

Ai miei nonni,  
per il loro amore incondizionato

*“Corpo di donna, bianche colline, cosce bianche,  
assomigli al mondo nel tuo gesto d’abbandono...”*

*... resterò nella tua grazia.  
Mia sete, mia ansia senza limite, mio cammino incerto!  
Rivoli oscuri dove la sete eterna rimane,  
e la fatica rimane, e il dolore infinito.”*  
P. Neruda

## **Ringraziamenti**

Le persone che voglio ringraziare sono tante, troppe. Dovrei infatti partire dalla mia infanzia e da tutti coloro che mi hanno sempre spronata a continuare con costanza e perseveranza e che hanno reso così possibile che io fossi qui oggi.

Primi tra tutti ringrazio i miei genitori, pilastri nella mia vita, che mi hanno supportata non solo economicamente ma anche e soprattutto moralmente. Mi hanno aiutata a credere in me stessa e hanno sempre accettato tutte le mie scelte, senza mai impormi nulla. Hanno poi sopportato con pazienza le mie nevrosi pre-esame e mi hanno incoraggiata nei momenti più difficili.

Ringrazio il mio fidanzato che non ha mai smesso di infondermi coraggio (Kopf hoch! Hau drauf! Ich liebe dich!) e di lodarmi per le mie qualità, che spesso solo lui riusciva a vedere! Ha con pazienza rispettato i miei tempi, le mie comodità e le mie “lune storte”. Ha sempre capito i miei momenti difficili e ha cercato in tutti i modi di esorcizzarli. Grande contributo ha poi dato alla mia ricerca, accompagnandomi in giro per Trieste per fare le interviste e ha avuto inoltre lo stomaco di leggere tutta la mia tesi cercando con pignoleria, riga per riga, gli errori ortografici.

Ringrazio mia sorella per il suo contributo grafico e creativo in questo mio lavoro. Le sono inoltre grata per tutti i sorrisi, gli abbracci e le parole di sostegno che mi ha regalato in questi anni. Malgrado infatti le quotidiane “baruffe”, è stata sempre un punto di riferimento essenziale nella mia vita.

Dedico questa tesi a tutti i miei nonni che mi hanno sempre dimostrato un amore illimitato, a prescindere da tutto e da tutti.

Ringrazio nonno Ferruccio, perché ha fatto nascere in me quella sensibilità che mi ha portata a scegliere questo corso di studi.

Ringrazio nonna Maria, perché mi ha trasmesso l’energia e la testardaggine, senza le quali troppe volte mi sarei arresa.

Ringrazio nonno Nino, perché anche se in poco tempo è riuscito a stimolare in me l’amore per la conoscenza e mi ha fatto capire l’importanza della curiosità.

Ringrazio nonna Rina, perché mi ha insegnato che si può essere forti d’animo anche restando pacati nei modi.

Ringrazio poi Piero per le sue squisitezze culinarie e Ausilia per il suo affetto materno. Ma soprattutto li ringrazio assieme a Sergio, Laura, Carlo, Nicole e Marco, per avermi sempre fatta sentire una della loro famiglia.

Gli amici da ringraziare sono tantissimi. Spero di non perdere per strada nessuno!

Ringrazio Cristina (TN) per il suo affetto che solo una sorella può dare.

Ringrazio Cristina (TS) per essere stata la mia valvola di sfogo, la mia salvezza e la mia consolazione in questi anni universitari. E ringrazio Matteo, perché mi ha fatto capire che si può essere grandi anche se si subiscono delle sconfitte.

Ringrazio Ale per l'energia e la voglia di fare che mi ha sempre trasmesso. E per avermi fatto capire che bisogna sempre puntare in alto, non accontentarsi mai.

Ringrazio mia cugina Michela per la sua allegria e il suo buon umore, che mi hanno accompagnata lungo tutta la mia infanzia e dopo.

Ringrazio Eli, Giulio e Thomas, perché senza di loro gli anni alle superiori non avrebbero avuto nei miei ricordi quel sapore dolce e nostalgico che hanno adesso.

Ringrazio Manu, per essersi sempre dimostrato un amico sincero e sempre presente, malgrado tutte le difficoltà.

Ringrazio Chiaretta per la sua dolcezza, Silvia per la sua allegria e Martina per la sua pazzia. Le ringrazio anche perché so che anche se non ci vedremo a lungo, non ci perderemo.

Ringrazio Gianluca per avermi fatto capire che il tempo è una cosa relativa e che si può rimettersi in discussione a qualsiasi età.

Ringrazio Mitja, Jana, Alessandra, la professoressa Roić e le professoressa Mitrović, per avermi trasmesso l'amore per un paese tanto lontano, eppure così vicino.

Ringrazio Lorenzo per i suoi consigli, le sue "soffiate", le sue informazioni. Ricorderò sempre con piacere le lunghe chiacchierate e "sbabazzate" per telefono.

Ringrazio Nik perché con le sue provocazioni mi ha fatto tirare fuori gli artigli e perché con il suo entusiasmo è riuscito spesso a coinvolgermi.

Ringrazio Juan Carlos e Astrid perché senza volere, con le loro riflessioni fatte davanti ad una pizza, hanno innescato in me nuovi ragionamenti che hanno poi contribuito a questa mia ricerca.

Ringrazio Iaia, Cristina, Teo e Anna, amici talvolta invisibili ma sempre presenti dai tempi delle elementari.

Ringrazio Serafina e Giulia per tutto l'aiuto che mi hanno dato prima e durante gli esami.

Ringrazio di cuore per i bei momenti passati insieme gli amici di scout: Cavia, Pierino, Chicco, Elisa e Michi.

Un ricordo particolare va poi a Franza, Gabriele (VE), Lorenza, Tajana, Pugile, Mir, Klara, Ilaria e Mariolina, alla famiglia Macor, a Ornella e Arianna del Ben.

Vorrei ringraziare poi tutti gli insegnanti che ho avuto nei miei anni di scuola e che ricorderò ognuno per una sua particolarità. Nel mio cuore avranno sempre un posto speciale Suor Mirella, Suor Anna, Suor Cecilia, il professor De Cristini, il professor Tommasini, la professoressa Guida, la professoressa Milanese e il professor Pizzamei.

Ringrazio le mediatrici culturali che mi hanno aiutata in questa ricerca con vari consigli e spunti di riflessione.

Ringrazio Branka Novaković per avermi aiutata concretamente nella ricerca di materiale e per aver contribuito al riordino delle mie idee.

Ringrazio Dragana, eccellente insegnante, indispensabile supporto linguistico e inesauribile stimolo.

Un caro e sincero grazie va poi a tutte le donne serbe che si sono fatte da me intervistare e che hanno voluto raccontarmi la loro vita con tanta pazienza e disponibilità.

Ringrazio infine coloro che mi hanno più di chiunque altro seguito in questo mio lavoro.

Ringrazio la dottoressa Letizia Bindi che seppur lontana mi ha seguito e mi ha risposto prontamente ogni qualvolta avessi dubbi o problemi.

Ringrazio la dottoressa Ambra Cusin, per essersi interessata alla mia ricerca ed essere sempre riuscita a trovare il tempo per vedermi ed aiutarmi. È stata fonte inesauribile di idee e riflessioni. Senza il suo aiuto oggi questo lavoro non avrebbe lo stesso valore.

## INDICE

Ringraziamenti	pag.2
Indice	pag.5
Introduzione	pag.11
<b>Capitolo 1. L'immigrazione in Italia e nel Friuli Venezia Giulia</b>	pag.18
1. L'immigrazione in Italia: un caso particolare nel contesto europeo	pag.19
2. Caratteristiche generali dell'immigrazione in Italia	pag.28
3. I motivi del soggiorno	pag.31
4. La presenza femminile	pag.33
5. I rifugiati e i richiedenti asilo	pag.40
6. Gli stranieri nelle diverse regioni italiane	pag.41
a. Il Nord Italia	pag.42
b. Il Centro Italia	pag.44
c. Il Sud Italia e le Isole	pag.45
7. Le nazionalità maggiormente presenti	pag.47
8. Il caso del Friuli Venezia Giulia	pag.48
9. Le presenze dall'Est Europa	pag.58
10. Trieste	pag.60
<b>Capitolo 2. Sistema sanitario e salute degli immigrati in Italia</b>	pag.66
1. La tutela sociale italiana per gli emigranti e gli immigrati	pag.67
2. L'assistenza sanitaria per gli immigrati in Italia	pag.68
3. L'assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al S.S.N.	pag.69
4. L'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale	pag.72
5. Stranieri assistiti in base a patti bilaterali e cittadini comunitari non residenti	pag.73
6. Cittadini comunitari residenti	pag.74

7.	Stranieri in possesso del permesso di soggiorno per “cure mediche”	pag.74
a.	Stranieri che chiedono il visto d’ingresso per cure mediche	pag.74
b.	Stranieri che vengono trasferiti per cure in Italia nell’ambito di interventi umanitari	pag.75
8.	Stranieri minori	pag.76
a.	Stranieri minori in regola con il permesso di soggiorno	pag.76
b.	Stranieri minori non in regola con il permesso di soggiorno	pag.76
9.	Profughi e sfollati	pag.77
10.	Lavoratori frontalieri	pag.77
11.	Stranieri presenti per motivi di giustizia	pag.78
a.	Detenuti	pag.78
b.	Stranieri che devono sostenere un processo	pag.78
c.	Stranieri che decidono di collaborare con la giustizia	pag.78
12.	Tutele per le donne in gravidanza	pag.78
13.	La salute degli immigrati in Italia	pag.79

### **Capitolo 3. L’interruzione volontaria di gravidanza in Italia** pag.86

1.	La legislazione italiana sull’interruzione volontaria di gravidanza	pag.87
2.	La legge italiana sui consultori familiari	pag.92
3.	La situazione in Italia per le IVG	pag.94
a.	Epoca gestazionale	pag.97
b.	Obiezione di coscienza	pag.98
c.	Certificazione	pag.98
d.	Tempo di attesa tra certificazione ed intervento	pag.100
e.	Luogo dell’intervento	pag.100
f.	Tipo di anestesia impiegata	pag.101
g.	Tipo di intervento	pag.102
h.	Durata della degenza	pag.103
i.	Complicanze immediate	pag.104
j.	I motivi di una scelta	pag.104
4.	Caratteristiche delle donne che ricorrono all’IVG	pag.105
a.	Classe d’età	pag.105

b.	Stato civile	pag.106
c.	Titolo di studio	pag.108
d.	Occupazione	pag.109
e.	Numero di nati vivi e nati morti	pag.110
f.	Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	pag.111
5.	Le cittadine straniere	pag.112
6.	La situazione di Trieste	pag.118

#### **Capitolo 4. La Serbia e il Montenegro** pag.125

1.	Serbia e Montenegro	pag.126
a.	Ordinamento dello Stato	pag.127
b.	Divisione amministrativa	pag.128
c.	Popolazione	pag.129
d.	Economia	pag.130
e.	Comunicazioni	pag.131
f.	Statistiche sociali	pag.131
g.	La situazione generale	pag.132
	i. Minoranze	pag.133
	ii. Media	pag.134
2.	Le donne nel Sud-Est Europa dal 1945 ad oggi	pag.135
a.	1945-1989	pag.136
b.	Dopo il 1989	pag.138
	i. Rappresentanza politica	pag.138
	ii. Lavoro	pag.140
	iii. Valori e ruoli	pag.142
	iv. Violenza, salute e riproduzione	pag.145
3.	La Chiesa e la libertà religiosa	pag.146
a.	La Chiesa e la scuola	pag.148
b.	Esercito e Chiesa	pag.149
c.	Chiesa e altre istituzioni	pag.150
d.	Chiesa e decisioni politiche	pag.150
e.	Chiesa e IVG	pag.151
4.	Il Sistema Sanitario	pag.151

a.	La salute della popolazione	pag.154
b.	Situazione delle IVG	pag.155
5.	La legge serba per l'IVG	pag.163
a.	La legge del 1951	pag.163
b.	La legge del 1977	pag.165
c.	Gli anni 90	pag.168
d.	La legge oggi in vigore	pag.169
 <b>Capitolo 5. Metodologia della ricerca effettuata</b>		pag.171
1.	Obiettivi	pag.172
2.	Metodo d'indagine	pag.175
a.	Le interviste alle immigrate	pag.175
i.	Influenza cultura	pag.178
ii.	Il proprio corpo ed esperienza migratoria	pag.179
iii.	Ginecologia	pag.180
iv.	Contraccezione e scelte procreative	pag.180
b.	Le interviste agli operatori sanitari	pag.185
1.	<i>Ginecologi, psicologi e assistenti sociali</i>	pag.186
i.	Le immigrate e il servizio sanitario italiano	pag.186
ii.	Il rapporto delle immigrate con il loro corpo	pag.186
iii.	I contraccettivi e l'IVG	pag.187
iv.	Punto di vista professionale	pag.187
2.	<i>Mediatori culturali</i>	pag.189
i.	Il rapporto delle immigrate con il loro corpo	pag.189
ii.	I contraccettivi e l'IVG	pag.189
3.	Costruzione e caratteristiche del campione	pag.191
a.	Il campione delle immigrate	pag.191
i.	Fascia d'età	pag.193
ii.	Il titolo di studio	pag.194
iii.	L'occupazione	pag.194
iv.	Lo stato civile e la presenza o meno di figli	pag.195
v.	Gli anni in Italia	pag.196
vi.	Il luogo di provenienza	pag.197



vii. La religione professata	pag.198
viii. Il motivo della migrazione	pag.198
ix. Le interruzioni volontarie di gravidanza	pag.199
b. Il campione degli operatori sanitari	pag.204
4. Procedura	pag.205
a. Le interviste con le immigrate	pag.205
b. Le interviste con gli operatori sanitari	pag.208
5. Analisi dei dati	pag.209
6. I limiti della ricerca	pag.210

## **Capitolo 6. Analisi delle interviste alle immigrate** pag.213

1. Stili di vita a confronto prima e dopo l'evento migratorio	pag.216
a. Situazione in Serbia	pag.216
b. Vita in Italia	pag.216
c. Figli	pag.220
d. Famiglia	pag.226
e. Medici e sanità	pag.227
f. Leggi italiane	pag.232
g. Religiosità	pag.236
2. Atteggiamento verso se stesse dal punto di vista fisico: estetico e medico	pag.247
a. Cura del corpo	pag.247
b. Prevenzione	pag.254
c. Contraccezione	pag.264
i. Anni 50-59	pag.264
ii. Anni 40-49	pag.268
iii. Anni 30-39	pag.271
iv. Anni 20-29	pag.273
d. Ruolo e influenza del compagno	pag.288
e. Controllo delle nascite	pag.291
f. Interruzione volontaria di gravidanza	pag.295

## **Capitolo 7. Analisi delle interviste agli operatori sanitari** pag.322

1.	Stili di vita a confronto prima e dopo l'evento migratorio	pag.324
a.	Vita in Italia	pag.324
b.	Figli	pag.327
c.	Famiglia	pag.328
d.	Medici	pag.330
e.	Sanità italiana	pag.334
2.	Atteggiamento verso se stesse dal punto di vista fisico: estetico e medico	pag.340
a.	Cura del corpo	pag.340
b.	Prevenzione	pag.344
c.	Contraccezione	pag.348
d.	Ruolo e influenza del compagno	pag.354
e.	Interruzione volontaria di gravidanza	pag.358
	Conclusioni	pag.395
	Appendici	pag.412
1.	“Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza”, Italia, 22 maggio 1978, N. 194	pag.412
2.	“The Act Concerning the Conditions and Procedures for the Termination of Pregnancy”, Socijalistička Federativna Narodna Republika Jugoslavia, 30 June 1977, N. 96	pag.419
3.	“Legge sulle condizioni e procedure per l'interruzione volontaria di gravidanza”, Socijalistička Federativna Narodna Republika Jugoslavia, 30 giugno 1977, N. 96	pag.426
4.	“Zakon o postupku prekida trudnoće u zdravstvenoj ustanovi”, Savezna Republika Jugoslavia, 1995, br. 16	pag.433
5.	“Legge sulle procedure per l'interruzione volontaria di gravidanza nelle istituzioni sanitarie”, Savezna Republika Jugoslavia, 1995, N. 16	pag.436
	Bibliografia	pag.440

# INTRODUZIONE



Nell'inverno del 2003 è nata in me la curiosità e la necessità di meglio conoscere i problemi medico-sanitari degli immigrati, tema toccato ma poco approfondito nel corso dei miei studi. Ho così fatto la richiesta per poter fare uno stage presso l'ambulatorio stranieri di Trieste nel corso del quale è nata l'idea di questa ricerca. Durante le 100 ore di stage, ho avuto infatti la possibilità di osservare i problemi degli immigrati presenti a Trieste e di capire il loro modo di rapportarsi all'istituzione sanitaria italiana. Le mediatrici culturali che qui lavorano, mi hanno spiegato che le persone con maggiori problemi sia sanitari che relazionali sono le donne e che le problematiche più comuni che riguardano il genere femminile, sono quelle che coinvolgono la maternità e la sessualità. Un fatto poi che mi ha particolarmente sorpreso, è stato quello di venire a conoscenza che molte straniere provenienti dall'Est Europa si sottopongono a diverse interruzioni volontarie di gravidanza nel corso della loro vita. Mi sono incuriosita a questo fenomeno di cui non avevo mai sentito parlare.

Ho cominciato quindi a cercare del materiale cartaceo ma non ho trovato niente in quanto gli studi e le ricerche fatti sono pochi, ancora in itinere e quindi niente è stato ancora pubblicato. Qualcosa di più ho trovato on-line. Da diversi documenti letti ho potuto effettivamente constatare che le osservazioni fatte dalle mediatrici culturali dell'ambulatorio di Trieste, erano vere. Tuttavia nella maggior parte dei documenti che ho trovato, si facevano per lo più constatazioni dell'esistenza del fenomeno piuttosto che dare spiegazioni sul perché esiste. Anche quando ce n'erano, a me sembravano un po' riduttive. Ho deciso quindi di tentare di fare io una ricerca per capire quali sono i fattori che spingono una donna a interrompere troppo spesso una gravidanza.

Naturalmente non sarebbe stato possibile interessarsi alle donne di tutti i paesi dell'Est Europa. Avrei rischiato infatti di fare una ricerca troppo ampia e dispersiva. Ho pensato che sarebbe stato invece più saggio dedicarmi ad un'unica nazionalità e analizzare i fattori sociali e culturali che influenzano l'atteggiamento delle donne di quell'unico paese.

Riduttivo sarebbe stato invece, fare una ricerca e mettere sullo stesso piano persone con background differenti.

Sarebbe naturalmente interessante e utile poter fare una comparazione tra gli atteggiamenti di donne di culture differenti, ma questo potrà essere fatto eventualmente solo in un secondo momento, quando cioè saranno state fatte delle ricerche approfondite e focalizzate sulle varie nazionalità.

La mia scelta è stata quella di prendere in considerazione le donne provenienti dalla Serbia. Per due motivi molto semplici.

Prima di tutto perché la comunità serba è una presenza molto antica e consistente nella nostra città.

In secondo luogo perché da un anno studio la lingua serba e mi sto appassionando a questa cultura.

Infine per ragioni molto pragmatiche: sono stata infatti a studiare all'Università di Belgrado e ho quindi alcuni contatti. Inoltre, insegnando italiano e facendo soggiorni studio all'estero, ho conosciuto molti Serbi sia a Trieste che nel paese d'origine.

La ricerca è stata suddivisa in due momenti principali ma complementari. Sono state infatti condotte delle interviste con quindici immigrate serbe presenti a Trieste ma sono stati fatti anche otto colloqui con operatori sanitari che lavorano con la popolazione femminile straniera. Questi operatori erano nella fattispecie, tre ginecologhe, due psicologhe, un'assistente sociale e due mediatrici culturali di lingua e cultura serbo-croata.

Le persone da intervistare non sono state scelte a priori. Naturalmente il campione delle immigrate doveva essere equilibrato per lo meno dal punto di vista generazionale. Ho preso infatti in considerazione solo quattro fasce d'età: 20-29, 30-39, 40-49 e 50-59. Mi sono imbattuta tuttavia in problemi di vario tipo, prime tra tutti la diffidenza e la vergogna, e quindi non mi è stato possibile trovare il numero di donne necessario per equilibrare esattamente ogni gruppo. Per quel che riguarda gli operatori, è un caso se sono tutte di genere femminile ma credo sia intuibile che lavorando con straniere e in un ambito così particolare, sia più facile trovare sanitari donne anche e soprattutto per superare più facilmente delle difficoltà culturali che potrebbero sorgere.

Seppure la ricerca ha il suo punto focale nel problema della poliabortività, si sono voluti toccare anche altri temi a questo correlati. Per riuscire a trarre delle conclusioni plausibili sul fenomeno dell'IVG, è stato ritenuto necessario avere una visione più ampia su altre tematiche. Due sono gli aspetti principali della vita di queste donne presi in considerazione.

Il primo riguarda il confronto tra la loro vita in Serbia e quella vissuta tuttora in Italia. Esistono cioè dei cambiamenti che queste donne hanno subito dopo il loro arrivo nel nostro paese? Anche in questo caso non sarebbe stato possibile toccare tutte le problematiche. I temi trattati sono quelli delle difficoltà pratiche esistenti nei due paesi, in particolar modo per quel che riguarda la possibilità d'avere dei figli, i disagi emotivi dovuti all'evento migratorio, i paragoni e i confronti tra la sanità del paese d'origine e quella del paese d'arrivo, il livello d'integrazione nella nuova società e l'adattamento che ha dovuto o meno subire la propria religiosità nel nuovo contesto.

Il secondo aspetto è quello dell'atteggiamento che le donne immigrate hanno verso se stesse considerato dal punto di vista fisico, estetico e medico in particolare. Le tematiche affrontate in questa parte sono la cura della propria persona in senso ampio (ma escludendo l'aspetto più prettamente mentale), la prevenzione (nel senso sanitario del tema e quindi delle visite mediche e ginecologiche), la contraccezione (gli anticoncezionali usati e preferiti, le informazioni in possesso delle immigrate, l'influenza del proprio compagno, il controllo delle nascite) ed infine, l'interruzione volontaria della gravidanza. Essendo questa parte il nucleo della ricerca, mi sono soffermata con più attenzione. Sia dalle immigrate che dagli operatori, si è misurata la percezione che avevano del fenomeno. Con i sanitari si è poi voluto delineare il profilo della donna che interrompe la gravidanza, mentre con le donne serbe si sono approfondite le considerazioni e le riflessioni che queste facevano sull'IVG. Inoltre, come per la contraccezione, si è voluto capire qual'è il grado di informazione che le donne immigrate hanno sulle conseguenze di più IVG e sapere dove hanno appreso le conoscenze in loro possesso. Si sono ricercate infine le cause della poliabortività, sia assieme alle immigrate che con gli operatori, e si sono ipotizzate delle soluzioni al problema.

Una parte molto delicata ed intensa è quella poi dei racconti personali sulla propria esperienza di IVG di alcune Serbe da me intervistate. Le parole di queste donne sono molto intense e difficilmente commentabili.

La tesi si divide in sette capitoli.

L'intento è stato quello di tracciare un percorso attraverso il quale si possono via via apprendere nuove informazioni per poter alla fine arrivare al nucleo della ricerca con una visione, il più possibile completa, su tutto ciò che serve per capire il contesto in cui vivono le donne intervistate.

Nel primo capitolo viene presentata la situazione migratoria sia dell'Italia che del Friuli Venezia Giulia, soffermandosi poi brevemente su Trieste. Il fine di questa parte è quello di capire quanta parte occupa la popolazione serba nel contesto dell'immigrazione. L'utilità di queste informazioni è di due tipi. Prima di tutto per capire quanto la mia ricerca potrebbe essere utile ed estesa al contesto italiano e regionale. In secondo luogo per valutare se il numero elevato di interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne dell'Est Europa, sono da collegarsi anche a una loro presenza quantitativamente rilevante sul territorio.

Nella seconda parte viene esposto il funzionamento del sistema sanitario italiano per valutare quali aiuti gli immigrati in generale, e le donne e i bambini in particolare, possono avere dallo stato italiano anche nel caso non siano regolari. Ci si sofferma poi ad analizzare quali sono i problemi di salute maggiormente sofferti dagli stranieri, per poter avere un quadro complessivo che possa in qualche modo confermare il dato sulle IVG tra le donne dell'Est Europa. Inoltre reputo che sarebbe interessante riuscire a capire, benché non sia stato fatto in questo lavoro, se il problema dell'IVG e quello delle patologie maggiormente diffuse tra la popolazione straniera femminile, possano essere collegate tra loro da cause o situazioni comuni.

Il capitolo terzo si apre con la presentazione della legge italiana sull'interruzione volontaria di gravidanza, per poi continuare con quella sui consultori italiani. La prima è essenziale per conoscere l'iter che bisogna seguire per sottoporsi

all'intervento di IVG. In seguito infatti verrà discusso sia con le immigrate che con gli operatori sanitari l'utilità delle disposizioni della nostra legislazione in materia.

La legge sui consultori familiari è direttamente collegata alla precedente. Inoltre conoscerla è necessario per avere un'idea su come funzionano queste strutture e i servizi che si possono ottenere rivolgendosi ad esse, soprattutto perché nella ricerca sono stati intervistati solamente sanitari che operano in tali organismi.

Successivamente vengono riportati i dati elaborati dal Ministero della Salute sull'interruzione volontaria di gravidanza, nella *“Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione di gravidanza (L.194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000”* del 31 luglio 2002. In tale relazione infatti è possibile prima di tutto osservare qual è la situazione in Italia per quel che riguarda le IVG. In secondo luogo si possono delineare le caratteristiche delle donne che vi ricorrono. Infine è possibile comparare le differenze e le similitudini tra gli interventi effettuati dalle cittadine italiane e da quelle straniere.

Un breve paragrafo poi, traccia la situazione esistente a Trieste per poter paragonare la città in cui la mia ricerca si è svolta con il resto d'Italia.

Si è cercato nel quarto capitolo di presentare per sommi capi lo Stato di Serbia e Montenegro. Descrivendo poi la situazione oggi esistente nel paese, si è voluto capire quale influenza questa abbia potuto avere sugli atteggiamenti e abitudini delle donne intervistate.

Una parte molto importante di questo capitolo riguarda la condizione delle donne nel Sud-Est Europa in generale e in Serbia in particolare. Da ciò è infatti possibile osservare meglio l'influenza che può avere una società sulle persone che vi vivono.

Nelle ultime pagine viene approfondito poi il discorso sulla condizione odierna del sistema sanitario in Serbia, per valutare se esistono disfunzioni o problemi collegabili in qualche modo al problema delle IVG. Si analizza successivamente la situazione delle interruzioni volontarie di gravidanza nel paese per poter capire se il problema dell'aborto esiste anche nel paese d'origine delle donne



intervistate. Le varie leggi in vigore nel paese, dal 1950 in poi, vengono infine esposte per avere una visione completa della situazione in Serbia.

Nel capitolo cinque viene presentato il lavoro effettuato: quale metodo è stato utilizzato, come si è svolta la ricerca, in quali difficoltà ci si è imbattuti e quali sono i suoi limiti.

La sesta e settima parte poi analizzano le interviste. Dapprima si prendono in considerazione le interviste con le donne serbe incontrate e nel capitolo successivo quelle degli operatori sanitari. Entrambi i capitoli seguono uno schema comune e cercano quindi di toccare gli stessi temi.

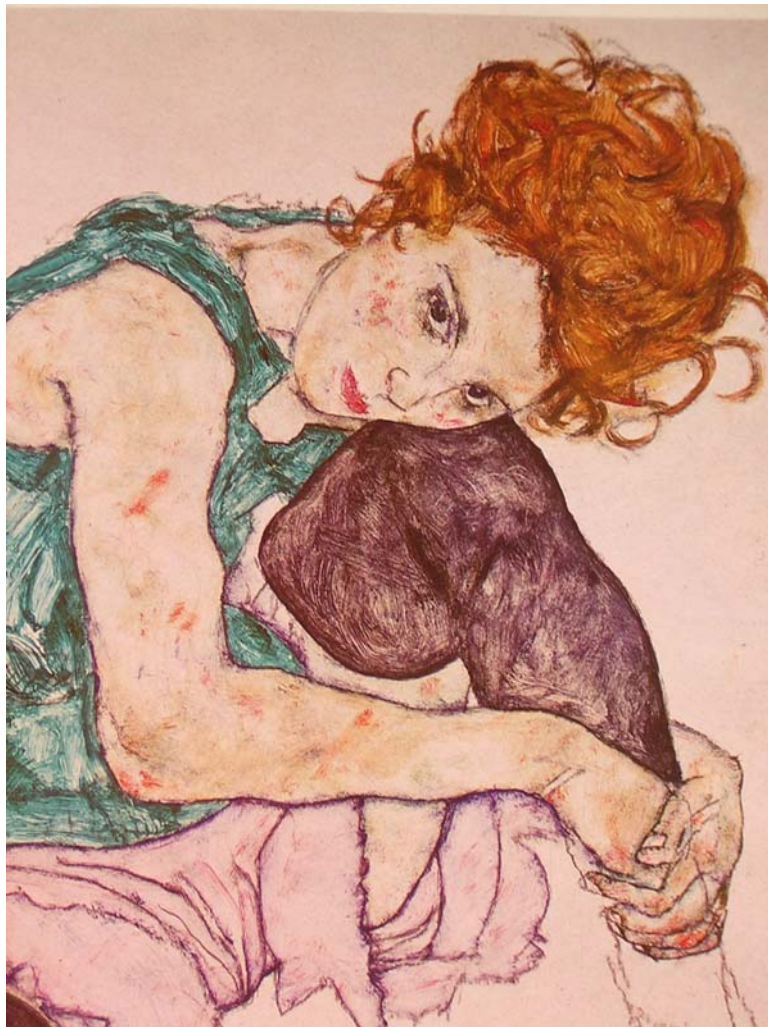
Nelle conclusioni si presentano poi i risultati tratti da questa ricerca.

Un'ulteriore parte vuole poi completare il percorso che si è cercato di tracciare e di cui si diceva all'inizio. Nelle appendici è infatti possibile trovare i testi integrali della legge sull'IVG oggi esistente in Italia e in Serbia e quella che era in vigore in quel paese prima del 1995. Sebbene io non sia un'interprete né stia per laurearmi in lingue, ho cercato di tradurre nel miglior modo possibile le leggi i cui testi ho trovato solo in inglese e in serbo.

Fin dall'inizio di questa ricerca, non si è mai pensato di arrivare a delle conclusioni generalizzabili a tutta la popolazione immigrata serba. Pur ammettendo i limiti di questo lavoro, si è tentato tuttavia di dare un contributo allo studio di questo fenomeno, pur coscienti che altri passi dovranno essere fatti successivamente.

Capitolo 1

*L'immigrazione  
in Italia e  
nel Friuli Venezia Giulia*



E. SCHIELE, *“Sitzende Frau mit hochgezogenem Knie”*, 1917

## L'immigrazione in Italia: un caso particolare nel contesto europeo

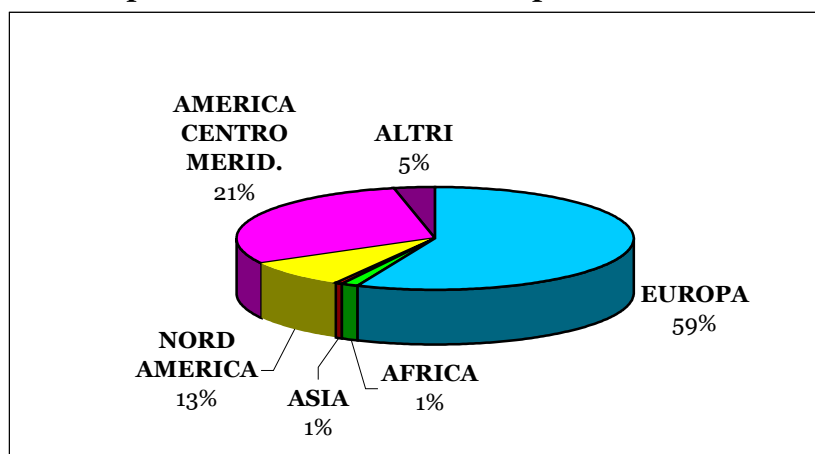
L'immigrazione in Italia è sempre stata caratterizzata da sue specifiche peculiarità che la differenziano dal panorama europeo generale.

In primo luogo, il flusso degli stranieri entranti nel nostro paese è un fenomeno recente se paragonato alla lunga tradizione di altri paesi europei, che videro fin dal Secondo Dopoguerra consistenti ingressi di stranieri. Come da più parti si è spesso ripetuto, l'Italia è stata a lungo un paese di emigranti. Dal 1876 fino agli anni Ottanta del XX secolo, emigrarono 26 milioni di Italiani. Oggi gli Italiani che risiedono e soggiornano all'estero sono 4 milioni mentre sono oltre 60 milioni gli oriundi discendenti dai vari flussi migratori passati. Gli Italiani sono presenti per lo più in Europa, principalmente in Germania, Svizzera, Francia e Belgio, moltissimi sono negli Stati Uniti, in Canada e in Argentina ma non pochi vivono pure in Australia, Brasile, Venezuela, Sudafrica,...

Tirando le somme, gli Italiani si trovano sparsi un po' per tutto il mondo e come afferma il Dossier Caritas:

“Sinteticamente possiamo affermare che a fronte di dieci italiani che vivono all'estero, sei sono in Europa, tre in America ed uno in Oceania. Poco rilevanti sono invece le presenze nei paesi africani ed asiatici.”<sup>1</sup>

**Grafico n°1: Italiani presenti nel mondo suddivisi per continenti**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati forniti dalle Anagrafi consolari

<sup>1</sup> Caritas Roma, “Immigrazione Dossier Statistico 2003 – XIII Rapporto sull’immigrazione”, ed. “Nuova Anterem”, 2003

L'Italia, a fronte di questo fatto, si è sempre considerata un paese d'emigrazione e ha quindi fatto molta difficoltà a definirsi paese d'immigrazione, anche quando questo fenomeno è diventato piuttosto consistente negli anni Settanta e visibile e tangibile negli anni Ottanta. Questo ha avuto ripercussioni soprattutto nella legislazione poiché fino ad allora ci si preoccupava di regolare i flussi di persone che uscivano dall'Italia, e non quelle che entravano. Si dovette così attendere fino al 1990 (Legge Martelli L.39/1990) per vedere approvata una legge che disciplinasse in maniera organica ingresso e soggiorno degli stranieri in Italia. Ancor oggi non mancano nel nostro paese lacune e disaccordi sulla disciplina che regola l'entrata e il soggiorno degli stranieri sul nostro territorio, benché una nuova legge è stata approvata nel 2002 (legge Bossi-Fini L.189/2002).

Quel che è certo è che oramai nessuno negherebbe l'evidenza di un fenomeno così lampante nel nostro paese.

Secondo i dati del censimento Istat del 2001:

“I cittadini stranieri residenti in Italia al censimento del 2001 sono **1.334.889**, quasi 1 milione di individui in più rispetto al censimento del 1991 (erano 356.159). Sono stati censiti 2,3 cittadini stranieri ogni 100 persone residenti (contro 0,6 del 1991).

I nati all'estero sono 1.175.829 (88,1%), mentre gli stranieri nati in Italia sono 159.060 (11,9%).”<sup>2</sup>

Malgrado questi dati possano apparire piuttosto alti, bisogna ricordare che il numero di stranieri presenti in Italia è ancora piuttosto basso rispetto alla media degli altri paesi europei, sia in termini di valori assoluti che per incidenza percentuale sulla popolazione locale. Se calcoliamo infatti l'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione, possiamo notare come prima di noi, nella graduatoria dei paesi europei, ci siano non solo paesi d'immigrazione per eccellenza come Francia, Germania e Inghilterra, ma perfino paesi di recente immigrazione quali l'Austria, la Danimarca e l'Irlanda.

---

<sup>2</sup> Caritas Roma, “Immigrazione Dossier Statistico 2003 – XIII Rapporto sull'immigrazione”, ed. “Nuova Anterem”, 2003

**Tabella n°1: Popolazione straniera nei paesi UE (valori assoluti in migliaia)**

	<b>2000 Pop.</b>	<b>2000 Stranieri</b>	<b>% su pop. del paese</b>	<b>% su stranieri UE</b>
<b>AUSTRIA</b>	8065,2	757,9	9,4	3,9
<b>BELGIO</b>	10263,0	861,7	8,4	4,4
<b>DANIMARCA</b>	5349,0	258,6	4,8	1,3
<b>FINLANDIA</b>	5195,0	91,1	1,8	0,5
<b>FRANCIA</b>	58518,0	3263,2	5,6	16,7
<b>GERMANIA</b>	82300,0	7296,8	8,9	37,3
<b>GRECIA</b>	10245,0	655,0	6,4	3,3
<b>IRLANDA</b>	3828,0	151,4	4,0	0,8
<b>ITALIA</b>	57715,6	1388,2	2,4	7,1
<b>LUSSEMBURGO</b>	439,8	162,3	36,9	0,8
<b>PAESI BASSI</b>	15864,0	667,8	4,2	3,4
<b>PORTOGALLO</b>	10355,8	207,6	2,0	1,1
<b>REGNO UNITO</b>	59995,0	2450,0	4,1	12,5
<b>SPAGNA</b>	41117,0	895,7	2,2	4,6
<b>SVEZIA</b>	8887,0	477,3	5,4	2,4
<b>TOTALE</b>	<b>378137,4</b>	<b>19584,6</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati Sopemi, Council of Europe ed altri

Troppo spesso però questi dati vengono manipolati per fini prettamente politici. Anche a livello europeo infatti, il numero degli ingressi annuali sul territorio si è stabilizzato da oramai circa cinque anni, arrivando a 100mila nuovi residenti annuali per paese. Secondo la Caritas:

“Negli ultimi cinque anni la popolazione straniera legalmente presente dell’Unione Europea sembra essersi stabilizzata attorno ai 20 milioni di individui. In particolare, gli stranieri registrati al 1° gennaio 2001 risultavano essere circa 19.584.000, ossia il 5,2% della popolazione complessiva. L’anno precedente il dato rilevato era di poco inferiore ai 19.500.000, con un’incidenza pressoché analoga.”<sup>3</sup>

Le migrazioni in Europa si sono quindi stabilizzate su un livello di equilibrio anche per effetto di politiche restrittive per l’ingresso di nuovi stranieri, attive in tutti i paesi UE.

---

<sup>3</sup> Caritas Roma, “Immigrazione Dossier Statistico 2003 – XIII Rapporto sull’immigrazione”, ed. “Nuova Anterem”, 2003

Naturalmente ci sono delle differenze e disomogeneità nella ripartizione degli stranieri nei vari paesi europei anche se non assistiamo più ai picchi d'ingressi del 1992.

In Europa la maggioranza degli stranieri (57%) sono cittadini di altri paesi membri, siano essi cittadini UE o di altri paesi. Alcuni paesi come il Lussemburgo (86,1%), l'Irlanda (65,5%) e il Belgio (65,5%) hanno una consistente presenza di stranieri proveniente da altri paesi comunitari. Queste presenze sono consistenti anche nel Regno Unito (37,5%), in Francia (36,6%), in Svezia (37%) e in Spagna (34,2%).

Se nel conteggio delle presenze degli stranieri in Europa calcoliamo solo i non-comunitari, la loro somma totale scende a 13.728.700 e cioè il 3,6% della popolazione complessiva.

Se alcuni paesi vedono una presenza cospicua di "stranieri comunitari", altri paesi sono caratterizzati da un'immigrazione quasi esclusivamente extracomunitaria. Questo è il caso della Grecia, della Spagna e del nostro paese, che vede l'89,1% degli stranieri provenire da paesi non UE (tuttavia con l'entrata nell'Unione Europea di nuovi paesi bisognerà rivedere questi dati).

