parte provenienti dalle campagne con un alto tasso di analfabetizzazione, e quindi più soggette ad abortire piuttosto che ad assumere contraccettivi.

L'interruzione volontaria di gravidanza come pratica è sempre considerata un *top secret*, una vergogna che sia effettuata da una donna sposata o da una donna single perché l'aborto è sempre considerato un peccato. Negli ultimi due anni l'interruzione volontaria di gravidanza è molto aumentata tra donne marocchine perché è arrivata ed è sempre in crescita la prostituzione.

Bibliografia

1. WHO/EUROPE. *European health for all database (HFA-DB)*, 2006. Disponibile all'indirizzo www.euro.who.int/hfadb; ultima consultazione 7/7/2006.
2. UNPFA. *Lo stato della popolazione nel mondo*. United Nations Population Fund. 1997. Disponibile all'indirizzo <http://www.unfpa.org/swp/1997/swpmain.htm>; ultima consultazione 7/7/2006.
3. UNPFA. *Lo stato della popolazione nel mondo*. United Nations Population Fund. 2005. Disponibile all'indirizzo <http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch1/index.htm>; ultima consultazione 7/7/2006.

CONCLUSIONI

Dalla legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia (1978) si è assistito a una drastica riduzione del ricorso all'aborto volontario, sia effettuato nella legalità che clandestino. Infatti, dal sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG, istituito e gestito dall'ISS in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e l'ISTAT, si evidenzia una diminuzione da circa 235 mila IVG nel 1982-83 a circa 135 mila nel 2003-2004 (1). Anche l'aborto clandestino, stimato dall'ISS nel 2002 attorno a 20 mila unità, ha mostrato un'imponente riduzione dell'80% rispetto alla stima (100 mila) relativa al 1983. Inoltre non bisogna dimenticare che l'aborto esisteva anche prima della Legge 194 varata nel 1978 e molte donne sono morte a causa di ciò. Le stime dell'aborto in Italia negli anni precedenti la legalizzazione variavano da 200 mila a 600 mila, ma quelle più attendibili si attestavano su 350 mila interventi l'anno e negli anni '70 morivano circa 20 donne l'anno a causa dell'aborto (2).

Come per molti altri fenomeni sanitari, esistono delle differenze tra regioni e tra aree geografiche ma ovunque si è osservata una diminuzione dell'IVG e una tendenza alla riduzione delle differenze geografiche. Anche analizzando l'evoluzione del fenomeno per caratteristiche socio-demografiche delle donne italiane si evidenziano significative diversità: le coniugate rispetto alle nubili, le occupate rispetto alle casalinghe, le più istruite (scuola media superiore o più) verso le meno istruite hanno presentato maggiori e più rapidi decrementi dei corrispondenti specifici tassi di abortività (n. IVG rispetto a 1000 donne in età feconda).

In generale l'incidenza del fenomeno (11 IVG ogni 1000 donne in età 15-44 anni nel 2003) è simile a quella di altri paesi dell'Europa nord-occidentale (i tassi di abortività variano da 6 per 1000 in Olanda a 20 in Svezia), ma molto inferiore a quella dei paesi dell'Europa orientale (che presentano spesso tassi intorno a 50 per 1000) e negli Stati Uniti (23 per 1000).

Negli ultimi anni, la diminuzione dell'abortività legale ha subito un rallentamento, principalmente in seguito al contributo sempre più consistente delle donne immigrate. Infatti, il numero di queste donne è andato via via aumentando nel nostro Paese: all'inizio del 2005 il numero si attestava intorno alle 1.344.000 unità (3). Anche il numero e la proporzione di IVG effettuate in Italia da donne straniere sono aumentati nel tempo. Se nel 1995 le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera risultarono 8.967 (6% del totale delle IVG), nel 2003 erano arrivate a 31.836 (26%). Ciò non sorprende se si considerano le loro caratteristiche socio-demografiche. Si tratta di donne generalmente giovani e, quindi, in età riproduttiva; l'età media è intorno a 30 anni e poco più della metà sono coniugate. La maggior parte arriva da Paesi a economia meno sviluppata: all'inizio del 2004, il 44% delle straniere proveniva dall'Europa dell'Est, il 15,8% dall'America Latina, il 15% dall'Africa e il 14,8% dall'Asia. In particolare negli ultimi anni si è registrato un notevole aumento dei flussi migratori soprattutto dalla Romania e dalle ex-Repubbliche sovietiche. In questi Paesi l'aborto è spesso illegale ma è ugualmente molto diffuso anche perché alcuni contraccettivi non sono disponibili o costano molto.

