

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

Coordinamento: Angela Spinelli (a), Emanuela Forcella (a), Samantha Di Rollo (a), Giovanni Baglio (a), Michele Grandolfo (b).

Referenti locali: Augusto Colombo (c), Patrizia Madoni (d), Mara Manghi (e), Graziella Sacchetti (f), Fiammetta Santini (g), Giovanna Scassellati (h), Paola Serafini (i).

Intervistatrici: Angela Bucur (h), Marcela Bulcu (h), Claudia Dandria (i), Hao Huijuan (l), Khairallah Lamia Kassida (i), Isabel Maravì (i), Mih Len Teresa Margarita (c), Cecilia Perez Ponce (l), Karina Vergara Scorzelli (l), Sun Shuyan (e), Ophelia Wong (e), Jia Yajin (l), Carmen Ynga (l).

(a) Agenzia di Sanità Pubblica, Lazio

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

(c) IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena, Milano

(d) ASL Città di Milano, Milano

(e) Centro Salute Famiglia Straniera, Reggio Emilia

(f) Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo, Milano

(g) Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano

(h) Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

(i) Azienda Sanitaria ospedaliera O.I.R.M. Santa Anna, Torino

(l) Associazione CRINALI, Milano

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

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. Nel 2003 il dato del Ministero dell'Interno parla di 1.061.718 donne straniere e la stima del Dossier della Caritas¹ è di 1.344.000 straniere regolari nel nostro Paese alla fine del 2004.

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 Lazio². 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'Istituto Superiore di Sanità (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 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.

¹ Immigrazione: Dossier Statistico 2005. XV Rapporto. Caritas/Migrantes.

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 (Storace), 19 ottobre 2005. <http://www.ministerosalute.it>.

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 geoculturale³.

Lo studio si è articolato in due fasi distinte che hanno previsto l'utilizzo di una metodologia quantitativa 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.

Lo 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 più tardi). 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 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 Epi6 e SPSS versione 8. In questo rapporto sono riportate le tabelle con le frequenze percentuali di tutte le variabili per Paese di provenienza.

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. Eds. Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. Rapporto Istisan 03/4, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2003.

Lo 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 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 all'incirca di un'ora, 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 in formato Word dalla mediatrice culturale e poi tradotta. Il testo tradotto è stato analizzato con il supporto del software Nvivo.

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

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

Risultati

Descrizione del campione

La Tabella 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). 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 2 illustra i centri che hanno aderito all'indagine quantitativa con il numero di questionari somministrati per ciascuna struttura.

Tabella 1. Il campione delle donne straniere contattate per l'indagine quantitativa, per Paese di provenienza

PAESE	Intervistate	Rifiuti	Non trovate	Totale
	N.	N.	N.	N.
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
	96,2%	2,3%	1,5%	100,0%

Tabella 2. Le strutture che hanno partecipato all'indagine quantitativa per numero di questionari compilati

STRUTTURA	N. questionari
MILANO	
Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo	48
IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena	116
Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo	79
TORINO	
Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M.-Sant'Anna	121
ROMA	
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini	251
REGGIO EMILIA	
Centro per la salute della famiglia straniera	39
TOTALE	654

Nella Tabella 3 è riportato, per centro di raccolta, il campione di donne intervistate nell'indagine qualitativa.

Tabella 3. Il campione delle donne straniere contattate per l'indagine qualitativa

STRUTTURA	N. interviste
MILANO, ASL Città di Milano	
Cina	10
Ecuador	7
Perù	7
TORINO, Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M.-Sant'Anna	
Perù	6
Marocco	2
Nigeria	4
ROMA, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini	
Romania	7
TOTALE	43

Nel testo che segue, 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, per una migliore comprensione dei fenomeni, si è deciso di presentare i risultati dell'indagine quantitativa integrandoli con quelli delle interviste qualitative.

Il profilo socio-demografico delle donne

Nella Tabella 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 risultano separate o divorziate.

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 sono lavoratrici dipendenti, 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 IVG⁴, 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.