**Tabella n°2: Popolazione straniera residente in Italia nata all'estero per sesso, area geografica e paese di cittadinanza**

AREE GEOGRAFICHE E PAESI DI CITTADINANZA	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
<b>Europa</b>	<b>238749</b>	<b>293177</b>	<b>531926</b>
UNIONE EUROPEA 15	41406	82740	124146
<i>di cui: Austria</i>	1464	4373	5837
<i>Belgio</i>	1937	3463	5400
<i>Danimarca</i>	482	1074	1556
<i>Finlandia</i>	214	1145	1359
<i>Francia</i>	8889	18605	27494
<i>Germania</i>	11062	21609	32671
<i>Grecia</i>	3186	2901	6087
<i>Irlanda</i>	523	880	1403
<i>Lussemburgo</i>	150	225	375
<i>Paesi Bassi</i>	2102	3642	5744
<i>Portogallo</i>	998	2104	3102
<i>Regno Unito</i>	7141	11539	18680
<i>Spagna</i>	2578	9453	12031

<i>Svezia</i>	680	1727	2407
PAESI DI NUOVA ADESIONE ALL'UNIONE EUROPEA	9278	29453	38731
<i>Rep. Ceca</i>	454	3064	3518
<i>Cipro</i>	53	60	113
<i>Estonia</i>	27	210	237
<i>Lettonia</i>	41	355	396
<i>Lituania</i>	48	309	357
<i>Malta</i>	141	557	698
<i>Polonia</i>	6464	18882	25346
<i>Rep. Slovacca</i>	439	1590	2029
<i>Slovenia</i>	1110	1832	2942
<i>Ungheria</i>	501	2594	3095
EUROPA CENTRO-ORIENTALE	183514	172461	355975
<i>Albania</i>	87505	66328	153833
<i>Bielorussia</i>	167	876	1043
<i>Bosnia-Erzegovina</i>	7630	6443	14073
<i>Bulgaria</i>	2513	3780	6293
<i>Croazia</i>	7740	9062	16802
<i>Rep. Federale di Jugoslavia</i>	22417	19323	41740
<i>Ex Rep. Jugoslava di Macedonia</i>	15403	9555	24958
<i>Moldavia</i>	1258	2803	4061
<i>Romania</i>	32476	37773	70249
<i>Russia</i>	1625	7529	9154
<i>Turchia</i>	3023	2296	5319
<i>Ucraina</i>	1757	6693	8450
ALTRI PAESI EUROPEI	4551	8523	13074
<i>di cui: San Marino</i>	205	362	567
<i>Svizzera</i>	4065	7544	11609
<b>Africa</b>	<b>201058</b>	<b>121419</b>	<b>322477</b>
AFRICA SETTENTRIONALE	141757	78575	220332
<i>di cui: Algeria</i>	6687	2225	8912
<i>Egitto</i>	15154	6400	21554
<i>Marocco</i>	92718	56688	149406
<i>Tunisia</i>	25924	12067	37991
AFRICA OCCIDENTALE	48911	26532	75443
<i>di cui: Burkina Faso</i>	1708	954	2662
<i>Capo Verde</i>	514	2065	2579
<i>Costa d'Avorio</i>	3484	3028	6512
<i>Ghana</i>	10257	6816	17073
<i>Nigeria</i>	5508	8606	14114
<i>Senegal</i>	25192	3672	28864
AFRICA ORIENTALE	7008	13044	20052
<i>di cui: Eritrea</i>	1082	2993	4075
<i>Etiopia</i>	1035	2250	3285
<i>Maurizio</i>	2344	2946	5290
<i>Somalia</i>	1365	2451	3816
AFRICA CENTRO-MERIDIONALE	3382	3268	6650

<i>di cui: Camerun</i>	1054	898	1952
<i>Congo</i>	915	810	1725
<b>Asia</b>	<b>94208</b>	<b>89469</b>	<b>183677</b>
ASIA OCCIDENTALE	8610	4976	13586
<i>di cui: Giordania</i>	1128	391	1519
<i>Iran</i>	2999	1886	4885
<i>Israele</i>	858	592	1450
<i>Libano</i>	1410	785	2195
<i>Siria</i>	1121	620	1741
<i>Paesi ex Urss</i>	172	256	428
ASIA CENTRO-MERIDIONALE	45648	28856	74504
<i>di cui: Bangladesh</i>	9209	3739	12948
<i>India</i>	13733	10030	23763
<i>Pakistan</i>	10016	3979	13995
<i>Sri Lanka</i>	12351	10026	22377
<i>Paesi ex Urss</i>	151	1003	1154
ASIA ORIENTALE	39950	55637	95587
<i>di cui: Cina</i>	19765	18517	38282
<i>Corea del Sud</i>	905	1328	2233
<i>Filippine</i>	16553	28963	45516
<i>Giappone</i>	1464	2835	4299
<i>Thailandia</i>	207	2183	2390
<b>America</b>	<b>43394</b>	<b>90498</b>	<b>133892</b>
AMERICA SETTENTRIONALE	7795	10956	18751
Canada	1374	2123	3497
Stati Uniti	6421	8833	15254
AMERICA CENTRO-MERIDIONALE	35599	79542	115141
<i>di cui: Argentina</i>	5101	7037	12138
<i>Bolivia</i>	398	750	1148
<i>Brasile</i>	4303	13394	17697
<i>Cile</i>	1202	1882	3084
<i>Colombia</i>	2463	6630	9093
<i>Cuba</i>	1217	6069	7286
<i>Rep. Dominicana</i>	2424	8189	10613
<i>Ecuador</i>	4555	8177	12732
<i>El Salvador</i>	850	2062	2912
<i>Messico</i>	660	1839	2499
<i>Perù</i>	9578	17160	26738
<i>Venezuela</i>	1627	3629	5256
<b>Oceania</b>	<b>1151</b>	<b>2104</b>	<b>3255</b>
<i>di cui: Australia</i>	1010	1883	2893
<b>Apolidi</b>	<b>324</b>	<b>278</b>	<b>602</b>
<b>TOTALE</b>	<b>578884</b>	<b>596945</b>	<b>1175829</b>

ISTAT- Italia - Censimento 2001

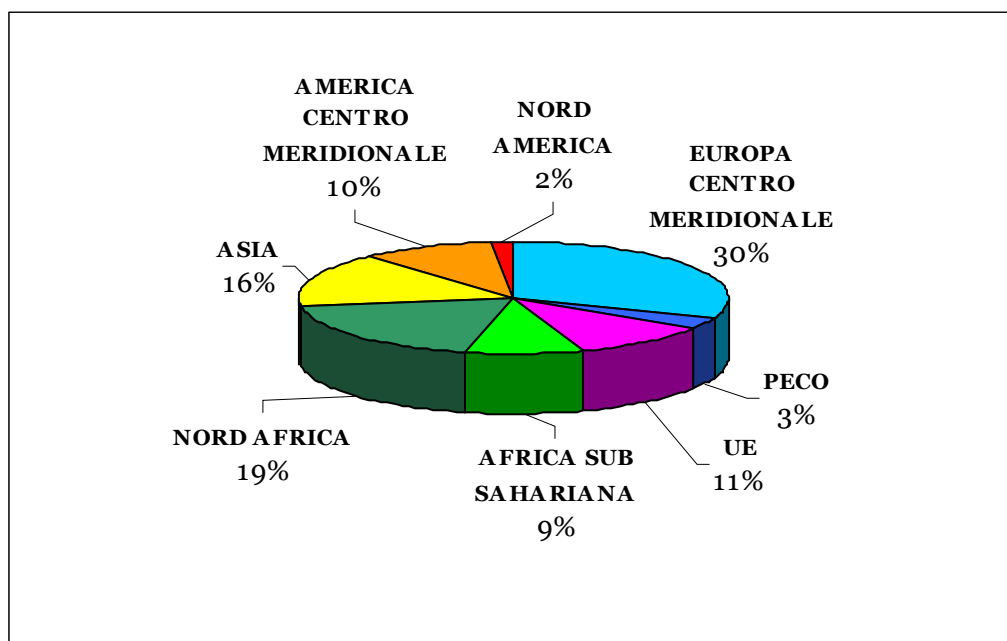


Come si può notare da questa tabella, un'altra caratteristica peculiare dell'immigrazione in Italia riguarda proprio le aree di provenienza degli stranieri.

Molti paesi europei vedono una immigrazione abbastanza omogenea soprattutto grazie alle convenzioni stipulate con le ex colonie. In Francia ad esempio gli stranieri provengono principalmente dal Maghreb (1.172.700 Marocchini, 547.100 Algerini e 232.600 Tunisini) mentre in Germania dalla Turchia (3/4 dei 2.600.000 Turchi presenti in Europa risiedono in Germania) e dall'Est-Europa (1.100.000 presenze dai paesi dell'ex-Jugoslavia e 300.000 Polacchi).

L'Italia invece vede sul suo territorio un mosaico di nazionalità.

**Grafico n°2: Percentuale stranieri presenti in Italia suddivisi per continente**



Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

Secondo l'ultimo censimento Istat del 2001 in Italia il continente più rappresentato è l'Europa con 586mila residenti. Pochi sono però i cittadini comunitari (173mila persone con 25 paesi UE presenti) mentre l'Europa centro-orientale è l'area numericamente più consistente con 396mila individui, pari al 29,7% del totale degli stranieri presenti in tutta Italia. Sono gli Albanesi (circa 173mila persone) e i Rumeni (poco meno di 75mila) i due gruppi che presentano la maggioranza dei residenti appartenenti a quest'area.

I cittadini provenienti dal continente africano sono più di 386mila, circa il 28,9% del totale. La comunità più presente è quella Marocchina (46.6%) che è anche quella con il maggior gruppo etnico di immigrazione in Italia con più di 180mila individui. Seguono poi le comunità tunisina, senegalese e ghanese.

Cinesi e Filippini sono i principali rappresentanti dall'Asia raggiungendo insieme quasi la metà degli stranieri asiatici residenti in Italia. Sono seguiti da Indiani, Pakistani, cittadini dello Sri Lanka e del Bangladesh. Complessivamente gli asiatici in Italia sono 215mila.

Il continente americano vede una presenza di 143mila stranieri ma quelli provenienti dall'America centro-meridionale sono in maggioranza (più di 122mila) con Peruviani, Brasiliani, cittadini dell'Ecuador e cittadini della Repubblica Dominicana in prima fila. Solo 17mila sono i cittadini provenienti dagli Stati Uniti d'America.

Si conferma quindi ciò precedentemente affermato: l'Italia vede presente sul suo territorio una pluralità di comunità straniere.

I gruppi maggiormente presenti sono ben dieci: Marocco e Albania seguiti da Romania, Filippine, Jugoslavia, Tunisia, Cina, Germania, Senegal e Perù. Secondo i dati Caritas, i cittadini stranieri soggiornanti in Italia al 31/12/2002 provengono da 191 stati e per raggiungere l'80% degli immigrati occorrono almeno 30 nazionalità.

Come riassume il Dossier Caritas:

“Si tratta di un dato costante negli anni che sembra ormai caratterizzare in maniera strutturale l'immigrazione (in Italia - inciso mio) e che per questo induce a parlare di un modello migratorio sui generis soprattutto se rapportato ad un contesto mondiale nel quale sono pochi i paesi nei quali si assiste a una tale diversificazione di nazionalità”<sup>4</sup>

Le ragioni di questa “dimensione policentrica dell'immigrazione” (Dossier Statistico Caritas, pg. 110) derivano principalmente dal retaggio coloniale italiano, che non è forte come quello di altri Stati europei i quali, come già

---

<sup>4</sup> Caritas Roma, “Immigrazione Dossier Statistico 2003 – XIII Rapporto sull'immigrazione”, ed. “Nuova Anterem”, 2003, pg.110

affermato in precedenza, hanno stipulato convenzioni o accordi con le ex colonie per dar loro un accesso privilegiato sul territorio.

Un ulteriore fattore che rende l'Italia così culturalmente variegata, è la sua posizione geografica, che la vede crocevia tra varie aree mediterranee ed est-europee (e quindi asiatiche). In passato, viste le politiche restrittive di molti stati europei d'antica immigrazione, l'Italia fungeva da paese di transito per molti stranieri che entrati nel nostro paese potevano poi facilmente spostarsi all'interno dell'area Schengen. Con l'andare del tempo le cose si sono un po' modificate, e benché tutt'ora molti stranieri usino l'Italia come meta di transito, altri la eligono come terra di nuova residenza, stabilizzandosi così sul territorio italiano.

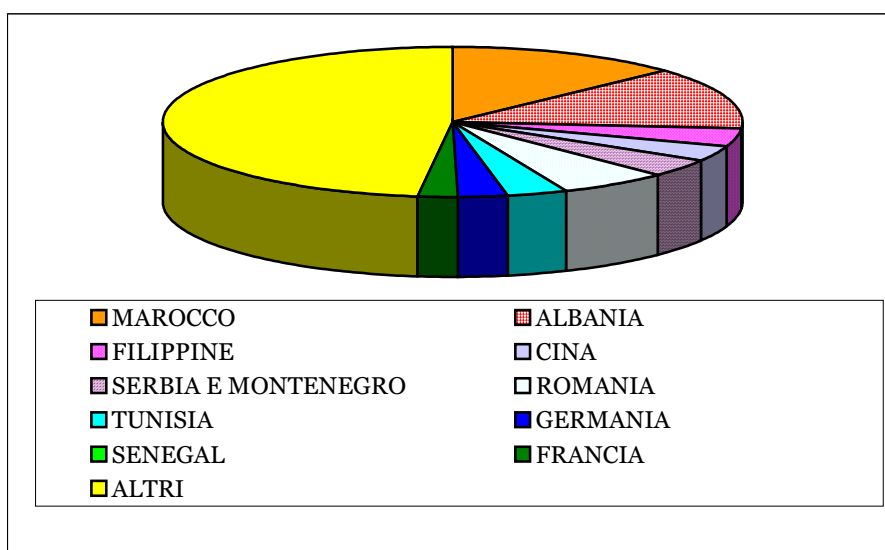
Esistono poi ragioni di tipo socio-culturale. Come dimostra il Dossier Statistico 2003 della Caritas, i Filippini, ad esempio, sono la quarta comunità per numero di soggiornanti in Italia e questo perché hanno trovato in alcune aree del nostro paese condizioni lavorative e culturali favorevoli al loro inserimento.

Bisogna poi tener conto delle cosiddette catene migratorie. Una comunità significativamente presente su un determinato territorio infatti, è di grande aiuto ai nuovi arrivati per quel che riguarda l'inserimento nel nuovo contesto. Un caso esemplare è quello della comunità serba a Trieste, di cui parleremo nei capitoli successivi.

C'è infine un fattore più strettamente economico. Molti stranieri infatti risiedono in Italia in quanto riescono ad inserirsi nel mercato del lavoro interno, occupando quei posti in cui la manodopera italiana è carente.

Ad ogni modo anche in Italia si sta assistendo a una maggiore stabilizzazione di alcuni gruppi che negli anni continuano a presentare flussi intensi, costanti e radicati verso il nostro paese. Questi paesi sono il Marocco, l'Albania, le Filippine, la Cina e la Tunisia che si trovano da due anni a questa parte, nelle prime posizioni della graduatoria degli stranieri maggiormente presenti in Italia.

**Grafico n°3: Prime dieci comunità presenti in Italia**



Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

### Caratteristiche generali dell'immigrazione in Italia

La popolazione straniera presente sul territorio italiano è abbastanza giovane soprattutto se paragonata a quella italiana. L'età media degli stranieri è di poco superiore ai 30 anni con una differenza irrilevante tra uomini (30,4) e donne (31,4), mentre quella degli Italiani è di 42 anni (40,1 per gli uomini e 43,1 per le donne). Si può constatare complessivamente che il 45,1% della popolazione straniera ha un'età compresa tra i 30 e i 49 anni, con una leggera prevalenza della componente maschile (dati Istat 2001).

Secondo un rapporto ONU dell'ottobre 2002 (World Population Ageing 1950-2050 – Dati Dossier Caritas), stiamo assistendo a un invecchiamento generale della popolazione mondiale. Secondo le previsioni, infatti, nel 2050 il numero degli anziani nel mondo supererà quello dei giovani. Questo processo è già evidente nelle regioni più sviluppate del mondo.

Dal rapporto si evince che l'Italia nel periodo 2000-2005 subirà un declino della popolazione italiana del 0,10%. E le previsioni non sono rosee, in quanto il tasso di crescita resterà negativo e anzi, raggiungerà ritmi sempre più bassi. Oltretutto l'Italia sarà il paese europeo che subirà un maggiore decremento. Questi dati preoccupano in quanto la popolazione attiva potrebbe superare quella

in età non lavorativa. Secondo molti esperti, se non ci sarà un cambiamento dei comportamenti riproduttivi, l'Italia avrà bisogno di un costante aumento di ingressi di immigrati fino a 250/300 mila all'anno, ammontare improbabile dal punto di vista della capacità di attrazione e di assorbimento del sistema. L'immigrazione quindi assume un ruolo determinante per attenuare alcuni squilibri del nostro territorio.

Secondo l'ultimo censimento Istat, il 50,2% degli stranieri sono coniugati mentre il 44,9% è celibe o nubile.

Le famiglie i cui componenti sono tutti stranieri sono 415.769 mentre sono 439.578 i nuclei familiari con almeno un componente straniero. Questi ultimi sono costituiti prevalentemente da coppie miste nelle quali uno dei due partner è di cittadinanza italiana (45,1% del totale) e da coppie di cittadini stranieri della stessa nazionalità (il 42,8% circa). I monogenitori stranieri sono il 9,7% del totale e le coppie straniere a cittadinanza eterogenea il 2,4% del totale. In più dei tre quarti dei casi le coppie miste italo-straniere sono costituite da uomini italiani e donne straniere.

Gli studenti stranieri in Italia incidono ancora poco sull'intera popolazione scolastica nazionale (2,3%) soprattutto se confrontiamo questa incidenza con quella di altri paesi europei come Inghilterra, Francia, Germania, Olanda e Belgio. Inoltre risulta poca cosa la loro incidenza sul totale degli stranieri presenti (4,2%, considerando anche i minori non titolari di un proprio permesso di soggiorno e i futuri non regolarizzati). Tuttavia la loro presenza ha subito un incremento annuo del +23,3% rispetto al 2000-2001 quando erano solamente l'1,8% del totale degli studenti in Italia. Bisogna inoltre notare che negli ultimi cinque anni la loro presenza è più che triplicata. Si assiste quindi ad un loro aumento consistente e ad un ritmo decisamente accelerato rispetto al tasso di aumento fisiologico della popolazione immigrata in Italia nel suo complesso (dati Dossier Caritas). Molti piccoli centri urbani che dieci anni fa non avevano presenze di stranieri tra i banchi di scuola, oggi ne hanno molti di più che molti grandi centri urbani. Ciò a dimostrazione che i poli d'attrazione in Italia non

sono solo i grandi centri urbani ma anche città medie piccoli comuni di provincia.

Nel 2002 gli studenti provenivano da ben 186 paesi su 191 presenti nel nostro paese. Si assiste quindi anche nelle scuole a quel policentrismo esistente su tutto il territorio italiano. In alcune zone d'Italia tuttavia, si assiste a una netta presenza di studenti stranieri provenienti da un'unica nazionalità estera ma nel complesso la distribuzione delle nazionalità sul territorio e la loro ripartizione per ordine di istruzione sono "a macchia di leopardo". Talvolta in una stessa città troviamo questa polarizzazione di nazionalità estere nelle diverse zone.

I principali paesi di provenienza degli stranieri sono per l'80% tre paesi dell'Est e cioè Albania, l'ex-Jugoslavia e la Romania.

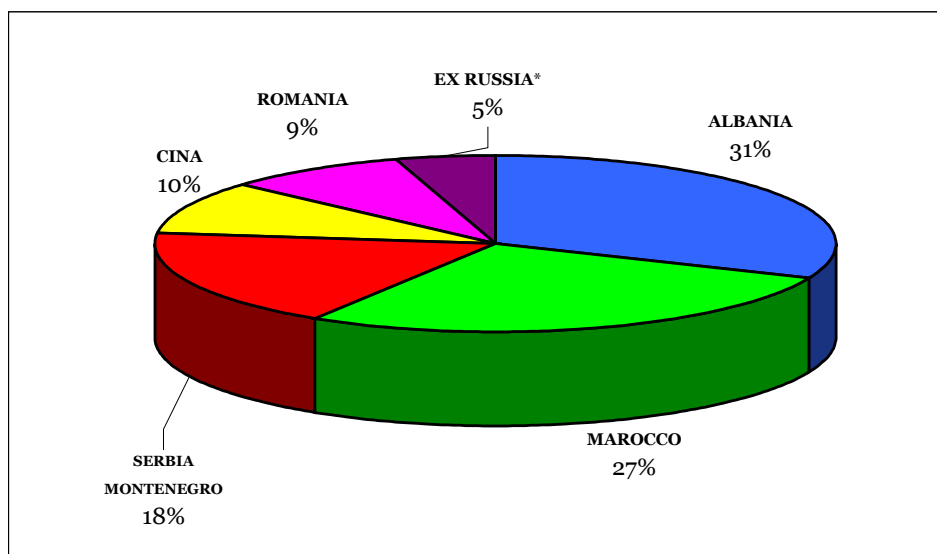
Il secondo continente più rappresentato è quello africano dal quale provengono quasi i 3 decimi di tutti gli alunni stranieri.

Il terzo grande polo continentale è quello asiatico con oltre 1/3 dei loro componenti provenienti dalla Cina (il quarto gruppo più consistente in termini assoluti presente sul territorio italiano).

Il continente americano ha una presenza straniera del 12% con una netta presenza di studenti provenienti dall'area latino-americana, con Perù ed Ecuador ai primi posti.

Gli studenti stranieri sono così ripartiti tra i diversi ordini d'istruzione: 42,2% nelle scuole elementari, 24,3% nella scuola media inferiore, il 20,3% nella scuola dell'infanzia e solo il 13,2% nella scuola superiore.

**Grafico n°4: Cittadinanze più rappresentate nella scuola italiana (a.s. 2001-2002)**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati MIUR

\* Comprendente gli Stati asiatici di Armenia, Azerbaigian, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Tagikistan, Turkmenista e Uzbekistan

## I motivi del soggiorno

Le ragioni per cui gli stranieri arrivano in Italia si differenziano a seconda del paese d'origine. Sebbene ancor oggi il motore primo che spinge ad andarsene dal proprio paese sia il lavoro, assistiamo tuttavia a dei cambiamenti che dimostrano come anche in Italia ci sia una tendenza alla stabilizzazione, soprattutto tra alcuni gruppi.

La richiesta di permessi di soggiorno per motivi di lavoro (sia esso lavoro subordinato o autonomo) è particolarmente richiesta dai Senegalesi (90,1%) e dai Filippini (78,8%). Queste due comunità infatti vedono una presenza maggiore di individui singoli che vengono in Italia per lavorare e spedire i soldi guadagnati in patria per il mantenimento della famiglia, spesso allargata. È inoltre una migrazione connotata sessualmente nel senso che tra i Senegalesi è prevalente la presenza degli uomini, mentre tra i Filippini quella delle donne.

Vista anche la bassa richiesta dei permessi di soggiorno per motivi familiari (Senegalesi 9,1% e Filippini 15,2%) ma l'anzianità dei loro flussi migratori, si può concludere che il loro modello migratorio è temporaneo. C'è quindi il desiderio del ritorno in patria anche se in un futuro lontano.

L'incidenza dei permessi di soggiorno per motivi di lavoro è consistente anche tra i cittadini del Bangladesh (73,8%), quelli dell'Egitto (72,0%), del Ghana (71,7%), della Tunisia (70,7%) e del Marocco (67,1%).

Si diceva che in Italia stiamo assistendo a una maggiore stabilizzazione sul territorio di alcuni gruppi, e ciò è dimostrato dalla richiesta di permessi di soggiorno per motivi familiari. Queste richieste hanno sempre maggior incidenza e sono ormai il 31,2% del totale dei permessi, con una crescita nell'ultimo anno di più di due punti percentuali (dati Caritas. Elaborazioni su dati del Ministro dell'Interno).

I gruppi che ne fanno maggiore richiesta sono quelli albanese e macedone. Infatti il 38,8% degli Albanesi è qui in Italia per motivi familiari e la percentuale ha subito una forte crescita rispetto l'anno precedente. Ancor maggiore è l'incremento dei Macedoni, tra i quali ben il 40% risiede con questa motivazione. Un'incidenza questa, che aumenta anche tra i Cinesi (dal 29,3% al 33,6%), gli Indiani (dal 32,0%), i Marocchini (31,7%) e i Rumeni (31,4%).

Per quanto riguarda i permessi di soggiorno per motivi di studio, anche in questo caso assistiamo a un policentrismo, in quanto più della metà dei paesi a forte pressione migratoria hanno un permesso di soggiorno di questo tipo (comunque inferiore all'1%).

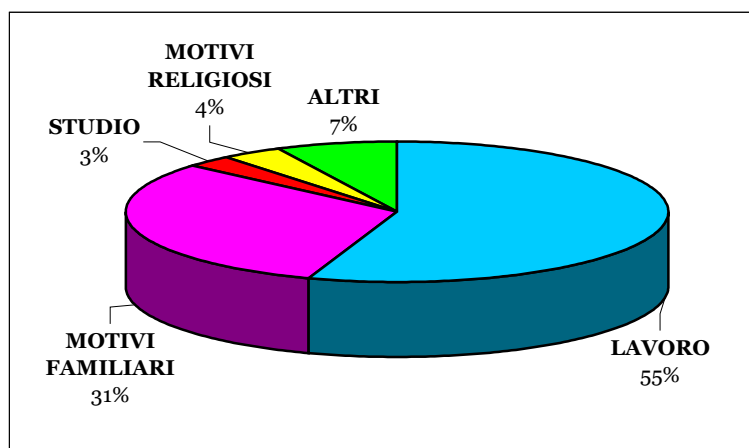
I due gruppi con una maggiore incidenza di permessi per studio, sono quello Croato (8,3%) e quello Albanese (4,1%). Per questi ultimi si è assistito ad un incremento rispetto all'anno precedente (3%) e ora gli Albanesi sono il 16% degli immigrati che soggiornano in Italia per questo motivo. In termini assoluti seguono agli Albanesi, gli Stati Uniti, il Giappone e la Grecia. In totale questi quattro gruppi rappresentano il 20% degli stranieri presenti in Italia per motivi di studio.

Infine possiamo notare che la Spagna (10,5%), l'India (10,4%) e gli USA (7,5%) sono i paesi che richiedono maggiori permessi di soggiorno per motivi religiosi. Le Filippine hanno un buon 7% e questo si ricollega al discorso precedentemente fatto: la loro presenza in Italia è dettata principalmente da motivi socio-culturali. Concludiamo facendo la considerazione che i Brasiliani (12,7%) e gli Indiani (16,5%) sono le due comunità che presentano il maggior



numero di permessi di soggiorno per motivi religiosi sul totale dei permessi richiesti.

**Grafico n°5: Motivo della presenza dei soggiornanti stranieri al 31.12.2002**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati del Ministero dell'Interno

### La presenza femminile

Nell'Unione Europea tra gli anni Sessanta fino agli anni Ottanta, l'immigrazione era caratterizzata da motivi principalmente economici e quindi con una prevalenza di stranieri di sesso maschile. Con l'andare degli anni le cose sono radicalmente mutate, tant'è che oggi si può affermare che la componente maschile e quella femminile hanno raggiunto la parità. In Francia ad esempio le donne sono il 46,9% e in Germania il 45,7%. In alcuni paesi la presenza femminile è addirittura maggiore come nel Regno Unito (52%), in Svezia (51%) e in Danimarca (50,6%). Tuttavia questa superiorità numerica è ancora minima. In Italia la situazione risulta simile agli altri paesi europei. Assistiamo infatti a una crescita notevole della componente femminile che secondo il censimento Istat 2001 è oramai di 600.000 individui (vedi Tabella n°1).

Sempre secondo il censimento Istat ci sono circa 98 uomini ogni 100 donne mentre nel 1991 gli uomini risultavano essere 112,3 per ogni 100 donne.

Si assiste tuttavia a delle differenze a seconda del paese di provenienza degli immigrati.

Il continente con maggiore presenza di donne è l'Europa. Al suo interno possiamo considerare tre grandi aree: L'Unione Europea, i paesi di nuova adesione (Rep. Ceca, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Rep. Slovacca, Slovenia e Ungheria) e l'Europa Centro-orientale.

Per quel che riguarda l'UE possiamo constatare che la componente femminile, con 82.740 presenze, è di gran lunga maggiore di quella maschile (41.406 individui). I due paesi che hanno una maggiore presenza di donne sul territorio italiano sono la Germania (21.609 donne rispetto 11.062 uomini) e la Francia (18.605 donne e 8.889 uomini).

Anche tra i paesi di nuova adesione notiamo una componente femminile (29.453 individui) di gran lunga maggiore di quella maschile (9.278).

Tra questi paesi sono le repubbliche baltiche (Lettonia, Estonia e Lituania) ad avere la maggiore presenza femminile su quella maschile. Lo stesso vale per la Repubblica Ceca (3.064 donne su 454 uomini) ma è la Polonia a detenere il primato in termini di numeri assoluti con 18.882 presenze.

Tra i paesi dell'Europa Centro-orientale riscontriamo il maggior numero assoluto di donne sul resto della popolazione femminile residente in Italia, con 172.461 donne. Al primo posto l'Albania con 66.328 donne, seguita da Romania con 37.773 e Jugoslavia (attuale Serbia e Montenegro) con 19.323. Da notare inoltre che per queste tre nazionalità il numero delle donne e degli uomini è meno sbilanciato rispetto i paesi visti precedentemente.

All'interno di quest'area si notano invece le stesse importanti disparità tra i cittadini Bielorussi (876 donne su 167 uomini), Russi (7.529 su 1.625) e Ucraini (6.693 su 1.757).

Il secondo continente per presenza di donne è l'Africa con 121.419 individui.

I due paesi maggiormente rappresentati sono il Marocco (56.688 donne) e la Tunisia (12.067).

In questo continente solo in sei paesi la componente femminile supera quella maschile (Capo Verde, Nigeria, e tutta l'Africa Orientale con Eritrea, Etiopia, Maurizio e Somalia) ma solo per due paesi la differenza è rilevante, senza per questo essere consistente: Capo Verde con 2.065 donne su 514 uomini e Nigeria con 8.606 su 5.508.

Negli altri paesi africani invece, la presenza maschile supera di gran lunga quella femminile. Il Senegal è il caso più eclatante con 25.192 uomini su sole 3.672 donne. Tra i cittadini di questo paese la presenza femminile è solo del 15,5% del totale dei presenti.

Da notare anche il caso dei paesi del nord Africa con 78.575 donne su ben 141.757 uomini: per l'Algeria constatiamo la presenza di 2.225 donne su 6.687 uomini, per l'Egitto 6.400 su 15.154, per il Marocco 56.688 su 92.718 e per la Tunisia 12.067 su 25.924.

Al terzo posto troviamo il continente americano con 90.498 donne su 43.394 uomini. Si noterà da subito che l'immigrazione da quest'area è connotata da flussi prevalentemente femminili.

Dall'America settentrionale provengono solo 10.956 donne ed è quindi facile concludere che la maggioranza delle donne provengono dall'America Centro-meridionale (79.542 donne).

In tutti i paesi di quest'area la presenza femminile è di gran lunga maggiore rispetto quella maschile, raggiungendo il suo apice con la Rep. Dominicana (con 8.189 donne su 2.424 uomini) e il con il Brasile in cui 13.394 donne fanno fronte a soli 4.303 uomini.

In termini assoluti il numero maggiore di donne provenienti da quest'area sono Peruviane con 17.160 individui.

Il quarto continente è quello asiatico con 89.469 donne su 94.208 uomini.

La presenza femminile maggiore proviene dall'Asia orientale (55.637) con Filippine (28.963) e Cina (18.517) in primo piano. Inoltre in tutti i paesi dell'Asia Orientale la presenza di donne supera quella degli uomini, arrivando perfino a 2.183 donne su soli 207 uomini per la Thailandia e 28.963 donne su 16.553 uomini per le Filippine. Eccezione è rappresentata dalla Cina (19.765 uomini e 18.517 donne) ma con differenze poco consistenti.

Per gli altri paesi asiatici invece notiamo un'inversione di tendenza rispetto l'area appena analizzata. Tra questi immigrati, infatti, la componente maschile supera notevolmente quella femminile, più che tra gli stranieri provenienti da tutte le altre aree del mondo.

Senza arrivare ai numeri esistenti per il Senegal, notiamo notevoli disequilibri per la Giordania (391 donne e 1.128 uomini), il Bangladesh (3.739 su 9.209), l'India (10.090 su 13.733) e il Pakistan (3.979 su 10.016).

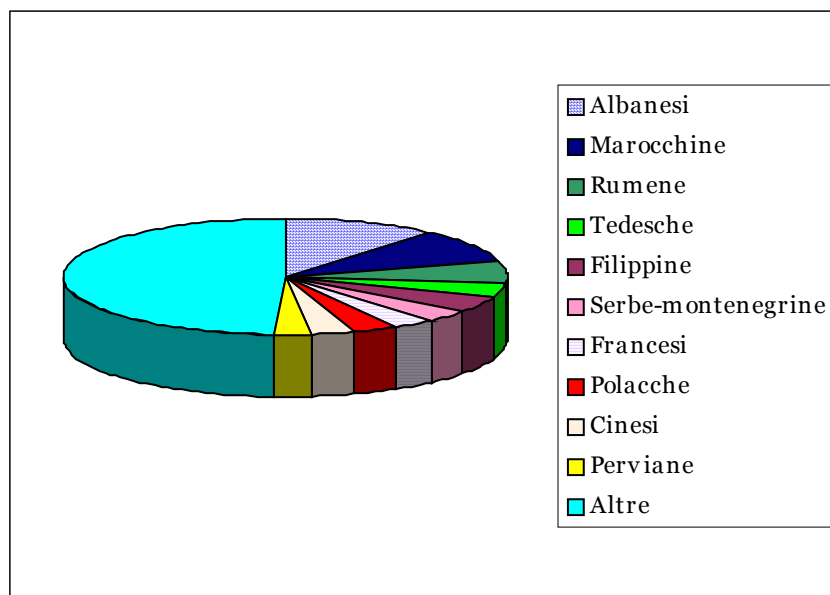
In quest'area, che comprende sia l'Asia Occidentale che quella Centro-meridionale, solo i paesi una volta facenti parte dell'Urss, presentano una maggioranza femminile su quella maschile di 1.259 donne su appena 323 uomini.

Ultima l'Oceania, con 2.104 donne per 1.151 uomini.

Possiamo riassumere dicendo che per i Peruviani e i Tedeschi la componente femminile rappresenta i 2/3 dei residenti in Italia (rispettivamente il 62,7% e il 64,7%), per i Filippini il 61,1% e per i Cinesi la metà (48,5%).

Le prime dieci comunità con maggiore presenza femminile straniera sono l'Albania e il Marocco con più di 70mila persone, seguono poi Romania, Filippine, Jugoslavia (attuale Serbia e Montenegro), Cina, Germania, Polonia, Francia e Perù.

**Grafico n°6: Prime dieci comunità straniere per numero di donne presenti in Italia**

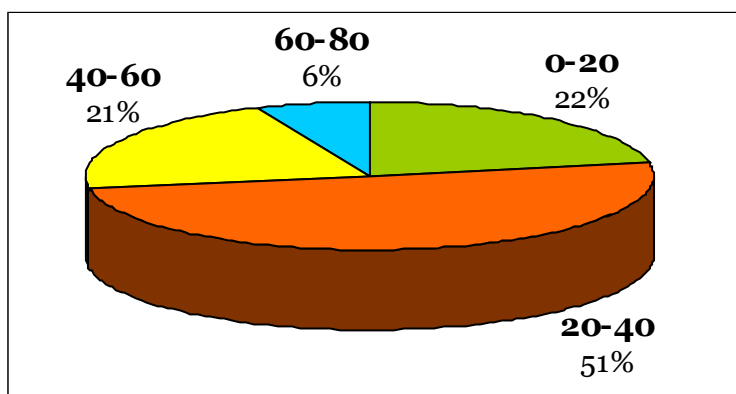


Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

L'età media delle donne straniere è di poco superiore ai 30 anni. Il 69,3% è in età riproduttiva (15-49 anni) e il 78,0% sono quelle in età lavorativa (15-69 anni).

Le minorenni sono un quinto del totale delle donne in Italia e la percentuale maggiore si rileva tra le donne africane (30,8%) mentre la più bassa tra le americane (11,2%).

**Grafico n°7: Età delle donne straniere presenti in Italia**



Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

Il 51,7% delle donne è coniugato mentre il 40,6% nubile.

Le donne provenienti da praticamente tutti i paesi sono per la maggior parte coniugate.

Per il continente africano fanno eccezione le immigrate provenienti dall'Africa Occidentale (ma non le Ghanesi e le Senegalesi), quelle dall'Africa Orientale (tranne le Mauriziane) e quelle dall'Africa centro-meridionale, che sono in maggioranza nubili.

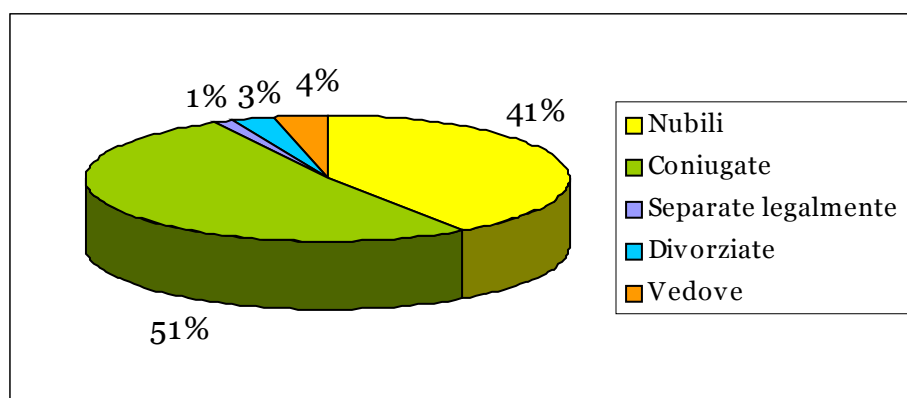
Nel continente europeo solo le cittadine della Bosnia-Erzegovina e quelle della Rep. Federale di Jugoslavia (attuale Serbia e Montenegro) sono per la maggior parte nubili.

Tra le donne provenienti dall'area dell'Europa centro-orientale, troviamo anche il maggior numero di divorziate (5.840) e separate (2.031). Come precedentemente osservato, le immigrate più presenti in Italia in numeri assoluti sono le Albanesi (75.666 individui), le Marocchine (71.595), le Rumene (40.079), le Filippine (32.989) e al quinto posto le Serbe-montenegrine (23.082). Benché le Rumene siano al terzo posto per presenze totali sul territorio, sono al primo posto in assoluto per il numero di separate (682) e divorziate (1.969).

Per il continente asiatico solo le Indiane hanno una percentuale leggermente superiore di nubili rispetto alle coniugate, mentre per tutte le altre nazionalità è maggiore la percentuale di donne sposate.

Per il continente americano abbiamo già notato che le donne provenienti dagli Usa e dal Canada, vengono in Italia principalmente per motivi familiari mentre troviamo differenze notevoli tra i paesi del centro e sud America. Se infatti sono sposate il 55% delle Brasiliane, il 77% delle Cubane e il 66% delle Venezuelane, sono invece nubili il 58% delle Ecuadoregne, il 60% delle Salvadoregne e il 57% delle Peruviane.

**Grafico n°8: Stato civile delle donne straniere presenti in Italia**



Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

Le motivazioni che spingono le donne a immigrare in Italia sono principalmente dettate dal fatto che nel paese d'arrivo sono già presenti dei familiari (per 281.250 donne). Ciò vale soprattutto per certe nazionalità mentre per altre la ricerca di un lavoro è il motore primo dell'emigrazione dalla loro patria (186.479). Relativamente poche coloro che scelgono l'Italia per motivi di studio (18.656).

Abbastanza prevedibilmente le donne provenienti dall'Unione Europea, dall'America Settentrionale e dall'Oceania, scelgono di vivere in Italia principalmente per motivi familiari.

Anche per quel che riguarda il continente africano si osserva che la ragione prima dell'immigrazione in Italia è la presenza di familiari ma non per tutte le nazionalità. Se infatti per certi paesi come il Marocco, la Tunisia, l'Egitto,

l'Algeria è in assoluto la causa prima, non lo è per tutta l'Africa Orientale (Eritrea, Maurizio, Etiopia e Somalia) e per alcuni paesi dell'Africa Occidentale (Capo Verde e Nigeria), le cui donne emigrano in Italia principalmente per motivi di lavoro.

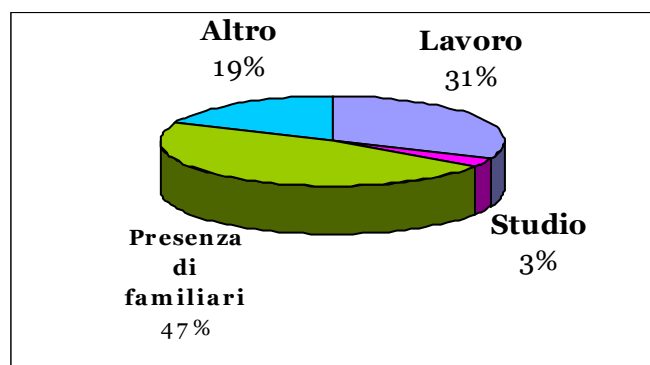
Il continente asiatico nel suo insieme vede un sostanziale equilibrio tra motivazioni familiari e lavorative e queste ultime sono leggermente superiori. Tuttavia la parità è data dal numero incredibilmente alto delle Filippine che vengono in Italia quasi solo ed esclusivamente per motivi di lavoro. Infatti su 28.963 Filippine presenti, 21.474 sono qui per lavoro e solo 4.119 per motivi familiari. Per tutto il resto dei paesi asiatici le donne presenti in Italia sono qui per motivi familiari.

Anche per l'America Latina il lavoro e la presenza di familiari sono fattori che spingono in maniera simile, anche se per le Argentine, le Brasiliane, le Cilene, le Cubane e le Venezuelane i motivi familiari prevalgono in maniera drastica, mentre per le Ecuadoregne, le Salvadoregne e le Peruviane è il lavoro la forza impellente che le spinge ad andarsene dal loro paese.

Per quel che riguarda i paesi del sud est europeo possiamo constatare che anche per le donne dell'Europa centro-orientale i motivi familiari prevalgono su quelli lavorativi ad eccezione delle Bulgare, delle Moldave e delle Ucraine, mentre per le Russe e le Rumene, queste due cause si equiparano.

Tra i paesi di nuova adesione è invece il lavoro la ragion prima dell'emigrazione, sempre con le solite eccezioni, che in questo caso sono rappresentate dalla Rep. Ceca, Cipro, Malta, Slovenia e Ungheria.

**Grafico n°9: Motivi di permanenza in Italia delle donne straniere**



Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

## I rifugiati e i richiedenti asilo

Un discorso a parte meritano i rifugiati e i richiedenti asilo politico.

Il loro numero in Italia è piuttosto basso se confrontato con quello degli altri paesi europei. Alla fine del 2002 i rifugiati nel nostro paese erano 9.169 (15mila se contiamo anche i minori, i rifugiati riconosciuti prima del 1990<sup>5</sup> e coloro che hanno ottenuto lo status di protezione umanitaria). Dopo il picco del 1999 causato dai conflitti nell'ex-Jugoslavia e nel Kosovo, che portarono le domande di riconoscimento dello status di rifugiato a 33mila, nel 2000 le domande sono calate a 15mila e sono ulteriormente diminuite nel 2001 attestandosi a quota 10mila.

In Europa la maggior quota di rifugiati la detiene la Germania (903.000 al 31.12.2002) seguita dai Paesi Bassi (152.338 al 31.12.2001), dal Regno Unito (148.550 al 31.12.2001), dalla Svezia (142.190 al 31.12.2002) e dalla Francia (131.601 al 31.12.2001). L'Italia è solo al decimo posto, preceduta perfino da Austria, Belgio, Danimarca e Finlandia, paesi i cui flussi migratori sono poco consistenti.