Per poter approfondire le conoscenze su questo fenomeno, nel 2004, il Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva dell'ISS (dal 1980 responsabile del sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG) ha deciso di condurre, in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'IVG tra le donne immigrate. I principali obiettivi dell'indagine sono stati:

- approfondire le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione immigrata;
- individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'IVG;
- evidenziare le differenze tra i gruppi etnici;

- valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà più frequentemente incontrate dalle donne immigrate;
- fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi e per la prevenzione dell'IVG.

Lo studio è stato condotto abbinando a un questionario classico, utilizzato per intervistare 605 donne straniere che si sono rivolte ai servizi per abortire in 4 città italiane (Roma, Milano, Torino e Reggio Emilia), delle interviste semi-strutturate (43) della durata di circa un'ora, condotte a donne provenienti dagli stessi Paesi (Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina). L'uso combinato della metodologia quantitativa e di quella qualitativa ha permesso di esplorare più nel profondo il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. Infatti, se i dati dell'indagine quantitativa hanno fornito un importante quadro di sfondo della situazione, le interviste semi-strutturate sono entrate più nel dettaglio evidenziando la varietà di profili, di culture e di comportamenti.

Sebbene il campione esaminato non può essere considerato rappresentativo di tutte le donne straniere presenti nel nostro Paese, i risultati ottenuti evidenziano che se da un lato ci sono dei determinanti comuni dovuti a una storia di immigrazione che lega queste donne, dall'altra esistono delle forti differenze per zona di provenienza che derivano dalla cultura di origine che ogni donna porta dentro di sé e che tendono a determinare le scelte sul piano procreativo. Certamente donne che provengono da Paesi in cui l'IVG è usata molto frequentemente, ad esempio in Romania dove il tasso di abortività è circa 50 IVG l'anno ogni 1000 (cioè 5 donne ogni 100), non cambieranno le loro abitudini nel giro di un anno o due. A ciò si aggiungono le condizioni di precarietà in cui queste donne vivono, mancanza di permessi di soggiorno, lavori non in regola, la solitudine e la mancanza di una famiglia con cui confidarsi e che sia di supporto, che spesso le accomuna.

Lo studio evidenzia la necessità di promuovere l'utilizzo della contraccezione tra le donne immigrate e di attuare specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. È necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, il renderli più facilmente accessibili (apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; presenza di ginecologhe; presenza di mediatrici culturali) e principalmente attraverso un nuovo modo di lavorare basato sull'offerta attiva (recarsi nei luoghi dove si riuniscono frequentemente le immigrate e utilizzare tutte le opportunità di contatto) e sull'ascolto. Affinché tutto ciò sia realizzabile è forse necessario lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione che comportino il coinvolgimento partecipativo delle comunità di donne straniere e l'educazione tra pari.

BIBLIOGRAFIA

1. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2003, dati preliminari anno 2004). Presentata dal Ministro della Salute alla Camera dei deputati il 19 ottobre 2005. Atti Parlamentari XIV Legislatura. Disponibile all'indirizzo: http://www.camera.it/_dati/leg14/lavori/documenti/parlamentari/indiceetesti/037/009/INTERO.pdf; ultima consultazione 29/5/2006.
2. Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. Epidemiology of legal abortion in Italy. *Int J Epidemiol* 1986;15:343-51.
3. Caritas/Migrantes. *Immigrazione: Dossier Statistico 2005. XV Rapporto*. Roma: Edizioni IDOS; 2005.

Appendice A
Analisi delle Corrisponde Multiple (ACM)

Al fine di verificare l'esistenza di profili socio-demografici delle donne intervistate, è stata effettuata l'*Analisi delle Corrispondenze Multiple* (ACM) sui dati rilevati attraverso il questionario. Questo metodo statistico permette di determinare se esiste associazione tra le modalità di un fenomeno multidimensionale, caratterizzato da informazioni di tipo categorico (o di tipo quantitativo se opportunamente trasformate in variabili categoriche), mediante la loro rappresentazione grafica su uno spazio di dimensionalità minima.