Tabella 4. Caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere (in percentuale)

	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
N. 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

segue:

⁴ Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità sui dati ISTAT relativi al 2003.

continua:

	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
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
Sì	65,1	78,3	36,8	51,6	82,8	21,2	76,9	59,4

Tema comune alle storie di vita raccolte nello studio qualitativo è, infatti, la necessità di emigrare dettata dalle difficoltà economiche: si lascia il proprio Paese per andare incontro a opportunità di lavoro, di guadagno, per garantire una vita migliore alla famiglia di origine o ai propri figli, anche se poi il prezzo da pagare è proprio la lontananza dai propri cari. Non dimentichiamo che molte di queste donne hanno già una famiglia che spesso hanno lasciato nel Paese di origine.

“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!” (*Ecuador, 25 anni, separata, 2 figli*).

“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)” (*Perù, 23 anni, nubile, 0 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” (*Nigeria, fidanzata, no figli*).

“Ora noi lavoriamo per guadagnare e allevare nostro figlio, perché nostro figlio è ancora piccolo piccolo”. *Cina, sposata, 1 figlio*.

“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, no, non suo, né moralmente né economicamente, allora 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” (*Ecuador, separata, 3 figli*).

Il rimpianto della famiglia e la lontananza dai figli sono motivi di sofferenza per le donne.

“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” (*Ecuador, sposata, 1 figlio*).

“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? (*Perù, 44 anni, sposata, 3 figli*).

“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...” (*Perù, 34 anni, separata, 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” (*Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio*).

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

“Mio marito mi ha chiesto di venire qui” (*Cina, sposata, 2 figli*).

“È proprio lei che mi ha spinto, non sapevo nemmeno io se volevo venire in Italia, in realtà non volevo venire qui, è stata mia mamma che mi spingeva” (*Cina, 23 anni, 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” (*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 (circa 75 euro), io lo stesso. (In Romania) a me bastavano 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” (*Romania, 28 anni, fidanzata, no figli*).

L’Italia molto spesso rappresenta una tappa a cui seguirà il ritorno al proprio Paese. Le aspettative sono naturalmente quelle di un veloce guadagno, per poter condurre una vita

migliore una volta rientrate nel Paese di origine e avere magari la possibilità di acquistare una casa, o mettere su un'attività propria.

“Nella mia testa mi dicevo che volevo studiare, dopo non si può sapere... facevo 5 anni di università e dopo non trovavo lavoro, magari, no? Io pensavo così: io studiavo, dopo trovavo un lavoro, forse non era così perché forse non trovavo lavoro, perché vedendo le mie amiche, le persone, com'era lì la situazione, non avevo soldi, non avevo lavoro, poi avevo 17 anni... Voglio finire quello che sto studiando, lavorare in quello che ho studiato, e dopo farmi una famiglia” (*Perù, 23 anni, fidanzata, no figli*).

“Lavorare un po' e poi tornare al mio Paese e stare con i miei figli. Per me la felicità è stare con i miei figli, vicino a loro” (*Perù, 34 anni, nubile, 2 figli*).

“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...” (*Romania, rom, 21 anni, sposata, no figli*).

“Ritorniamo in Romania dopo aver risparmiato un po' di soldi per fabbricare una casa in Romania” (*Romania, 28 anni, fidanzata, no figli*).

L'utilizzo dei servizi socio-sanitari

Come riportato in Tabella 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.

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 sono rivolte 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.

Tabella 5. Utilizzo dei servizi (in percentuale)

	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>perché non sapevo che esistesse</i>	34,2	45,5	96,8	100,0	42,9	0,0	85,7	63,9
<i>per altri motivi</i>	65,8	54,5	3,2	0,0	57,1	100,0	14,3	36,1
Sì*	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
Sì	39,7	24,4	5,9	6,5	3,4	12,1	0,0	18,3

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

La contraccezione

La conoscenza dei metodi contraccettivi

La Tabella 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 conosciuto dalle donne straniere (77%), in modo particolare da quelle provenienti dall'Africa e dal Sud America. Il preservativo (67%) è conosciuto 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 ha riportato di non aver ricevuto informazioni da nessuno una volta in Italia: dal 12% nel Paese di origine si passa al 35% in Italia (Figura 1). 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 6. La conoscenza della contraccezione (in percentuale)