Se in Italia tra il 1990 e il 2000 la maggior parte delle domande d'asilo era presentata da persone provenienti dall'Albania, dalla Serbia-Montenegro e dall'Iraq, nel 2001 le domande provenivano da Iracheni, Turchi e cittadini di Serbia-Montenegro. Nel 2002 nei primi tre posti dei richiedenti asilo troviamo cittadini dello Sri Lanka, e nuovamente Iracheni e cittadini di Serbia-Montenegro.

**Tabella n.3: Principali paesi d'origine dei richiedenti asilo in Italia**

	<b>1990-2000</b>		<b>2001</b>		<b>2002</b>
Albania	21300	Iraq	1985	Sri Lanka	1406
Serbia-Montenegro	12297	Turchia	1690	Iraq	1199
Iraq	12132	Serbia-Montenegro	1526	Serbia-Montenegro	1183
Romania	6114	Sri Lanka	555	Turchia	531
Turchia	4250	Romania	501	Eritrea	473

Dati riferiti alle 8.210 domande d'asilo presentate nel 2002 registrate fino al marzo 2003.

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati UNHCR

<sup>5</sup> Nel 1990 è entrata in vigore la "legge Martelli" (L. 39/90) che all'articolo 1 regola lo status di rifugiato secondo la Convenzione di Ginevra (1951).



Bisogna tuttavia sottolineare che il 26% delle richieste d'asilo presentate ogni anno in Italia provengono da donne. Tra il 1990 e il 2002 il 26% delle 120mila domande d'asilo è stato fatto da donne e in quello stesso periodo, 3.241 donne hanno ottenuto lo status di rifugiato (il 10% delle domande inoltrate) e a 1.372 donne è stato garantito il permesso di soggiorno per motivi umanitari.

Nei centri del PNA<sup>6</sup> dal 2001 al 2003 sono state assistite 1.209 donne (il 31,97% del totale) e al 31 luglio 2003 ne erano presenti 375 (32,86%). All'interno delle strutture molte sono le minorenni e altrettante sono le donne sole con bambini.

Nelle rilevazioni effettuate è risultato essere altissimo il numero delle donne che non hanno istruzione, con casi di analfabetismo soprattutto tra alcuni gruppi nazionali. Si è notato invece un alto grado d'istruzione (istruzione superiore e laurea soprattutto in discipline scientifiche) tra le donne provenienti dall'Europa dell'Est.

### Gli stranieri nelle diverse regioni italiane

A livello regionale ritroviamo le stesse caratteristiche che presentano in generale le immigrazioni nel nostro paese e che lo differenziano da altri componenti dell'Unione europea. I flussi infatti sono relativamente recenti se confrontati con quelli di altri paesi ed inoltre gli stranieri provengono da tutti i continenti, tanto che si parla di "dimensione policentrica dell'immigrazione".

Tuttavia a livello regionale le caratteristiche e la ripartizione degli immigrati variano notevolmente.

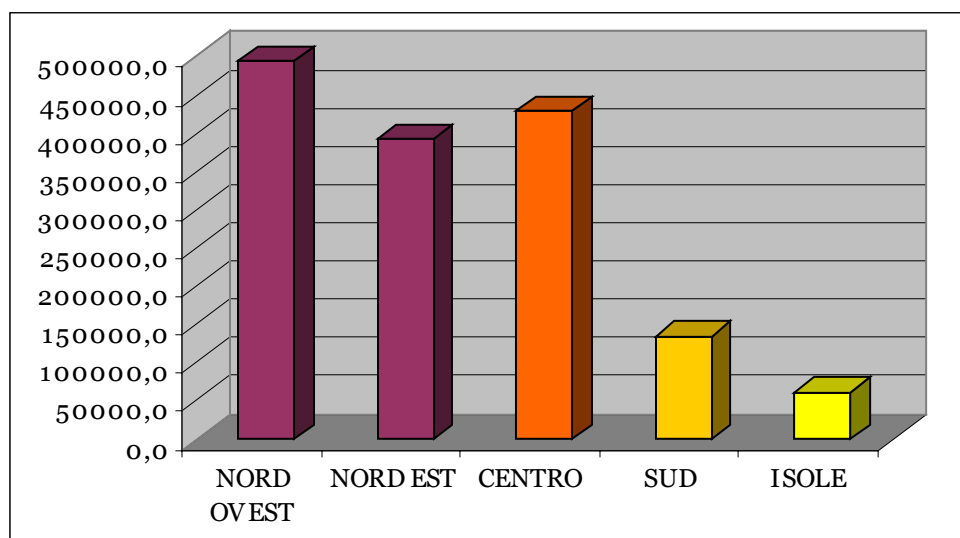
La Lombardia è la regione in cui soggiorna il maggior numero di immigrati (il 23% del totale), seguita da Lazio (15,8%), Veneto (10,2%), Emilia-Romagna (10%), Toscana (7,4%) e Piemonte (7,1%). Si nota quindi che è nelle regioni del Nord Italia e in alcune regioni del Centro che si concentra il numero maggiore di stranieri. Questo perché il motivo principale per cui gli stranieri

---

<sup>6</sup> *Programma Nazionale Asilo* creato nell'aprile 2001 dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), dal Ministro dell'Interno e dall'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI). Il programma prevede la costruzione di una rete di accoglienza per i richiedenti asilo e interventi volti all'integrazione dei rifugiati riconosciuti.

emigrano è il lavoro e questo è più facile da trovare nel Centro e nel Nord Italia, piuttosto che nel Meridione.

**Grafico n°10: Stranieri presenti in Italia suddivisi per Nord Est, Nord Ovest, Centro, Sud e Isole**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati forniti dal Ministero dell'Interno

### *Il Nord Italia*

A Nord troviamo la quantità di stranieri maggiore in numeri assoluti (3 stranieri ogni 5 soggiornanti nella penisola). A Nord infatti sono presenti il doppio degli stranieri presenti nel Centro e il quadruplo di quelli nel Meridione.

Il motivo di questa disparità resta lo stesso: il lavoro e quindi la possibilità di un radicamento territoriale e di un inserimento sociale stabile.

Nel Settentrione è il Nord Ovest che presenta un numero maggiore di stranieri (835.000) con Lombardia in testa (quasi 583.000).

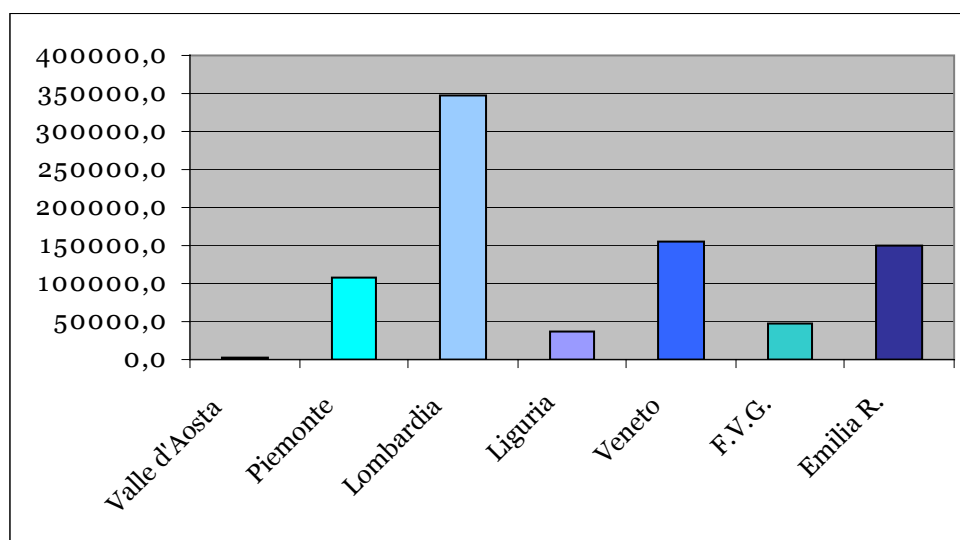
Il Nord Est ospita invece 603.000 stranieri e le regioni con maggiori presenze sono il Veneto (250.000) e l'Emilia Romagna (239.000). È in queste regioni inoltre che ritroviamo i tassi di incremento annuo degli immigrati più alti d'Italia.

Una caratteristica interessante dell'immigrazione nel Settentrione è che il tasso di policentrismo etnico è inferiore a quello presente nel resto della penisola. Infatti i primi 5 gruppi nazionali più numerosi (Marocco, Albania, Romania, Filippine e Jugoslavia) arrivano ai 2/5 dei soggiornanti locali e i primi 10 gruppi

(Marocco, Albania, Romania, Filippine, Jugoslavia, Tunisia, Cina, Germania, Senegal e Perù) oltre la metà di essi. Inoltre la comunità marocchina presenta nel solo Nord Italia un soggiornante ogni 7 mentre nel resto d'Italia uno ogni 10. La presenza femminile è tuttavia un po' più bassa rispetto alla media nazionale (46,7%), soprattutto nel Nord Est (44,1%) che è l'area italiana con il minor numero di donne. Tuttavia la percentuale di coniugati (44,4%) e quella dei coniugati con prole (12,4%) è maggiore che nel resto d'Italia, soprattutto nelle regioni orientali della penisola. Inoltre più della metà (55%) dei matrimoni misti celebrati in Italia si sono avuti nel nord.

Gli stranieri minori presenti nel Settentrione, infine, presentano i tassi di scolarizzazione maggiori. Sono infatti 121.000 i bambini stranieri iscritti a scuola e la loro percentuale sull'intera popolazione scolastica supera di molto quella di ogni altra regione (3,6% nel Nord Est, 4,1 nel Nord Ovest, con una media nazionale del 2,6%).

**Grafico n°11: Stranieri presenti nel Nord Italia suddivisi per regione**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati forniti dal Ministero dell'Interno

## *Il Centro Italia*

Nel Centro troviamo la densità di presenze straniere più alta di tutta Italia. Infatti in quest'area è presente uno straniero ogni 15 abitanti anche se sono solo il 28,2% di tutti gli immigrati presenti in Italia.

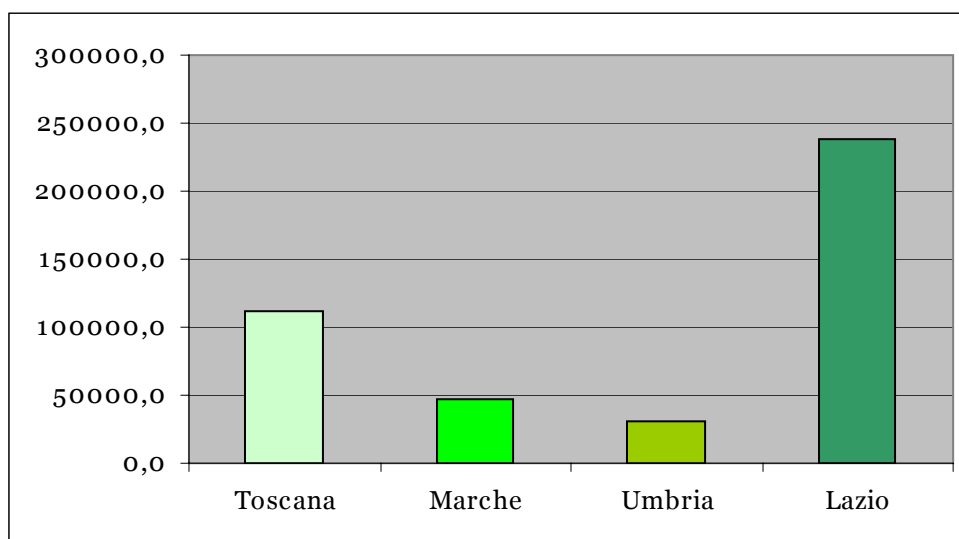
Una caratteristica peculiare delle regioni centrali è la presenza cospicua di donne. Infatti esse sono la metà di tutti gli stranieri residenti in quest'area e raggiungono il 51,3% nel Lazio.

Il Lazio era fin poco tempo fa il principale polo d'attrazione per chi decideva di stabilirsi in queste zone. Tuttavia si sta assistendo a dei cambi di rotta per cui anche le altre regioni del Centro Italia, soprattutto quelle al confine con il Nord, si presentano oggi come territori di potenziale stabile radicamento, con livelli d'integrazione simili a quelli del Nord. Infatti il laziale è sì un'area d'attrazione ma non per questo è una meta definitiva di radicamento. Una caratteristica del Centro Italia è l'ampissima varietà di presenze estere ma il grado d'inserimento sociale degli immigrati varia a seconda degli indicatori utilizzati e delle singole zone considerate.

Nella zona laziale, ad esempio, il numero dei coniugati (38,8%), quello dei coniugati con prole al seguito (8,4%) e quello dei minori (19,4%) è sensibilmente basso rispetto alle medie nazionali. È anche più basso rispetto al resto d'Italia il tasso di scolarizzazione dei minori stranieri. Tuttavia il numero degli ultrasessantenni presenti in questa regione (8,5%) è superiore a quella del resto d'Italia (ove da nessuna parte si arriva a toccare il tetto del 6%). Inoltre bisogna ricordare che i minori stranieri comunque incidono bene sulla popolazione scolastica totale (3,1% rispetto ad una media nazionale del 2,3%) e molti sono gli stranieri naturalizzati che qui soggiornano (2.900, il 27,1% del totale nazionale).

Se ad ogni modo consideriamo tutte le regione dell'Italia centrale, come già osservato, la situazione generale si avvicina di molto a quella osservata nel Settentrione per quel che riguarda il grado di inserimento sociale.

**Grafico n°12: Stranieri presenti nel Centro Italia suddivisi per regione**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati forniti dal Ministero dell'Interno

### *Il Sud Italia e le Isole*

Gli stranieri presenti nel Sud Italia sono in totale 361.000, cioè 1/7 (14,4%) di tutti quelli presenti nella penisola. Nelle Isole ne ritroviamo quasi 101.000 (il 28%) mentre nel resto delle regioni quasi 261.000 (il 72%).

L'incidenza degli stranieri sul resto della popolazione è la più bassa d'Italia (1,8%) tant'è che in queste regioni troviamo complessivamente appena 1 straniero ogni 50 abitanti. Percentuali molto basse rispetto alla media nazionale anche per il tasso di incrementuo annuo degli stranieri (+3,6% nelle Isole e +1,1% nel Sud ove si sono registrati anche dei decrementi, come in Puglia e in Campania).

Il tasso di policentrismo etnico è il più basso del paese poiché le nazionalità presenti sono molto meno (163 nel Sud e 155 nelle Isole) di quelle del resto d'Italia. Nelle Isole la comunità maggiormente presente è quella tunisina mentre al Sud è quella albanese. Queste due incidono sulla popolazione locale maggiormente che nel resto d'Italia, con il 17,9 % per il Sud e il 15,8% per le Isole (la media nazionale è dell'11,4%). Inoltre il gruppo tunisino lo troviamo anche in alcune regioni del Sud e quello albanese in Sicilia. Infine i primi 5 e 10 gruppi esteri più numerosi in queste zone hanno quote più consistenti che nel

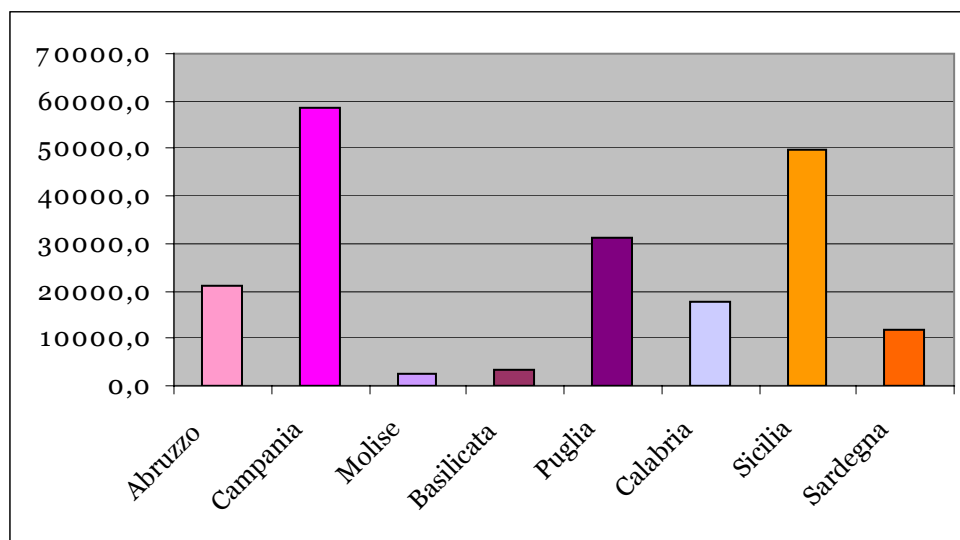
resto d'Italia (rispettivamente 46,6% e 62,6% nel Sud e 50,6% e 69,2% nelle Isole).

Tra i dati positivi riscontriamo i più consistenti tassi di soggiornanti coniugati (46,2%), la più elevata percentuale di stranieri coniugati con prole al seguito (14,2%) e la maggiore percentuale di minori tra tutti i soggiornanti (22,1% con punte del 26,2% nelle Isole dove è minorenne più di uno straniero su 4).

Non mancano tuttavia dati negativi. Infatti molto bassa è l'incidenza dei matrimoni misti su quelli totali (attorno al 3,0% con una media nazionale del 7,1%) e il tasso di scolarizzazione dei minorenni è contenuto (incidono sul totale degli studenti per il 0,6% nel Sud e per il 0,5% nelle Isole, cioè quattro volte meno che nel resto d'Italia).

Tutto ciò dimostra che sebbene il Sud sia spesso meta d'approdo per chi proviene dall'area mediterranea, non è però un meta definitiva di insediamento quanto piuttosto un territorio di passaggio verso zone con maggiori possibilità lavorative e quindi di integrazione.

**Grafico n°13: Stranieri presenti nel Sud Italia e Isole suddivisi per regione**



Elaborazione da Dossier Statistico Caritas 2003 su dati forniti dal Ministero dell'Interno

## Le nazionalità maggiormente presenti

Sebbene resti immutato il discorso del policentrismo etnico per tutte le regioni d'Italia, ci sono dei gruppi nazionali che sono maggiormente presenti e visibili in alcune aree piuttosto che in altre.

Gli immigrati provenienti dall'Europa Centro-Orientale sono ben distribuiti su tutto il territorio nazionale anche se nelle aree adriatiche incidono di più.

Sono particolarmente presenti in Abruzzo, dove troviamo per lo più Albanesi (21,6%) e Macedoni (10,2%), in Friuli Venezia Giulia con Serbi-Montenegrini (12,2%), Croati (9,2%) e Albanesi (9,8%) e in Puglia dove risiedono per lo più Albanesi (40,2%). Considerate assieme, queste tre regioni raggruppano più del 50% di tutti gli immigrati dell'Europa Centro-Orientale presenti in Italia.

Coloro provenienti dall'Unione Europea si trovano per lo più in Lombardia e Lazio ma occupano una posizione significativa in Trentino Alto Adige e in Sardegna.

Per quel che riguarda gli stranieri dell'Africa settentrionale, questi sono ben visibili in Lombardia e in Val d'Aosta (40,7% del totale regionale ma in valori assoluti sono poco più di 1.000); sono uno su 6 in Emilia Romagna e uno su 10 in Veneto e Piemonte.

Anche nel Sud Italia hanno una buona incidenza, soprattutto in Sicilia (con Tunisini e Marocchini in testa) e in Calabria (per lo più Marocchini).

Coloro dell'Africa Occidentale li troviamo per lo più in Lombardia (29,7%) e in Emilia Romagna (14,8%). In Sardegna gli immigrati provenienti da quest'area costituiscono l'11,9% del totale degli immigrati e sono per lo più Senegalesi, i quali rappresentano in questa regione la seconda comunità per numero di soggiornanti (10,5% del totale regionale). Anche in Veneto gli immigrati provenienti dall'Africa Occidentale sono numerosi (10,8%) e in particolare troviamo Ghanesi (5.665), Nigeriani (4.477) e Seneglesi (3.972).

Nel complesso, più della metà degli Africani soggiornanti si trova in tre regioni: Lombardia (27%), Emilia Romagna (14,2%) e Veneto (11,6%).

I cittadini americani sono soggiornanti principalmente in Liguria (21,4%), in Friuli Venezia Giulia (18,6%) e in Campania (24,6%). Ma mentre in Campania (17,8%) troviamo per lo più cittadini del Nord America, in Liguria prevalgono coloro provenienti dall'America Latina (19,6%).

In Lazio (25,0%) e in Lombardia (23,0%) soggiornano quasi la metà dei cittadini asiatici presenti in Italia. Quelli dall'Asia Occidentale hanno una maggiore incidenza in Calabria (3,8%), quelli dall'Asia Centro Meridionale in Sicilia (16,3%) e infine quelli dell'Asia Orientale in Toscana (15,7%) e nel Lazio (14,3%).

Per concludere uno su tre soggiornanti provenienti dall'Oceania soggiorna in Lazio (32,2%).

### Il caso del Friuli Venezia Giulia

La regione Friuli Venezia Giulia presenta grandi differenze culturali, linguistiche ed economiche che fanno sì che il panorama generale al suo interno si differenzi notevolmente da provincia a provincia.

Il Friuli Venezia Giulia si trova in una zona geograficamente molto particolare. Prima di tutto perché è situata all'estremo est della penisola, al confine con i paesi che aderiscono agli accordi di Schengen. È quindi una zona frontaliera per eccellenza, ideale passaggio per chi vuole trasferirsi nel resto d'Italia o d'Europa. In secondo luogo per la sua morfologia, caratterizzata nella zona tra Trieste e Tarvisio, da colline con bassa vegetazione e dal carattere prevalentemente carsico e quindi con valli, gole, grotte e boscaglia ideali per nascondersi. Inoltre sul confine non esistono recinzioni né altre delimitazioni ed è quindi facilmente valicabile.

L'immigrazione in questa regione è molto recente, risalendo agli anni 90, e quindi in ritardo rispetto al resto del paese. Tuttavia la regione ha saputo



adattarsi ragionevolmente presto e attualmente è, dopo l'Emilia Romagna, l'unica che sta lavorando per dotarsi di una legge regionale sull'immigrazione, che migliori la condizione degli immigrati e dia loro la possibilità di integrarsi velocemente, sia dal punto di vista economico che sociale, attraverso misure che facilitino le problematiche più pressanti.

Ma torniamo ai flussi massicci di immigrati negli anni 90.

Nelle zone di Udine e Pordenone l'immigrazione di quel periodo fu caratterizzata da uomini provenienti dall'Africa Equatoriale che erano già transitati per il Sud Italia e il vicino Veneto. Le risposte che si riuscirono a dare furono prevalentemente di tipo emergenziale, non essendo preparati al fenomeno.

Nella zona di Trieste invece, le immigrazioni provenivano dalla zona balcanica e approdavano nella provincia partendo dalle coste croate. I consistenti flussi dei primi anni 90 furono causati soprattutto da situazioni di guerra, di tensione sociale e di persecuzioni.

Un'altra ondata massiccia fu quella del 1998/99 quando la NATO dovette fronteggiare l'esercito regolare jugoslavo. Nelle province di Trieste e Gorizia arrivarono minoranze perseguitate dal Kosovo sia di etnia albanese, serba e rom, e disertori e dissidenti Serbi e Montenegrini.

Negli ultimi tre anni la pressione migratoria sia al confine orientale che al confine occidentale è andata a decrescere. Se infatti attraverso il confine italo-sloveno nel 2000 erano entrate irregolarmente 18.044 persone, nel 2002 erano solo 1.133. Lo stesso trend è riscontrabile per il confine della provincia di Gorizia.

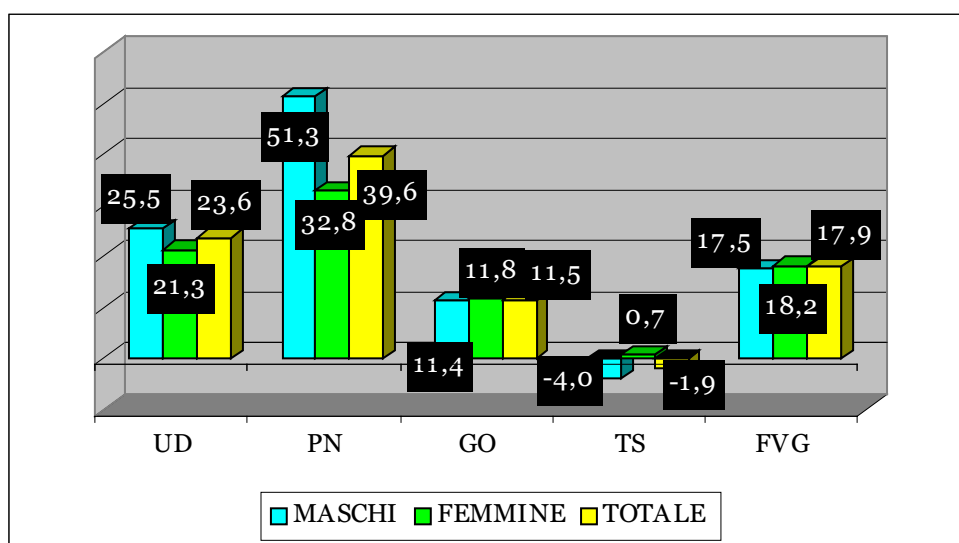
Le presenze regolari invece, negli ultimi dieci anni hanno subito un raddoppio; nel 2002 infatti i soggiornanti erano 43.559, con un incremento notevole rispetto l'anno precedente, e nel 2003 sono arrivati a 51.805 con un incremento di 8.246 unità nell'arco di un anno. Si tratta comunque di una crescita legata agli immigrati provenienti dai paesi in via di sviluppo, in quanto la componente PSA ha subito un incremento annuo di sole 124 unità.

Sempre più massiccia è inoltre la presenza di donne e bambini a dimostrazione del fatto che anche in Friuli Venezia Giulia si sta assistendo a flussi non più

temporanei, come possono essere quelli lavorativi, quanto piuttosto a progetti di insediamento definitivo e con una tendenza all'integrazione.

Tuttavia se analizziamo la variazione percentuale degli stranieri soggiornanti tra il 2001 e il 2002, notiamo differenze tra le varie province. Se infatti i valori medi regionali totali (+17,9) e relativi a donne (+18,2%) e uomini (+17,5%) sono omogenei tra loro, tuttavia Udine (+23,6%) e soprattutto Pordenone (+39,6%) presentano valori superiori alla media regionale, mentre Gorizia (+11,5%) si situa al di sotto del livello di crescita regionale pur presentando un discreto aumento e Trieste segue un andamento negativo (-1,9%), con un modesto incremento della componente femminile (+0,7%) che però non riesce a compensare il decremento di quella maschile (-4,0%).

**Grafico n°14: Variazione percentuale 2001-2002 stranieri soggiornanti per maschi, femmine e totale, per provincia**



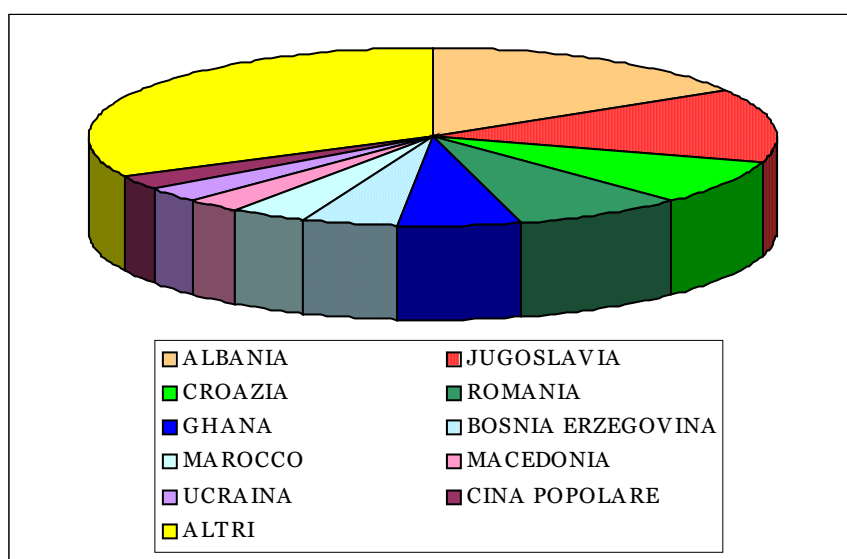
Elaborazioni Ires Fvg su dati Caritas

Anche nel Friuli Venezia Giulia assistiamo a quella frammentazione della provenienza dei vari gruppi nazionali che è una caratteristica peculiare dell'Italia. Infatti le due comunità più consistenti in regione, cioè quella albanese e quella jugoslava, superano di solo il 10% il totale degli stranieri residenti in regione.

Per ragioni storiche e di prossimità geografica, il territorio del Friuli Venezia Giulia, è caratterizzato dalla forte incidenza di soggiornanti provenienti dall'Europa Centro Orientale. Se per l'Italia la loro incidenza è del 30,7%, in questa regione tale componente pesa per il 53,8% e solo Pordenone si allinea ai dati nazionali. Come da tradizione invece Gorizia (68,7%) e Trieste (71,2%) hanno la massima incidenza di stranieri provenienti dall'Est Europeo.

Osservando infatti la graduatoria del 2002 per singola nazionalità, oltre alla massiccia presenza di Statunitensi, tra i primi dieci paesi maggiormente rappresentati in questa regione ci sono per l'appunto immigrati dall'Europa Centro Orientale. Dal secondo al settimo posto troviamo infatti Jugoslavia, Albania, Croazia, Slovenia, Romania e Bosnia-Erzegovina. Il quadro è poi completato da Marocco, Ghana e Cina.

**Grafico n°15: Prime 10 comunità presenti in regione al 31.12.2002**



Elaborazione da Ires Fvg da dati delle Anagrafi Comunali

Il paese maggiormente rappresentato è l'Albania (8.385 residenti) con un aumento del 18,3% rispetto al 2002. Seguono i cittadini dalla Serbia e Montenegro che hanno però subito una variazione minima (1,7%) tra il 2002 e il 2003. Ciò forse dimostra che i flussi da quest'ultimo paese sono in fase di esaurimento, dopo che a lungo è stata la nazionalità maggiormente rappresentata in regione.

Al terzo posto la Croazia che segna un aumento del 11,9% delle presenze. La Romania si trova in quarta posizione e tra il 2002 e il 2003, per effetto delle procedure di regolarizzazione relative a colf e badanti, ha subito un incremento del 58,8%. Consistenti anche gli aumenti anche tra i Ghanesi (+11,7%), i Bosniaci (+17,5%) e i Macedoni (+63,7%). Da sottolineare tuttavia, il caso dell'Ucraina che ha fatto segnare un aumento del 243,8% (passando da 400 a 1.375 residenze). Anche in questo caso la causa prima di questo incremento è da attribuire alle regolarizzazioni in quanto i flussi da questo paese sono rappresentati in maggioranza da donne (88,2% delle residenze).

Anche altre comunità che non sono tra le maggiormente rappresentate in regione, hanno però subito rimarchevoli incrementi. È il caso della Moldavia (+236,7%), del Burkina Faso (+40,7%), della Polonia (+35,4%), del Bangladesh (+32,4%) e del Senegal (+27,3%).

Per quel che riguarda il continente americano, troviamo una consistente presenza di Statunitensi nel pordenonese, dovuta alla base militare USAF di Aviano, mentre per quel che riguarda l'America Latina, solo Udine (8%) si avvicina al dato nazionale (8,5%). Per la componente asiatica e africana invece, si riscontra una presenza più che dimezzata rispetto al quadro nazionale. Ciò che più colpisce è il peso differente delle presenze dall'Africa Settentrionale. Infatti se la loro incidenza in Italia è del 17,7%, nel Friuli Venezia Giulia è del solo 4,7% e arriva al 9,9% solo a Udine. Da questo continente molti provengono anche dall'Africa Occidentale e soggiornano soprattutto a Udine (6,5%) e a Pordenone (9,1%).

Si è notato come le provenienze si differenziano a seconda della provincia. Se infatti nel goriziano la presenza più consistente è quella slovena (23,8% rispetto a una media regionale del 6%), a Trieste è preponderante la comunità serba con 4.045 presenze (30,1% rispetto al 12,2% della media regionale). Nell'udinese sono maggiormente presenti gli Albanesi (1.769), i Serbi-Montenegrini (1.193), i Croati (1.1016) e i Rumeni (1.099). Per quel che riguarda Croati e Bosniaci, in numeri assoluti prevale Udine, ma il peso percentuale più consistente l'hanno Gorizia e Trieste per i primi, e solo l'area isontina per i secondi. A Trieste molti sono i Cinesi mentre a Udine troviamo molti Marocchini.

A Pordenone infine, la situazione è molto particolare in quanto sono presenti, come già segnalato, 6.090 statunitensi e consistente è pure la comunità ghanese, che vede 1.037 presenze. Quest'ultima non presenta numeri rilevanti di soggiornanti né a livello nazionale né a livello regionale. Hanno tuttavia instaurato nel pordenonese una catena migratoria che ha creato oggi un insediamento in prevalenza di tipo familiare. Numerosi in questa zona sono anche gli Albanesi con 2.156 soggiornanti e i Rumeni (1.028).

**Tabella n.4: Residenti stranieri per aree di provenienza nel FVG**

prov.	Aree di provenienza	residenti stranieri		% per provincia		% donne stran		var % 2002- 03
		2002	2003	2002	2003	2002	2003	
UDINE	Africa Centro Meridionale	1590	1816	10,2	9,7	47,0	47,4	14,2
	Africa Sett. e Medio Orientale	1615	1817	10,3	9,7	30,5	31,8	12,5
	America Centro Meridionale	1275	1383	8,1	7,4	71,4	70,9	8,5
	America Settentrionale	71	75	0,5	0,4	47,9	49,3	5,6
	Asia Centro Orientale	823	920	5,3	4,9	50,8	49,0	11,8
	Europa Centro Orientale	9014	11398	57,6	60,9	44,9	47,6	26,4
	Unione Europea	1133	1181	7,2	6,3	62,4	63,4	4,2
	Altri	138	134	0,9	0,7	54,3	56,0	-2,9
	<b>Totale</b>	<b>15659</b>	<b>18724</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>47,4</b>	<b>48,9</b>	<b>19,6</b>
PORDENONE	Africa Centro Meridionale	2797	3405	21,4	20,4	41,2	41,5	21,7
	Africa Sett. e Medio Orientale	934	1117	7,1	6,7	36,0	35,5	19,6
	America Centro Meridionale	770	912	5,9	5,5	69,9	69,5	18,4
	America Settentrionale	202	221	1,5	1,3	34,2	36,7	9,4
	Asia Centro Orientale	936	1176	7,2	7,0	37,6	36,8	25,6
	Europa Centro Orientale	6820	9192	52,2	55,1	46,1	49,5	34,8
	Unione Europea	583	639	4,5	3,8	62,8	63,2	9,6
	Altri	35	35	0,3	0,2	40,0	45,7	0,0
	<b>Totale</b>	<b>13077</b>	<b>16697</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>45,7</b>	<b>47,5</b>	<b>27,7</b>
GORIZIA	Africa Centro Meridionale	143	167	3,1	3,1	32,9	32,9	16,8
	Africa Sett. e Medio Orientale	299	379	6,5	7,1	27,8	31,7	26,8
	America Centro Meridionale	173	220	3,8	4,1	71,7	64,5	27,2
	America Settentrionale	31	29	0,7	0,5	45,2	48,3	-6,5
	Asia Centro Orientale	499	635	10,9	11,9	32,3	31,8	27,3
	Europa Centro Orientale	3087	3561	67,5	66,6	36,7	38,1	15,4
	Unione Europea	312	327	6,8	6,1	58,0	56,3	4,8
	Altri	28	28	0,6	0,5	46,4	46,4	0,0
	<b>Totale</b>	<b>4572</b>	<b>5346</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>38,4</b>	<b>39,0</b>	<b>16,9</b>
TRIESTE	Africa Centro Meridionale	360	392	3,5	3,6	33,9	30,4	8,9
	Africa Sett. e Medio Orientale	401	472	3,9	4,3	24,9	25,6	17,7
	America Centro Meridionale	390	443	3,8	4,0	69,5	69,1	13,6
	America Settentrionale	95	100	0,9	0,9	42,1	45,0	5,3
	Asia Centro Orientale	701	749	6,8	6,8	46,2	47,4	6,8
	Europa Centro Orientale	7380	7956	72,0	72,1	46,8	46,9	7,8
	Unione Europea	872	876	8,5	7,9	56,7	57,5	0,5

	Altri	52	50	0,5	0,5	57,7	58,0	-3,8
	<b>Totale</b>	<b>10251</b>	<b>11038</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>47,1</b>	<b>47,2</b>	<b>7,7</b>
<b>FVG</b>	Africa Centro Meridionale	4890	5780	11,2	11,2	42,3	42,4	18,2
	Africa Sett. e Medio Orientale	3249	3785	7,5	7,3	31,1	32,1	16,5
	America Centro Meridionale	2608	2958	6,0	5,7	70,7	69,7	13,4
	America Settentrionale	399	425	0,9	0,8	39,3	41,6	6,5
	Asia Centro Orientale	2959	3480	6,8	6,7	42,4	41,4	17,6
	Europa Centro Orientale	26301	32107	60,4	62,0	44,8	46,9	22,1
	Unione Europea	2900	3023	6,7	5,8	60,3	60,9	4,2
	Altri	253	247	0,6	0,5	52,2	53,8	-2,4
	<b>Totale</b>	<b>43559</b>	<b>51805</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>45,9</b>	<b>47,1</b>	<b>18,9</b>

Elaborazione Ires Fvg su dati delle Anagrafi Comunali

Gli immigrati irregolari che scelgono il confine orientale, provengono per lo più dai paesi Centro-Orientali (Serbi-Montenegrini, Rumeni, Macedoni, Bosniaci, Moldavi e Ucraini) ma molti sono anche Turchi, Iracheni di etnia curda, Iraniani e Asiatici del sub continente indiano (Bengalesi e Pakistani) e dell'Estremo Oriente (Cinesi).

Le rotte preferite subiscono delle variazioni ma in linea di massima sono sempre ricorrenti.

Coloro che provengono dall'Asia, partono per via aerea da Dacca fino a Mosca, poi via terra passano per l'Ucraina, la Romania e/o Bulgaria per arrivare in Croazia e Slovenia e approdare via mare o terra fino al confine italiano.

In particolare coloro che sono originari del Medio Oriente e delle regioni più remote dell'Asia, hanno come meta di transito per eccellenza Sarajevo. In Bosnia infatti possono entrare senza troppe difficoltà, grazie al blando regime dei visti e alla scarsa efficienza dei controlli alle frontiere. Una volta in Bosnia raggiungono l'Italia e gli altri Stati europei attraverso appunto Croazia e Slovenia.

Per quel che riguarda i motivi del soggiorno prevale il lavoro (47,9% del totale) ma molti sono anche quelli per motivi familiari (36,2%). Anche in questo caso la situazione nelle varie province è piuttosto variegata.

A Udine molte sono le richieste di soggiorno per motivi di lavoro, vista anche l'attiva situazione economica della zona, e assieme a Trieste, queste due città hanno la maggior concentrazione di permessi per lavoro autonomo.

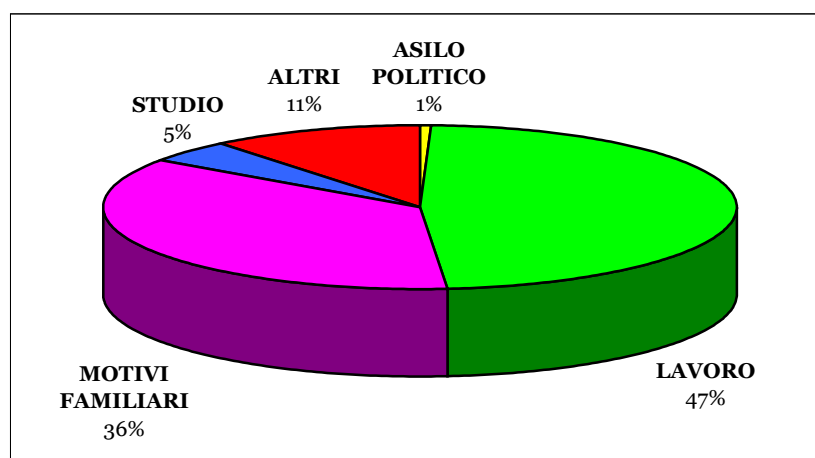
A Pordenone prevalgono i motivi familiari a causa della presenza dei militari presenti nella base di Aviano. Un'altra causa da non sottovalutare è la capacità dell'area di favorire la coesione familiare.

Nel goriziano alta è l'incidenza dei permessi per motivi di lavoro (67,4%) e questo è da attribuire senz'altro al fenomeno del frontalierato con flussi che non prevedono spostamenti dell'intero nucleo familiare, e per la presenza bengalese che è in larga prevalenza maschile.

A Udine e soprattutto a Trieste sono molte le richieste legate al diritto d'asilo. I richiedenti asilo infatti, sono raddoppiati in termini di valori assoluti, passando da 256 nel 2001 a 473 nel 2002.

A Trieste inoltre, molti sono coloro che risiedono per motivi di studio (4,6%), vista la presenza in città di un polo universitario che da sempre attrae numerosi studenti dai paesi balcanici, e di molti centri scientifici e di ricerca famosi a livello internazionale.

**Grafico n°16: Principali motivi del soggiorno in Friuli Venezia Giulia**



Elaborazione da Ires Fvg su dati Caritas

Le domande di regolarizzazione presentate entro novembre 2002 sono state 8.249 ma con notevoli differenze a livello provinciale. Se infatti a Trieste e Gorizia sono state presentate rispettivamente 1.204 e 1.104 domande e prevalentemente per lavoro subordinato, a Udine ne troviamo 3.307 e a Pordenone 2.634. Il motivo è da ricercarsi nel fatto che sia Trieste che Gorizia sono zone frontaliere in cui i lavoratori provenienti dalla Slovenia e dalla Croazia permangono nelle due province una settimana, quindici giorni, per poi

tornare a casa. Inoltre questi lavoratori sono per lo più infermieri, edili e assistenti domiciliari ma non vengono presi in considerazione dalla vigente normativa in quanto i loro visti d'ingresso sono per lo più per motivi turistici.