Gli assi di questo spazio, in genere bidimensionale (*piano fattoriale*), sono il risultato della migliore sintesi delle informazioni contenute nelle modalità. L'analisi può essere effettuata a partire da dati rappresentati sotto forma di matrice, dove ogni riga corrisponde a una donna intervistata e ogni colonna individua una delle variabili categoriche (età, stato civile, titolo di studio, etc) attraverso le quali si costruiranno i profili.

Gli indici che, insieme alla visualizzazione grafica delle modalità sugli assi fattoriali, rendono possibile l'interpretazione dei risultati, sono:

- i contributi *relativi*, che indicano la qualità della rappresentazione delle singole modalità da parte degli assi;
- i contributi *assoluti*, che indicano il peso che ciascuna modalità ha avuto nella determinazione dei fattori;
- la *percentuale d'inerzia*, che indica la distanza delle modalità dal profilo medio ed è assimilabile alla variabilità totale spiegata da ciascun asse. Tanto più elevata è l'inerzia, tanto più le modalità sono ben rappresentate dagli assi. Il primo asse fattoriale è quello con maggior percentuale d'inerzia spiegata, seguito dagli altri in ordine d'importanza decrescente rispetto a tale valore.

Le variabili utilizzate nell'ACM sono state: l'*età*, il *Paese di nascita*, lo *stato civile*, il *livello di istruzione*, l'*attività lavorativa svolta in Italia*, la *durata della permanenza in Italia*, il *permesso di soggiorno*. Tutte le variabili utilizzate sono state considerate nominali attive.

Alcune variabili sono state aggregate in classi; l'età è stata suddivisa in tre gruppi: <25, 25-34, 35 anni o più; lo stato civile in due: coniugate/conviventi, nubili/separate; la durata della permanenza in Italia in tre: <1, 1-2, 3 anni o più.

Appendice B

Il questionario utilizzato nell'indagine quantitativa

QUESTIONARIO IVG – Donne immigrate

NUMERO DELLA SCHEDA

DATA DI COMPILAZIONE gg mm

OSPEDALE _____

MOMENTO DELL'INTERVISTA Prenotazione

Giorno dell'intervento: prima dopo

Altro (specificare) _____

Intervista effettuata

Donna non trovata

Rifiuto all'intervista

Spazio riservato alla codifica
Lasciare in bianco

1. Secondo lei qual è il periodo del ciclo mensile in cui è più facile per una donna restare incinta?

- durante le mestruazioni
- circa a metà ciclo
- subito dopo le mestruazioni
- subito prima delle mestruazioni

2. Quali metodi conosce per non rimanere incinta? (Sono possibili più risposte)

	no	si		no	si
nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diaframma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coito interrotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
metodi tradizionali:			pillola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) calendario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iniettabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sterilizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impianti ormonali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Quale metodo principalmente consiglierebbe a una amica?

- non è in grado di dare consigli
- nessuno
- coito interrotto
- metodi tradizionali
- preservativo
- diaframma
- spirale
- pillola
- iniettabili
- sterilizzazione
- impianti ormonali
- altro _____

4. Ha usato un metodo contraccettivo per evitare questa gravidanza?

- no, volevo rimanere incinta
- no, non ci pensavo
- no, il mio partner non voleva
- no, pensavo di essere sterile
- no, pensavo di essere in periodo non fertile
- no, perché _____
- sì, coito interrotto
- sì, metodi tradizionali
- sì, preservativo
- sì, diaframma
- sì, spirale
- sì, pillola
- sì, iniettabili
- sì, sterilizzazione partner
- sì, impianti ormonali