	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
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

segue:

continua:

	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
Da chi ha ricevuto l'informazione nel Paese di origine <i>(più di 1 risposta possibile)</i>								
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 <i>(più di 1 risposta possibile)</i>								
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
Conoscenza della pillola del giorno dopo								
No	65,1	50,9	68,2	90,0	65,5	69,7	64,1	63,3
Sì, ma non l'ho mai utilizzata	33,3	44,0	30,0	10,0	13,8	30,3	25,6	32,7
Sì, l'ho già utilizzata in precedenza	1,6	4,6	1,2	0,0	17,2	0,0	7,7	3,3
Sì, l'ho utilizzata per evitare questa ultima gravidanza	0,0	0,6	0,6	0,0	3,4	0,0	2,6	0,7

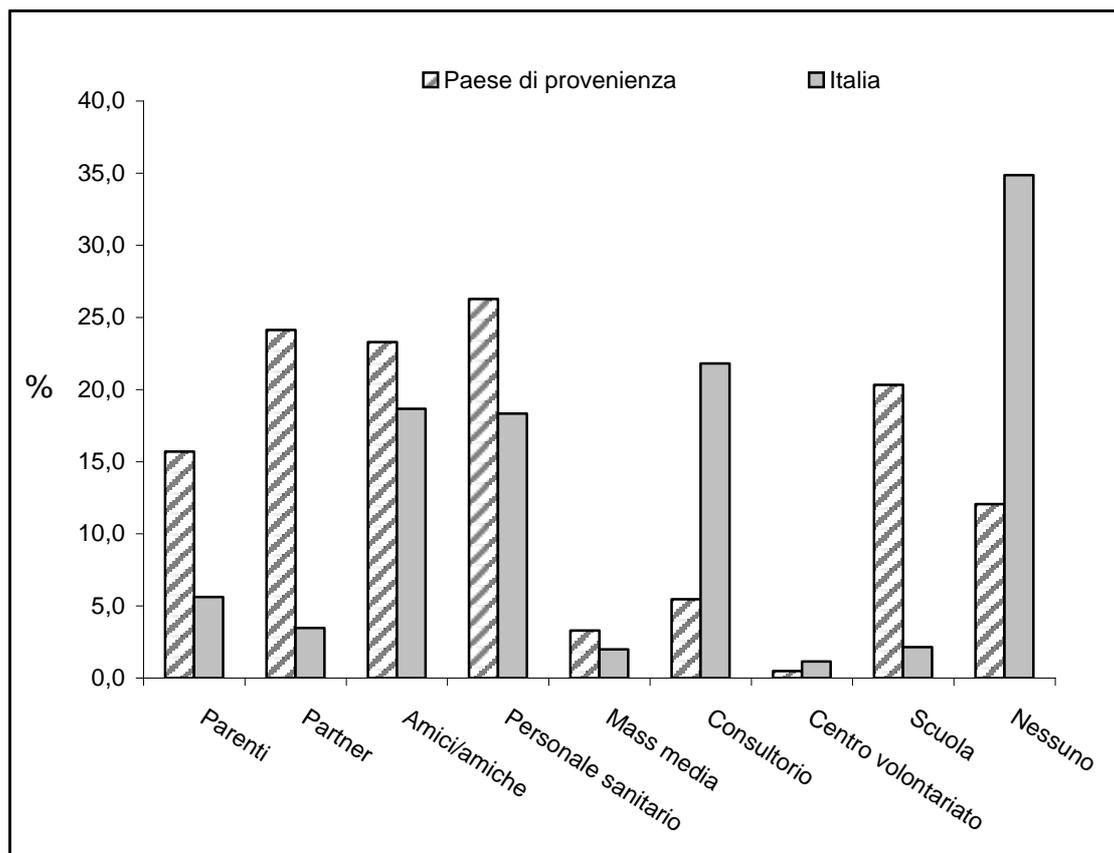


Figura 1. Fonte informativa sulla contraccezione, nel Paese di origine e in Italia

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", e che molto spesso si traduce in un atteggiamento "diffidente" nei confronti della contraccezione.