Per quel che riguarda il lavoro, le assunzioni nel Friuli Venezia Giulia vedono al primo posto i servizi (7.726), seguiti dall'industria (7.720) mentre poche sono le assunzioni nell'ambito agricolo (1.325).

In regione, in maggior numero troviamo i cristiani pari al 61,09%, di cui 29,20% Cattolici e 20,30% Ortodossi. I mussulmani sono solo il 21,80%.

Se suddividiamo le presenze femminili tra PSA e PVS, notiamo che le residenti appartenenti al primo gruppo sono oltre il 50% della presenza totale dei soggiornanti della loro area, mentre per le residenti dai PVS, hanno un andamento opposto. Esse infatti rimangono, in tutte le province, al di sotto del 50% benché con una tendenza alla crescita in tutti gli aggregati provinciali, crescita influenzata dalle procedure di regolarizzazione di colf e badanti.

In Friuli Venezia Giulia, tra il 2002 e il 2003, le donne hanno comunque aumentato la loro incidenza sul totale, passando dal 45,9% al 47,1%.

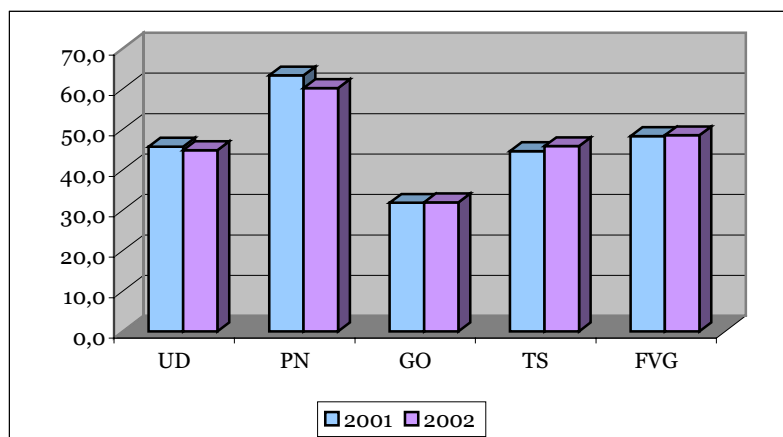
La crescita più consistente è quella delle donne provenienti dall'America Settentrionale (+2,4%) che raggiungono i loro mariti e compagni nella base militare di Aviano.

Tuttavia il dato più significativo è quello delle donne provenienti dall'Est Europeo che crescono del 2,1 (5.806 unità). Percentuali elevatissime di donne provenienti da quest'area si notano infatti per l'Ucraina (88,2%), la Moldavia (74,9%) e la Polonia (69,8%). Ma crescite consistenti sono da notare anche per la Colombia (72,3%), la Nigeria (65,4%) e la Russia (78,8%).

È Udine la provincia in cui le donne raggiungono percentuali più elevate (48,9%) mentre al vertice opposto sta Gorizia (39,0%), a causa della maggior presenza di immigrati dall'area asiatica, dal Medio Oriente e dall'Africa Settentrionale.



**Grafico n°17: Incidenza delle femmine sul totale dei soggiornanti alla fine del 2001 e del 2002**

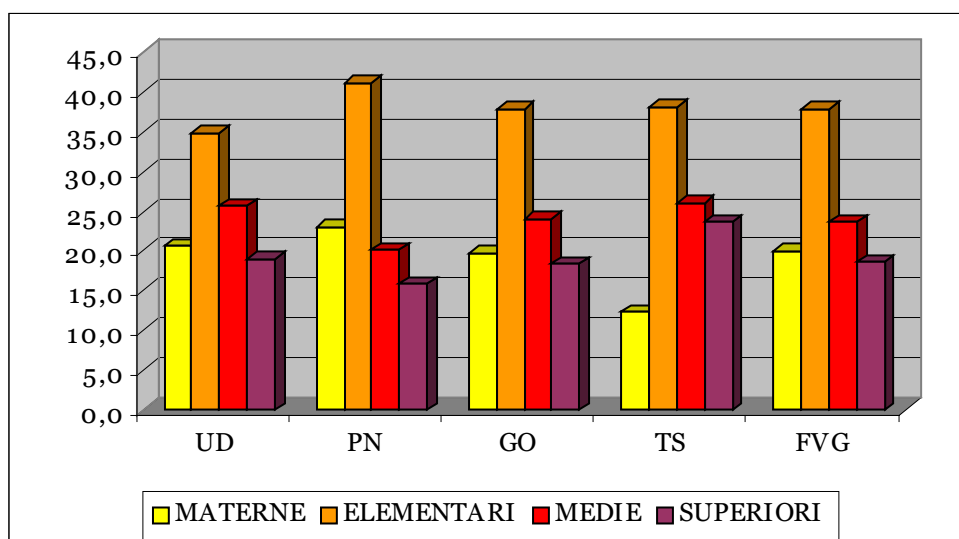


Elaborazioni Ires Fvg su dati Caritas

Gli studenti, figli di immigrati sono appena 446 a Gorizia e 860 a Trieste ma ben 1.742 a Pordenone e 1.602 a Udine. Per lo più provengono dall'Europa non comunitaria con un'incidenza del 63,5% sul totale degli alunni stranieri presenti in regione. Seguono poi quelli dall'Africa con 673 iscritti e quelli dall'America con 592 presenze.

Il maggior numero di presenze si riscontrano nelle scuole elementari, con 1.997 iscritti.

**Grafico n°18: Distribuzione percentuale studenti stranieri nei vari ordini scolastici anno scolastico 2003/2004, per provincia**



Elaborazioni Ires Fvg su dati Miur

## Le presenze dall'Est Europa

In alcuni paesi dell'Unione Europea, la presenza di immigrati dall'Est Europa è superiore alla media europea generale arrivando al 62% in Austria, al 27% in Germania, al 42% in Finlandia, al 33% in Grecia e al 29% in Italia.

Se raggruppiamo Germania, Austria e Italia, la presenza di stranieri dall'Est Europa raggiunge quasi l'85% del totale di tutti gli immigrati provenienti da quest'area presenti nell'Ue. Infatti nei restanti paesi raggiungono valori minimi, tra lo 0,1% e il 3%.

Il principale paese da cui provengono gli immigrati dall'Est Europeo è indubbiamente la Jugoslavia con 1,1 milioni di emigranti, seguita da Polonia (15%), Croazia e Romania (7,5%), Bosnia-Erzegovina e Russia (6,5%).

La causa prima di questa presenza cospicua in alcuni paesi è dettata certamente dalla prossimità geografica ma anche dal formarsi di connessioni storico-culturali e da una lunga tradizione di scambi reciproci.

In Italia al 31 dicembre 2002 erano presenti 450.000 immigrati provenienti dall'Est, con una percentuale del 30,2% sul totale degli immigrati presenti in tutta la penisola e con una incidenza di molto superiore rispetto alla media Ue (17%). Queste presenze sono distribuite su tutto il territorio ma raggiungono punte oltre la media in Puglia, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia (oltre il 50%), Basilicata, Molise, Umbria, Marche e Trentino.

Degli immigrati provenienti dall'Est, il 58% proviene dai Balcani, il 34% dai Peco e l'8% dai rimanenti paesi dell'Est.

Bisogna tuttavia osservare che la stessa Europa dell'Est sta diventando, sebbene lentamente, un'area di insediamento per migranti spinti da motivi economici, che ritrovano in queste zone legami culturali vecchi di secoli. In quest'area, non pochi sono i flussi internazionali di lavoratori autonomi provenienti dai PVS e quelli altamente qualificati dall'Occidente.

Nel maggio 2004 sono entrati a far parte dell'Unione Europea dieci nuovi paesi: Cipro, Malta, Polonia, Ungheria, Rep. Ceca, Slovacchia, Slovenia, Estonia, Lituania e Lettonia. Questo avvenimento porterà ripercussioni di medio periodo soprattutto per i paesi che con questi confinano. Le dimensioni future di questi

flussi dipenderanno dalle dinamiche di sviluppo sociale ed economico dei diversi paesi e dalla riduzione dei gap salariali tra paesi confinanti.

Anche per il Friuli Venezia Giulia si potranno avere significative ripercussioni a livello locale, in quanto l'allargamento mette in moto quello che è il tradizionale bacino di attrazione di questa regione, e cioè l'area balcanica e l'Europa Centro Orientale. Come abbiamo infatti già detto, tra le nazionalità maggiormente presenti in Friuli Venezia Giulia, ai primi posti troviamo Jugoslavia, Albania, Croazia, Slovenia, Romania e Bosnia-Erzegovina.

In regione, tra il 2002 e il 2003 l'incidenza dei residenti provenienti dall'Europa Centro Orientale è aumentata notevolmente ed è giunta a toccare il 62% del totale, con 32.107 presenze totali (nel 2002 erano 26.301). Se il dato generale mostra un incremento annuo per tutte le nazionalità del 18,9%, si osserva che il dato relativo alle provenienze dall'Europa Orientale fa segnare un aumento del 22,1%.

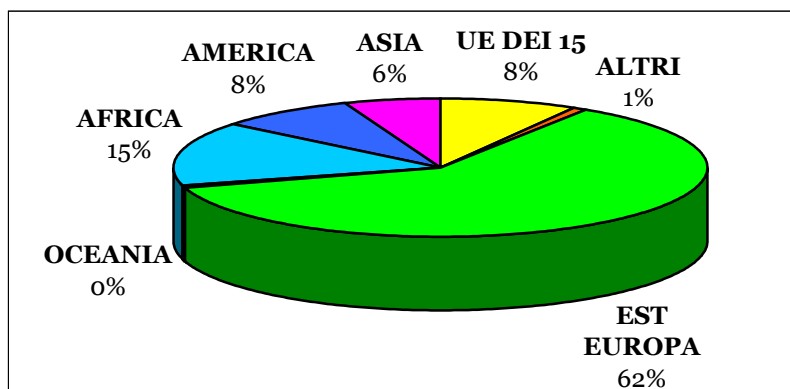
Sono tuttavia necessarie delle considerazioni. La Slovenia è un paese confinante con il Friuli Venezia Giulia e ci sono tra queste due aree legami sia economici che culturali molto vecchi. Gli scambi di lavoratori tra queste due aree è molto consistente eppure i residenti sloveni in regione tra il 2002 e il 2003 non sono aumentati.

Come afferma il Rapporto Statistico dell'Immigrazione in Friuli Venezia Giulia del 2003:

“...si tratta di un elemento che può risultare utile a riflessioni in chiave di apertura delle frontiere anticipata per alcune nazionalità. Il pericolo di flussi fuori controllo da alcuni dei paesi più vicini parrebbe, alla luce di questi elementi, lontanissimo: tali evidenze numeriche potrebbero costituire un importante fattore di spinta verso protocolli che portino in tempi brevi ad una liberalizzazione del mercato del lavoro transfrontaliero...”

Vorrei poi ricordare che lo stesso si è verificato dopo la caduta del muro di Berlino, quando ci si aspettava un’“invasione dall’Est” che nella realtà non si è mai verificata.

**Grafico n°19: Percentuale dei soggiornanti dall'Est Europa in Friuli Venezia Giulia sul totale degli stranieri**



Elaborazione da dati ISTAT- Italia - Censimento 2001

## Trieste

Vorrei brevemente ripercorrere le caratteristiche principali delle immigrazioni nel capoluogo del Friuli Venezia Giulia, in quanto è sulle presenze in questa città che si focalizzerà la mia tesi.

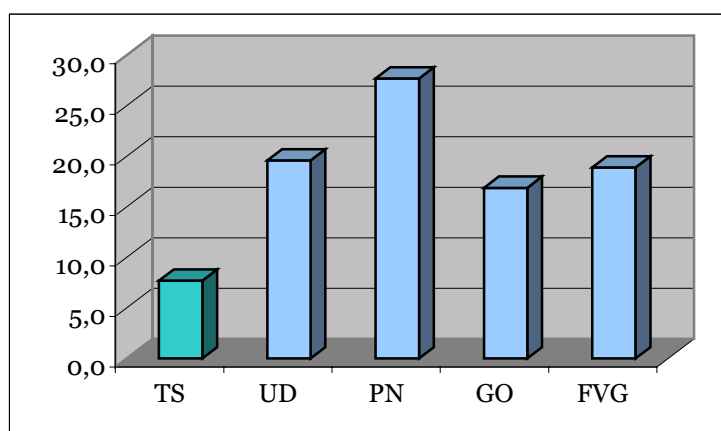
Trieste è una città un po' a sé in quanto, benché si trovi al confine con i paesi dell'Est Europa, non offre grandi possibilità lavorative ed inoltre non possiede una grande provincia ma è circondata solo da piccoli paesi. Trieste è quindi solo meta di transito per gli stranieri che vi arrivano in quanto abbiamo più volte constatato che il motivo principale della migrazione è il lavoro. Solo in un secondo momento ci sono i motivi familiari e quindi i ricongiungimenti e un tipo di migrazione non più temporanea ma definitiva, con progetti di integrazione nel tessuto sociale.

Inoltre Trieste (come d'altronde Gorizia) vede flussi migratori dai paesi confinanti che però, proprio a causa della vicinanza geografica, non prevedono il coinvolgimento dell'intero nucleo familiare.

La storia delle immigrazioni a Trieste presenta un andamento oscillante con una prima discesa nel corso del 1999 quando il valore passa dal 19,1% al 15,7% per risalire nel 2000 al 17,3% e ridiscendere al 14,1% nel 2001.

La variazione percentuale degli stranieri soggiornanti tra il 2001 e il 2002 a Trieste, ha subito un andamento complessivo negativo (-1,9%) in quanto se nel 2001 erano presenti 13.702 stranieri, nel 2002 sono calati a 13.437 (vedere grafico numero 14). Tuttavia tra il 2002 e il 2003 i residenti stranieri<sup>7</sup> sono passati da 10.251 a 11.038 con un incremento in città del 7,7%, ma segnalando comunque che Trieste è la zona meno attrattiva per dei flussi migratori stabili (l'incremento in regione è stato del 16%).

**Grafico n°20: Variazioni percentuali 2002-2003 per totale stranieri per provincia**

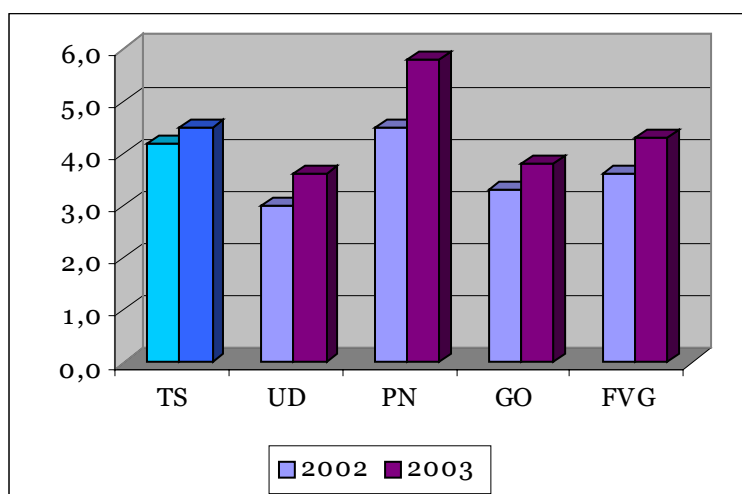


Elaborazione da Ires Fvg su dati delle Anagrafi Comunali

Parlando di incidenza dei soggiornanti stranieri sulla popolazione residente, il capoluogo mantiene il primato all'interno della regione, anche se nel 2002 ha segnato un decremento del 0,1%. Bisogna però aggiungere che c'è stata una diminuzione generale del 1,9% dei permessi di soggiorno e quindi, tirando le somme, si nota che il decremento della popolazione locale è più consistente di quella degli stranieri soggiornanti.

<sup>7</sup> Le iscrizioni anagrafiche permettono di considerare la componente più stabile dell'immigrazione. È quindi esclusa una componente molto importante in città: i lavoratori transfrontalieri.

**Grafico n°21: Incidenza stranieri residenti su totale popolazione residente, 2002-2003**



Elaborazione da Ires Fvg su dati delle Anagrafi Comunali

A Trieste si rileva la massima incidenza di stranieri provenienti dall'Est Europeo, raggiungendo il 71,2% del totale ma con una crescita di quest'area del solo 7,8%.

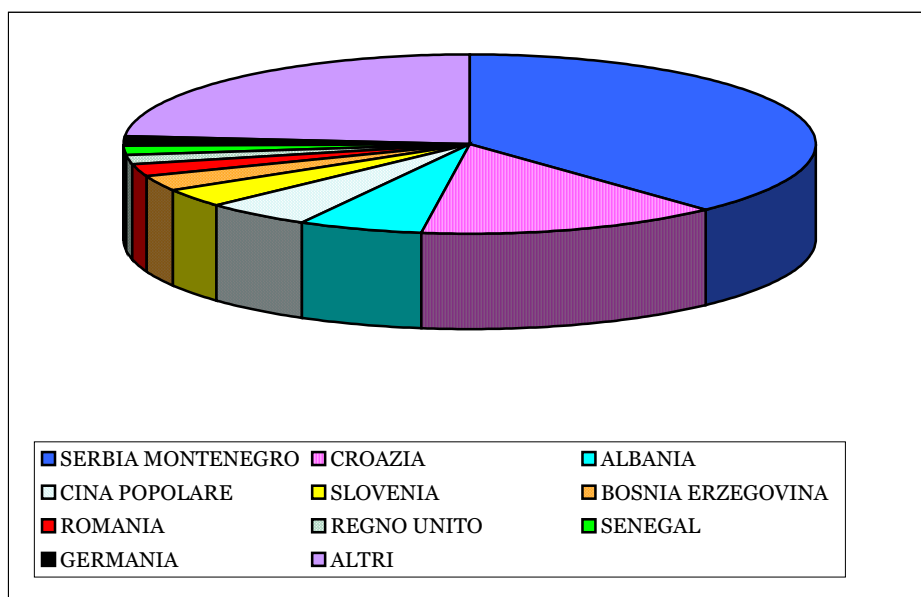
Al primo posto ci sono i soggiornanti provenienti dalla Serbia e Montenegro. La prima comunità serba si insediò a Trieste nel 1800 e quindi si è formata nei secoli una forte catena migratoria che vede oggi in città 4.199 Serbi (il 30,1% degli stranieri contro una media regionale del 12,2%). Tuttavia la variazione tra il 2002 e il 2003 è stata di appena 5,9%.

Al secondo posto in città ci sono i Croati, con 4.199 presenze nel 2003 e una variazione percentuale rispetto al 2002 del solo 4,2%. Al terzo posto gli Albanesi con 667 unità e una variazione percentuale del 14,0% rispetto il 2002. Raggiungono poi una notevole consistenza i soggiornanti dall'Asia Orientale, con una buona presenza di Cinesi (556 presenze e una variazione del 14,9%). Al quinto posto gli Sloveni che però hanno subito un decremento del -7,9%. Al quinto posto i Bosniaci (+12,1%), seguiti dai Rumeni che sono aumentati del 45,5%.

Notevoli incrementi tra i Moldavi (+125%) e i Macedoni (+71,9%).

Udine e Trieste sono poi i due comuni con la percentuale maggiore di residenze di stranieri dai Paesi a Sviluppo avanzato (rispettivamente 36,7% e 28,9% del totale regionale).

**Grafico n°22: Prime 10 comunità presenti a Trieste**

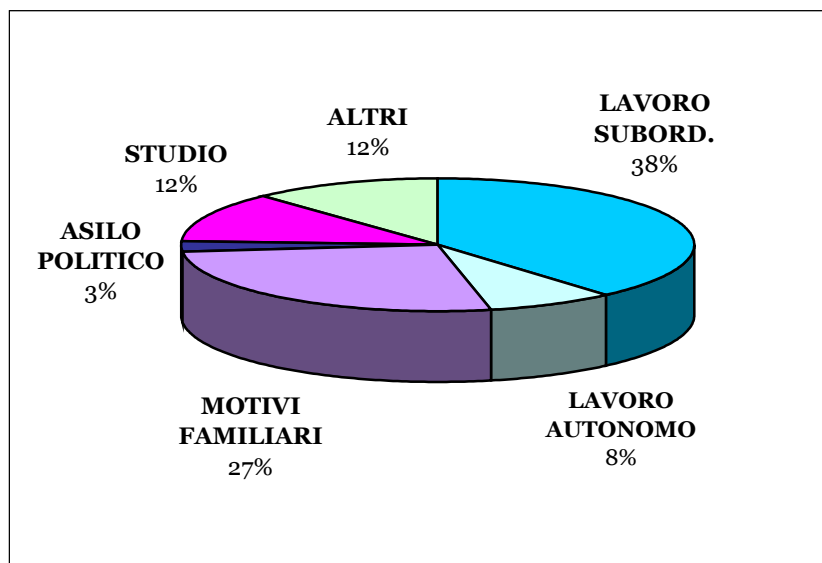


Elaborazione da Ires Fvg su dati delle Anagrafi Comunali

Sia a Trieste che a Gorizia le istanze di regolarizzazione per lavoro subordinato sono di gran lunga prevalenti mentre a Udine e Pordenone prevalgono le domande di regolarizzazione per lavoro domestico. Gli effetti della sanatoria non si sono fatti sentire in maniera significativa né a Trieste né a Gorizia e l'emersione del fenomeno del lavoro domestico è più difficile a causa dei flussi frontalieri molto consistenti ma di breve durata.

A Trieste, ma meno che a Udine, molti sono i permessi per lavoro autonomo (1.094 nel capoluogo e 1.100 a Udine) e nel capoluogo sono piuttosto numerosi i permessi per motivi di studio grazie al polo universitario e ai centri di ricerca. Un'altra tipologia di permessi di soggiorno molto consistente in città è quella per asilo politico (150 nel 2002).

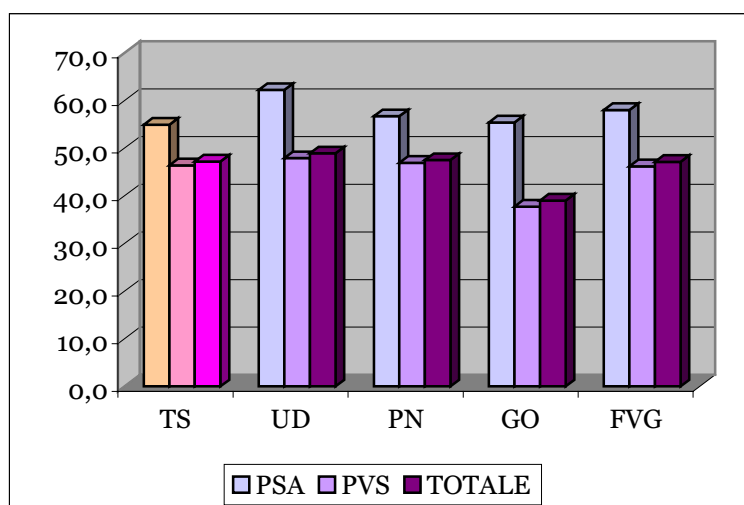
**Grafico n°23: Principali motivi del soggiorno a Trieste**



Elaborazione da Ires Fvg su dati Caritas

A Trieste non ci sono significativi squilibri tra la componente femminile (6.158 unità) e quella maschile (7.279), benché la seconda sia maggiormente presente. Alcune comunità presentano una percentuale maggiore di donne su quelle degli uomini. Queste sono la comunità peruviana (86,8%), ucraina (82,3%), polacca (81,0%), brasiliana (79,3%) e cubana (79,2%).

**Grafico n°24: Femmine su totale stranieri per PSA, PVS e totale per provincia nel 2003**

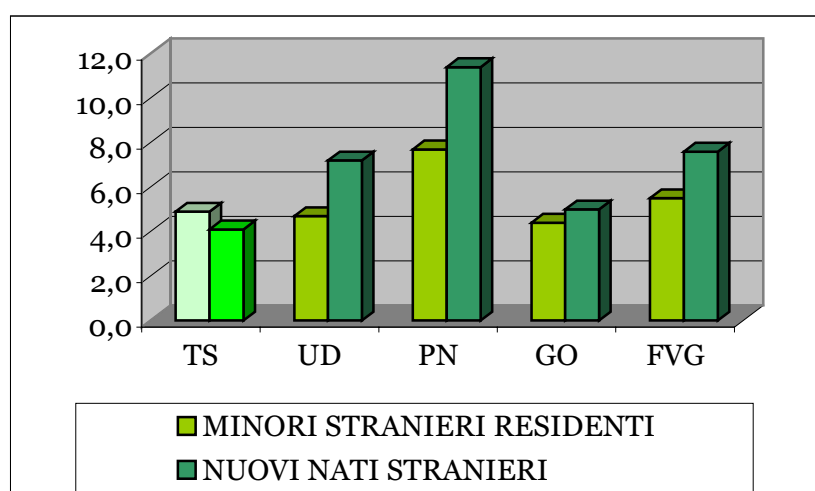


Elaborazione da Ires Fvg su dati delle Anagrafi Comunali



Livelli di crescita poco consistenti presentano i minori stranieri (6,3%) e per quanto concerne le nascite, a Trieste tra il 2002 e il 2003 si è avuto un arretramento, anche se trattandosi di valori assoluti piuttosto bassi, bisogna interpretarli con cautela. Infatti le percentuali delle nascite tra gli immigrati sono allineate con le tendenze degli autoctoni. È infatti nel capoluogo regionale che notiamo i maggiori tassi di invecchiamento e i più bassi tassi di natalità.

**Grafico n°25: Incidenza minori stranieri residenti su totale minori residenti e incidenza nuovi nati stranieri su totale nuovi nati, 2003**



Elaborazione da Ires Fvg su dati delle Anagrafi Comunali

## Capitolo 2

# *Sistema sanitario e salute degli immigrati in Italia*



J.A.D. Ingres, *“La baignante di Valpinçon”*, 1808

## La tutela sociale italiana per gli emigranti e gli immigrati

Negli anni passati, l'Italia ha stipulato con altri paesi vari accordi sia bilaterali che multilaterali al fine di proteggere la sicurezza sociale, all'inizio dei propri emigrati, e in seguito ai cambiamenti storici e sociali avutosi in Europa e nel mondo in generale, con le persone che a loro volta immigravano nella penisola.

Il primo accordo storico si ebbe tra Italia e Francia il 15 aprile 1904. Antesignano di numerose convenzioni successive, prevedeva la parità di trattamento in materia di infortuni sul lavoro.

Con l'accordo italo-tedesco del 31 luglio 1912 vennero estese le tutele. Oltre infatti a quelle in campo infortunistico, vennero inserite la conservazione dei diritti pensionistici e la possibilità di rimborso di parte dei contributi versati in caso di rimpatrio.

L'evoluzione delle normative nazionali sulle assicurazioni sociali e il lavoro dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro contribuirono ad ampliare e modernizzare le tutele per i lavoratori stranieri. Un prima applicazione di tali vantaggi si ebbe con l'accordo con il Regno serbo-croato-sloveno del 20 luglio 1925 e quello con la Francia del 13 agosto 1932.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, soprattutto grazie all'intenso esodo migratorio, vennero stipulati numerosi accordi che videro la comparsa di contenuti sempre più ampi ("...parità di trattamento, totalizzazione dei periodi di assicurazione e prorattizzazione delle prestazioni, e cioè loro corresponsione parziale in misura corrispondente ai contributi versati in ciascun paese, ed esportabilità delle stesse prestazioni..."<sup>8</sup>) e l'introduzione di sistemi internazionali di copertura. Tali accordi vennero fatti con l'Austria il 30 dicembre 1950, con la Jugoslavia l'11 novembre 1957 e il 10 novembre 1975 con il Trattato di Osimo, con la Svizzera il 17 ottobre 1951, con il Brasile il 9 dicembre 1960, con la Gran Bretagna il 28 novembre 1951, con l'Argentina il 12 aprile 1961 e con la Spagna il 21 luglio 1956.

---

<sup>8</sup> Caritas Roma, "Immigrazione Dossier Statistico 2003 – XIII Rapporto sull'immigrazione", ed. "Nuova Anterem", 2003, p. 312

Nel 1957 venne siglato il Trattato di Roma che vide la nascita della Comunità Economica Europea. L'Italia dovette applicare l'articolo 51 del Trattato il quale fece entrare in vigore il 1° gennaio 1959 due Regolamenti (gli attuali 1408/71 e 574/72) in materia di sicurezza sociale che prevedevano misure per favorire la libera circolazione dei lavoratori nell'ambito della Comunità Europea. In seguito questi due Regolamenti saranno estesi ad altri paesi anche non appartenenti alla Ce (per es. nel 2002 gli accordi Ce-Svizzera).

Negli anni successivi altri accordi bilaterali verranno conclusi per proteggere i lavoratori italiani all'estero.

Quando l'Italia divenne paese d'immigrazione vennero siglate convenzioni con altri paesi. Le prime furono quelle con la Tunisia del 7 dicembre 1984 e con Capoverde del 18 dicembre 1980. Entrambi sono esportatori di manodopera.

Per quel che riguarda i paesi confinanti non appartenenti all'Unione Europea, sono rimaste in vigore la Convenzione con la Jugoslavia del 1957 per tutti i paesi ora indipendenti. Tuttavia con la Slovenia è stata siglata una nuova convenzione nel 2002.

Con altri paesi sono state firmate trattative di sicurezza sociale che seppur non ampie come quelle all'interno dell'Unione Europea, sono tuttavia efficaci. Tali convenzioni non sono però mai state ratificate con Filippine, Cile, Marocco, Slovacchia. Trattative sono tutt'ora in corso con Polonia, Romania e altri paesi.

I principi fondamentali delle convenzioni internazionali di sicurezza sociale sono la parità di trattamento degli stranieri con i lavoratori autoctoni, la totalizzazione dei contributi italiani con quelli del paese estero e l'esportabilità delle prestazioni in un altro paese.

### L'assistenza sanitaria per gli immigrati in Italia

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito nel 1978 senza però prevedere una normativa specifica per gli stranieri soggiornanti in Italia.

Dalla metà degli anni 80 fino a metà anni 90 inoltre, venivano negate agli immigrati irregolari le prestazioni sanitarie. Furono solo alcune associazioni di volontariato a garantire loro questo irrinunciabile diritto.

Si dovette attendere il 1995 quando il D.L. n°489 del 18/11/1995 dal titolo *“Disposizioni urgenti in materia politica dell’immigrazione e per la regolamentazione dell’ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei paesi non appartenenti all’Unione Europea”* dichiarava all’articolo 13 il diritto alla salute come diritto per tutti, compresi gli stranieri regolari, irregolari e clandestini. Questo prevedeva quindi soluzioni concrete per le cure straordinarie e urgenti ma anche per quelle ordinarie e continuative.

Nel 1998 è stata poi approvata una nuova legge sull’immigrazione, la L.40/98, che venne fatta confluire nel *“Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”*. La legge prevedeva una vasta legislazione e rappresentava una svolta rilevante rispetto al passato. Tale impianto normativo è tutt’ora tra i più avanzati d’Europa.

Attualmente i riferimenti legislativi principali sono contenuti nel D. leg. 286/98 (art.13) e nel suo Regolamento d’attuazione (Dpr. 31 agosto 1999, n.394). Il decreto legislativo è stato ispirato dal *“Documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato”* che, riconoscendo all’immigrazione una valenza strutturale e non più emergenziale, proponeva delle politiche d’integrazione che permettessero agli stranieri di poter vivere nelle stesse condizioni degli Italiani e che dessero quindi loro la possibilità di risolvere quelle situazioni penalizzanti, prima tra tutte l’accesso ai servizi sanitari.

Oggi a tutti gli stranieri sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana (comma 1 Testo Unico) e gli stessi diritti civili se soggiornano regolarmente (comma 2).

A completare il quadro si aggiungono alcuni documenti programmatici quali il Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000 e quello del 2003-2005 che evidenziano la realtà dell’immigrazione e propongono degli obiettivi strategici per assicurare agli stranieri le stesse opportunità di garanzia alla salute.

### L’assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al S.S.N.

Secondo la normativa vigente, alcune tipologie di stranieri hanno l’obbligo di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale. L’iscrizione è gratuita ed è garantita

per tutta la durata del permesso di soggiorno. La legge assicura quindi parità di trattamento con i cittadini italiani e piena uguaglianza di diritti e doveri per quel che concerne l'obbligo contributivo e l'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Rientrano in questa categoria:

- a. Coloro che sono regolarmente soggiornanti in Italia per motivi di lavoro, sia esso subordinato o autonomo, o iscritti alle liste di collocamento; coloro inoltre che sono regolarmente soggiornanti hanno la possibilità di autocertificare la loro condizione di lavoratore subordinato, autonomo o disoccupato ma iscritto alle liste di collocamento;
- b. Coloro che hanno in corso un regolare rapporto di lavoro subordinato e che hanno richiesto il rilascio del permesso di soggiorno ma che non l'hanno ancora ottenuto; tale iscrizione è soggetta a controlli periodici in attesa del rilascio del permesso e la cessazione del rapporto di lavoro o il rifiuto del rilascio del permesso comporta la cancellazione dell'iscrizione al S.S.N.;
- c. Coloro che sono regolarmente soggiornanti o che hanno richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per lavoro subordinato, autonomo, motivi familiari, asilo politico e asilo umanitario (essi sono equiparati ai disoccupati), per attesa adozione, per affidamento, per attesa cittadinanza e per motivi di salute;
- d. I familiari a carico degli stranieri regolarmente soggiornanti e iscritti al S.S.N.;
- e. I lavoratori stagionali per la durata dell'attività lavorativa;
- f. Le donne clandestine che decidono di uscire dalla tratta della prostituzione e che quindi ottengono un permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale (art. 18, c.1 D Lgs 286/1998).

L'iscrizione al S.S.N. è comunque valido nel caso di presentazione della documentazione che attesta la pendenza del ricorso contro il provvedimento di espulsione o quello di mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno.

Inoltre il rilascio del permesso di soggiorno fa retroagire il diritto all'assistenza sanitaria dello straniero alla sua entrata in Italia coincidente con la validità iniziale del permesso di soggiorno. Quindi le prestazioni urgenti ed essenziali avute da uno straniero non ancora iscritto perché in attesa del rilascio del permesso di soggiorno, vengono rimborsate dall'Azienda Sanitaria una volta formalizzata l'iscrizione.

L'iscrizione cessa per scadenza del permesso (eccetto quando si esibisce la documentazione che attesta la richiesta di rinnovo dello stesso o il permesso rinnovato), per mancato rinnovo del permesso, per revoca o annullamento del permesso e per espulsione dello straniero.

Gli stranieri che sono regolarmente soggiornanti ma non rientrano nei casi precedenti devono stipulare una polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero riconosciuto sul Territorio Nazionale, contro il rischio di malattie, infortunio e maternità, o provvedere all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale anche per i familiari a carico. Per quest'ultima iscrizione lo straniero deve pagare una somma proporzionale al suo reddito complessivo conseguito in Italia o all'estero. Ha una durata annuale o un periodo inferiore se coincide con la scadenza del permesso di soggiorno nel corso dell'anno. Questa iscrizione non ha decorrenza retroattiva.

L'iscrizione volontaria può essere richiesta anche dagli stranieri regolarmente soggiornanti per motivi di studio, da quelli collocati alla pari o comunque presenti sul territorio per un periodo maggiore ai tre mesi. Tale contributo non è però valido per i familiari a carico.

A coloro i quali sono regolarmente presenti ma non iscritti al S.S.N. e non hanno alcuna assicurazione privata, sono comunque garantite le prestazioni sanitarie urgenti, la tutela sociale della gravidanza e della maternità a parità delle cittadine italiane, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. Per queste cure devono essere corrisposte le tariffe determinate dalle Regioni o nel caso di meno abbienti, il pagamento del solo ticket.

## L'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale

Anche agli stranieri irregolarmente soggiornanti in Italia sono previste alcune prestazioni sanitarie, normate dall'art. 35 comma 3 del 286/98. Queste sono:

- a. Prestazioni ospedaliere urgenti ed essenziali comprese quelle erogate in regime di day-hospital e pronto soccorso;
- b. Prestazioni ambulatoriali urgenti<sup>9</sup> ed essenziali<sup>10</sup>; oltretutto il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali assicurano al malato il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso;
- c. Prestazioni minime essenziali come i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva; in particolare sono garantiti:
  1. la tutela sociale della gravidanza e maternità;
  2. la tutela della salute del minore;
  3. le vaccinazioni secondo la normativa vigente e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
  4. interventi di profilassi internazionale;
  5. profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

A tutti gli stranieri irregolarmente presenti viene attribuito al momento della prima erogazione dell'assistenza, un codice regionale individuale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) che è riconosciuto su tutto il territorio nazionale. Questo dà la possibilità di ottenere le prestazioni precedentemente indicate, la prescrizione su ricettario regionale di farmaci erogabili da parte

---

<sup>9</sup> Si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.

<sup>10</sup> Per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).



delle farmacie a parità di trattamento con i cittadini italiani, e la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso. Il codice ha validità semestrale ed è rinnovabile. Lo straniero “STP” paga le prestazioni secondo le tariffe stabilite dalle Regioni a meno che si dichiari “indigente”. In questo caso le cure saranno erogate senza oneri a carico dell’assistito (come le urgenze ospedaliere, le prestazioni sanitarie di primo livello, lo stato di gravidanza, le patologie esenti e tutte le prestazioni per i soggetti esenti in ragione dell’età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti) fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

L’assegnazione del codice STP non permette la segnalazione all’autorità dello straniero irregolarmente presente, fatti salvi i casi di cura in cui sia obbligatorio il referto.

### Stranieri assistiti in base a patti bilaterali e cittadini comunitari non residenti

I cittadini assistiti in base ad accordi internazionali dovrebbero già essere premuniti della modulistica che dà diritto alle cure urgenti. Presso gli sportelli amministrativi viene loro rilasciato il “Carnet della Salute”, che dà inoltre diritto all’assistenza medico generica e all’accesso a tutte le prestazioni sanitarie.

Essi partecipano alla spesa sanitaria ed hanno diritto alle stesse forme di esenzione per invalidità, patologia, stato di gravidanza e reddito, dei cittadini italiani.

In caso di esenzione per reddito sono tenuti ad autocertificare il loro reddito lordo prodotto l’anno precedente. Per quel che riguarda patologia e gravidanza devono presentare un apposito certificato rilasciato dalla Cassa estera di appartenenza o da un medico delle strutture sanitarie abilitate, e se colpiti da invalidità, quella per dimostrare l’appartenenza alla categoria di invalidi appropriata.

Se lo straniero non è in possesso dei moduli rilasciati dal paese d'origine, è tenuto a pagare le prestazioni per intero secondo le tariffe stabilite dalla Regione.

I cittadini comunitari temporaneamente presenti in Italia hanno diritto alle prestazioni indicate sui moduli rilasciati dalle istituzioni estere competenti.

### Cittadini comunitari residenti

Il decreto del Ministro della Salute del 18 marzo 1998, stabilisce che gli stranieri appartenenti all'Unione Europea che hanno residenza in Italia, sono iscritti obbligatoriamente al Servizio Sanitario Nazionale per tutta la durata del permesso di soggiorno. L'iscrizione è estesa anche ai familiari a carico. Essi hanno così la facoltà di scelta del medico di base e usufruiscono delle stesse prestazioni erogate ai cittadini italiani iscritti.

Non è invece necessaria l'iscrizione se lo straniero dichiara di essere già iscritto in un altro stato membro.

### Stranieri in possesso del permesso di soggiorno per “cure mediche”

#### *Stranieri che chiedono il visto d'ingresso per cure mediche*

Colui il quale decide di effettuare cure mediche in Italia dietro pagamento dei relativi oneri, per un periodo inferiore ai 90 giorni, può richiedere presso la Rappresentanza diplomatica o consolare il rilascio di un visto per cure mediche. Bisogna presentare inoltre l'adeguata documentazione:

1. dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata prevista della stessa;
2. l'attestazione dell'avvenuto deposito di una somma cauzionale (30% del costo complessivo delle prestazioni richieste) a favore della struttura prescelta;
3. la documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie, di quelle di

vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria, e di rimpatrio per l'assistito e l'eventuale accompagnatore.

Se il paziente è minore devono inoltre esserci il consenso di chi esercita la patria potestà. Agli eventuali accompagnatori verrà rilasciato un visto per motivi familiari o per cure mediche nel caso l'accompagnatore non sia un familiare.

Una volta in Italia, lo straniero dovrà chiedere, entro 8 giorni, alla Questura territorialmente competente, un permesso di soggiorno per cure mediche la cui durata sarà pari a quella del visto.

Il permesso di soggiorno per cure mediche non consente alcun mutamento del motivo del soggiorno, né autorizza lo straniero a svolgere attività lavorativa in Italia.

### *Stranieri che vengono trasferiti per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari*

Il visto per cure mediche e il relativo permesso di soggiorno possono essere rilasciati in riferimento ai programmi umanitari previsti dal D.L. 7 dicembre 1993, n. 517.

L'autorizzazione all'ingresso in Italia viene data:

1. da parte del Ministro della Salute di concerto con il Ministro degli Affari Esteri per i cittadini stranieri residenti in paesi privi di strutture sanitarie idonee e adeguate;
2. da parte delle Regioni d'intesa con il Ministro della Salute, le Aziende Locali e le Aziende Ospedaliere per prestazioni di alta specializzazione che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni. Queste cure sono a favore di cittadini extracomunitari che vivono in paesi in cui non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria. Inoltre rientrano in questo gruppo i cittadini di paesi in cui la situazione contingente non permette di rendere attuabili gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del S.S.N.

Tutte le spese sono sostenute dal Fondo Sanitario Nazionale.

Entro otto giorni dall'ingresso in Italia, il malato deve richiedere il permesso di soggiorno che avrà la durata del periodo di cura o finché è in corso il trattamento terapeutico regolarmente documentato.

## Stranieri minori

Ai minori, figli di stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, è assicurato fin dalla nascita il medesimo trattamento dei minori italiani iscritti.

In osservanza della *Convenzione di New York sui diritti del fanciullo*, firmata e ratificata dall'Italia, i minori hanno il diritto d'avere i più alti livelli raggiungibili di salute fisica e mentale e alla fruizione di servizi medici e di riabilitazione. Nessun minore può essere privato del diritto di accesso a tali servizi. In Italia i minori stranieri o meno sono esenti dal pagamento del ticket in caso di visita specialistica urgente.