<p>5. Nell'ultimo anno quali metodi ha usato? (Sono possibili massimo tre risposte, se più di tre, gli ultimi tre)</p> <table border="0"> <tr> <td>nessuno</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>spirale</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>coito interrotto</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>pillola</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>metodi tradizionali</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>iniettabili</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>preservativo</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>sterilizzazione partner</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>diaframma</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>impianti ormonali</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		nessuno	<input type="checkbox"/> 1	spirale	<input type="checkbox"/> 6		coito interrotto	<input type="checkbox"/> 2	pillola	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	metodi tradizionali	<input type="checkbox"/> 3	iniettabili	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	preservativo	<input type="checkbox"/> 4	sterilizzazione partner	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	diaframma	<input type="checkbox"/> 5	impianti ormonali	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>																
nessuno	<input type="checkbox"/> 1	spirale	<input type="checkbox"/> 6																																							
coito interrotto	<input type="checkbox"/> 2	pillola	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>																																						
metodi tradizionali	<input type="checkbox"/> 3	iniettabili	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>																																						
preservativo	<input type="checkbox"/> 4	sterilizzazione partner	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>																																						
diaframma	<input type="checkbox"/> 5	impianti ormonali	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>																																						
<p>6. Nel Paese di provenienza ha usato qualche metodo? (quello usato per più tempo)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si (specificare) _____</p>		<input type="checkbox"/>																																								
<p>7. Sa che esistono delle pillole per evitare la gravidanza che si prendono il giorno successivo a un rapporto sessuale?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si, ma non l'ho mai utilizzata <input type="checkbox"/> 3 si, l'ho già utilizzata in precedenza <input type="checkbox"/> 4 si, l'ho utilizzata per evitare questa ultima gravidanza</p>		<input type="checkbox"/>																																								
<p>8. Condivide con il suo attuale partner le scelte contraccettive?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 si, sempre <input type="checkbox"/> 2 si, saltuariamente <input type="checkbox"/> 3 no <input type="checkbox"/> 4 è contrario</p>		<input type="checkbox"/>																																								
<p>9. Dove o da chi ha avuto principalmente informazioni sulla contraccezione? (Sono possibili al massimo 2 risposte per ogni colonna)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>In Italia</th> <th>Nel Paese di provenienza</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 parenti</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 partner</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 amici/amiche</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 personale sanitario</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 mass media</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 consultorio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Italia <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 centro volontariato</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Paese</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 scuola</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>prov. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 nessuno</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			In Italia	Nel Paese di provenienza		<input type="checkbox"/> 1 parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 2 partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3 amici/amiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 4 personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 5 mass media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 6 consultorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Italia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7 centro volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paese	<input type="checkbox"/> 8 scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prov. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	In Italia	Nel Paese di provenienza																																								
<input type="checkbox"/> 1 parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/> 2 partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/> 3 amici/amiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/> 4 personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/> 5 mass media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<input type="checkbox"/> 6 consultorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Italia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> 7 centro volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paese																																							
<input type="checkbox"/> 8 scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prov. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> 9 nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
<p>10. Si è mai rivolta al consultorio per un problema?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no, perché non sapevo che esistesse ⇨ passare alla domanda 12 <input type="checkbox"/> 2 no, per altri motivi ⇨ passare alla domanda 12 <input type="checkbox"/> 3 si, pienamente soddisfatta <input type="checkbox"/> 4 si, poco soddisfatta <input type="checkbox"/> 5 si, non soddisfatta</p>		<input type="checkbox"/>																																								