"(Non prendo niente) perché ho paura, non ho molta fiducia nella pillola, perché ho sentito che ti può far venire persino il cancro" (*Perù, nubile, 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" (*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" (*Ecuador, sposata, 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" (*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" (*Romania, 33 anni, sposata, 2 figli*).

Il ricorso alla contraccezione

Il 56% delle donne intervistate (Tabella 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 2). 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 7. I metodi contraccettivi usati dalle donne straniere (in percentuale)

	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
Metodo contraccettivo utilizzato per evitare ultima gravidanza								
No*	49,2	52,3	52,6	48,4	58,6	97,0	76,9	55,9
Volevo rimanere incinta	8,1	4,3	11,1	13,3	0,0	0,0	13,3	7,4
Non ci pensavo	71,0	52,2	32,2	46,7	58,8	40,6	13,3	45,9
Partner non voleva	0,0	3,3	0,0	0,0	11,8	12,5	3,3	3,0
Pensavo di essere sterile	4,8	10,9	11,1	6,7	0,0	3,1	3,3	7,7
Credevo periodo non fertile	11,3	25,0	40,0	33,3	11,8	15,6	23,3	25,1
Altro	4,8	4,3	5,6	0,0	17,6	28,1	43,3	10,9
Sì*	50,8	47,7	47,4	51,6	41,4	3,0	23,1	44,1
Coito interrotto	9,4	9,5	75,3	100,0	0,0	0,0	33,3	35,2
Metodi tradizionali	28,1	28,6	7,4	0,0	8,3	0,0	0,0	18,4
Preservativo	17,2	29,8	7,4	0,0	16,7	0,0	55,6	18,4
Diaframma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Spirale	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,7
Pillola	40,6	29,8	8,6	0,0	75,0	100,0	0,0	25,5
Iniettabili	4,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Altro	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4

segue:

continua:

	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
Metodi contraccettivi utilizzati nell'ultimo anno (più di 1 risposta possibile)								
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
Metodo contraccettivo utilizzato nel Paese di provenienza								
No	37,3	34,7	9,4	9,7	62,1	60,6	56,4	31,0
Sì*	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								
Sì, sempre	62,7	65,3	86,5	83,9	55,2	48,4	59,0	70,0
Sì, 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

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

Nella Figura 2 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.