L'Unità Operativa Bambini e Adolescenti distrettuale ha il compito di prendersi cura dei minori stranieri presenti sul territorio e deve provvedere a verificare che il bambino abbia eseguito le vaccinazioni obbligatorie, quali la poliomielite, l'epatite B, il tetano e la difterite.

### *Stranieri minori in regola con il permesso di soggiorno*

Questi minori sono a carico del genitore, tutore o affidatario. Se sono iscritti al S.S.N., partecipano alla spesa sanitaria come tutti i cittadini italiani. Nel caso non siano iscritti, i loro diritti sono uguali a quelli del genitore, tutore o affidatario.

### *Stranieri minori non in regola con il permesso di soggiorno*

L'onere delle cure per il minore viene preso in carico dal genitore, tutore o affidatario che lo accompagna salvo nel caso gli stessi autocertifichino la loro indigenza.

Nel caso il minore non sia accompagnato, le cure vengono erogate in forma gratuita ma la presenza del minore non accompagnato dev'essere segnalata al Tribunale dei Minori.

Per l'approvvigionamento dei farmaci ci si rivolge alle U.O.<sup>11</sup> Bambini e Adolescenti distrettuale.

## Profughi e sfollati

Per questa categoria di immigrati, esistono delle specifiche disposizioni di legge che pongono gli oneri sostenuti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico dello Stato. Essi sono quindi totalmente esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria e sono in possesso del "Carnet della salute".

A questi stranieri vengono applicate le stesse procedure degli stranieri non in regola con le normative relative al soggiorno e all'ingresso.

## Lavoratori frontalieri

I lavoratori frontalieri sono coloro i quali risiedono in un altro Stato e vi ci tornano ogni giorno o almeno una volta alla settimana, seppur si rechino a lavorare sul territorio italiano.

Questi lavoratori possono chiedere e ottenere le prestazioni sanitarie sia tramite l'istituto dell'area di residenza sia tramite l'istituto competente per territorio con riferimento all'indirizzo della ditta per la quale prestano attività lavorativa.

Il lavoratore è iscritto nelle liste dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente sulla sede di lavoro.

L'assistenza sanitaria è estesa anche ai familiari a carico, tuttavia non è prevista la scelta del medico di fiducia ma le visite vengono effettuate in forma indiretta con il sistema delle visite occasionali.

Dopo il rilascio della Tessera Sanitaria, il lavoratore ha l'obbligo di trasmettere al proprio datore di lavoro una nota con la quale lo si impegna a comunicare

---

<sup>11</sup> Unità Operative

all'Azienda Sanitaria l'eventuale cessazione, interruzione o sospensione del rapporto di lavoro.

A questa categoria appartengono i cittadini stranieri in Italia che rispondono ai requisiti sopra richiesti e che inoltre provengono dalle seguenti località: Jesenive, Tolmino, Nova Gorica, Sesana, Capodistria, Isola, Pirano e Buie.

### Stranieri presenti per motivi di giustizia

#### *Detenuti*

I detenuti secondo il comma 5 art.1 D.Lgs. 230/99, sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e hanno diritto all'assistenza medico-generica solo per il periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari, a prescindere dal loro regolare titolo di permesso di soggiorno.

#### *Stranieri che devono sostenere un processo*

Se sono in Italia per brevi periodi e hanno un permesso di soggiorno per "Motivi di Giustizia", non hanno l'obbligo d'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ma avranno comunque diritto alle cure urgenti ed essenziali e all'assistenza medico-generica.

#### *Stranieri che decidono di collaborare con la giustizia*

Questa tipologia di immigrati sono in possesso di un permesso di soggiorno per motivi umanitari che ricadono quindi nella fattispecie della protezione sociale. Sono quindi obbligati all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

### Tutele per le donne in gravidanza

Le donne straniere in Italia vengono particolarmente aiutate dallo Stato quando sono in gravidanza.

La legge n.488/99 (Finanziaria 2000), prevede che tutte le donne residenti, comunitarie o extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno, possono

ottenere dall'Inps, un assegno di maternità per ogni figlio nato o per ogni minore adottato o affidato. L'assegno è di competenza dell'Inps nel caso la donna sia una lavoratrice atipica o discontinua, mentre se è sprovvista di posizione contributiva, l'assegno viene concesso dai comuni ma comunque erogato dall'Inps. La domanda dev'essere fatta entro sei mesi dalla nascita del figlio o dall'ingresso del minore in Italia.

Tali assegni sono disciplinati dagli art. 74 e 75 del d.leg. n.151/2001 (Testo Unico sulla Maternità).

Come già accennato, alle donne straniere irregolari è garantita la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le donne italiane. È vietata inoltre l'espulsione della donna e del marito convivente (Corte Costituzionale n. 376/2000) per tutta la durata della gravidanza e fino a sei mesi dopo la nascita del bambino. In questi casi viene quindi rilasciato un permesso di soggiorno per cure mediche.

Ai minori irregolari sono garantite le cure mediche, gli interventi di profilassi internazionale e la cura delle malattie infettive.

### La salute degli immigrati in Italia

Quando l'immigrazione era ancora un fenomeno recente e poco si sapeva di coloro che venivano in Italia, si crearono vari stereotipi ancor oggi difficilmente modificabili perfino tra il personale sanitario stesso. In principio si temeva infatti che gli immigrati portassero in Italia malattie esotiche non più presenti nel nostro paese. Da uno studio della Caritas iniziato dieci anni fa e tutt'ora in corso, su un campione di circa 3.000 operatori sanitari, si è constatato che il 35% di questi ritiene che le malattie più frequenti tra gli stranieri in Italia siano quelle infettive, in particolar modo la tubercolosi, la malaria e quelle sessualmente trasmesse, quali ad esempio l'Aids. Si è notato inoltre che queste credenze sono trasversali a tutte le professionalità sanitarie dai medici agli infermieri ad altri operatori socio-sanitari, e che sono rimaste costanti nel tempo.

Tuttavia da diversi studi fatti si è dimostrato che questi sono puri e semplici pregiudizi. In particolare l'Istituto Dermosifilopatico di Santa Maria e San Gallicano di Roma ha prodotto diversi studi in collaborazione con altre istituzioni scientifiche, universitarie e del volontariato religioso e laico. Da una lunga esperienza d'analisi con i pazienti stranieri, il portavoce Aldo Morrone<sup>12</sup> può quindi sostenere che:

“...dai diversi dati clinici ed epidemiologici osservati in questi anni di studio, si può affermare che la maggior parte degli immigrati extracomunitari non presenti una patologia internistica, dermatologica e venereologica di rilievo o comunque caratteristica dei vari paesi di provenienza...”

Negli ultimi tempi sempre più strutture pubbliche hanno organizzato servizi specifici in ambito medico per gli immigrati presenti sul territorio italiano, superando i vecchi pregiudizi anche grazie alla collaborazione con associazioni di volontariato che già da anni offrivano aiuti agli stranieri anche irregolari e che hanno così maturato una grande esperienza. Sempre più sono inoltre le ricerche statistico-epidemiologiche anche se i dati risultano ancora frammentari e non omogenei.

In Italia si registra uno scarso uso dei servizi da parte degli immigrati, soprattutto uomini, se non in caso di patologie conclamate se non croniche. Le cause potrebbero essere ricercate nel fatto che generalmente le persone che emigrano sono le più forti e sane. Tuttavia non bisogna trascurare la paura che potrebbe provare quella fetta di popolazione immigrata ancora clandestina verso tutto ciò che è istituzionale. Inoltre c'è da considerare che la cultura sanitaria<sup>13</sup> appresa in patria potrebbe differire da quella nel paese d'immigrazione e solo dopo un periodo di tempo adeguato è possibile adeguarsi alla nuova situazione.

---

<sup>12</sup> Longo Gioia, Morrone Aldo (a cura di), “Cultura Salute Immigrazione – Un’analisi interculturale”, Roma, Armando Editore, 1994, pag.46-47

<sup>13</sup> Per “cultura sanitaria” intendiamo il modo in cui un individuo ha appreso dalla sua società a star bene e a come comportarsi in caso di malessere e la concezione del significato e della natura della malattia trasmessi nel paese d'origine.



Notevoli problemi può anche creare la non conoscenza della lingua italiana perché lo straniero potrebbe temere di non capire e non essere capito. Come nota infatti Santipolo<sup>14</sup>, nell'ambito socio-sanitario si individuano due sottotipologie microlinguistiche con cui l'utente deve confrontarsi: la microlingua burocratico-amministrativa e quella medico-scientifica. Questi due fattori aggravano ulteriormente la debolezza dell'immigrato in ambito sanitario in un contesto in cui la comunicazione verbale tra operatore e utente è già molto complessa perché connotata culturalmente. Spesso, infatti, entrano in gioco concetti propriamente antropologici. Molte volte ci sarebbe da chiedersi come sia vissuto lo stato di salute e malattia nelle varie culture, come viene concepito il proprio corpo, come differiscano i significati di termini usati quotidianamente in contesto medico (palpitazioni, ansietà, depressione, ipertensione, bile, pancia,...), quanto incide in altre culture la parte non solo fisica della persona ma anche mentale e spirituale nella cura della malattia. Tosini<sup>15</sup> afferma inoltre che spesso lo straniero extracomunitario sembra orientato a comunicare la sua malattia sul piano cinestatico.

Così conclude:

“...dialogo frammentario e frustante che spesso caratterizza il rapporto...l'operatore ha la pretesa di imporre la propria razionalità, prestando poco ascolto alle diverse modalità culturali attraverso le quali l'utente straniero cerca di risolvere un particolare stato di malessere. In tal modo e, forse inconsapevolmente, l'operatore impedisce a sé stesso la comprensione della narrazione dell'utente e quindi delle ragioni più profonde del malessere di cui lo straniero è portatore. Per superare questi ostacoli quindi...serve una vera chiave d'accesso ad una strategia interpretativa della malattia da parte dell'operatore, basata sulla narrazione da parte dell'utente. Si ritiene che ciò potrà avere successo se vi sarà un consenso fra le parti interagenti, o quantomeno una pre-comprensione di fondo fra gli stessi, sulle modalità culturali che differenziano l'approccio alla malattia...”

---

<sup>14</sup> Santipolo M., Tosini M., Tucciarone S., “Introduzione alla comunicazione interculturale in ambito socio-sanitario”, UIL – FPL Regionale Veneto-Venezia, Novembre 2003, pag.40-41

<sup>15</sup> Santipolo M., Tosini M., Tucciarone S., “Introduzione alla comunicazione interculturale in ambito socio-sanitario”, UIL – FPL Regionale Veneto-Venezia, Novembre 2003, pag.66-67

Si è da più parti constatato, infine, che la complessa dislocazione dei servizi e l'iter altamente burocraticizzato sono problemi rilevanti per lo straniero che quindi tende a non utilizzare quegli stessi servizi. Questo problema non è strettamente collegato al periodo di permanenza in Italia dell'immigrato benché molto spesso la maturità del processo migratorio e soprattutto la presenza del nucleo familiare, incidono in modo consistente sulla domanda e sull'uso dei servizi. Infatti sono più le donne straniere e i minori che utilizzano i servizi sanitari che non gli uomini.

Tuttavia secondo il rapporto dell'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute su *"Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia"* presentato all'inizio del 2003 e relativo al 2000, il numero dei ricoveri tra gli stranieri è aumentato del 19,2% rispetto al 1998 e soprattutto tra i non appartenenti all'Ue e nelle regioni del Nord Italia in particolare. Al Centro c'è stata invece una diminuzione.

I 2/3 dei ricoveri sono stati ordinari e l'1/3 in regime di day-hospital. Le giornate di degenza sono aumentate del 21% e l'incidenza sul totale dell'attività ospedaliera nazionale è stata dell'1,9%. I pazienti più rappresentati sono il Marocco, l'Albania, l'ex Jugoslavia, la Romania e la Tunisia. Si sono avuti aumenti di pazienti tra i cittadini albanesi (+12.000), marocchini (+9.000), rumeni (+7.000), cinesi ed ecuadoregni (+4.000).

I motivi più comuni del ricovero sono gravidanza e parto, traumatismi intracranici, dolori addominali non specificati, traumatismi superficiali e contusioni. Per i non residenti e irregolari sono invece più frequenti, i disturbi mentali dovuti soprattutto all'abuso d'alcool (al sesto posto). Le cause maggiori di ricovero in day-hospital sono costituite da aborto indotto, infezione da HIV, tubercolosi, chemioterapia e radioterapia. Rispetto al 1998 si sono avuti incrementi di parti e gravidanze (+14.000), di aborti (+7.000), di neonati sani (+6.000) e patologici (+2.000).

Le regioni in cui i ricoveri sono stati maggiori sono la Lombardia (70.000), il Lazio (36.000), il Veneto (30.000), l'Emilia Romagna (27.000), il Piemonte e la Toscana (25.000 ciascuno).

Bisogna constatare che gli aumenti generali sono diretta conseguenza delle recenti politiche, tese a dare maggiore permeabilità nelle strutture sanitarie

pubbliche. Da diverse ricerche si è infatti osservato che da quando l'Italia si è provvista di chiare politiche di accesso ai servizi per tutti, c'è stato un generale miglioramento dei percorsi assistenziali e della salute degli stranieri in Italia.

Sebbene negli anni si è superata, in un certo modo, l'esclusione dai servizi da parte degli immigrati, tuttavia essi mostrano ancora una fragilità sociale. Malattie da disagio<sup>16</sup>, infortunistica sul lavoro, alto ricorso all'IVG, malattie infettive prevenibili,... sono tutti disagi imputabili alle politiche di integrazione e inclusione sociale, alla difficoltà d'accesso ai servizi e a dinamiche relazionali.

In altre parole, molte delle malattie e dei disturbi degli stranieri derivano da scadenti condizioni lavorative, abitative, dall'assenza di supporto familiare, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione<sup>17</sup>, dal grado di accesso ai servizi sanitari,...

In generale gli immigrati hanno lo stesso profilo sanitario della popolazione italiana ma spesso sono fortemente condizionati dalle condizioni di vita precarie soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione. Queste condizioni comportano un maggior numero di malattie alle vie respiratorie a causa delle case non riscaldate e sovraffollate, a disturbi gastrointestinali per l'alimentazione inadeguata e malattie dermatologiche per la promiscuità abitativa e quindi per le carenze igieniche.

Da non sottovalutare poi l'acquisizione di nuovi stili di vita allo scopo di facilitare la propria integrazione. Molti soprattutto tra i giovani iniziano infatti a fumare e a bere aumentando così il rischio di danni alla propria salute.

---

<sup>16</sup> Il termine "sindrome da valigia in mano" esplica bene questa problematica. L'abbandono dei luoghi natii, delle tradizioni, degli affetti, delle abitudini consolidate e l'impatto con nuovi e sconosciuti modelli culturali, possono far insorgere disturbi alla salute fisica e mentale negli individui soggetti a grandi e profondi cambiamenti.

<sup>17</sup> Vedi il libro di Tahar Ben Jelloun, "La réclusion solitaire", éditions Denoël, 1976

**Tabella n°1: Aggregati clinici di diagnosi (Acc) per numero di ricoveri stranieri con esclusione PSA**

	<b>2000 RICOVERI STRANIERI</b>		<b>RICOVERI STRANIERI VARIAZIONE 1998-2000</b>		<b>2000 RICOVERI VALORE NAZIONALE</b>		<b>VARIAZIONE VALORE NAZIONALE 1998-2000</b>	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
<i>Aggregati clinici di diagnosi</i>								
<b>a) in regime ordinario</b>								
Gravidanza e/o parto normale	19038	9,7	5371	39,3	298952	3,0	-11147	-3,6
Altre complicaz. del parto	5874	3,0	1577	36,7	67992	0,7	1538	2,3
Altre complicaz. della gravidanza	5190	2,6	1258	32,0	124950	1,3	8507	7,3
Traumatismo intracranico	3737	1,9	-92	-2,4	98203	1,0	-22624	-18,7
Nati vivi sani	10291	5,3	6544	174,6	339025	3,4	157158	86,4
Dolore addominale	3656	1,9	225	6,6	95707	1,0	-7064	-6,9
Appendicite e malattie dell'appendice	3754	1,9	700	22,9	88263	0,9	-15159	-14,7
Traumatismi superficiali, contusioni	2913	1,5	10	0,3	81474	0,8	-17727	-17,9
Perdita ematica in gravidanza, abruptio placentae, placenta previa	3426	1,7	542	18,8	52215	0,5	-2467	-4,5
Calcolosi delle vie urinari	3161	1,6	338	12,0	124933	1,3	-18230	-12,7
<b>b) in regime di day ospital</b>								
Aborto indotto	3135	1,6	318	11,3	36563	0,4	-12390	-25,3
Minaccia o travaglio di parto precoce	3222	1,6	783	32,1	44350	0,4	888	2,0
Fratture degli arti inferiori	2781	1,4	434	18,5	115785	1,2	-7677	-6,2
Polmoniti	2965	1,5	647	27,9	128517	1,3	8422	7,0
Fratture degli arti superiori	2349	1,2	370	18,7	118609	1,2	-10682	-8,3
Aborto spontaneo	2621	1,3	787	42,9	28900	0,3	900	3,2
Infezioni intestinali	1959	1,0	126	6,9	59713	0,6	-15312	-20,4
Malattie delle vie biliari	2191	1,1	384	21,3	125657	1,3	-41948	-25,0
Asma	1950	1,0	206	11,8	34103	0,3	-2019	-5,6
Altre inf. delle vie respirat. superiori	1890	1,0	230	13,9	54536	0,6	-6903	-11,2
<b>Totale primi 20 Acc</b>	<b>86103</b>	<b>43,9</b>	<b>20758</b>	<b>31,8</b>				
<b>Totale generale</b>	<b>195863</b>	<b>100,0</b>	<b>37870</b>	<b>24,0</b>				

Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su Dati Ministero della salute – D.G.  
Sistema Informativo e Statistico – Ufficio di Statistica

Anche per quel che riguarda i minori stranieri non si notano delle grandi differenze rispetto ai coetanei italiani, se non nelle primissime fasi della vita a causa di uno scarso controllo della salute materna e della gravidanza. Anche in questo caso le cause sono da collegarsi al basso livello di integrazione nella società ospitante, sebbene sovente ai bambini sono risparmiati i rischi legati alla precarietà socio-economica, in quanto c'è la tendenza a diventare genitori o a farsi raggiungere dai propri figli rimasti in patria, quando c'è un generale miglioramento o stabilizzazione della propria situazione.

Uno studio condotto dal “Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato”, sorto all’interno della Società Nazionale di Pediatria, ha esaminato le schede di 8.007 neonati di diversa provenienza e 6.694 bambini italiani.

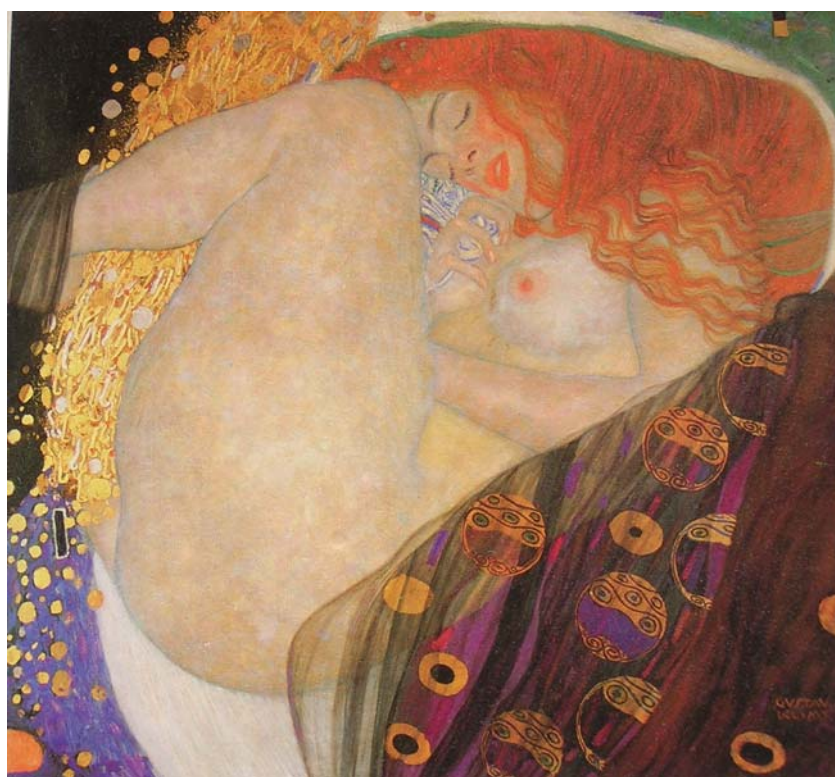
Si sono infatti riscontrate differenze tra stranieri e italiani al momento della nascita. Infatti oltre il 30% dei bambini africani e sud americani e il 15% di quelli cinesi e nomadi, è nato mediante taglio cesareo. Il parto tramite forcipe o ventosa ostetrica è più frequente tra le madri provenienti dall’Asia, dall’Est Europa e dal Nord Africa. I neonati nomadi e sud americani presentano maggiori percentuali di nascite pretermine. Un peso inferiore a 1.500 grammi è stato riscontrato tra i neonati di genitori sud-americani, asiatici e dell’Est Europa e inferiori a 2.500 grammi per il 14,2% dei neonati zingari e il 13,9% di quelli indiani. Per quel che riguarda le patologie neonatali, si sono notati casi di asfissia nei bambini africani e nomadi mentre tra quelli sud americani e nomadi ci sono maggiori percentuali di distress respiratorio. Infine si è constatato che i neonati di stranieri presentano maggiori tassi di nati-morti e di mortalità neonatale precoce rispetto i neonati italiani.

Altri studi evidenziano ulteriori differenze tra neonati italiani e stranieri, a sfavore di questi ultimi. Da segnalare un generale 5,2% di neonati prematuri nella popolazione immigrata rispetto al 4,4% degli Italiani (ma 7,5% per l’Africa Occidentale). I neonati a termine sono superiori tra gli immigrati, soprattutto per i cittadini dell’Estremo Oriente e del Sud Est Asiatico.

Si è rilevato inoltre che i bambini stranieri e rom non vengono fatti visitare da un medico nel caso di patologie leggere e all’esordio della sintomatologia, creando però poi il rischio di serie complicazioni per il bambino che viene quindi ricoverato in gravi condizioni.

## Capitolo 3

# *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*



G. Klimt, *"Danaë"*, 1907/1908

## La legislazione italiana sull'Interruzione volontaria di gravidanza

In Italia l'interruzione volontaria di gravidanza è regolata dalla legge 194/1978 (*“Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione di gravidanza”*) che ha lo scopo, non di controllare le nascite, ma di dare alla donna la possibilità di scegliere se e quando diventare madre. Nell'articolo 1 infatti si legge:

“Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione della gravidanza, in cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.”

L'on. Giovanni Berlinguer, uno dei relatori della legge, così riassumeva gli intenti e gli obiettivi della 194/78:

“La legge si propone: di azzerare gli aborti terapeutici; di ridurre gli aborti spontanei; di assistere quelli clandestini. Si propone inoltre di favorire la procreazione cosciente, di aiutare la maternità, di tutelare la vita umana dal suo inizio”

A questo fine, nell'articolo 2 e 3 la legge invita i consultori familiari a:

1. informare la donna sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;
2. informare la donna sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme legislative sul lavoro a tutela della gestante;
3. attuare direttamente o proporre a enti locali o strutture sociali, interventi quando la gravidanza o la maternità creano problemi per risolvere i quali risultano inadeguati i normali interventi descritti al numero 1;
4. contribuire a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione di gravidanza.

A questi fini i consultori possono avvalersi della collaborazione anche di associazioni di volontariato.

La legge fu approvata il 22 maggio 1978 dopo una lunga e dura battaglia.

Prima del 1975 l'aborto non era consentito ma era anzi sanzionato dalle norme contenute nel titolo X del libro II del Codice Penale. Tuttavia la giurisprudenza applicava con una certa frequenza come causa di giustificazione lo "stato di necessità", previsto dall'art. 54 dello stesso codice, che riteneva non punibile l'atto reso necessario per salvare la vita della gestante e, talvolta, anche per ragioni di salute, purché gravi. Tale legge valutava l'interruzione di gravidanza in termini di illiceità, salvo rinunciare all'applicazione della pena in caso di circostanze di fatto rigorosamente verificabili.

Con la sentenza della Corte Costituzionale n.27 del 1975, si ebbe un'inversione di tendenza. La Corte infatti pur riconoscendo alla tutela del concepimento un fondamento costituzionale, affermava che "non esiste equivalenza tra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione, che deve ancora diventare". Queste parole hanno sanzionato una distinzione tra madre e feto e hanno così aperto la strada alla legalizzazione dell'IVG. Infatti dopo tre anni la legge prevede il ricorso all'aborto anche quando la gravidanza "implichi danno o pericolo grave, medicalmente accertato e non altrimenti evitabile, per la salute della donna". Lo stato di necessità veniva quindi dilatato.

La legge venne istituita il 22 maggio 1978 e riconosce il diritto della donna ad interrompere, gratuitamente e liberamente, la gravidanza indesiderata.

La donna può rivolgersi ai consultori pubblici, a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione o a un medico di fiducia.

La legge prevede che la donna possa liberamente decidere di effettuare l'IVG entro 90 giorni dal concepimento se esiste pericolo per la salute fisica o psichica della donna in relazione al suo stato di salute, alle condizioni economiche, sociali, familiari, alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o paventando anomalie o malformazioni del nascituro.



Il consultorio o la struttura socio-sanitaria, devono garantire i dovuti accertamenti medici e devono esaminare le possibili soluzioni dei problemi proposti, aiutare la donna a rimuovere le cause che la porterebbero all'IVG, metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e madre, promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna per offrirle tutti gli aiuti necessari sia prima che dopo il parto. Nel caso la donna si rivolga al suo medico di fiducia, egli deve compiere gli accertamenti medici necessari, valutare con la donna le circostanze che determinano la richiesta d'interruzione, informarla sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può far ricorso.

A questo punto il medico (sia esso del consultorio, di fiducia o di una struttura socio-sanitaria) le rilascia la copia di un documento, firmato anche dalla donna, in cui si attesta il suo stato e la richiesta di interruzione. La donna deve poi attendere sette giorni in cui deve riflettere e decidere se veramente vuole abortire. Al termine di questo periodo può presentarsi presso una delle sedi autorizzate, per ottenere l'intervento sulla base del documento rilasciato.

Nel caso si riscontrino condizioni tali da rendere urgente l'intervento, si può rilasciare direttamente alla donna nel momento della prima visita, un certificato che ne attesti l'urgenza. La donna può quindi recarsi in una delle sedi autorizzate a praticare l'interruzione.

Dopo i 90 giorni l'interruzione è ammessa quando la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita della donna o quando sono accertati processi patologici che compromettono gravemente la salute fisica o psichica della donna.

Questi processi patologici vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui si deve effettuare l'intervento. Il medico può avvalersi di specialisti e deve poi fornire la documentazione sul caso e comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale.

Questa procedura può non attuarsi nel caso esista un imminente pericolo per la vita della donna.

L'interruzione della gravidanza può essere eseguita da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale, presso ospedali pubblici specializzati ed istituti o enti autorizzati.

Nel caso l'interruzione avvenga nei primi 90 giorni, l'intervento può essere praticato anche in una casa di cura autorizzata dalla regione. Tuttavia il Ministro della Salute, con un decreto limita la facoltà delle case di cura autorizzate, stabilendo la percentuale di IVG che vi possono aver luogo e la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi.

Durante i primi 90 giorni l'IVG può essere effettuata anche presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, collegati agli ospedali e autorizzati dalla regione.

Il medico che esegue l'interruzione di gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite e a renderla partecipe dei diversi procedimenti abortivi. Nel caso esistano processi patologici, tra le quali anomalie e malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'intervento, deve fornire alla donna ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie può sollevare obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. In tal caso è esonerato dalle attività di compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, ma non dall'assistere la donna prima e dopo l'intervento.

L'obiezione di coscienza non può però essere invocata quando, data la particolarità delle circostanze, l'intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono comunque tenute ad assicurare l'espletamento delle procedure di interruzione della gravidanza. A tal fine la regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

Secondo la legge, la richiesta dev'essere effettuata direttamente dalla donna in gravidanza, anche se minorenni.

Tuttavia, nel caso la ragazza abbia un'età inferiore ai 18 anni, è richiesto l'assenso di chi ne esercita la patria potestà o la tutela. Se però, nei primi 90 giorni, esistono dei motivi per cui è sconsigliata o non è comunque possibile ottenere la consultazione dei genitori o del tutore, il consultorio, la struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia, devono trasmettere entro sette giorni dalla richiesta, una relazione al giudice tutelare che è chiamato a decidere se autorizzare o meno l'intervento, senza che seguano altre procedure. Il giudice, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere l'interruzione.

Nel caso esista il bisogno di un intervento urgente a causa di un grave pericolo per la salute della donna, si certificano le condizioni e senza il bisogno dell'assenso di chi ne esercita la potestà o la tutela o di un giudice tutelare, la ragazza può essere sottoposta a intervento d'urgenza.

Nel caso la donna è colpita da infermità mentale, la richiesta può essere presentata da lei personalmente, dal tutore o dal marito non tutore ma che non sia legalmente separato. Nel caso la domanda sia presentata dalla donna o dal marito, dev'essere comunque sentito il parere del tutore. La richiesta del tutore o del marito dev'essere comunque confermata dalla donna.

Il medico trasmette, dopo la richiesta, al giudice tutelare una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie nell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice, entro cinque giorni, se ritiene opportuno sente gli interessati e decide con atto non soggetto a reclamo.

In Italia la legge 40/98, che venne fatta confluire nel *“Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”*, afferma esplicitamente che le prestazioni offerte dalle leggi 405 (vedi successivamente) e 194/78 sono gratuite per gli stranieri

che sono privi di risorse economiche sufficienti. Una nota del Ministero della Salute del 22 aprile 1998 chiarisce che gli oneri delle prestazioni erogate sono a carico dell'Azienda Territoriale competente. Nel caso esistano dei trattati di reciprocità, l'Azienda potrà rivalersi sui paesi d'origine con i quali esistono tali convenzioni.

## La legge italiana sui consultori familiari

Il Consultorio Familiare è un servizio socio-sanitario istituito dalla legge n°405 del 29 luglio 1975. Tale legge ne disciplina gli scopi e le modalità amministrative e funzionali.

Il consultorio è un servizio nato per l'assistenza alla famiglia e alla maternità.

I suoi scopi, come si legge nel testo della legge<sup>18</sup>, sono:

1. l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
2. la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto della convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
3. la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
4. la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.

Al fine di adempiere adeguatamente alle prescrizioni dettate dallo Stato, la legge dichiara necessario il possesso dei seguenti titoli specifici tra il personale di consulenza e assistenza addetto: medicina, psicologia, pedagogia ed assistenza sociale. Il consultorio è quindi un servizio integrato che vuole la collaborazione al suo interno di diversi operatori, al fine d'offrire all'utente un servizio completo.

---

<sup>18</sup> Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 27 agosto, n. 227

Il consultorio è un servizio nato infatti per i bisogni prevalentemente della donna, vista nella sua totalità. A questi sono correlati i servizi per la famiglia e i bambini.

Secondo la legge i consultori familiari non sono servizi a sé stanti ma sono parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale, e devono per cui collaborare con gli altri servizi sanitari.

All'articolo 2, la legge afferma che sono le Regioni che fissano i criteri per la programmazione, funzionamento, gestione e il controllo del servizio. I consultori di assistenza alla famiglia e alla maternità, continua la legge, sono "organismi operativi delle unità sanitarie locali" e per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, gli opportuni interventi e la somministrazione dei mezzi necessari, "si avvalgono del personale dei distretti sanitari, degli uffici sanitari comunali e consorziali, delle condotte mediche e ostetriche e delle altre strutture di base sociali, psicologiche e sanitarie".

I consultori possono essere anche privati ma devono avere comunque finalità sociali, sanitarie e assistenziali senza scopo di lucro, e devono anch'essi essere "presidi di gestione diretta o convenzionata dalle unità sanitarie locali".

Quindi, sia nel caso i consultori siano pubblici o privati, "per gli esami di laboratorio e radiologici ed ogni altra ricerca strumentale possono avvalersi degli ospedali e dei presidi specialistici degli enti di assistenza sanitaria".

La prescrizione dei prodotti farmaceutici è a carico dell'ente o del servizio a cui compete l'assistenza sanitaria. Tutte le altre prestazioni previste dal servizio sono gratuite per tutti i cittadini italiani e anche per gli stranieri residenti o soggiornanti, anche temporaneamente, sul territorio italiano. Con la L. n°40/98, tale servizio è garantito anche agli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale e privi di risorse economiche sufficienti.

Per quel che riguarda i fondi assegnati dallo Stato, tramite il Ministro per il Tesoro, questi sono ripartiti tra le Regioni in base a due criteri:

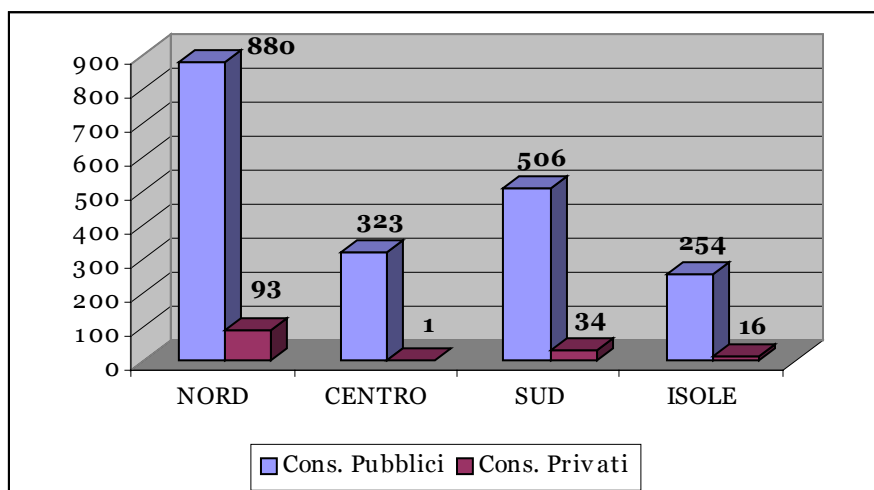
1. il 50 per cento in proporzione alla popolazione residente in ciascuna regione;

2. il residuo 50 per cento in proporzione al tasso di natalità e di mortalità infantile quali risultano dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica al penultimo anno precedente a quello della devoluzione.

Tuttavia tali finanziamenti possono essere integrati dalle regioni, dalle province, dai comuni o dai consorzi di comuni direttamente o attraverso altre forme da essi stabilite.

Nel 2000 esistevano in Italia 1963 consultori pubblici e 144 consultori privati. Il maggior numero si trova al Nord mentre il minore al Sud.

**Grafico n°1 : Numero Consultori Familiari funzionanti, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### La situazione in Italia per le IVG

La *“Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione di gravidanza (L.194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000”* del 31 luglio 2002, vuole valutare la situazione generale del ricorso all'interruzione di gravidanza in Italia, facendo un'analisi anche diacronica del fenomeno.

Secondo i dati disponibili, il valore assoluto di IVG nel 2001 è stato di 130.512 interventi, con un decremento del 3,4% rispetto al 2000 (135.133 casi) e del 44,4% rispetto al 1984, quando si registrò il maggior numero di interventi (234.801 casi).

Il tasso di abortività<sup>19</sup> è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG. Questo dato è risultato del 9,3% per mille nel 2001, con una diminuzione del 3,1% rispetto al 2000 e del 45,9% rispetto al 1982 (17,2% per 1000).

Anche le stime dell'aborto clandestino per il 2000 confermano la tendenza alla diminuzione (21.100 casi nel 2000 e cioè - 7,7% rispetto al 1999 e -78,9% rispetto al 1983).

Analizzando la tendenza negli anni, si constata che le IVG ebbero il loro massimo dopo pochi anni dall'approvazione della legge, ma poi hanno subito una diminuzione costante anno dopo anno.

Il dato delle IVG delle sole donne italiane (escluse quindi le straniere) è stato infatti di 127.700 nel 1996, di 124.531 nel 1998, di 120.407 nel 1999 e di 111.741 nel 2000.

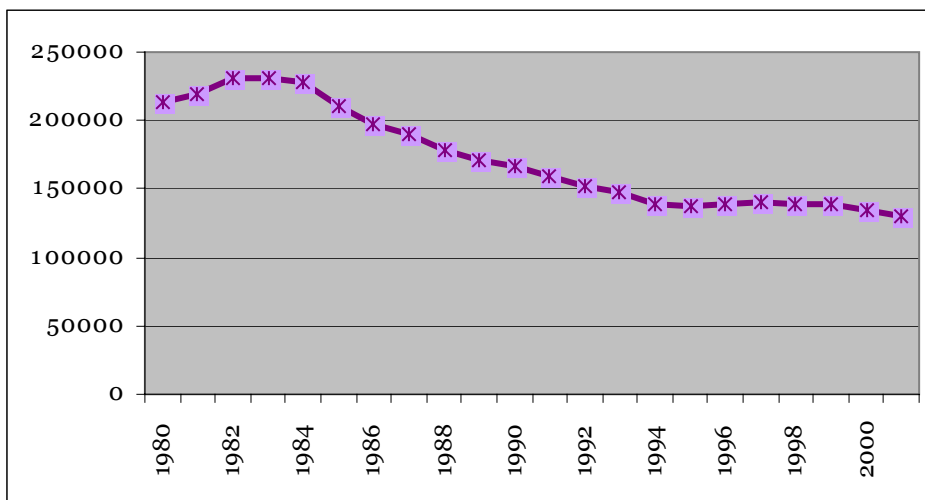
Secondo il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia:

“...considerando sia gli aborti notificati che quelli ancora clandestini, si può calcolare che nel 2001 vi sono stati duecentomila casi in meno rispetto al valore stimato prima dell'approvazione della Legge 194/78 e al valore massimo osservato nel 1982-83. Questo andamento è sicuramente legato ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile onde evitare il ricorso all'aborto. Anche l'andamento dell'aborto ripetuto, in diminuzione da molti anni e di valore molto inferiore a quanto atteso nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità, conferma questa ipotesi...”

---

<sup>19</sup> Numero di IVG per 1000 donne in età feconda (15-49 anni)

**Grafico n°2: Andamento IVG in Italia 1980-2001**

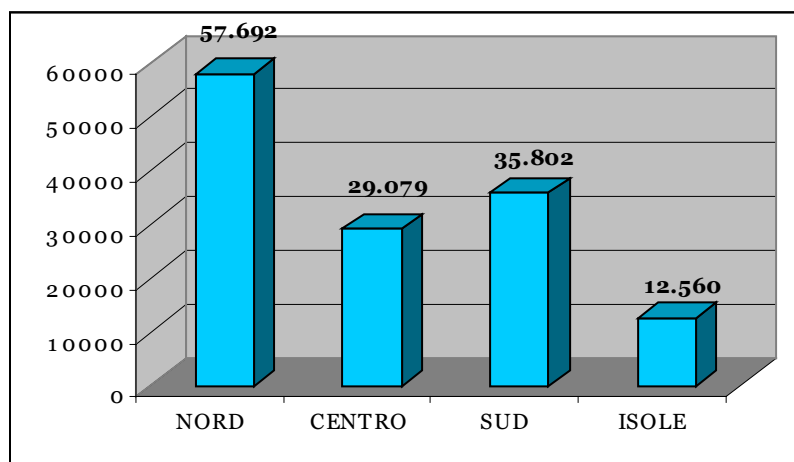


Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

In tutte le Regioni si nota questa diminuzione che è tuttavia più accentuata nel Sud Italia e nelle Isole.

Infatti nel Nord Italia si contano per il 2000, 57.692 IVG con un decremento dell'1,6% rispetto l'anno precedente, nell'Italia Centrale 29.079 interventi con un decremento del 2,4%, nell'Italia Meridionale 35.802 IVG con decremento del 4,7% e nell'Italia Insulare 12.560 IVG e un decremento del 5,1%. Tuttavia per quanto riguarda l'aborto clandestino, il valore per il 2000 è pari a 21.100 interventi, il cui 91% è stato effettuato nel Sud e nelle Isole.

**Grafico n°3: IVG in Italia per area geografica, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002



### *Epoca gestazionale*

Per quanto riguarda l'epoca gestazionale delle IVG, si riscontra un aumento degli interventi effettuati nelle 11-12 settimane (da 12,5% nel 1999 a 14,4% nel 2000). Sono viceversa diminuiti gli interventi effettuati in epoche precoci, uguali o inferiori a 8 settimane di gestazione (da 47,7% nel 1999 a 40,4% nel 2000).

Le percentuali maggiori di IVG in epoche gestazionali più avanzate si hanno nelle Regioni del Centro e del Nord. La distribuzione per aree geografiche constata un 10,1% al Nord, un 11,8% al Centro, un 6,5% al Sud e un 4,1% nelle Isole. Le percentuali di IVG effettuate oltre la decima settimana sono più alte in Emilia Romagna (26,0%) e in Toscana (25,9%).

Questa differenza tra regioni è probabilmente imputabile a una diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le 12 settimane di gestazione. Sono inoltre un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi.

Si osserva poi che tra le giovani è più elevato il numero di IVG oltre la 10<sup>a</sup> settimana (per il 20,65 delle donne con meno di 20 anni rispetto al 15,9% nelle altre).