<p>11. Se sì, per quale problema l'ultima volta?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 informazioni</td> <td><input type="checkbox"/> 7 consulenza di coppia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 contraccezione</td> <td><input type="checkbox"/> 8 certificazione IVG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 assistenza in gravidanza</td> <td><input type="checkbox"/> 9 adozioni, affidamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 prevenzione dei tumori</td> <td><input type="checkbox"/> 10 controllo pediatrico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 controllo ginecologico</td> <td><input type="checkbox"/> 11 altro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 consulenza individuale</td> <td><input type="checkbox"/> 12 non ricordo</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 informazioni	<input type="checkbox"/> 7 consulenza di coppia	<input type="checkbox"/> 2 contraccezione	<input type="checkbox"/> 8 certificazione IVG	<input type="checkbox"/> 3 assistenza in gravidanza	<input type="checkbox"/> 9 adozioni, affidamento	<input type="checkbox"/> 4 prevenzione dei tumori	<input type="checkbox"/> 10 controllo pediatrico	<input type="checkbox"/> 5 controllo ginecologico	<input type="checkbox"/> 11 altro _____	<input type="checkbox"/> 6 consulenza individuale	<input type="checkbox"/> 12 non ricordo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 informazioni	<input type="checkbox"/> 7 consulenza di coppia												
<input type="checkbox"/> 2 contraccezione	<input type="checkbox"/> 8 certificazione IVG												
<input type="checkbox"/> 3 assistenza in gravidanza	<input type="checkbox"/> 9 adozioni, affidamento												
<input type="checkbox"/> 4 prevenzione dei tumori	<input type="checkbox"/> 10 controllo pediatrico												
<input type="checkbox"/> 5 controllo ginecologico	<input type="checkbox"/> 11 altro _____												
<input type="checkbox"/> 6 consulenza individuale	<input type="checkbox"/> 12 non ricordo												
<p>12. Si è mai rivolta ad un centro di volontariato?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>												
<p>13. Qual è il motivo principale che l'ha spinto ad abortire?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 problemi economici</td> <td><input type="checkbox"/> 6 vergogna di essere giudicata male</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 perdita del lavoro</td> <td><input type="checkbox"/> 7 difficoltà con il partner</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 non voler figli</td> <td><input type="checkbox"/> 8 uso dell'IVG come contraccettivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 non voler altri figli</td> <td><input type="checkbox"/> 9 paura della maternità e del parto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 paura dei genitori</td> <td><input type="checkbox"/> 10 altro _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 problemi economici	<input type="checkbox"/> 6 vergogna di essere giudicata male	<input type="checkbox"/> 2 perdita del lavoro	<input type="checkbox"/> 7 difficoltà con il partner	<input type="checkbox"/> 3 non voler figli	<input type="checkbox"/> 8 uso dell'IVG come contraccettivo	<input type="checkbox"/> 4 non voler altri figli	<input type="checkbox"/> 9 paura della maternità e del parto	<input type="checkbox"/> 5 paura dei genitori	<input type="checkbox"/> 10 altro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1 problemi economici	<input type="checkbox"/> 6 vergogna di essere giudicata male												
<input type="checkbox"/> 2 perdita del lavoro	<input type="checkbox"/> 7 difficoltà con il partner												
<input type="checkbox"/> 3 non voler figli	<input type="checkbox"/> 8 uso dell'IVG come contraccettivo												
<input type="checkbox"/> 4 non voler altri figli	<input type="checkbox"/> 9 paura della maternità e del parto												
<input type="checkbox"/> 5 paura dei genitori	<input type="checkbox"/> 10 altro _____												
<p>14. Prima di questa esperienza sapeva dell'esistenza in Italia di una legge che garantisce a tutte le donne di abortire gratuitamente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì</p>	<input type="checkbox"/>												
<p>15. Ha avuto problemi nel procurarsi il certificato per l'IVG?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì (<i>specificare</i>) _____</p>	<input type="checkbox"/>												
<p>16. Ha avuto problemi nel procurarsi l'appuntamento per l'IVG?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 sì (<i>specificare</i>) _____</p>	<input type="checkbox"/>												
<p>17. Età (anni compiuti) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
<p>18. Stato civile</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nubile</p> <p><input type="checkbox"/> 2 coniugata/convivente con coniuge o convivente in Italia</p> <p><input type="checkbox"/> 3 coniugata/convivente con coniuge o convivente non in Italia</p> <p><input type="checkbox"/> 4 separata/divorziata</p> <p><input type="checkbox"/> 5 vedova</p>	<input type="checkbox"/>												
<p>19. Scolarità (anni di studio) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
<p>20. Occupazione</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 casalinga</td> <td><input type="checkbox"/> 4 lavoro autonomo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 colf/assistente familiare</td> <td><input type="checkbox"/> 5 disoccupata/in cerca di lavoro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 lavoro dipendente</td> <td><input type="checkbox"/> 6 altro (<i>specificare</i>) _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 casalinga	<input type="checkbox"/> 4 lavoro autonomo	<input type="checkbox"/> 2 colf/assistente familiare	<input type="checkbox"/> 5 disoccupata/in cerca di lavoro	<input type="checkbox"/> 3 lavoro dipendente	<input type="checkbox"/> 6 altro (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 1 casalinga	<input type="checkbox"/> 4 lavoro autonomo												
<input type="checkbox"/> 2 colf/assistente familiare	<input type="checkbox"/> 5 disoccupata/in cerca di lavoro												
<input type="checkbox"/> 3 lavoro dipendente	<input type="checkbox"/> 6 altro (<i>specificare</i>) _____												