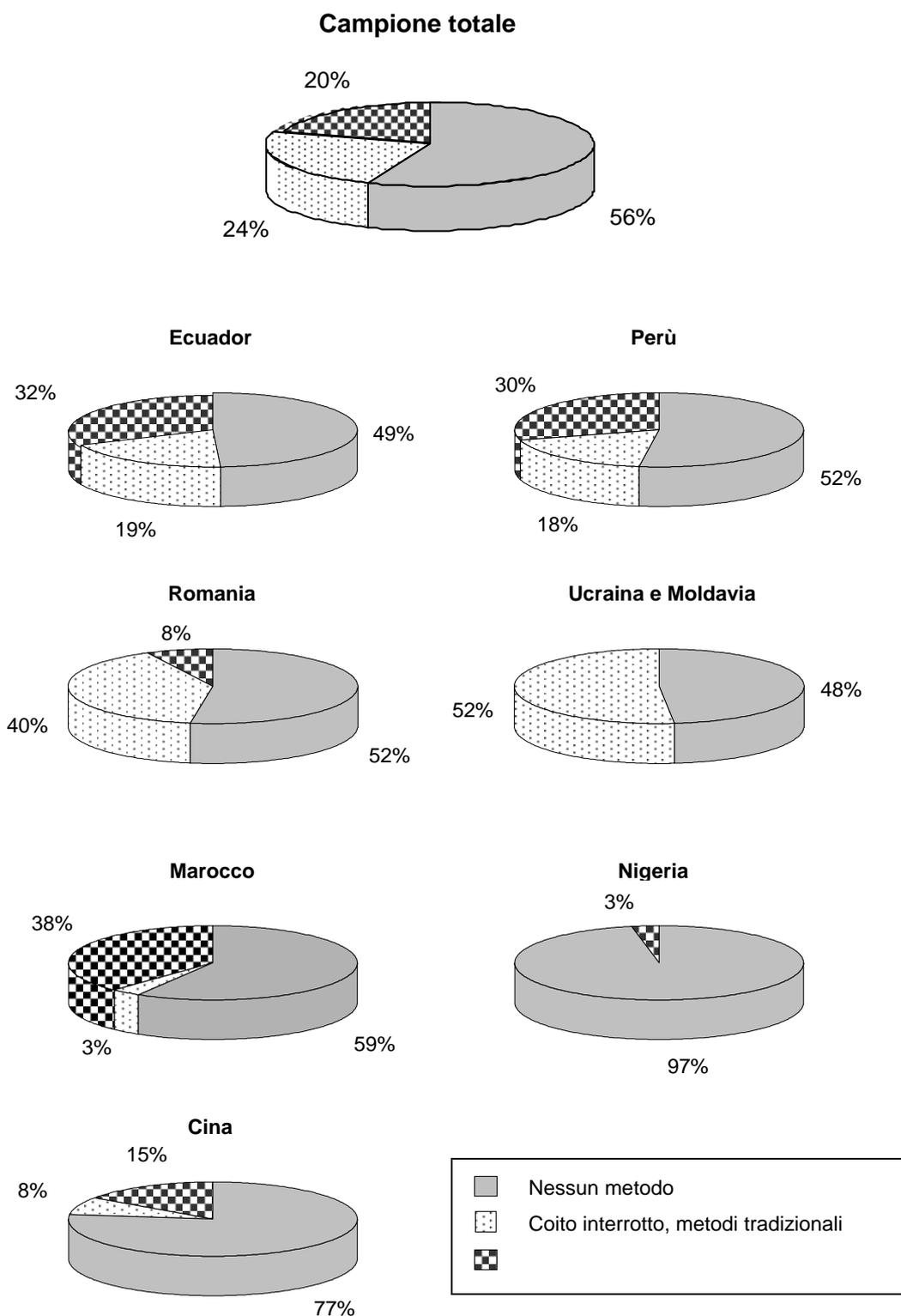


Figura 2. Utilizzo della contraccezione per evitare la gravidanza per cui si è ricorsi all'IVG, per Paese di provenienza

La Figura 3 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.