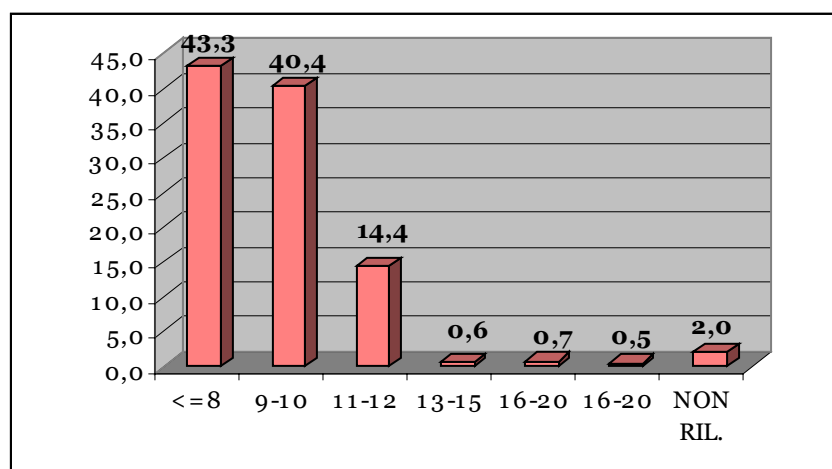
L'Istat<sup>20</sup> inoltre ha rilevato che più basso è il livello d'istruzione della donna, più elevata è l'epoca gestazionale in cui la donna effettua l'intervento.

Gli interventi effettuati in epoche gestazionali più avanzate comportano un maggior rischio di complicanze e secondo la Relazione del Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, l'incremento è da attribuire ad una riduzione della disponibilità dei servizi e/o della loro efficienza.

---

<sup>20</sup> Istat, Serie Argomenti n.9 – 1997.

**Grafico n°4: IVG e settimana di gestazione, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### ***Obiezione di coscienza***

L'obiezione di coscienza è risultata del 67,4% per i ginecologi, del 54,7% per gli anestesisti e del 53,9% del personale non medico, con un leggero aumento rispetto agli anni precedenti.

### ***Certificazione***

La certificazione per l'intervento è stato fatto nel 2000 principalmente dal medico di fiducia (per il 36,0% dei casi) e dai servizi ostetrico ginecologici che effettuano l'interruzione (32,2%). Si nota anche un certo incremento nell'uso dei consultori familiari (30,1%), seppure il valore resta sempre basso a causa della generale difficoltà della donna a farvi ricorso per la non adeguata integrazione di questo servizio con le strutture in cui poi si effettua l'IVG, per la scarsa presenza del servizio stesso sul territorio in particolar modo in certe zone, per l'incompletezza talvolta dell'equipe, per il limitato numero di ore lavorative delle figure professionali ivi presenti e per l'indisponibilità a rilasciare la certificazione. Percentuali più basse di certificazioni presso i consultori si rilevano nell'Italia meridionale e nelle Isole. A questi servizi vi fanno più ricorso le nubili, le già coniugate, le donne più giovani e le meno istruite.

Il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, constata che ancor oggi purtroppo i consultori non sono riusciti a completare la loro rete e a stabilizzare il loro

personale. È tuttavia indispensabile un “proficuo e serio rapporto territorio/ospedale” che deve però basarsi sulla “complementarietà dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità”.

In certe zone del Sud Italia, inoltre, c'è una bassa copertura di questi servizi sul territorio. Sebbene infatti la legge 34/96 prevede un consultorio ogni 20.000 abitanti, in certe zone siamo ben al di sotto di questo valore. A livello nazionale il rapporto è di 0,7 per 20.000 abitanti ed inoltre negli ultimi anni il numero dei consultori familiari è andato riducendosi in modo significativo. Infatti nel 2000 esistevano 1963 consultori pubblici e 144 privati, con una diminuzione di 34 rispetto al 1999 e di 659 rispetto al 1994. La riduzione è legata prevalentemente all'accentrazione delle sedi e alla eliminazione di quelle distaccate. Tuttavia spesso i consultori sono con un organico non completo, soprattutto al Sud. La legge 34/96 prevedeva un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti; quindi se viene fatta una centralizzazione del servizio il personale deve comunque essere proporzionato al numero degli abitanti della zona per poter garantire alla popolazione la possibilità di avere un'adeguato servizio e alle singole figure professionali il numero sufficiente di ore/lavoro per riuscire a rispondere alle richieste. In molte regioni però il numero dei consultori pubblici non risponde alle direttive della legge.

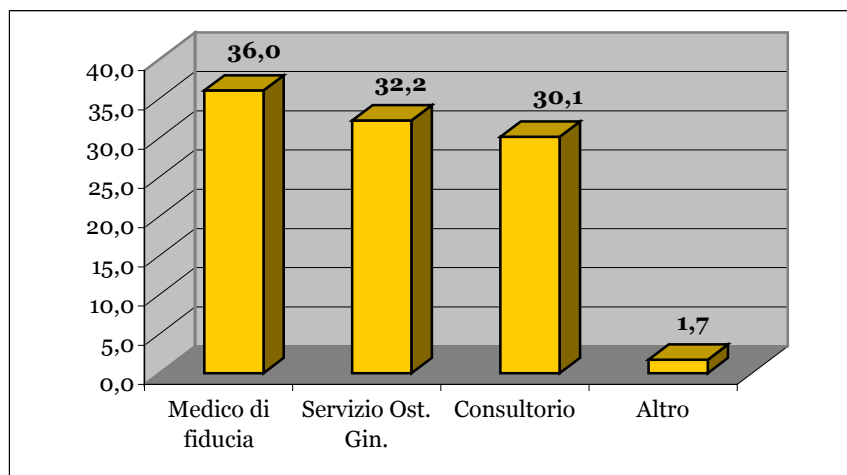
Non può quindi sorprendere che solo 1/3 delle certificazioni vengano rilasciate dai consultori. In questo modo:

“...viene vanificata la potenziale risorsa, di maggior esperienza nel contesto sanitario, caratterizzata da competenze pluridisciplinari, che meglio possa sostenere la donna e aiutarla nella maternità consapevole ed in particolare nella riconsiderazione alla base della sua scelta...”<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Ministro della Salute, “Relazione del Ministero della Salute della attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000”, 31 luglio 2002

**Grafico n°5: IVG (%) per luogo di certificazione, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

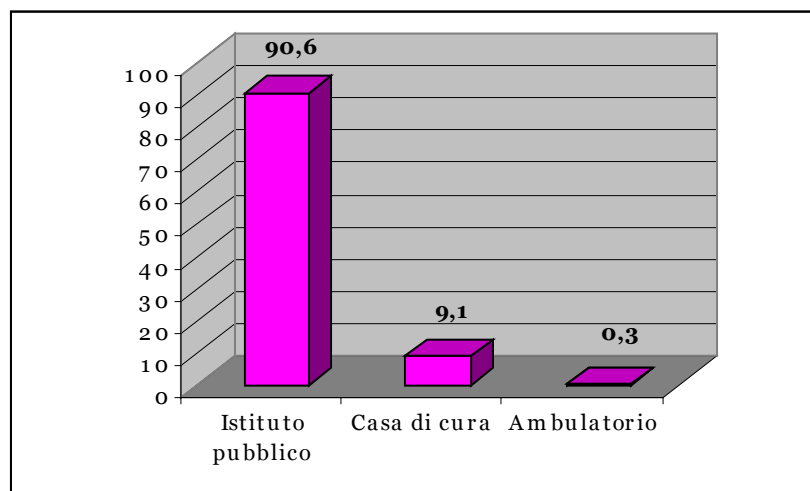
### *Tempo di attesa tra certificazione ed intervento*

Il 64,6% delle interruzioni di gravidanza è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione e nel 13,5% dei casi sono trascorse più di 3 settimane.

### *Luogo dell'intervento*

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture non è cambiata rispetto agli anni precedenti, confermando l'istituto pubblico al primo posto tra le strutture in cui si effettuano gli interventi.

**Grafico n°6: IVG (%) per luogo di intervento, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### *Tipo di anestesia impiegata*

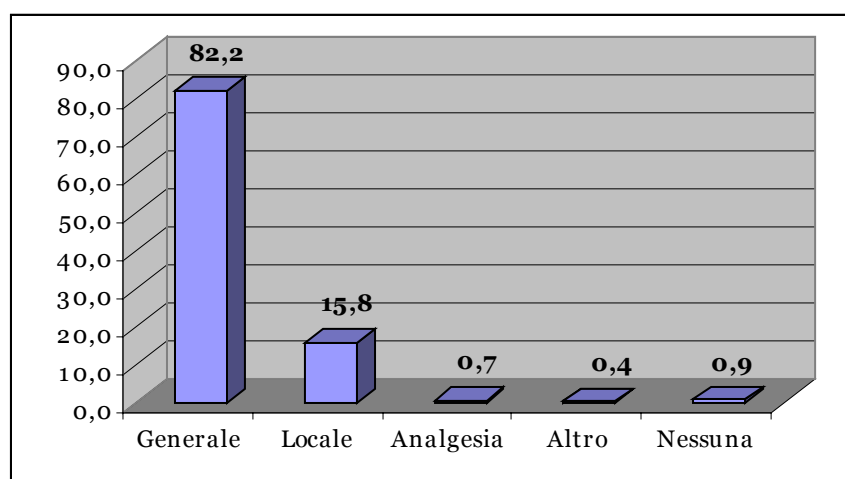
Nel 2000 l'anestesia generale è stata impiegata nell'82,8% dei casi mentre l'anestesia locale nel 15,8% degli interventi. Non ci sono state modificazioni rispetto al 1999.

Così commenta il Ministro della Salute:

“...l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte recentemente dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based Guideline n.7. London: RCOG Pressione; 2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale...”

Prosegue poi constatando che da un'indagine Istat<sup>22</sup> l'anestesia locale è più richiesta dalle laureate e dalle donne di età più avanzata e con figli. Tuttavia è fondamentale nel determinare la scelta del tipo di anestesia il luogo dove viene effettuato l'intervento e quindi le scelte del personale che l'esegue.

**Grafico n°7: IVG (%) per tipo di anestesia, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

<sup>22</sup> Istat, “*L'interruzione di gravidanza in Italia – Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi* (Serie Argomenti n.9 – 1997)”

### *Tipo di intervento*

L'isterosuzione<sup>23</sup> e in particolare il metodo di Karman<sup>24</sup> sono le tecniche più usate.

Per ciò che riguarda il raschiamento<sup>25</sup> si nota dal 1997, dopo una progressiva fase di riduzione e una successiva situazione di stabilità, un leggero aumento dell'uso. Valori nettamente superiori si notano in particolare in Calabria, Sardegna, Molise ed Abruzzo, dove questa tecnica è usata nel 30% dei casi. In generale il raschiamento è più presente tra le donne con titolo di studio basso, tra le donne di età più avanzata e tra le donne con figli.

Anche in questo caso il Ministero della Salute raccomanda:

“...permane la contraddizione fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale...Considerando le differenze esistenti non solo tra Regioni ma, soprattutto all'interno delle Regioni, tra ospedali, così come accede per il tipo di anestesia e la durata della degenza, sarebbe opportuno procedere ad una omogenizzazione delle procedure adottate secondo gli standard raccomandati a livello internazionale, ciò al fine di un risparmio non indifferente di risorse e, soprattutto, per una maggiore salvaguardia della salute della donna, dato che all'anestesia generale è associato un maggiore rischio di complicanze post operatorie...peraltro studi effettuati in Italia non evidenziano differenze nelle due tecniche anestesilogiche nella percezione del dolore...”

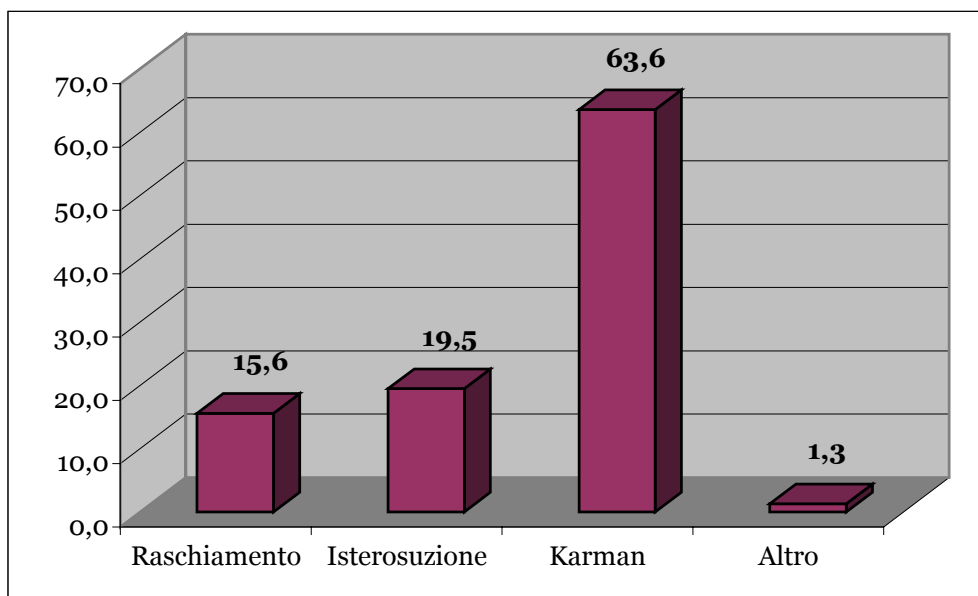
---

<sup>23</sup> In ginecologia, tecnica abortiva basata sull'aspirazione del contenuto embrionario attraverso il canale cervicale dell'utero, mediante apposito apparecchio (isterosutore).

<sup>24</sup> Questo metodo prevede l'aspirazione del contenuto uterino seguita spesso da una cauta pulizia delle pareti dell'utero con un “cucchiaio” metallico. Questa tecnica è arrivata dalla Russia e dall'Est Europa.

<sup>25</sup> In ostetricia e ginecologia il r. dell'utero è un intervento inteso ad allontanare dalla cavità uterina resti abortivi, residui placentari, tessuti infiammati o necrotici: oltre che come mezzo terapeutico, il r. viene usato anche come ricerca diagnostica, per il sospetto di endometriosi, di carcinomi del corpo dell'utero, per la possibilità di praticare esami istologici sull'endometrio prelevato. Il r. viene eseguito, previa dilatazione strumentale del collo uterino, con particolari pinze e con cucchiai a bordi smussati o taglienti.

**Grafico n°8: IVG (%) per tipo di intervento, 2000**

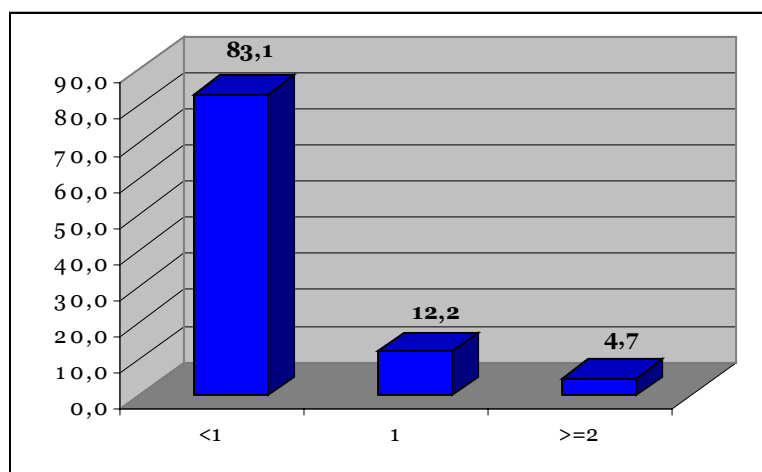


Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### *Durata della degenza*

Continua anche nel 2000 a ridursi la durata della degenza. Nell'83,1% dei casi la durata della degenza è stata inferiore alle 24 ore e nel 12,2% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Esistono tuttavia differenze tra le Regioni, con Sardegna e Calabria tra le Regioni con degenze più lunghe.

**Grafico n°9: IVG (%) per durata della degenza, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### *Complicanze immediate*

L'incidenza delle complicanze è simile a quella degli anni precedenti e uguale a quella di altri paesi europei. Il valore totale è di 4,2 complicanze su 1000 interventi di IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (3,0 per 1000).

### *I motivi di una scelta*

Dagli studi fino ad oggi effettuati, si è osservato che la maggior parte delle donne non ricorrono all'interruzione di gravidanza per scelta ma è una conseguenza della incapacità di regolare la fecondità con altri metodi.

Negli anni si è osservata tuttavia una spinta positiva nella direzione del controllo della fecondità. Il 70% delle donne che hanno abortito infatti, aveva usato precedentemente un qualche metodo contraccettivo anche se prevalentemente veniva considerato tale il coito interrotto.

Secondo il Ministro della Salute:

“...sulla base delle conoscenze ormai consolidate del fenomeno abortivo, si avverte la possibilità che una ulteriore riduzione dell'IVG potrebbe essere favorita dalla realizzazione di programmi volti alla promozione di consapevolezza e competenze per la procreazione responsabile, da realizzare mediante interventi basati sull'offerta attiva di counselling e sostegno alla popolazione interessata, soprattutto nei momenti in cui più facilmente le persone entrano in contatto con operatori socio-sanitari (colloqui prematrimoniali, percorso nascita, educazione sessuale nelle scuole, screening per i tumori femminili, ecc.). L'offerta attiva è essenziale per raggiungere soprattutto quelle sezioni di popolazione (donne con minore istruzione, le non occupate, ecc.) in cui la riduzione del ricorso all'IVG nel corso degli anni è stata minore, nonché per rimuovere le cause che inducono la donna ad interrompere la gravidanza...Tutti questi interventi di prevenzione, che andrebbero effettuati attraverso una offerta attiva di informazione ed educazione al fine di promuovere la procreazione consapevole e responsabile, potrebbero produrre anche ulteriori riduzioni dell'aborto clandestino...”<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Ministro della Salute, “Relazione del Ministero della Salute della attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000”, 31 luglio 2002



## Caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG

Le caratteristiche socio-demografiche delle donne sono fattori importanti nelle loro scelte riproduttive. Come già da alcuni anni si è osservato, anche per quel che riguarda la tendenza alla diminuzione al ricorso all'IVG, questa segue differenti velocità a seconda di vari fattori. Le caratteristiche delle donne che vi ricorrono si sono tuttavia modificate negli anni in modo lento e costante.

Nel suo complesso, la riduzione generale del fenomeno è da ricondurre alla maggiore riduzione del ricorso da parte delle donne coniugate con uno o più figli, rispetto alla riduzione delle non coniugate e senza figli. Infatti si sono osservati maggiori tassi di abortività tra le donne di età inferiore ai 25 anni e per le nubili. Inoltre sono molto influenti due condizioni specifiche: l'istruzione di livello superiore e l'essere in una condizione professionale.

### *Classe d'età*

La distribuzione delle IVG per classi d'età seppur evolvendo lentamente, non è differente nel 2000 rispetto al 1999.

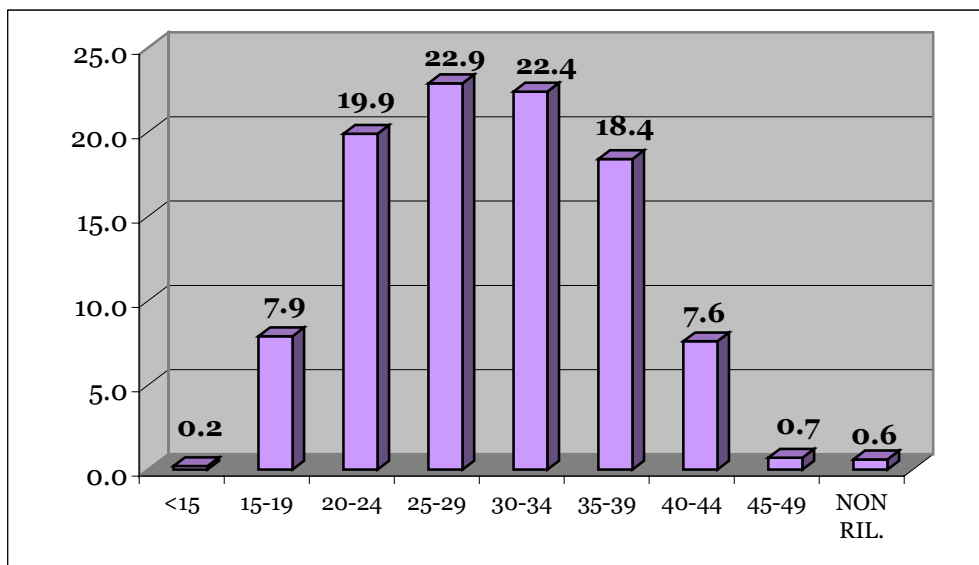
Considerando l'andamento dal 1993 al 2000, si nota che i tassi di abortività sono diminuiti in tutte le classi d'età ma con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni. Inoltre per il 1995 si nota un leggero aumento per le classi di età minori di 20, 20-24 e 25-29. Questi dati sono da attribuire per lo più al contributo delle donne straniere, di cui si parlerà successivamente.

Si sono ridotte anche le differenze territoriali sebbene al Nord e al Centro Italia, l'andamento dell'abortività si è spostato verso le età più giovani.

Tuttavia in Italia, a differenza di altri paesi industrializzati, in cui i valori maggiori risultano essere tra le donne al di sotto dei 25 anni d'età, il maggior valore di IVG è da constatare tra le donne delle classi di età centrali (20-35) anche se come poco fa si è osservato, ci sono modificazioni che tendono ad avvicinare il nostro paese al resto dell'Europa Occidentale.

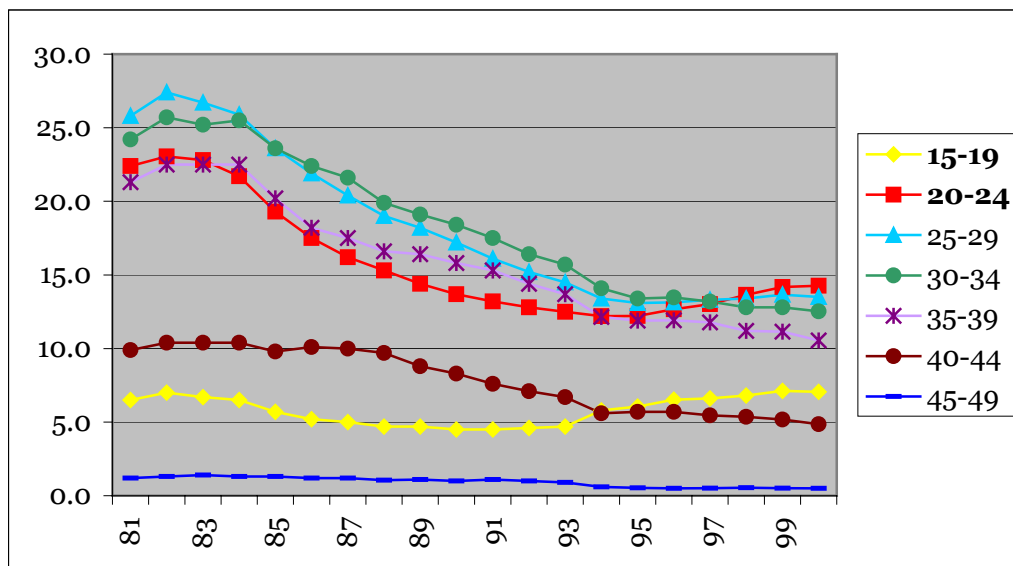
Per quel che riguarda le minorenni, il tasso in Italia è stato nel 2000 del 4,1 per 1000.

**Grafico n°10: IVG per classi d'età, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

**Grafico n°11: Interruzioni volontarie di gravidanza per 1000 donne in età feconda (15-49 anni) per classi di età' (Anni 1981-2000)**



Elaborazione da Istat, 29 maggio 2003

### *Stato civile*

Le donne che ricorrono all'IVG in Italia sono per lo più coniugate. Il progressivo aumento della percentuale da parte delle donne nubili, è da imputare

principalmente a una riduzione da parte delle donne coniugate a fronte di una riduzione minore tra le nubili.

Secondo uno studio Istat<sup>27</sup>, nel decennio 1981-1991, le donne coniugate sono quelle che registrano la diminuzione maggiore nel ricorso alle IVG, in particolar modo quelle con figli. L'analisi degli anni successivi al 1991 mostra una riduzione dei tassi che si assestano attorno al 9 per mille. Un trend simile si nota pure per le varie zone geografiche anche se al Sud i tassi tra le coniugate sono decisamente più elevati.

La diminuzione del ricorso all'IVG è meno accentuata per le nubili ed è anzi seguito negli ultimi anni da un lieve aumento. Tuttavia bisogna constatare due fattori. Il primo, come già constatato, è il contributo all'aumento dato dalle donne straniere che sono per il 41% nubili (V. grafico 8, capitolo 1) e per il 51% tra i 20 e i 40 anni (V. grafico 7, capitolo 1)<sup>28</sup>. Il secondo è lo spostamento dell'età del primo matrimonio da 24,7 anni nel 1991 a 27,6 anni nel 1998, che di conseguenza prolunga la condizione di nubile della donna.

Si deve però considerare che negli anni 80 l'abortività tra le nubili era notevolmente inferiore a quella della coniugate, mentre negli ultimi anni sono dello stesso ordine di grandezza.

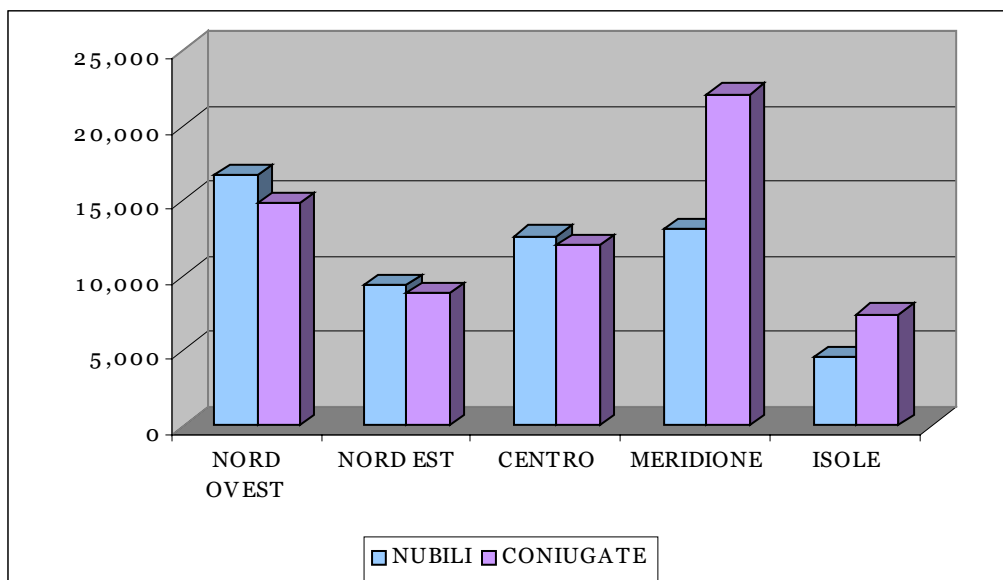
La suddivisione territoriale mostra tassi di abortività più alti per le nubili nel Centro e nel Nord Italia.

---

<sup>27</sup> Istat, "L'abortività in Italia – tendenze e nuovi comportamenti degli anni 90 (Serie Informazioni n.3 – 2000)" e "L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia – Anno 1999 (Serie Informazioni n.5 – 2001)".

<sup>28</sup> Dati ISTAT-Italia-Censimento 2001

**Grafico n°12: IVG per stato civile e regione di residenza. Valori assoluti - Anno 2000**



Elaborazione da Istat, 29 maggio 2003

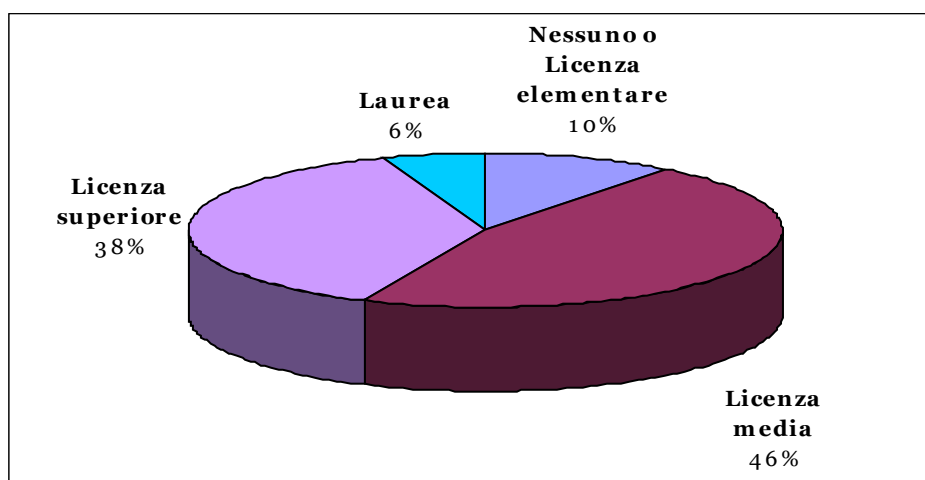
### *Titolo di studio*

In Italia il titolo di studio è il più importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2000 vede una prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (46,3%).

Negli anni si sono avute variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio e ciò riflette sia la maggiore scolarizzazione generale della popolazione sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione. Si constata infatti che a livelli crescenti di scolarità corrispondono livelli decrescenti di abortività.

Esistono tuttavia differenze nella distribuzione percentuale per istruzione tra aree geografiche, a causa della differente composizione della popolazione e delle diversa diffusione dell'istruzione superiore.

**Grafico n°13: IVG (%) per istruzione, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### *Occupazione*

Nel 2000 si rileva che il 40,9% delle donne che hanno abortito era occupata, il 30,8% era casalinga e l'11,9% studentessa.

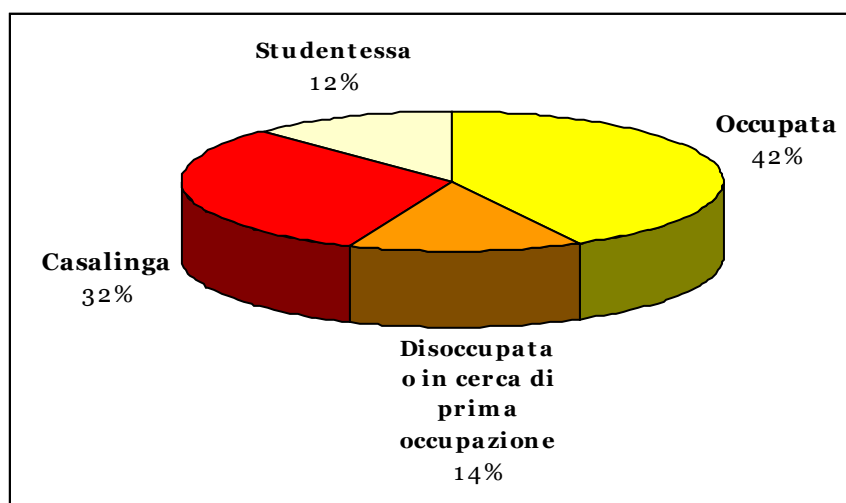
Tuttavia questo dato è stato rilevato dal Ministero della Salute per la prima volta nel 2000 e quindi non sono state ancora fatte analisi comparative e approfondite, tali da poter fare conclusioni credibili. Possiamo solo constatare che le distribuzioni percentuali fatte dall'Istat negli anni precedenti mostrano un andamento simile. Infatti da un studio Istat<sup>29</sup>, tra il 1981 al 1991, la diminuzione più rilevante del ricorso all'IVG è emerso tra le donne in condizione professionale rispetto alle casalinghe: -30,1% rispetto a -12,5%.

Anche in questo caso esistono differenze nella distribuzione percentuale per aree geografiche a causa della differente composizione per occupazione nella popolazione generale.

---

<sup>29</sup> Istat, "L'interruzione di gravidanza in Italia – Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi (Serie Argomenti n.9 – 1997)"

**Grafico n°14: IVG (%) per occupazione, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

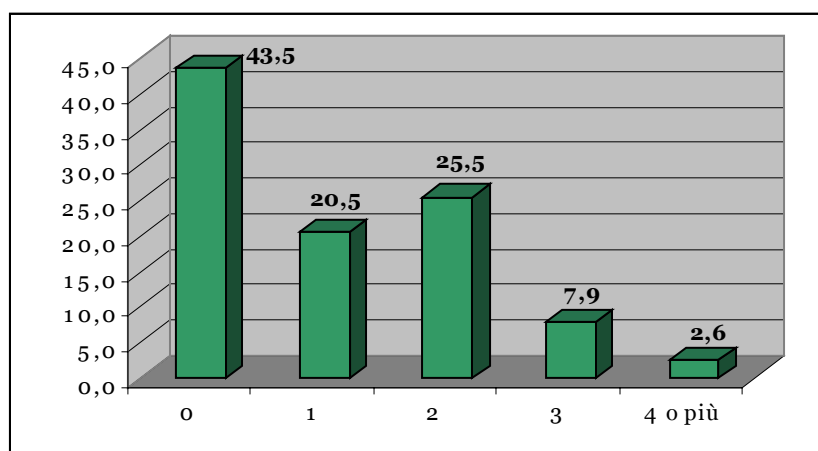
### ***Numero di nati vivi e nati morti***

Dall'analisi della distribuzione percentuale per regione per numero di nati vivi che la donna dichiara di aver avuto prima del ricorso all'IVG e tenendo conto che la mortalità infantile e in età giovanile in Italia è molto bassa, si osserva che tra il 1981 e il 1994, i ricorsi all'IVG sono più elevati tra le donne con due o più figli. Si nota tuttavia una sensibile diminuzione nel tempo, maggiormente accentuata per le donne con tre o più figli.

Nella Relazione del Ministro Girolamo Sirchia quindi si conclude che:

“...poiché in Italia nel tempo è diminuito il numero dei nati e soprattutto quelli di ordine superiore, la diminuzione dei rapporti di abortività è la conseguenza di un calo delle IVG maggiore di quello dei nati. L'unico fattore che può aver agito in questo senso è la maggiore diffusione dell'uso di metodi per la procreazione consapevole, in quanto gli altri fattori che influenzano la fecondità sono quelli involontari, ovvero l'abortività spontanea e l'infertilità, che agiscono sui concepimenti indipendentemente dal fatto che questi abbiano come esito la nascita o l'IVG...”.

**Grafico n°15: IVG (%) per nati vivi, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### *Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti*

Nel 2000 si è notata una stabilità nella percentuale di donne che sono già ricorse all'IVG precedentemente, constatando quindi una tendenza inversa a quella che si avrebbe se si assumesse costante nel tempo la tendenza ad abortire.

Nel momento della legalizzazione dell'IVG, si assunse che la proporzione di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva, avrebbe dovuto aumentare fino a raggiungere un valore stazionario dopo 30 anni e questo aumento sarebbe stato conseguenza diretta dell'aumento della popolazione in età feconda con esperienza abortiva. Il confronto della situazione ipotizzata con quella reale, mostra che la stabilizzazione è stata raggiunta dopo 10 anni dalla legalizzazione e su un livello inferiore di oltre un terzo rispetto all'atteso.

Oggigiorno la massima frequenza delle ripetizioni è a carico della Regioni meridionali con il 30,3%. Per quanto riguarda la ripartizione regionale, notiamo che al Nord la percentuale maggiore di ripetizioni si ha nel Friuli Venezia Giulia (26,6%), nel Centro in Toscana (21,8%), al Sud in Puglia (39,1%) e nell'Italia insulare in Sicilia (24,2%).

Da uno studio dell'Istat<sup>30</sup>, in cui si analizzavano le caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno avuto più aborti, è risultato che il numero

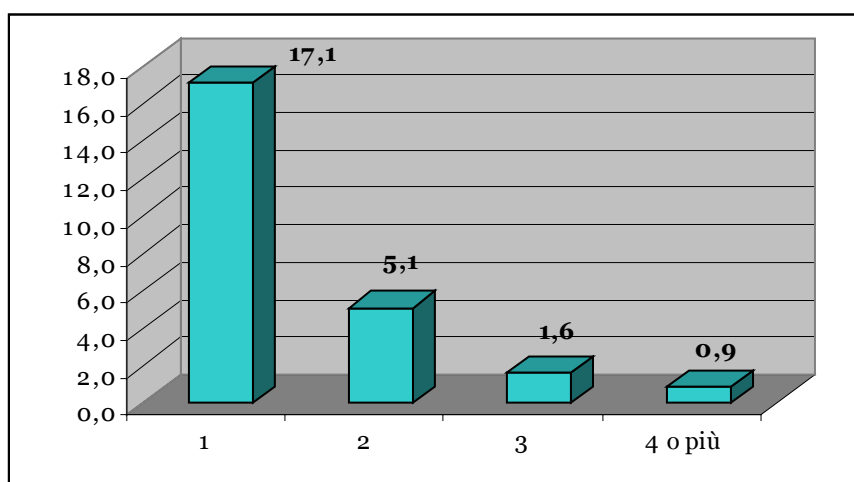
---

<sup>30</sup> Serie Argomenti n. 9 - 1999

di IVG cresce all'aumentare del numero di figli e dell'età delle donne, ed è maggiore tra le nubili rispetto alle coniugate. Viceversa hanno un effetto positivo un elevato livello di istruzione e l'avere un lavoro.

Tuttavia i dati italiani sulla ripetizione del ricorso all'aborto, sono tra i più bassi a livello internazionale.

**Grafico n°16: IVG (%) per numero IVG precedenti, 2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

### Le cittadine straniere

Da quanto riportato nella Relazione del Ministero della Salute del 31 luglio 2002, nella valutazione generale dell'andamento delle IVG in Italia, è necessario tener conto di quanto le donne di nazionalità estera influiscano in modo sempre più consistente.

È stata infatti segnalata da parte di funzionari regionali, la presenza sempre maggiore di donne straniere, soprattutto extracomunitarie, che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza. L'analisi dei dati del 1999 mostra una percentuale di IVG precedenti maggiore tra le straniere (35,0%) che tra le Italiane (23,2%).

Per analizzare l'andamento del ricorso all'IVG per un lasso di tempo abbastanza lungo è necessario considerare le donne nate all'estero in generale e non solo le straniere, in quanto il dato sulla cittadinanza è stato raccolto solo a partire dal 1995.



Dal 1980 al 1998 le donne nate all'estero che hanno effettuato un'IVG sono aumentate, passando da 4.510 a 20.480.

Tuttavia una parte delle donne nate all'estero sono italiane. Infatti nel 1998 su 20.480 donne nate all'estero, 6.572 erano Italiane.

È quindi più affidabile considerare le donne con cittadinanza straniera benché i dati non permettono un confronto prolungato nel tempo. Anche in questo caso le IVG tra questo campione risultano aumentare negli anni. Infatti nel 1995 si contavano 8.967 interventi, nel 1996 9.850, nel 1997 11.978, 1998 13.826 e nel 1999 18.806. Nel 2000 le donne straniere, residenti o domiciliate in Italia, hanno effettuato 21.201 interventi e cioè il 15,9% del totale (nel 1999 questa percentuale era del 13,7%). E i valori risultano essere ancora in costante crescita.

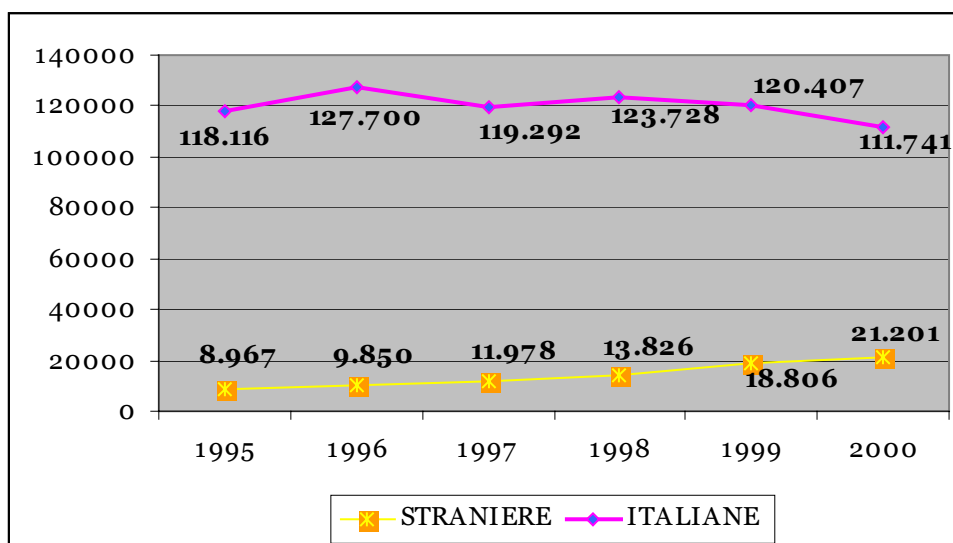
L'aumento di tale ricorso è maggiore nelle regioni dell'Italia centrale e settentrionale. Ad esempio in Lombardia, Veneto e Umbria, la percentuale di IVG tra le donne straniere, supera il 25%. Questo fenomeno è probabilmente da imputare soprattutto ad un generale aumento di presenze di immigrate sul nostro territorio.

Se dalle IVG notificate nel 2000 si escludono quelle delle cittadine straniere, il totale degli interventi tra le Italiane risulta essere solo di 111.741 e nel 1999 di 120.407. Risulta quindi evidente che il numero delle IVG è in costante diminuzione tra le donne italiane ma che un contributo sempre più importante viene dato dalle immigrate.

Secondo il Ministro della Salute:

“...Questo dato è da mettere in relazione al fatto che molte delle donne cittadine straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e che provengono da aree in cui l'abortività legale e/o clandestina è più alta che in Italia...”

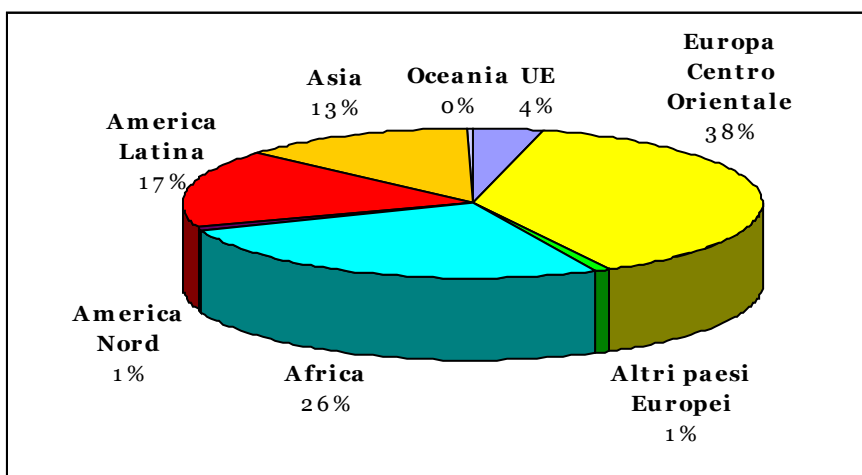
**Grafico n°17: Andamento IVG delle Italiane e delle straniere in Italia 1995-2000**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

Per quel che riguarda il profilo delle donne straniere che ricorrono all'IVG, constatiamo che le nazionalità che maggiormente ricorrono all'interruzione provengono dall'Est Europa, seguite dalle Africane e da coloro che provengono dall'America Latina.