21. Numero figli	In Italia <input type="checkbox"/>	all'estero <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Aborti provocati (IVG) precedenti	In Italia <input type="checkbox"/>	all'estero <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Paese di nascita _____ Cittadinanza _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. In possesso di permesso di soggiorno	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/>
25. Da quanto tempo è in Italia	anni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mesi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	(in caso di meno di 1 anno)		

**PARTE CHE SI PUÒ COPIARE DALLA CARTELLA CLINICA
O VA CHIESTA AL PERSONALE DELL'OSPEDALE**

26. Il certificato medico è stato rilasciato da?		
<input type="checkbox"/> medico di base	<input type="checkbox"/> consultorio pubblico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> medico privato	<input type="checkbox"/> consultorio privato	
<input type="checkbox"/> medico del servizio IVG	<input type="checkbox"/> centro volontariato	
27. Quanto tempo è intercorso tra certificato e intervento?		
n° giorni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28. Tecnica con cui è stata eseguita l'IVG		
<input type="checkbox"/> raschiamento	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> isterosuzione		
<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____		
29. Settimana di gestazione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30. Tipo di anestesia		
<input type="checkbox"/> locale	<input type="checkbox"/> generale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) _____		

Si ringrazia per la collaborazione

NOME DELL'INTERVISTATRICE: _____

EVENTUALI OSSERVAZIONI:

Appendice C

La griglia dell'intervista semi-strutturata

Accesso alle strutture

- Mi potrebbe raccontare come è arrivata all'ospedale nel quale ha effettuato l'IVG? (oppure a questo consultorio)
- Venendo a contatto con le strutture sanitarie, dal momento della richiesta del certificato e dell'appuntamento all'intervento stesso, come si è trovata?
- E il giorno dell'intervento, come è andata?
- Cos'è successo alla dimissione dall'ospedale?
- Ripensando a questo periodo in cui è venuta a contatto con le strutture sanitarie, dal momento della richiesta del certificato all'intervento stesso, ricorda qualcosa che non è andato come lei si aspettava o un episodio che le ha creato problemi?

Storia migrazione

- Adesso mi piacerebbe conoscere meglio la sua storia, in particolare quando ha lasciato il suo Paese per venire in Italia.
- Quando è successo?
- Mi potrebbe raccontare meglio come è andata quando ha deciso di lasciare il suo Paese?
- Quali erano i suoi progetti per la sua vita in Italia?
- Cosa ne pensava la sua famiglia del suo progetto di emigrare?
- Che tipo di famiglia lasciava nel suo PO (Paese di origine)? Come era composta?
- Trova che ci siano delle differenze tra la famiglia italiana e quella del suo PO?
- Com'è per lei la famiglia ideale?
- Nel futuro, vorrebbe dei figli?
- Quanti figli vorrebbe e dove vorrebbe che crescessero?

Contracezione

- Mi potrebbe raccontare come mai è rimasta incinta?
- Se non accenna a metodi contraccettivi: Come mai non ha usato niente?
- Se accenna a metodi contraccettivi: Cosa crede possa essere successo? Come mai pensa possa essere rimasta incinta?
- Quali metodi ha utilizzato in precedenza?
- Quale metodo preferisce utilizzare?
- Nell'utilizzo dei metodi contraccettivi, trova delle differenze rispetto al suo PO?
- Per una donna straniera crede sia facile o difficile reperire metodi contraccettivi in Italia?
- In seguito a questa esperienza, pensa di utilizzare metodi contraccettivi?

IVG

- Cosa è successo quando ha scoperto di essere incinta?
- Mi potrebbe raccontare quali sono state le motivazioni che l'hanno portata alla decisione di interrompere la gravidanza?
- Nel suo PO come pensa sia considerata un'IVG?
- Se lei avesse avuto questa gravidanza nel suo PO, crede che l'avrebbe affrontata in modo diverso?
- Nella sua riflessione prima di decidere per l'IVG, chi le è stato accanto?
- Per quanto riguarda l'uomo con il quale ha avuto questa gravidanza, mi potrebbe raccontare cos'è successo quando ha saputo della gravidanza?
- Quali progetti avete insieme per il futuro?

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, giugno 2006 (n. 2) 4° Suppl.