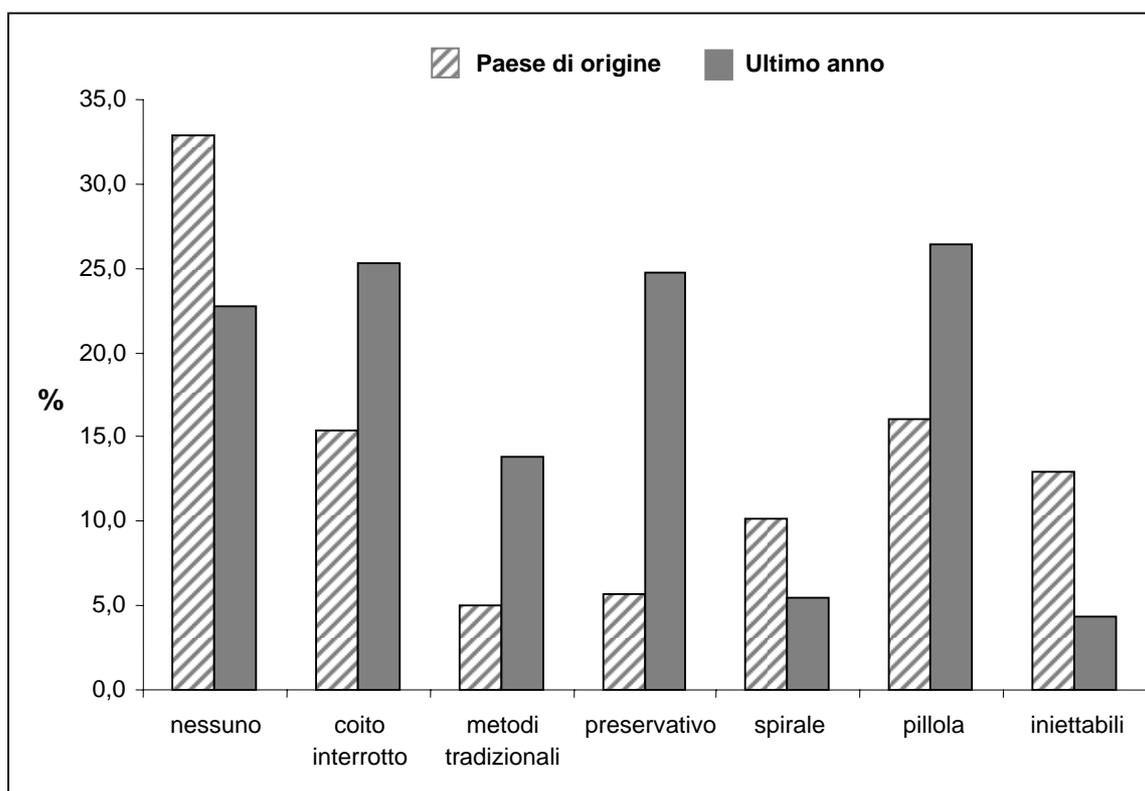


Figura 3. Utilizzo dei metodi contraccettivi nel Paese di origine e nell'ultimo anno in Italia

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” (*Perù, nubile, 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” (*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...” (*Romania, 18 anni, fidanzata, no figli*).

“Io non ho mai preso niente in Marocco” (*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” (*Perù, nubile, 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” (*Perù, 34 anni, nubile, 2 figli*).

La mancanza di qualsiasi precauzione, come anche l'uso scorretto della contraccezione, è molte volte associato al tipo di relazione: le coppie non stabili, o quelle che non convivono, sembrano non ritenere necessario affidarsi a metodi contraccettivi.

“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” (*Perù, 23 anni, nubile, no figli*).

“Mio marito ha un lavoro che lo fa viaggiare, [...] e 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...” (*Ecuador, sposata, 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.” (*Romania, 28 anni, fidanzata, 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” (*Ecuador, separata, 3 figli*).

“Ogni tanto uso il preservativo. [...] Non lo uso spesso” (*Cina, 29 anni, sposata, 2 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” (*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” (*Ecuador, separata, 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” (*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” (*Marocco, 31 anni, sposata, no figli*).

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

“Io comincerò a usare la pillola, perché non voglio rischiare un'altra IVG” (*Nigeria, nubile, 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” (*Ecuador, 27 anni, sposata, 3 figli*).

chi alla spirale:

“Vorrei mettere la spirale, perché con la pillola ci si dimentica, lavorando così mi dimentico” (*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)” (*Perù, separata, 2 figli*).

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

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” (*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” (*Romania, 28 anni, fidanzata, no figli*).

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%” (*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” (*Ecuador, sposata, 1 figlio*).

L'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 8). 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 ($p < 0.0001$).

Tabella 8. Conoscenza dell'esistenza della legge sull'IVG (in percentuale)

	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
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 motivazioni

I problemi economici e l'aver già figli sono le motivazioni principali che hanno portato le donne straniere alla decisione di abortire (Tabella 9). 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 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, circa l'80% di queste donne risulta nubile o separata.

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

	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 le ragioni sono legate all'età, al 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...” (*Perù, 23 anni, nubile, 0 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” (*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, in cui comunque il compagno non è ritenuto adatto al ruolo di genitore.

“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” (*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 avevo nessuno che mi aiuterà a prendermi cura di loro” (*Nigeria, nubile, 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” (*Romania, 33 anni, sposata, 2 figli*).

Sono le condizioni legate all'immigrazione, però, a emergere con più forza dai racconti delle donne: le condizioni precarie del lavoro, la situazione abitativa, influiscono in maniera significativa nella decisione se portare o meno avanti la gravidanza.

“Ho pensato che è difficile tirare su un bambino, senza avere un lavoro. Quando torneremo in Romania, con un po' di soldi, una situazione diversa, allora farò un bambino” (*Romania, rom, 21 anni, sposata, no figli*).

“Qua col fatto che siamo stranieri ci sono molti problemi in 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” (*Perù, 44 anni, sposata, 3 figli*).