**Grafico n°18: Percentuali IVG tra le donne straniere residenti in Italia, suddivise per nazionalità.**



Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

Si osserva inoltre che rispetto alle Italiane, la loro età è mediamente più giovane.

L'Istat ha infatti stimato per il 1998 il numero di donne straniere residenti in Italia di età compresa tra i 18 e i 49 anni e il loro tasso di abortività. Tale dato è di 32,5 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni, e risulta essere tre volte superiore al dato delle cittadine italiane dello stesso gruppo d'età (9,1 per 1000). Questo è un dato fondamentale soprattutto quando si valuta l'andamento delle IVG tra le più giovani. Infatti per le Italiane si registrano livelli maggiori di ricorso all'IVG nella fascia tra i 25 ei 34 anni, anche se negli ultimi anni si sta assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani. Per le straniere invece, i tassi decrescono passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò indica che la popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana, in quanto tra le straniere sono le più giovani che ricorrono all'IVG.

**Tabella n°1: Tassi IVG per 1000 residenti in Italia, secondo la cittadinanza e le classi d'età**

	ITALIANA	STRANIERA
<b>18-24</b>	11,5	55,0
<b>25-29</b>	12,0	44,0
<b>30-34</b>	12,2	31,4
<b>35-39</b>	11,1	23,6
<b>40-44</b>	5,3	10,0
<b>45-49</b>	0,5	0,7

Elaborazione da Ministero della Salute, 31 luglio 2002

Tra le donne straniere si nota<sup>31</sup> inoltre che esse tendono ad abortire in epoche gestazionali più avanzate: 25,3% oltre la 10° settimana, rispetto al 14,3% nelle cittadine italiane. Questo a causa delle difficoltà legate all'identificazione e all'accesso ai servizi.

Tuttavia per ottenere la certificazione, esse ricorrono più frequentemente al consultorio familiare, rispetto ad altri servizi, in quanto questo è un servizio a più bassa soglia d'accesso e dove spesso è presente un mediatore culturale. Nel 2000 infatti, il 47,6% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare mentre per le italiane è stato del 26,8%.

---

<sup>31</sup> Istat, Serie Argomenti n.9 – 1997.

Anche altri studi fatti a livello regionale confermano i dati appena riportati e ne aggiungono degli altri.

Secondo uno studio condotto nei consultori familiari milanesi<sup>32</sup>, la prima richiesta delle donne straniere che si rivolgono al servizio, è per interrompere la gravidanza. Queste donne sono prevalentemente extracomunitarie, nubili, con un'età media di 28 anni, con scolarità medio-alta e lavoratrici.

Ci sono tuttavia differenze tra le nazionalità e un uso diverso dell'utilizzo dell'IVG. Infatti per le più giovani l'intervento è fatto per rimandare la maternità mentre per le altre rappresenta un controllo della dimensione familiare.

Tutte queste donne ricorrono strumentalmente al servizio senza tuttavia usarlo continuativamente. Difficilmente infatti ritornano per fare un controllo dopo un'interruzione di gravidanza.

Da un'analisi tra gli ospedali lombardi<sup>33</sup>, il 32,4% dei ricoveri tra le donne straniere risulta essere per IVG mentre per le autoctone la percentuale è del solo 14,7%.

Da un'ulteriore ricerca<sup>34</sup>, svolta in Emilia Romagna, emerge una percentuale del 30,95% di donne immigrate ricoverate per IVG contro un 26,3% tra la popolazione locale.

A Catania è stata fatta un'analisi qualitativa e quantitativa<sup>35</sup> degli interventi ostetrici in extracomunitarie gravide. Sono state studiate 843 donne straniere in stato di gravidanza, con un'età media di 27,6 anni. Tra questo campione, il 59% delle pazienti ha portato a termine la gravidanza mentre il 41% ha richiesto l'interruzione.

---

<sup>32</sup> Mollo M., "Immigrate di cultura islamica e interruzione volontaria di gravidanza: nuovi impegni per i servizi consultoriali", Tesi di Diploma Università degli Studi di Roma "LA SAPIENZA" - Facoltà di Lettere e Filosofia DUSS 1999/2000

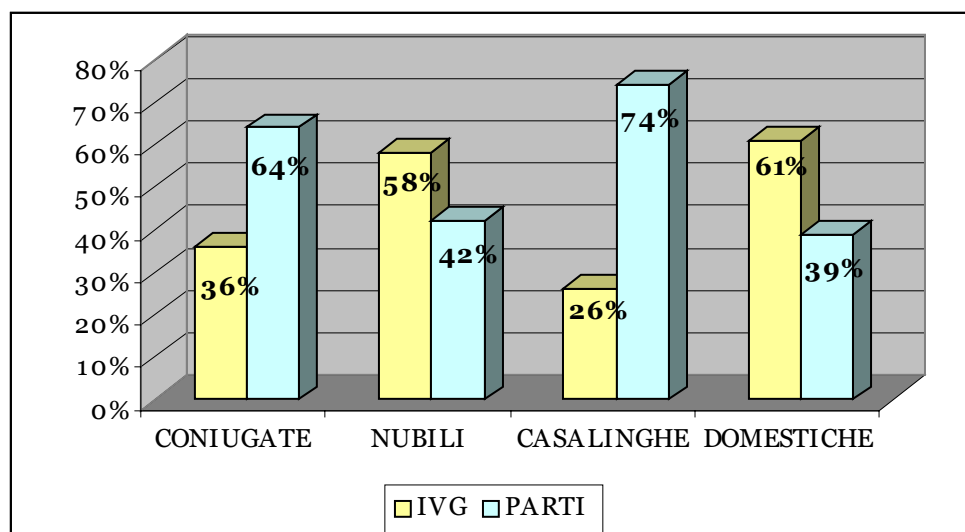
<sup>33</sup> Op. citata

<sup>34</sup> Op. citata

<sup>35</sup> Op. citata

A incidere fortemente è stata la condizione lavorativa e lo stato civile. Infatti sono ricorse all'IVG il 36% delle coniugate e il 58% delle nubili, il 26% delle casalinghe e il 61% delle domestiche.

**Grafico n°19: Tassi IVG per 1000 straniere residenti in Italia, secondo lo stato civile e l'occupazione**



Elaborazione dati da Mollo M., "Immigrate di cultura islamica e interruzione volontaria di gravidanza: nuovi impegni per i servizi consultoriali", Tesi di Diploma Università degli Studi di Roma "LA SAPIENZA"  
- Facoltà di Lettere e Filosofia DUSS 1999/2000

Il Piano Sanitario 2002-2004<sup>36</sup>, considerando gli stranieri immigrati tra i gruppi sociali meno favoriti e con minori opportunità di salute, si pone come obiettivi prioritari il migliorare l'assistenza delle donne straniere in stato di gravidanza e il ridurre tra di esse il ricorso all'IVG. In quest'ultimo caso, secondo il Ministro, è necessario dare una valida informazione ed educazione al fine di promuovere una procreazione consapevole e responsabile. Un ruolo fondamentale lo dovrebbero tenere i consultori familiari, opportunamente potenziati e riqualificati.

Un esempio dei successi che si possono ottenere facendo maggiore attenzione a certe categorie sociali più svantaggiate, si può osservare da una ricerca dell'Istituto Superiore della Sanità<sup>37</sup> che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del percorso nascite tra donne immigrate dai PVS. Uno dei

<sup>36</sup> Vedere il capitolo "La salute degli immigrati".

<sup>37</sup> Rapporto Istisan 3/4 del 2003

punti analizzati è stato il grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici. Lo studio è iniziato nel 1995-1996 ma è stato riproposto nel 2000-2001 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo anche grazie all'introduzione della normativa L.40/98. I risultati parlano da sé. C'è stato infatti un generale miglioramento dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio. È diminuita la percentuale di donne che ha effettuato la prima visita dopo il 1° semestre (da 25% a 16%), il numero delle ecografie si è allineato a quello raccomandato dai protocolli internazionali e il mese della prima ecografia si è allineato a quello delle Italiane (il 3° mese).

### La situazione di Trieste

La dottoressa Burić<sup>38</sup> constata nella sua tesi di specializzazione, che nel 2001 le donne straniere che si sono rivolte ai consultori familiari di Trieste sono state, come ci si poteva aspettare, per il 55,5% provenienti dall'Est Europa.

Suddivise per area, notiamo che il 23% delle utenti proveniva dalla Serbia, il 5% dall'Albania e il restante 27,5% dagli altri paesi dell'Est Europa.

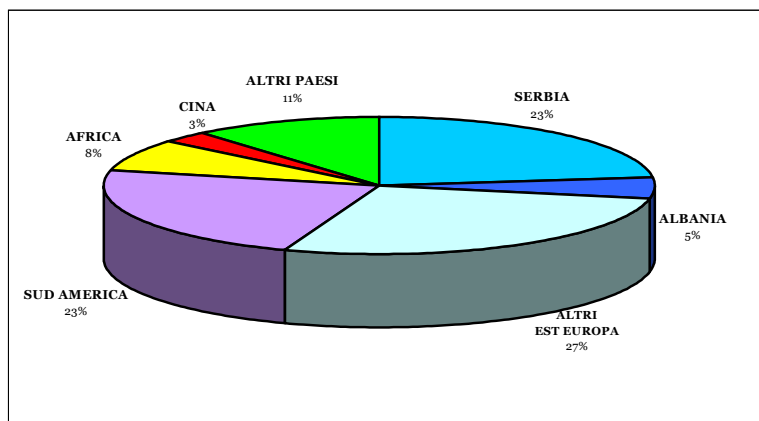
Per quel che riguarda le altre nazionalità, osserviamo che le più presenti nei consultori sono state le Sud Americane per il 23%, le Africane per il 7,5%, e per il 3% le Cinesi.

Il restante 11% ingloba tutte le altre nazionalità.

---

<sup>38</sup> Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

**Grafico n°20: Nazionalità più rappresentate nel 2001 nei consultori triestini**



Elaborazione dati da Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

Sempre da dati fornitomi dalla dottoressa Burić<sup>39</sup>, nel 2001 presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell’IRCSS Burlo Garofolo si sono avute 492 interruzioni di gravidanza entro le 12 settimane di gestazione.

Di questi 492 interventi, 72 sono stati effettuati da donne extracomunitarie.

Tra queste 46 provenivano dalla ex Jugoslavia: 35 dalla Serbia, 7 dalla Croazia, 2 dalla Bosnia e 2 dalla Macedonia.

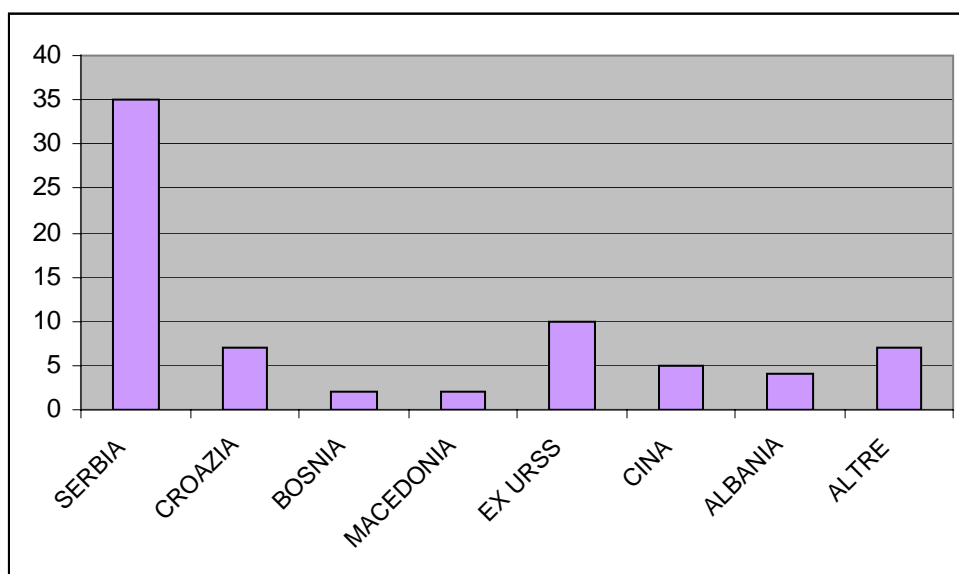
Dall’ex Urss 10 donne: 7 Ucraine, 2 Moldave e 1 dall’Uzbekistan.

Cinque immigrate poi provenivano dalla Cina, 4 dall’Albania, 2 dalla Repubblica Dominicana e 1 rispettivamente dalla Thailandia, dalle Filippine, dal Sud Africa, dal Perù e dall’Argentina.

---

<sup>39</sup> Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

**Grafico n°21: Interruzioni di gravidanza tra le donne straniere presso il IRCSS Burlo Garofolo nel 2001 suddivise per nazionalità**



Elaborazione dati da Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

La dottoressa Burić Sunita si sofferma sulle donne provenienti dalla Serbia e constata che la quasi totalità di queste donne proveniva da un’area agricola ai confini con la Romania (cittadina di Požarevac e dintorni).

L’età di queste donne era tra i 18 e i 42 anni: la maggior parte aveva tra i 30 e i 35 anni ma quattro ne avevano meno di 20, quattro tra i 20 e i 25 e 9 tra i 25 e i 30.

Tra le tredici donne serbe che la dottoressa considera perché appartenenti alla “fascia d’età tra i 31 e i 35...[che è – inc. mio] più rappresentativa di un processo riproduttivo”<sup>40</sup>, 4 avevano un solo figlio, 5 ne avevano due e 4 tre figli.

Inoltre 1 donna era al suo primo aborto, un’altra al secondo, quattro ne avevano già avuti 3, tre ne avevano avuti 4, tre più di 5 e una più di 10.

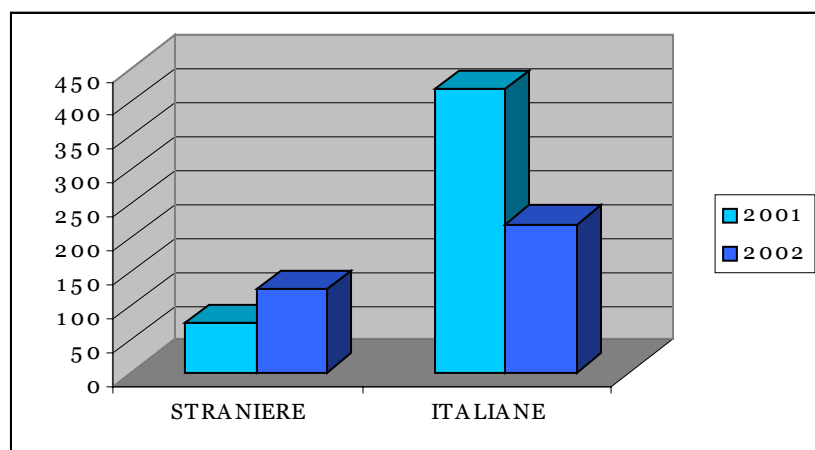
La dottoressa conclude quindi che “complessivamente in questa fascia d’età [30-35 anni – inc. mio] le nostre 13 donne hanno avuto 26 figli e 60 aborti: per ogni figlio più di 2,3 aborti”<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin



I dati per il 2002 si differenziano di poco ma si nota la diminuzione di aborti tra le donne italiane e l'incremento tra quelle straniere, che passano dal 32% del 2001 al 36% del 2002.

**Grafico n°22: Interruzioni di gravidanza tra le donne straniere e italiane presso il IRCSS Burlo Garofolo nel 2001 e 2002**



Elaborazione dati da Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

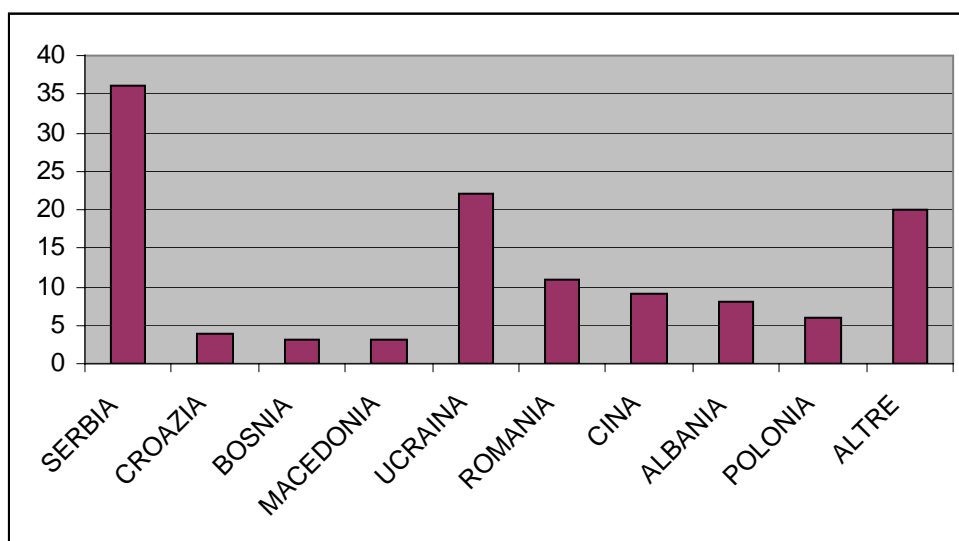
Le donne che si sono sottoposte a interruzione di gravidanza nell'IRCSS Burlo Garofolo di Trieste nel 2002 erano per la maggioranza provenienti dalla ex Jugoslavia (46): 36 Serbe, 3 Macedoni, 4 Croate e 3 Bosniache.

Inoltre 22 erano Ucraine, 11 Rumene, 9 Cinesi, 8 Albanesi, 6 Polacche, 5 Argentine, 5 Brasiliane, 4 Dominicane, 1 rispettivamente Australiana, Libanese, Messicana, Camerunense, Indonesiana e Americana.

---

<sup>41</sup> Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

**Grafico n°23: Interruzioni di gravidanza tra le donne straniere presso il IRCSS Burlo Garofolo nel 2002 suddivise per nazionalità**



Elaborazione dati da Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

Sempre analizzando il profilo delle immigrate serbe, la dottoressa nota che l’età media era lievemente più alta rispetto l’anno precedente. Infatti queste donne avevano un’età che andava dai 20 ai 42 anni. Nove donne erano comprese tra i 20 e i 24, 6 tra i 25 e i 30, 8 tra i 31 e i 35.

Seppure l’età media si era alzata, la fascia d’età più rappresentata era quella tra i 20 e i 24 anni e si sono avuti interventi tra donne che non avevano figli.

Considerando nuovamente la fascia d’età 31-35 anni, la dottoressa conclude che “queste donne hanno avuto 14 figli e 23 interruzioni di gravidanza: 1 figlio ogni 1,6 aborti”<sup>42</sup>.

<sup>42</sup> Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

**Tabella n°2: IVG in base all'età della donna (anni 2001 e 2002)**

	<b>14-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-30</b>	<b>31-35</b>	<b>36-40</b>	<b>41 e più</b>
<b>2001</b>	4	16	18	20	10	4
<b>2002</b>	6	25	34	39	15	3

Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Scrimin

Seguono altre tabelle su alcune caratteristiche di tutte le donne straniere che sono ricorse all'interruzione di gravidanza negli anni 2001 e 2002.

Le donne che hanno abortito sono per lo più coniugate ma molte sono anche quelle nubili.

**Tabella n°3: IVG in base allo stato civile della donna (anni 2001 e 2002)**

	<b>CONIUGATA</b>	<b>NUBILE</b>	<b>SEPARATA</b>	<b>VEDOVA</b>	<b>CONVIVE</b>
<b>2001</b>	45	14	7	3	3
<b>2002</b>	56	30	18	2	16

Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Scrimin

Sebbene i dati non siano completi, notiamo che le immigrate che hanno subito l'intervento sono per lo più casalinghe. Molte anche quelle addette ai servizi.

**Tabella n°4: IVG in base all'occupazione della donna (anni 2001 e 2002)**

	<b>CASALINGA</b>	<b>PULIZIE</b>	<b>COMMESSA</b>	<b>IMPIEGATA</b>	<b>STUDENTESSA</b>	<b>DISOCCUPATA</b>	<b>NON RILEVATA</b>
<b>2001</b>	16	10	4	1	6	1	34
<b>2002</b>	24	18	9	3	5	8	55

Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Scrimin

Le donne prese in considerazione hanno in maggioranza già uno o più figli ma nel 2002 sono aumentate quelle ancora senza prole.

Da notare che sono parecchie le donne con già alle spalle uno o due IVG. Emblematico è il caso di donne con tre figli o più e che hanno alle spalle già due o tre interruzioni di gravidanza.

**Tabella n°5: IVG in base ai figli vivi (anno 2001)**

<b>FIGLI/IVG</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5-10</b>	<b>10 e più</b>
<b>0</b>	9	7	0	0	0	0
<b>1</b>	12	5	3	1	0	1
<b>2</b>	15	4	4	1	1	0
<b>3</b>	4	3	1	0	1	0
<b>4</b>	0	0	0	0	0	0
<b>5 e più</b>	0	0	0	0	0	0

Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Scrimin

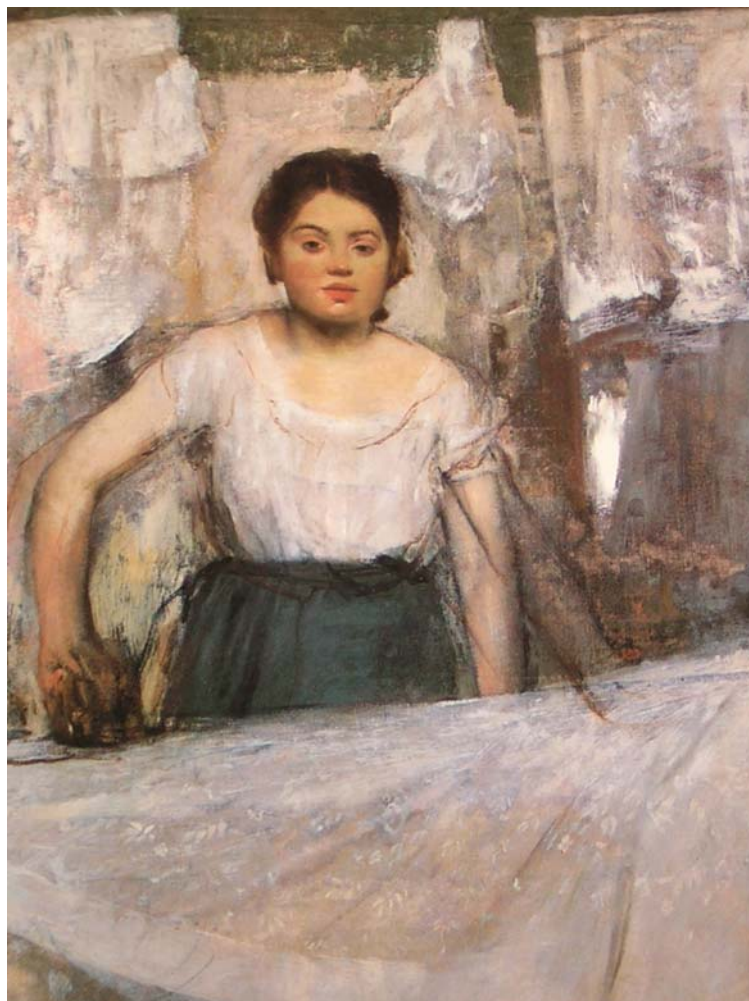
**Tabella n°6: IVG in base ai figli vivi (anno 2002)**

<b>FIGLI/IVG</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5-10</b>	<b>10 e più</b>
<b>0</b>	18	6	1	0	0	0
<b>1</b>	27	16	4	1	0	0
<b>2</b>	11	21	4	6	0	0
<b>3</b>	4	1	1	0	0	0
<b>4</b>	0	0	0	0	0	0
<b>5 e più</b>	0	0	1	0	0	0

Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Scrimin

Capitolo 4

*La Serbia  
e  
il Montenegro*



E.Degas, *“La Stiratrice”*, 1869

## Serbia e Montenegro

**Tabella n°1: Dati politici e geografici della Serbia e Montenegro**

<b>Forma di Governo</b>	Repubblica Federale
<b>Superficie</b>	102.199 kmq
<b>Popolazione</b>	10.677.000 ab. (stima 2001)
<b>Densità</b>	104 ab./kmq
<b>Coordinate</b>	lat. 46° - 42° N; long. 18° - 23° E
<b>Capitale</b>	Belgrado 1.205.000
<b>Unità monetaria</b>	Nuovo dinaro jugoslavo in Serbia; euro in Montenegro e Kosovo
<b>Confini</b>	A N con L'Ungheria, a NE con la Romania, a E con la Bulgaria, a S con la Macedonia e l'Albania, a W con la Bosnia-Erzegovina, a NW con la Croazia e a SW si affaccia sul Mar Adriatico
<b>Territorio</b>	Pianeggiante a Nord; montuoso a Sud
<b>Fiumi</b>	Danubio, Tibisco, Morava e Sava
<b>Monti</b>	Đaravica (2.656 m), Jezerska Čuka (2.604m), Crni Vrh (2.585 m)
<b>Clima</b>	Inverni freddi, estati calde e precipitazioni copiose

Dati da Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002 e [www.globalgeografia.com/europa/serbia\\_montenegro.htm](http://www.globalgeografia.com/europa/serbia_montenegro.htm)

**Cartina n°1: Lo Stato di Serbia e Montenegro**



### *Ordinamento dello Stato*

Il 27 aprile 1992 , dalla dissoluzione della Socijalistička Federativna Republika Jugoslavia, venne formata la Socijalistička Republika Jugoslavia. Nel 1993 questa cambiò l'appellativo con quello di Savezna Republika Jugoslavia. Il nome attuale dello stato è Državna Zajednica Srbija i Crna Gora e comprende la Repubblica di Serbia, con le regioni della Vojvodina e del Kosovo, e la Repubblica di Montenegro. Entrambe sono dotate di propri organi legislativi ed esecutivi.

L'accordo del 14 marzo 2002 ha frenato le spinte secessioniste del Montenegro, grazie alla mediazione dell'Unione Europea che ha offerto in cambio consistenti aiuti economici. Dopo la retifica dell'intesa da parte dei due parlamenti statali e di quello federale, è previsto che diventino due stati semi-indipendenti, riuniti sotto il nome di "Serbia e Montenegro" (Srbija i Crna Gora). Entro tre anni, entrambe potranno comunque scegliere l'indipendenza con un referendum.

Tuttavia il nuovo stato mantiene un solo seggio all'Onu.

Il 6 luglio 2000 ci fu una riforma costituzionale a seguito della quale il Presidente federale venne fatto eleggere direttamente dal popolo e non più dal Parlamento. Egli può essere rieletto e ha maggiori poteri, sia sul governo che sulle forze armate.

Il Parlamento federale è composto dalla Camera dei Cittadini (138 membri: 108 Serbi e 30 Montenegrini) e dalla Camera delle Repubbliche (40 membri: 20 Serbi e 20 Montenegrini), elette entrambe col sistema diretto proporzionale.

Nel nuovo stato di Srbija i Crna Gora, previsto dagli accordi del 14 marzo 2002, le due Repubbliche hanno ciascuna la propria costituzione, il proprio bilancio e la propria moneta.

Le istituzioni federali sono ridotte a un presidente, un parlamento monocamerale e soli cinque ministri. Si occupano solo di difesa e politica estera.

La pena di morte è stata abolita dal Parlamento federale il 5 novembre 2001.

## Divisione amministrativa

Tabella n°2: Dati secondo la divisione amministrativa

Repubbliche (capitali ab.)	Superficie	Popol.	Densità
	kmq (stima 2000)		
Kosovo (Priština 186.611)	10.887	2.227.742	205
Serbia (Belgrado 1.273.651)	55.968	5.762.954	103
Vojvodina (Novi Sad 150.000)	21.506	1.954.432	91
SERBIA CON TERRITORI AUTONOMI	88.361	9.945.128	113
MONTENEGRO (Podgorica 130 .875)	13.812	631.194	46
<b>JUGOSLAVIA (Belgrado)</b>	102.173	10.576.322	103

Dati da Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002 e  
[www.globalgeografia.com/europa/serbia\\_montenegro.htm](http://www.globalgeografia.com/europa/serbia_montenegro.htm)

Cartina n°2: Divisione amministrativa dello Stato di Serbia e Montenegro





## Popolazione

Il territorio dello Stato della Serbia e Montenegro è abitato da una popolazione etnicamente variegata. Quasi il 10% del totale della popolazione è costituito da profughi (circa 1 milione) provenienti dalla Bosnia, dalla Croazia e dal Kosovo.

**Tabella n°3: La popolazione dello Stato della Serbia e Montenegro**

<b>Crescita annua</b>	0% (1995-2000)
<b>Incremento naturale</b>	0,8% (1998)
<b>Fecondità</b>	1,7 % (1999)
<b>Natalità</b>	11,3% (1998)
<b>Mortalità</b>	10,5% (1998)
<b>Mortalità infantile</b>	12,6% (1998)
<b>Speranza di vita (anni)</b>	M 70 F 75
<b>Matrimoni</b>	5% (1998)
<b>Divorzi</b>	0,7% (1997)
<b>Popolazione urbana</b>	52,2% (2000)
<b>Gruppi etnici</b>	Serbi 32,3%, Albanesi 16,5%, Montenegrini 5%, Magiari 3,3%, Musulmani 3,2%, Romeni 1,4%, Croati 1,1%, Slovacchi 0,6%, Macedoni 0,5%, Bulgari 0,2%, Ruteni <sup>43</sup> 0,2%, Turchi 0,1%, altri 5,3%
<b>Lingua</b>	Serbo-croato (ufficiale), Albanese
<b>Religione</b>	Ortodossi 62,6%, Musulmani sunniti 19%, Cattolici 5,8%, Altre religioni 12,6%

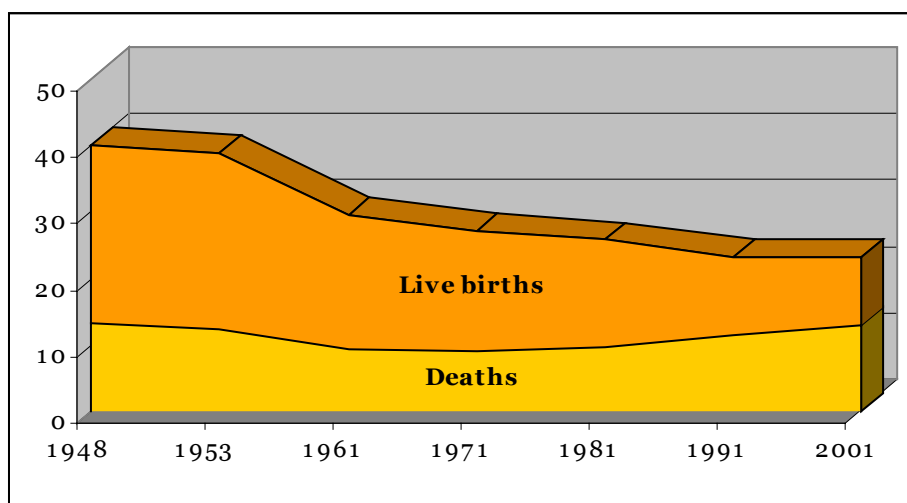
Dati da Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002

La popolazione autoctona sta notevolmente diminuendo negli anni. Poche sono infatti le nascite e viceversa il numero dei decessi aumenta. Si parla di "morte bianca" che minaccia di estinguere la popolazione serba nel giro di soli 500 anni. Ci sono infatti solo 0,3 nati per ogni matrimonio, il livello più basso di tutta Europa. Nel 1952 si contavano 120.796 nascite in Serbia e 40.590 nella Voivodina; nel 1996 la cifra è scesa a 60.927 in Serbia e 18.841 nella Voivodina. A fronte di ciò si contavano 69.218 morti in Serbia e 29.152 nella Voivodina e nel 1999 rispettivamente 72.173 e 29.271. Inoltre la Serbia perse 4.000.000 di persone durante le guerre del 20° secolo.

---

<sup>43</sup> Della Rutenia, nome latinizzato della Russia nel Medioevo

**Grafico n°1: Cambiamenti nella popolazione**



Dati da Republic Statistical Office - Republic of Serbia, "Serbia in Figures 2003", Belgrade, September 2003

## *Economia*

**Tabella n°4: Indici economici**

<b>PNL</b>	13.742 ml \$ USA (1998)
<b>PNL/ab.</b>	1.289 \$ USA (1998)
<b>PNL variazione annua</b>	7% (2000)
<b>Inflazione</b>	28,3% (2000)
<b>Indice prod. agr. (1989-91=100)</b>	92,3 (1999)
<b>Indice prod. Ind (1990=100)</b>	51,3 (1998)
<b>Capacità di raffinazione</b>	8.400.000 t (1998)
<b>Popolazione attiva</b>	5.066.000 (1999) F 43%
<b>Disoccupazione</b>	27 3% (2000)
<b>Bilancio dello Stato</b>	(ml vl, 1998) entrate 44.201 spese 44.201
<b>Debito Estero</b>	12.949 ml \$ USA (1999)
<b>Aiuti dall'estero</b>	638 ml \$ USA (1999)

Dati da Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002

L'economia in Serbia tra il 2001 e il 2002 è cresciuta a ritmi elevati, grazie soprattutto agli aiuti dall'estero e alla ripresa degli investimenti stranieri. Tuttavia il PNL è ancora inferiore a quello dei primi anni Novanta, c'è un'elevata disoccupazione e bassi livelli salariali.

Un'inflazione ancora molto elevata anche se in diminuzione, ha eroso ulteriormente lo scarso potere d'acquisto dei consumatori. Secondo alcuni osservatori, se continuano gli investimenti stranieri, il paese potrebbe entrare

presto in una fase di forte sviluppo, grazie soprattutto alla preparazione e alla elevata specializzazione della manodopera e alla relativa modernità degli impianti industriali.

### *Comunicazioni*

Le reti di trasporto sono discretamente sviluppate ma si fanno ancor oggi sentire gli effetti negativi delle distruzioni belliche del 1999.

**Tabella n°5: Comunicazioni in Serbia**

<b>Strade</b>	50.497 km (1998) di cui asfaltate 28.978 (1996)
<b>Autostrade</b>	374 km (1998)
<b>Autoveicoli</b>	1 860 000 di cui autovetture 1 750 000 (1997)
<b>Ferrovie</b>	4 059 km di cui elettrificate 1 103 km (1999)
<b>Vie navigabili estere</b>	1 419 km (1996)
<b>Marina mercantile</b>	8 unità (1999)
<b>Aeroporti principali</b>	Belgrado, Podgorica, Tivat, Priština, Niš
<b>Telefoni</b>	214 ogni 1000 ab. (1999)
<b>Tel. Cellulari</b>	57 ogni 1000 ab. (1999)
<b>Stazioni radio</b>	108 (1995)
<b>Radio</b>	297 ogni 1000 ab. (1997)
<b>Stazioni televisive</b>	24 (1995)
<b>Televisori</b>	273 ogni 1000 ab. (1999)
<b>Computer</b>	21 ogni 1000 ab. (1999)
<b>Internet host</b>	1,3 ogni 1000 ab. (2000)
<b>Giornali</b>	quotidiani 18 (1996) periodici 516 (1996)

Dati da Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002

### *Statistiche sociali*

C'è una generale crisi nel sistema di sicurezza sociale. Coloro i quali ne pagano maggiormente le conseguenze sono i profughi rientrati dalla Bosnia-Erzegovina, dalla Croazia e dalla provincia del Kosovo. Essi sono infatti privi di assistenza previdenziale e sanitaria e i loro figli hanno grandi difficoltà a trovare posto nelle scuole.

**Tabella n°6: Statistiche sociali**

<b>Insegnanti</b>	89.226 (1995-96)
<b>Studenti</b>	1.425.122 (1996-97)
<b>Analfabeti</b>	2,1% (1995)
<b>N° ab. per posto letto osp.</b>	181 (1997)

<b>N° ab. per medico</b>	471 (1997)
<b>Malattie (casi per 100 000 ab.)</b>	tubercolosi 51 (1997)
<b>Consumo di energia per ab.</b>	3.797 kWh (1998)
<b>Disponibilità di calorie per ab./giorno</b>	2.963 (1998)
<b>Emissione di ANIDRIDE CARBONICA per ab.</b>	4,7 t (1997)
<b>Aree protette</b>	3,4% (1996)

Dati da Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002

### *La situazione generale*

Secondo il rapporto 2001 dell'*Helsinki Committee for Human Rights in Serbia*<sup>44</sup>, nell'attuale stato di Serbia e Montenegro non ci sono ancora le condizioni necessarie per superare i problemi accumulati negli anni precedenti, specialmente quelli sotto il regime di Milosević.

L'interesse principale della gente è la mera sopravvivenza e la propria sicurezza sociale, e l'atmosfera generale nella società permane radicale, xenofobica e intollerante quanto prima, sebbene esistono sostanziali differenze tra Belgrado e il resto dello Stato. Il vuoto creato dalla dissoluzione del regime comunista è stato riempito dall'anti-Comunismo, dal nazionalismo e dalla religione ortodossa.

Molte sono le manifestazioni e gli incidenti contro Ebrei, Rom e omosessuali.

Si stanno rinominando le strade con nomi di personalità controverse, ritenute "reazionarie" dal governo comunista e che spesso esprimevano un'ideologia anti-Semita (espressione di una generale intolleranza religiosa), anti-Comunista, anti-Capitalista e anti-Liberale.

La maggioranza dei partiti politici che formano la coalizione di governo, sostengono l'ideologia della "Grande Serbia" e il loro criticismo verso Milosević si limita a indicare il suo fallimento e la sua capitolazione, dimenticando di parlare apertamente dei delitti e genocidi da questo commessi.

La Chiesa Serba Ortodossa (SPC) è quella più dogmatica sulla scena politica ed è quella che rimase fermamente leale a Slobodan Milosević per tutti i suoi dieci anni di governo.

---

<sup>44</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia, "Annual Report 2001 - Human Rights in Transition – Serbia 2001", in [http://www.helsinki.org.yu/report\\_contents.php?lang=en&idpub=35](http://www.helsinki.org.yu/report_contents.php?lang=en&idpub=35) aggiornato all'1.10.2004

I legami tra Stato e Chiesa si stanno rafforzando sempre più e la Chiesa Ortodossa sta ottenendo un posto rilevante nella scena politica. Kostunica fece passare nel 2001 un decreto che prevedeva l'introduzione dell'insegnamento della religione nelle scuole pubbliche, senza considerare l'opinione pubblica che era particolarmente contraria a Belgrado e nella Vojvodina. Venne inoltre riaperta la Facoltà di Teologia nell'Università della capitale.

Il problema maggiore della Serbia permane la poca voglia di confrontarsi con il passato e con il suo radicalismo.

È difficile credere che negli anni dopo Milosević, lo stato avrebbe retto senza gli aiuti Occidentali. Tuttavia le frange più estremiste si oppongono apertamente al Tribunale dell'Aia. Esse rifiutano di riconoscere all'istituzione internazionale legalità e legittimità e anzi l'accusano di atteggiamenti anti-Serbi. Inoltre le azioni del Tribunale vengono considerate una continuazione della guerra della comunità internazionale contro lo Stato serbo.

#### MINORANZE

All'interno dello stato sono oggi negati i diritti delle minoranze benché nel censimento del 1991 si stimò che il 34% della popolazione è non serba e la gran parte di essa è di religione differente da quella serbo ortodossa.

Permane infatti la volontà di omogenizzare lo stato e renderlo simile al cuore originario della Serbia, situato a sud di Belgrado. L'atteggiamento dello Stato verso le minoranze rimane quindi immutato e molti dei decreti e delle leggi discriminatorie passate sotto il regime di Milosević sono ancora in vigore. I benefici e i diritti da queste acquistati dopo la Seconda Guerra Mondiale, sono stati annullati e molta gente ha dovuto così emigrare. Anche la maggior parte della società permane intollerante specialmente verso Albanesi e Mussulmani-Bosniaci.

Neppure ai rifugiati (che sono ufficialmente 450.000) sono riconosciute la loro lingua e la loro cultura e questo problema è maggiormente sentito in Vojvodina, in quanto è qui che la maggior parte dei rifugiati dalla Croazia e dalla Bosnia si sono stabiliti. Si temono future conseguenze se questi diritti non verranno riconosciuti.

Questo non riconoscimento è conseguenza dei progressi e cambiamenti nulli nel settore giudiziario, della polizia e dei media.

## MEDIA

Oramai non esiste più quella divisione tra media sostenitori del governo e oppositori, esistente ai tempi di Milosević. Sotto la nuova élite politica i media sono estremamente politicizzati. Il nuovo Governo non appena andò al potere fece infatti in modo di avere sotto controllo la tv di Stato e i giornali. I media inoltre, sono reduci da un collasso finanziario e professionale comune ad altre istituzioni pubbliche. I giornalisti sono nelle stesse condizioni del resto della popolazione e devono confrontarsi con salari bassissimi e con un lavoro privo di assicurazioni e benefici sociali o sanitari.

All'interno del governo c'è una lotta per il controllo dei media e i giornalisti non riescono ad influire sull'opinione pubblica, neppure su argomenti importanti quali le riforme, il confronto con il passato e la denuncia dei crimini di guerra, la corruzione, i diritti delle minoranze, le relazioni con il Montenegro, con il Kosovo e la Vojvodina. Le dichiarazioni dei politici riportate in tutti i media espongono la responsabilità della guerra con termini di relatività e nessun giornale mostra segni di un'azione indipendente dal potere politico. Le opinioni e le dichiarazioni dei politici al potere sono riportate come se fossero generalmente accettate da tutta l'opinione pubblica.