“Mi sono spaventata... (*sorride 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” (*Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio*).

“Credevo di non essere pronta psicologicamente ad affrontare una gravidanza, la gravidanza era imprevedibile. Ma ancora adesso non ci sono le condizioni, ancora adesso credo che quando nasce un bambino ci debbano essere delle condizioni essenziali” (*Cina, fidanzata, 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” (*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” (*Romania, 28 anni, fidanzata, no figli*).

Come riportato nella Tabella 10, 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.

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), verso il 22% delle donne italiane (ISS 2005)⁵.

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.

5 Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità sui dati ISTAT relativi al 2003.

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.

Tabella 10. Numero di IVG precedenti effettuate dalle donne straniere (in percentuale)

	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
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 IVG effettuata in Italia:	55,0	59,6	29,0	25,0	86,7	76,0	50,0	48,5

Modalità di svolgimento dell'IVG

Nell'88% dei casi il certificato è stato ottenuto da un consultorio e da un servizio ospedaliero (Tabella 11). Dal confronto con i dati nazionali⁶ 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 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 (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.

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

⁶ Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità sui dati ISTAT relativi al 2003.

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^o settimana).

Tabella 11. Dati riportati in cartella clinica, relativi all'intervento (in percentuale)

	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
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
Sì	11,1	8,0	0,0	0,0	3,4	3,0	5,3	5,3
Problemi per ottenere l'appuntamento per l'IVG^a								
No	88,1	93,2	100,0	100,0	93,1	97,0	--	94,7
Sì	11,9	6,8	0,0	0,0	6,9	3,0	--	5,3
Tempo intercorso tra certificato e intervento (in giorni)								
≤ 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

segue:

continua:

	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
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

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

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" (*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" (*Cina, sposata, 1 figlio*).

"Quando sono rimasta incinta è stata la mia amica a dirmi di questa opportunità, e a portarmi all'ospedale" (*Nigeria, fidanzata, 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..." (*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" (*Nigeria, nubile, 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" (*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)" (*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" (*Romania, 18 anni, fidanzata, 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...” (*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” (*Perù, nubile, no figli*).

“Mi hanno spiegato (al consultorio) passo per passo quello che devo fare” (*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.” (*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” (*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” (*Ecuador, separata, 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” (*Cina, sposata, 1 figlio*).

“Il problema era aspettare così tanto la mattina, essere qui dalle 7.00 per prendere un numero di 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” (*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... 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” (*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” (*Cina, fidanzata, no figli*).

“Ho portato un'interprete [...], se non ci fosse stato l'interprete, allora non c'era niente da fare” (*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” (*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 difficile.

“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” (*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” (*Romania, 28 anni, fidanzata, no figli*).

“Il momento della ricezione del paziente all'ospedale va migliorato, si potrebbe assumere qualche dottore o un infermiere di lingua inglese” (*Nigeria, fidanzata, no figli*).

“Sarebbe meglio che le infermiere frequentassero corsi di lingua inglese così loro possono comunicare” (*Nigeria, fidanzata, 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” (*Ecuador, sposata, 1 figlio*).

“Proporrei un po' più di attenzione per gli stranieri” (*Romania, rom, 18 anni, sposata, no figli*).

“(Vorrei) un'assistenza diretta, qualche sollievo, un sostegno morale perché conta molto” (*Marocco, fidanzata, no figli*).

Dai racconti delle donne emerge spesso l'inconsapevolezza di cosa dovranno affrontare: timori verso un intervento che non sanno bene come viene effettuato, paure di eventuali conseguenze che possono compromettere la loro fertilità. Da questo emerge come un'esperienza già dolorosa sia spesso accompagnata da timori a paure che accrescono certamente la difficoltà del momento.

“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” (*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 riuscivo 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...” (*Perù, 44 anni, sposata, 3 figli*).

“La famiglia pensa che facendo questo, può fare male alle ovaie, all'utero, pensano che si può rimanere sterili, dicono che dopo non si possono avere figli” (*Perù, nubile, 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...” (*Perù, 23 anni, nubile, 0 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...” (*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” (*Ecuador, 25 anni, separata, 2 figli*).