Il governo attuale, così come quello precedente, non reputa importante e doveroso informare la popolazione sui lavori delle istituzioni statali. I programmi televisivi sono pieni di discorsi politici spesso carichi d'odio anche se velato, soprattutto verso il Tribunale dell'Aia, lo stato del Montenegro e le regioni del Kosovo e della Vojvodina. Essi incrementano così il nazionalismo e l'intolleranza etnica e religiosa. Raramente vengono dibattuti seri problemi sociali ed economici perché considerati meno importanti dei discorsi politici.

Le voci indipendenti e di opposizione vengono fatte zittire o le loro posizioni sono re-intepretate dai media.

Gli stessi giornalisti che osarono affrontare e criticare lo stato del paese subirono svariati "incidenti" e alcuni persero perfino la vita (come Milan Pantić

che venne ucciso in Vojvodina l'11 giugno 2001 a causa delle sue denunce sui crimini e gli scandali in Jagodina).

Malgrado le promesse pre-elettorali, le autorità vanificarono le attese di nuove leggi che dessero maggiore indipendenza e libertà d'informazione ai media. A causa dell'assenza di leggi e quindi di trasparenza e pluralismo, gli investimenti stranieri nel settore dei media sono del tutto assenti in Serbia.

### Le donne nel Sud Est Europa dal 1945 ad oggi

Vorrei brevemente tracciare un'immagine della situazione delle donne nel Sud Est Europa negli anni da dopo la Seconda Guerra Mondiale fino ad oggi. Mi soffermerò soprattutto sulla situazione nell'attuale Stato di Serbia e Montenegro, in quanto è su questa nazionalità che si concentra la mia ricerca.

Le constatazioni fatte in questo capitolo, sono tratte dall'articolo di Slavenka Drakulić *"From Equality without Democracy to Democracy without Equality? Women and Transition in Southern Europe"*, dal libro *"Gender Relations in South Eastern Europe: Historical Perspectives on Womanhood and Manhood in 19th and 20th Century"*<sup>45</sup>, già pubblicato in *"South-East Europe Review 3/2000"* (pp.151-168), e risultato da una ricerca (*"Familie und Frauen im Sozialistischen Bulgarien"*) sponsorizzata dalla Austrian Science Fund (FWF) ed eseguita nel Dipartimento di Storia del Sud Est Europa dell'Università di Graz.

Negli anni 90 gran parte degli stati del Sud Est Europa subirono dei grandi cambiamenti. Questi furono dovuti principalmente al passaggio da una società comunista a una società liberal-democratica con un'economia di mercato capitalistica. Secondo alcuni studiosi questi cambiamenti portarono un incremento delle libertà politiche e a una crescita economica stimolata dalle privatizzazioni e dalle ristrutturazioni. Secondo altri si ebbero invece solo degli enormi costi sociali.

---

<sup>45</sup> Jovanović Miroslav, Naumović Slobodan (a cura di), *"Gender Relations in South Eastern Europe – Historical Perspectives on Womanhood and Manhood in 19th and 20th Century"*, Belgrade-Graz, Čigoja, 2001

Su un punto sono tutti d'accordo: le donne furono coloro che subirono i maggiori costi sociali, economici e politici. Perfino in certi stati in cui dalla seconda metà degli anni 90 i cambiamenti politici ed economici raggiunsero una certa stabilità, la situazione delle donne non migliorò. Paradossale è poi la constatazione che in tutti questi stati si rafforzarono i tradizionali ruoli di genere, proprio in società che si volevano più moderne...

### *1945-1989*

Uno degli impegni dei governi comunisti, era quello di creare una equità tra uomini e donne. Tuttavia questa parità era più imposta e ideologica che reale e concreta. Essa era infatti intesa come la partecipazione delle donne sul mercato del lavoro.

Questa nuova libertà permise alle donne di essere libere da matrimoni forzati o combinati e dalla dipendenza degli uomini. Anche nel campo giuridico vennero abolite le precedenti leggi che discriminavano le donne.

L'eguale partecipazione di uomini e donne sul mercato del lavoro, permise poi a queste ultime di aumentare i loro livelli d'istruzione.

Maggiore fu infine la partecipazione politica delle donne, in quanto i governi vararono norme volte a incrementare il numero di deputati donne a livello sia locale che nazionale. Si svilupparono così associazioni di donne in seno al sistema politico comunista e ciò fece sì che esse facilitassero l'attuazione di leggi favorevoli al gentil sesso.

Tuttavia queste conquiste ottenute sotto i regimi comunisti, furono ambigue, volatili e perfino contraddittorie. Ciò perché i proclami di parità non corrispondevano mai alla realtà e i valori e le strutture patriarcali non vennero mai sradicate. La famiglia patriarcale fu solo sostituita dall'autoritarismo statale. L'emancipazione delle donne non portò a una maggior individualità e a una maggiore scelta ma costrinse le donne a spostare i loro doveri e diritti dalla sfera privata a quella pubblica. Le donne conquistavano diritti per il semplice fatto che dovevano contribuire a costruire il socialismo di stato; l'emancipazione non era un fine a sé stesso, ma uno strumento per ottenere maggiore benefici per lo Stato.



In quegli anni si assistette a una rapida industrializzazione e burocratizzazione e le donne erano chiamate a contribuire alla sempre maggiore necessità di forza lavoro. Le donne vennero così lodate perché lavoratrici, ma senza cambiare la loro precedente condizione: quella di madre e moglie. Esse avevano infatti un ulteriore compito: allargare la nazione socialista.

Secondo Slavenka Drakulić, la politica comunista di genere:

“...even laid the ground for future discrimination against woman after break down communism...”<sup>46</sup>

La più grande sconfitta fu data dal fatto che nel privato nulla cambiò. Quasi tutte le donne, infatti, lavoravano fuori casa ma avevano anche una famiglia. Ecco allora che esse erano impegnate su due fronti: quello del lavoro pubblico e quello dei doveri privati. Era infatti dato per scontato che la prima responsabilità di una donna era quella di badare alla famiglia e quindi esse avevano un carico di lavoro maggiore di qualsiasi uomo. Nella Jugoslavia del 1965 si è calcolato che una donna lavorava dalle 60 alle 70 ore settimanali, delle quali 20-30 erano ore di lavoro non pagate.

Anche la divisione del lavoro mantenne delle caratteristiche di genere. Non era difficile trovare donne occupate in tradizionali lavori maschili, ma la maggior parte di esse era attiva in specifici settori quali l'educazione, la sanità, il sociale, il tessile, l'industria delle scarpe,... Questa sarà una delle cause per cui le donne saranno maggiormente colpite dalla “transizione”.

Oltretutto poche erano le donne che occupavano posti dirigenziali. Ne è un esempio il settore politico, ove l'emancipazione si dimostrò veramente superficiale. Le donne erano infatti tra 1/5 e 1/3 dei membri del Parlamento ma veramente poche erano quelle ai vertici, dove si prendevano le decisioni concrete. Inoltre i rappresentanti nei parlamenti erano nominati e non eletti, e quindi il loro potere veniva ridimensionato.

Possiamo quindi concludere che le donne erano in una posizione debole per riuscire a fronteggiare i cambiamenti che avvennero con la dissoluzione del

---

<sup>46</sup> Jovanović Miroslav, Naumović Slobodan (a cura di), “Gender Relations in South Eastern Europe – Historical Perspectives on Womanhood and Manhood in 19th and 20th Century”, Belgrade-Graz, Čigoja, 2001

regime comunista. Esse infatti mancavano di potere politico, sociale ed economico per poter difendere o migliorare le loro posizioni.

### *Dopo il 1989*

Dopo il 1989, in tutto il Sud Est Europa così come in altri Stati nati dalle rovine dell'Europa socialista, vi fu un generale deterioramento dello status delle donne, dal punto di vista sociale, politico e sanitario. Le donne furono gli oggetti e non i soggetti del cambiamento e ne è emblema la pressione che venne fatta su di esse affinché si ritirassero dalla vita pubblica. Questa pressione ebbe conseguenze politiche, sociali ed economiche ed era deliberatamente voluta ed attuata da politiche volte alla ridefinizione e al ritorno ai ruoli tradizionali delle donne e degli uomini.

### RAPPRESENTANZA POLITICA

Il drastico declino della rappresentanza femminile in campo politico, fu uno dei cambiamenti più evidenti e sorprendenti. Vennero infatti abolite le quote per le donne e poche furono coloro che vennero inserite nelle liste dei partiti per le elezioni.

Conseguenza di ciò è che non vennero considerate le priorità e gli interessi delle donne nelle decisioni politiche.

In Serbia, tra il 1990 e il 1993, solo l'1,6% di tutti i membri del Parlamento era composto da donne.

**Tabella n°7: Percentuale di donne in politica**

Country	First multiparty parliament	Parliament	Cabinet	Vice-ministers	Municipal Councils
		as of February 1999	as of June 1998		
Albania	3,6	11,0	5,0	5,0	1,0
Bulgaria	8,8	10,8	18,0	24,0	25,0
Bosnia-Erzegovina	-	6,9	0,0	4,6	6,2
Croatia	3,75	7,2	0,5	20,0	-
Rep. Of Macedonia	4,2	7,5	10,0	18,2	-
Romania	3,4	5,6	0,0	4,1	-
<b>Serbia</b>	<b>1,6</b>	<b>4,0</b>	<b>5,9</b>	<b>8,7</b>	-
Slovenia	10,0	7,8	9,1	36,8	10,8

Dati da Slavenka Drakulić *“From Equality without Democracy to Democracy without Equality? Women and Transition in Southern Europe”* in Jovanović Miroslav, Naumović Slobodan (a cura di), “Gender Relations in South Eastern Europe – Historical Perspectives on Womanhood and Manhood in 19th and 20th Century”, Belgrade-Graz, Čigoja, 2001

Inoltre oggi le donne sono sottorappresentate anche a livello regionale e locale ed è molto bassa la loro percentuale nei posti statali non eleggibili. Inutile aggiungere che le donne Ministro sono molto rare.

La bassa rappresentatività delle donne a livello statale è causata da diversi fattori. Prima di tutto molti partiti sono contrari a un’attiva emancipazione politica delle donne e non considerano importante la parità dei sessi per la legittimazione dei nuovi regimi liberal-democratici. Tanto meno se lo Stato è basato su principi nazionalistici. Le quote per la partecipazione femminile in politica sono spesso viste male perché associate al passato comunista.

Accanto a ciò le donne entrarono nell’era post-comunista con meno risorse da impiegare nella lotta politica. Esse infatti avevano poche risorse economiche, vedevano ridotte le loro sicurezze sociali, erano oppresse dai doveri familiari e quindi non avevano il tempo per impegnarsi in politica.

Molti partiti con a capo leader uomini reputano inoltre che le donne candidate potrebbero diminuire la loro forza durante le elezioni.

Infine molti uomini ma purtroppo anche molte donne, credono che il loro posto sia in cucina piuttosto che in parlamento...

Le donne sembrano preferire stare al di fuori dei partiti politici e organizzarsi piuttosto in varie Organizzazioni Non Governative, facendo sentire comunque la loro voce. È questo il settore in cui si stanno sviluppando sempre più attività e che vede riunire un numero sempre maggiore di donne impegnate sia sul fronte politico e sociale, che su quello di problemi più concreti e privati.

Secondo una pubblicazione<sup>47</sup> del 1997, il numero di ONG tra il 1990 e il 1996 nella Repubblica Federale di Jugoslavia è cresciuto fino ad arrivare a 700 associazioni. Ciò è particolarmente significativo se si pensa che la maggior parte di queste sono rette e organizzate da donne.

## LAVORO

Durante la transizione ci fu un generale declino della produzione economica. In tutti i paesi del Sud-Est Europa, il PNL è oggi inferiore a quello del 1989. Milioni sono i posti di lavoro scomparsi e quindi la disoccupazione è a livelli altissimi. Molte persone lavorano in nero; sono quindi senza protezione sociale e i loro diritti sanciti dalla legge non vengono rispettati.

A causa del declino delle attività economiche e del lavoro in regola, le entrate del governo si sono ridotte ed è quindi diminuita la sua possibilità di intervenire a livello sia economico che sociale.

Per sostenere l'entrata delle donne nel mercato del lavoro, i governi comunisti precedenti elargivano generosi benefici per la sicurezza sociale, davano il diritto alla donna di ritornare a lavorare dopo la maternità, davano aiuti ai figli,...

La situazione difficile si è quindi ripercossa prima di tutto sulle donne. Il declino dello status economico delle donne è evidente dal declino di queste in ambito lavorativo. Le donne hanno infatti maggiori possibilità di rimanere disoccupate e hanno più difficoltà a trovare un lavoro. Maggiori problemi vengono affrontati da coloro che crescono dei figli e da coloro che non sono più giovani. Per queste due categorie è infatti molto difficile competere in un mercato del lavoro così selettivo ed esigente.

Il gap tra uomini e donne nel contesto lavorativo è aumentato in tutti i paesi del Sud-Est Europa.

---

<sup>47</sup> Petrović, et al. (Eds.), *Directory of Non Government Nonprofit Organizations of FR Jugoslavia*, Belgrade, 1997

Le donne che appartengono a minoranze etniche devono affrontare ancora più problemi per trovare un lavoro. Spesso poi è la loro stessa comunità, portatrice di valori patriarcali, che le dissuade a entrare nel mondo del lavoro.

La povertà e la disoccupazione hanno forzato molte donne ai margini della società e le più disperate finiscono nei giri della prostituzione. Più vulnerabili sono soprattutto le giovani che finiscono spesso nei bordelli dell'Europa Occidentale.

Le donne sono inoltre vittime delle disparità salariali; esse hanno infatti paghe più basse, uno status occupazionale minore e non sono adeguatamente rappresentate nei vertici occupazionali. Sotto il regime comunista esse occupavano prevalentemente posti statali, quali quello della salute, dell'educazione, della scienza, dell'informazione e della cultura. Posti che sono stati maggiormente colpiti dalla crisi economica e dai cambiamenti macroeconomici e sociali. Malgrado ciò minore è stato lo spostamento delle donne dal settore pubblico a quello privato. Oggigiorno le donne sono occupate in lavori poco qualificati quali quelli del settore tessile e delle scarpe, e sono più vittime di tagli ai posti di lavoro a causa della privatizzazione. A causa di tutti questi processi di modernizzazione, i gap salariali sono aumentati ancora di più. Bisogna poi sottolineare che la perdita del posto di lavoro tra le donne accade a prescindere dal fatto che il loro livello d'istruzione sia uguale se non maggiore a quello degli uomini.

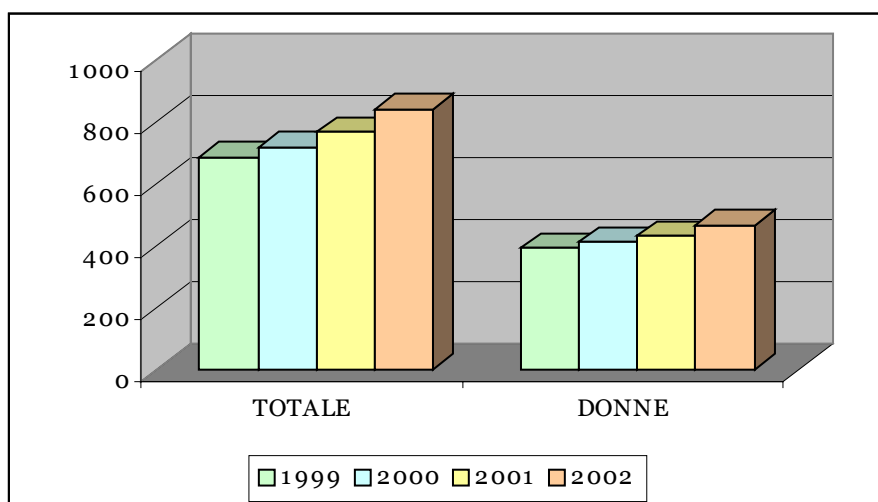
Esse, ancor più degli uomini, sono vittime dell'erosione dei servizi sociali. Molte donne sono costrette ad occuparsi della crescita dei loro figli in quanto gli aiuti che venivano dati un tempo dallo Stato sono ormai troppo costosi e molti di questi sono stati quindi eliminati. Un esempio sono gli asili nidi che a causa del basso numero di iscrizioni sono stati chiusi. Il ritorno al proprio posto di lavoro dopo il periodo della maternità è spesso un'illusione, in quanto lo Stato non ha più potere sulle imprese private. Il lavoro part-time, che darebbe la possibilità a molte donne di occuparsi sia del lavoro a casa che di quello fuori, in tutto il Sud-Est Europa è praticamente sconosciuto. Inoltre anche dove è possibile trovarlo, i salari sono così bassi che non risulta essere una valida alternativa al contratto a tempo pieno.

Matrimoni e maternità precoci poi, interrompono prematuramente l'educazione delle donne spingendole ai margini della società e togliendo loro potere decisionale.

Coloro che hanno esperienze lavorative importanti non sono comunque viste come gli uomini. Molte imprese private infatti, considerano le donne molto più costose a causa dei loro diritti in maternità. Esse non rispondono quindi alla necessità di una forza lavoro poco costosa ma che dia il massimo del profitto.

Le donne più difficilmente diventano imprenditori o libere professioniste. In Serbia e Montenegro, nel 1997, le donne imprenditrici erano solo il 23-26% del totale. Le cause di ciò sono la non possibilità di accedere a crediti bancari e la mancanza di sponsor che garantiscano per loro. L'unico settore privato che dà loro opportunità è quello delle ONG. Resta tuttavia il problema del doppio lavoro, dentro e fuori casa, aggravato dalla mancanza di meccanizzazione nell'ambito privato.

**Grafico n°2: Percentuale disoccupati totali e donne**



Dati da Republic Statistical Office - Republic of Serbia, "Serbia in Figures 2003", Belgrade, September

2003

## VALORI E RUOLI

La perdita di potere politico ed economico da parte delle donne, non è solo un risultato della transizione, ma è una scelta deliberata e portata avanti malgrado le difficoltà economiche. Queste scelte riflettono le relazioni uomo-donna

esistenti in ambito politico così come le considerazioni sui ruoli degli uni e delle altre che esistono all'interno della società.

Tutta l'Europa Sud Orientale è infatti da sempre dominata da valori patriarcali che non sono mai stati sradicati neppure sotto il Comunismo. La crisi nata dalla transizione ha dato vita a una perdita di sicurezza in molti settori della vita, ma dall'altro lato ha rafforzato i valori e i modelli culturali precedenti. Lo sfacelo dei regimi comunisti è spesso associato a una crisi generale e a una perdita di sicurezza. Per superare questa crisi e creare una società "sana", molte persone, soprattutto dell'estrema destra, reputano che i valori tradizionali devono essere rafforzati, che gli uomini devono occuparsi della sfera pubblica (lavoro e politica) mentre alle donne è assegnata la vita privata, di casalinghe e madri. Molti Stati, soprattutto dopo il 1990, hanno ostacolato i gruppi femministi insorti contro questo modo di vedere le cose.

Queste idee sono poi fortemente sostenute dalle diverse chiese. La lotta più accanita di questo schieramento è quella contro l'aborto. Nei paesi ortodossi la chiesa ha meno influenza rispetto a stati in cui la religione di stato è quella cattolica. Tuttavia anche la Chiesa Ortodossa cerca di agevolare il radicamento dei tradizionali ruoli e modelli.

Ci sono forze politiche che lottano per la parità dei sessi ma questo non è il loro obiettivo primo e poco si potrà ottenere a causa della debole rappresentanza femminile in politica.

Secondo molti stati nazionalisti, donne e uomini sono naturalmente e biologicamente diversi e ognuno deve occupare il suo posto per il bene della Nazione. Nei discorsi politici è facile sentir sostenere che le donne hanno un ruolo ben preciso. Esse sono considerate dal punto di vista biologico: sono le "madri della Nazione" e quindi devono occuparsi della sua riproduzione. Le donne non sono viste come individui con dei diritti, ma come strumenti per il bene supremo della collettività. I concetti non sono quindi diversi da quelli sostenuti dai regimi socialisti.

In epoca di guerra si sosteneva che una donna può solo essere la moglie, la figlia o la madre di un eroe morto.

Nelle dichiarazioni di alcune donne impegnate nella lotta per i loro diritti leggiamo:

"... The nationalist ideology of the Serbian leaders calls for women to do their duty to the country by having more babies and willingly sacrificing their sons. Mythic figures are called upon to coerce women into supporting nationalist goals, while the law makers are changing the constitution and laws, so that women will have no choice but to comply..."<sup>48</sup>

"In tandem with the cult of blood and soil, the new Serbian nationalists also summoned to life the symbolic mediaeval figure of mother Yugovich — the long suffering, brave, stoic mother of nine, offering her children up to death in the defence of the fatherland. Maternity is now to be seen as an obligation, not as a free option for women; the sexuality of women has to be controlled and reduced to procreation (Zajovic, December 1991)..."<sup>49</sup>

"Militaristic nationalism insists that Serbian women must have more babies so that the nation will be able to defend itself in war. One politician said, "I call upon all Serbian women to give birth to one more son in order to carry out their national debt." Following the war in Slovenia, another politician said, "For each soldier fallen in the war against Slovenia, Serbian women must give birth to 100 more sons (Zajovic, December 1991)..."<sup>50</sup>

E ancora:

" Various forms of hegemonist nationalism, national separatism, chauvinist and racist exclusion or marginalization of (old and new) minority groups are, as a rule, closely connected with patriarchal, discriminatory, and violent policies against women, policies subversive of women's social and civil rights which had been previously guaranteed under the old communist order... In every nationalism, and particularly in its aggressive fascist type, men constitute the "soul" and the "engine" of the vision and interpretation of the exclusionary, war-oriented essence of the Nation... In this kind of Serbian militantly masculinist

---

<sup>48</sup> Hughes M. Donna, Mladjenović Lepa, Mrsević Zorica, "Feminism Resistance in Serbia", (tratto da European Journal of Women's Studies, Vol.2, No4, pp.509-532, 1995), in <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/femres.htm>

<sup>49</sup> Hughes M. Donna, Mladjenović Lepa, Mrsević Zorica, "Feminism Resistance in Serbia", (tratto da European Journal of Women's Studies, Vol.2, No4, pp.509-532, 1995), in <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/femres.htm>

<sup>50</sup> Hughes M. Donna, Mladjenović Lepa, Mrsević Zorica, "Feminism Resistance in Serbia", (tratto da European Journal of Women's Studies, Vol.2, No4, pp.509-532, 1995), in <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/femres.htm>



discourse, women are nearly invisible, unless they become much publicized victims of the Enemy Nation. They are not in the open and are not the constant focus of the nationalist identity construction. This invisibility may appear advantageous since at least they are not under constant pressures with nationalist slogans, recipes, and advice as to how to become “real” Serbian women. But, in fact, this situation of women’s absence from the public sphere is itself a sign of patriarchy. Women are not even to be talked about in public except in the “natural” context of bearing children for the Nation...”<sup>51</sup>

Gli stati nazionalisti hanno come obiettivo il controllare la sessualità delle donne al fine di ampliare la Nazione. E l’obiettivo primo è quindi la lotta all’aborto. Il patriarca serbo ha più volte chiesto al governo di lottare contro la “Piaga Bianca”, cioè il declino delle nascite. Le donne serbe vennero spesso spronate a intraprendere una guerra contro le donne Albanesi, in termini di numero di figli. Dall’altro lato lo Stato serbo cercò di ridurre il numero dei figli tra le Albanesi, considerato troppo alto, tramite misure amministrative repressive.

## **VIOLENZA, SALUTE E RIPRODUZIONE**

Il tentativo degli uomini di controllare la sessualità femminile, è dimostrato anche dall’aumento della violenza contro le donne. Tralasciando le violenze compiute in tempo di guerra, si constatano aumenti di abusi all’interno delle mura domestiche. Difficilmente si trovano dati statistici su questo fenomeno, ma molte ricerche fatte con questionari e interviste, confermano questo fenomeno. Secondo uno studio dell’associazione belgradese “SOS Helpline for Battered Women and Children”, 1 donna su 7 è vittima di stupri.

Inquietante è poi il fatto che in molti stati non esista ancora una legislazione sulla violenza domestica, in quanto considerata una questione privata in cui lo Stato non deve intervenire.

Gran parte della violenza domestica è causata da una situazione economica e sociale instabile, da un’aumento della disoccupazione, della povertà, dell’esclusione sociale e dell’abuso d’alcool. Negli anni è diventato inoltre

---

<sup>51</sup> Papić Zarana, "Women in Serbia: Post-Communism, War, and Nationalist Mutations", in <http://www2.hi.is/page/RIKK-womeninserbia>

sempre più difficile per una donna separarsi dal coniuge a causa della sua dipendenza economica. Infine le case per donne vittime della violenza coniugale sono poche nel Sud-Est Europa e affrontare un processo legale è spesso insostenibile dal punto di vista finanziario.

Molte donne hanno subito gravi conseguenze psicologiche e fisiologiche a causa delle continue violenze.

La salute delle donne in generale è peggiorata anche a causa di altri problemi. La transizione ha infatti indebolito il sistema sanitario pubblico e ha causato drastici cambiamenti socio-economici che colpiscono principalmente le donne. Ne sono un esempio la disparità salariale, il grande stress sociale e la povertà in aumento. I dati sulla salute non sono uguali all'interno dei vari stati a causa di differenti fattori. Possiamo tuttavia constatare che le complicazioni in gravidanza e durante il parto hanno assunto un'andamento negativo in tutti i paesi maggiormente colpiti dalla transizione (in tutto il Sud-Est Europa eccetto in Croazia e in Slovenia). Si nota inoltre un declino dei servizi alla salute per la donna in gravidanza e disuguaglianze di accesso a cure pre e post natali secondo l'età, l'educazione, il salario e il luogo di residenza (rurale o urbano).

Infine lo stile di vita aumenta i rischi per la salute delle donne. Questi sono correlati a problemi economici (e quindi alla mancanza di medicine e a bassi livelli nutrizionali) e a cambiamenti del comportamento, specialmente tra le donne giovani che vogliono eguagliare gli uomini e cominciano quindi a bere e a fumare.

## La Chiesa e la libertà religiosa

Riprendendo il rapporto 2001 dell'*Helsinki Committee for Human Rights in Serbia*<sup>52</sup>, vorrei delineare l'attuale ruolo della Chiesa ortodossa nello Stato di Serbia e Montenegro.

Secondo il documento del Helsinki Committee, la Chiesa ortodossa, avendo ottenuto sempre più voce in materia politica, ha lanciato una campagna per re-

---

<sup>52</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia, "Annual Report 2001 - Human Rights in Transition – Serbia 2001", in [http://www.helsinki.org.yu/report\\_contents.php?lang=en&idpub=35](http://www.helsinki.org.yu/report_contents.php?lang=en&idpub=35) aggiornato all'1.10.2004

installare i tradizionali valori nella vita spirituale e comune della società. Sebbene la Chiesa esprima apertamente la sua opposizione a qualsiasi estremismo, nelle diverse dichiarazioni di vari esponenti ritroviamo spesso parole d'odio, razziste e antisemite che colpiscono negativamente lo status delle diverse comunità etniche e religiose. Inoltre molti documenti vagamente antisemiti e intolleranti dal punto di vista religioso furono letti da alti rappresentanti della Chiesa.

Padre Gabrilović affermò su TV YU INFO nel 2001:

“...Jews use incest in order to keep property within the family...”<sup>53</sup>

aggiungendo poi sul *Nacional* del 9 Gennaio 2002 che secondo dati statistici:

“...incest is the main cause of Jewish degeneration...which by extention causes birth of great number of deaf and dumb children in Jewish marriages...”<sup>54</sup>

Quando da più parti si alzarono voci di protesta contro queste dichiarazioni, in particolar modo da parte della comunità ebrea in Serbia, egli sentenziò:

“...founders of New World Order, notably those of Jewish descent, want to control the world and the world media. Thus their unfounded and unjust criticism of my statement regarding incest on TV YU info...”<sup>55</sup>

Padre Gabrilović venne successivamente accusato da Aca Singer, Presidente dell'Alleanza delle Comunità Ebreiche in Jugoslavia, di essere complice di vari incidenti anti-semiti. Inoltre accusò la Chiesa Ortodossa di non opporsi con sufficiente energia agli incidenti.

---

<sup>53</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serba, dichiarazione di padre Gabrilović su TV YU INFO nel 2001

<sup>54</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serba, dichiarazione di padre Gabrilović su *Nacional* il 9 Gennaio 2002

<sup>55</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serba, dichiarazione di padre Gabrilović su *Nacional* il 10 Gennaio 2002

### *La Chiesa e la scuola*

Nel 2001 il governo serbo decise di introdurre la religione ortodossa nel sistema scolastico sebbene l'articolo 41 della Costituzione della Repubblica serba dichiara la separazione tra Stato e Chiesa e la libertà religiosa come diritti civili fondamentali.

La Jugoslavia fu uno stato laico per ben 56 anni e alla proposta d'introdurre la religione nelle scuole si sollevarono molte obiezioni soprattutto tra gli intellettuali.

La Chiesa Ortodossa, fu molto sottile nel giustificare tale scelta ma ferma e decisa nelle sue idee. A coloro che si dimostravano contrari, adduceva a suo favore il diritto alla libertà religiosa.

Quasi tutte le posizioni della Chiesa vennero pubblicate sui giornali e trasmesse per televisione. Vorrei citarne solo alcune come esempio del tenore della discussione:

“...religion stands for an individual's privacy...introduction of religious training in school curricula threatens with turning the Church's dogma into pillar of ethnic education are actually fears Satan and his followers have felt over past six decades – fear that are manifested everywhere under the skies of the country that used to be termed Serbia only as a name, without any sense for the notion itself...”<sup>56</sup>

“...The strong resistance we have over here (to introduction of religious training) does not source so much from the former regime's parties, as it does from the ranks of the so-called liberal, allegedly European-oriented Left. The latter are nothing but Marxist relicts and communists of the third generation. One should ignore them and introduce religious training...”<sup>57</sup>

“...Resumption of religious training in the Serbian school system stands for an act of the society's democratization. Accusations that it is –an imposition of religion

---

<sup>56</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serba, dichiarazione rilasciata dal *Public Relations Service* della Chiesa Serba Ortodossa nella prima pagina del giornale *Novosti daily* il 24 Novembre 2000

<sup>57</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serba, dichiarazione rilasciata dal Svestislav Basara sul giornale *NIN* del 4 Gennaio 2001

–should be ignored since their authors are mostly people that have replaced their religion with Marxim after the World War II...”<sup>58</sup>

Tuttavia oltre alla religione ortodossa, altre Chiese hanno i loro insegnamenti nella scuola pubblica. Queste sono la Comunità Islamica, la Chiesa Cattolica, la Chiesa Evangelista Slovacca, la Comunità Ebraica, la Chiesa Cattolica Riformata e la Chiesa Evangelista Cristiana.

L’Helsinki Committee for Human Rights in Serbia si domanda però quanto sia utile spendere 1 milione di euro per l’insegnamento multireligioso nelle scuole, quando il sistema educativo ha mille altri problemi ben più gravi, quali l’evanescenza delle strutture scolastiche, i salari minimi degli insegnanti, i curricula scolastici arretrati, i testi scolastici non aggiornati e i pochi computer presenti nelle scuole di tutti i livelli.

L’Helsinki Committee for Human Rights in Serbia sostiene inoltre che il chiedere ai genitori se i loro figli vogliono o meno frequentare le lezioni di religione o alle lezioni di quale religione essi decidono di partecipare, può essere considerata una coercizione dato il clima d’intolleranza religiosa ed etnico-nazionalista che esiste nello stato già da dieci anni. Si teme perciò che date le idee più comuni nella società e data la paura ancora viva dell’esperienza di guerra anche religiosa di pochi anni fa, le scuole non siano ancora capaci di trattare genitori e studenti di religioni diverse in modo tale da difendere la loro dignità personale e il loro diritto alla diversità. C’è infatti la tendenza generale a identificare religione, spiritualità, fede e valori morali e a suddividere così la società in lodevoli e pii da una parte e miscredenti ed eretici dall’altra.

### *Esercito e Chiesa*

La Chiesa Ortodossa ha violato i principi costituzionali di separazione tra Stato e Chiesa a causa delle sue ricorrenti attività ufficiali nell’Esercito Jugoslavo. Un esempio lampante è la presenza fissa di preti ortodossi tra le truppe serbe. Altre chiese non sono invece autorizzate ad avere rappresentanti nelle strutture militari. Così infatti si legge l’8 maggio 2001 sul giornale Borba:

---

<sup>58</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serba, dichiarazione rilasciata dal Serbian Patriarch Pavle sul giornale *Danas* del 20 Agosto 2001

“...Serbian Orthodox facilities will be constructed within military institutions and barracks gradually and in accordance with financial resources. In line with principles of equality of all religions, members of other denominations will be given maximum opportunity to fulfill their religious needs, but outside military facilities...”<sup>59</sup>

### *Chiesa e altre istituzioni*

La Chiesa Ortodossa è presente anche in altre istituzioni come ospedali e prigioni:

“...Yesterday His Holiness Patriarch Pavle gave his blessing to the idea to have clerks in holy orders installed in hospitals and other medical institutions in Serbia in order to meet religious need of patients belonging to the Serbian Orthodox Church...”<sup>60</sup>

“...As of recently the Clinical Center of Serbia got its own cleric. It is Father Milan Tomić who will from now on, with the blessing of the Serbian Orthodox Church and Patriarch Pavle, take care after patients religious needs...”<sup>61</sup>

“...The Serbian Orthodox Church said on Friday that over several days its clerics had been installed in hospitals in Kragujevac, Jagodina, Smederevska, Palanka and Mladenovac, while Aechdeacon Zivota Marković had been appointed to the clerical office in the Kragujevac Penitentiary...”<sup>62</sup>

### *Chiesa e decisioni politiche*

Non esiste argomento politico in cui la Chiesa Ortodossa Serba non esprima le sue posizioni. Essa inoltre presenta le sue idee in maniera ipercritica, intollerante e spesso aggressiva, additando coloro che hanno posizioni differenti. Questo è particolarmente evidente quando si pronuncia sulla Chiesa Ortodossa Montenegrina e sui futuri accordi Serbi-Montenegrini. Secondo il

---

<sup>59</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da *Borba* 8 maggio 2001

<sup>60</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da *Borba* 3 marzo 2001

<sup>61</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da *Politika* 7 Aprile 2001

<sup>62</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da *Blic* 24 Aprile 2001

punto di vista di vari esponenti infatti, deve esistere una sola Chiesa nello Stato anche nel caso la Serbia e il Montenegro si separino.

Il Ministro federale delle Religioni, Bogoljub Sijaković, spesso parla di “responsabilità politica” della Chiesa Ortodossa che, sostiene, deve “costruire, sollecitare, plasmare le qualità della Nazione”. Secondo il Ministro, la Chiesa Ortodossa è la chiesa della Nazione ed è quindi suo dovere e responsabilità essere presente e attiva nella realtà politica odierna.

Il Vescovo di Sabac-Valjevo, Lavrentije Trifunović così si pronunciò nel giornale *Danas* nell’uscita del 15-16 dicembre 2001:

“...Atheists were those that were wagging recent wars in the territory of the former Jugoslavia, whereas officials from churches and religious communities were congregating and praying...”<sup>63</sup>

### *Chiesa e IVG*

La Chiesa Ortodossa è fermamente contraria all’aborto. In un suo comunicato apparso sul *Bulletin of the Zica Eparchy* nel 2000 si legge:

“...l’aborto libera la donna e il bambino come Auschwitz “liberò” gli Ebrei. Colpisce le donne come la pornografia in quanto le usa, le diffama e le riduce al livello di schiave sessuali e a comuni cittadine interessate solo a proteggere la loro carriera lavorativa. Trasforma l’utero in una camera mortuaria in cui un bambino esausto, agonizzante e afflitto muore con pianto muto...”<sup>64</sup>

## Il Sistema Sanitario

Il Sistema Sanitario Serbo nel 2001 era a un passo dal collasso a causa di deficienze, mancanza di risorse e problemi di vario tipo. Gran parte dei debiti derivano dal precedente governo in quanto i partiti politici, e in particolare la sinistra jugoslava (JUL), avevano una posizione monopolistica nel sistema

---

<sup>63</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da *Danas* 15-16 Dicembre 2001

<sup>64</sup>Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da “Abortion Is a Murder”, the Serbian Orthodox Church’s Stand on Womb Infanticide, *Bulletin of the Zica Eparchy*, 2000, pp. 14-15

sanitario. Particolarmente rovinoso fu poi il ruolo delle lobby estere che esaurirono il Fondo Sociale Serbo tramite commissioni troppo alte e prezzi esorbitanti per le medicine e le strumentazioni importate. All'inizio dello stesso anno, il settore sanitario pubblico era debitore di 420 milioni di DEM<sup>65</sup> per i contributi sanitari non pagati all'Ufficio Assicurativo Sanitario. La cifra totale dei debiti precedentemente accumulati era di 2,5 bilioni di DEM.

In Serbia, nel 2001, 8.543.774 persone usufruivano del servizio sanitario gratuito. Questi comprendevano i bambini e gli studenti fino a 26 anni, le persone con più di 65 anni, le donne incinte e quelle che avevano partorito fino a un anno dalla nascita del bambino, i disoccupati e i loro familiari, i veterani di guerra e i cittadini disabili, i donatori d'organi e di sangue, le persone colpite da infortuni sul lavoro, i malati di diabete, tumori maligni, Aids,...

A causa della riduzione degli standard di vita in tutto il paese, dei bombardamenti e dello stress, in Serbia si sono avuti degli incrementi notevoli di malattie tra la popolazione che lo Stato fa ora difficoltà a mantenere.

Il Sistema Sanitario Serbo impiega 134.000 persone. Le paghe sono molto basse tant'è che un medico specialista ospedaliero guadagna solo due volte la paga di un operatore ecologico. La qualità del sistema ne soffre ulteriormente in quanto una parte del personale è costretto a fare un secondo lavoro in nero per poter guadagnare quel minimo per sopravvivere.

In ospedale mancano letti per i pazienti e la strumentazione è vecchia e obsoleta.

A causa della crisi economica i diritti dei cittadini sono stati pian piano erosi. I risultati sono una diminuzione dell'accesso ai servizi sanitari e il deterioramento della salute della popolazione. Si assiste così a una discrepanza tra i bisogni di salute e i diritti della gente da una parte e la mancanza di strumenti, la disorganizzazione del sistema e il suo malfunzionamento dall'altra. I problemi maggiori sono dovuti all'uso non economico degli spazi e del personale, alla scarsa organizzazione del lavoro, all'insufficiente uso delle risorse disponibili, alla mancanza di flessibilità nel risolvere i problemi, all'uso di obsoleti metodi di

---

<sup>65</sup> Deutsche Mark



lavoro, al declino della qualità del personale e della ricerca scientifica e all'erosione dei principi professionali etici.

A peggiorare la situazione il nepotismo e la corruzione, presenti in tutte le istituzioni sanitarie. C'è l'impressione che il denaro disponibile non sia speso razionalmente. I fondi non vengono dati in base all'importanza dell'istituto medico ma in base alla remissività e convenienza politica dei dirigenti. Nel 2001 ci furono i primi arresti di persone sospettate d'abuso d'ufficio e appropriazione indebita di fondi del sistema sanitario. Vennero pian piano alla luce diversi scandali e il personale sanitario cominciò a rinnovarsi e i direttori a essere assunti in base alle loro esperienza e competenza.

In queste condizioni i pazienti reputano che la loro unica possibilità di accedere "gratuitamente" ai servizi sanitari sia data dal pagamento delle prestazioni. Nel 2001 venne fatto uno studio<sup>66</sup> su 612 cittadini serbi per valutare se fossero soddisfatti del servizio sanitario. Le risposte riguardo alla qualità del servizio ricevuto su una scala da 1 a 5, erano di 2,43 per la strumentazione tecnica, 2,19 per la disponibilità di medicine e materiale sanitario, 1,8 per il cibo dato in ospedale, 2,56 per l'igiene, 3,1 per la competenza dei dottori e del resto dello staff e 3,4 per il successo della cura. Per quanto riguarda la corruzione, il 40% del campione reputava che la qualità del trattamento dipendeva soprattutto da quanto denaro veniva dato ai dottori e allo staff medico, il 10% affermò che offrire denaro è essenziale per la qualità del trattamento e il 28% che dare denaro ha poco o nessun effetto. Il 78% sostenne che esiste corruzione nei servizi sanitari, il 34% ebbe diretta esperienza di questo, al 7% era stato chiesto del denaro, il 29% non reputava sbagliato dare del denaro e il 3% era pronto e disponibile a darlo nel caso fosse stato necessario.

A causa di tutto ciò spesso i pazienti sono costretti a comprarsi le medicine e gli strumenti medici necessari per le loro cure. Inoltre i tempi di attesa per una visita o un controllo sono spesso insostenibili. La qualità della diagnosi e l'attendibilità dei risultati clinici sono talvolta compromessi dalla scarsa manutenzione e assistenza alla strumentazione. Gli stessi medici sono impossibilitati a fare una diagnosi o una cura con metodi moderni in quanto essi

---

<sup>66</sup> Studio fatto dal *Belgrade marketing and research office of Marten Board International*, partner del *British Market Research Bureau* di Londra, il 12-15 Ottobre 2001

sono impotenti davanti alle condizioni del Sistema Sanitario e devono quindi adeguarsi alle risorse a loro disposizione.

Negli ospedali ci sono troppi cardiologi e ginecologi ma mancano radiologi, anestesisti, oncologi ed esperti in trasfusioni. Mancano anche infermiere in quanto esse sono costrette a lavorare tanto e ad avere una grande responsabilità in cambio di una paga così misera da non poter sopravvivere.

Ancora nel 2001 c'era una mancanza generale di medicine. Per tutto l'anno il loro mercato è stato instabile e colpito da diverse mancanze soprattutto tra le medicine prodotte nella stessa Serbia. Questo perché i produttori sono scoraggiati dai bassi prezzi sul mercato, dagli alti costi d'importazione delle materie prime e dalla competizione del mercato nero. I farmaci infatti hanno un prezzo che è il 18,6% di altri paesi però il costo del materiale primo per produrre le medicine è troppo alto e insostenibile se paragonato ai ricavi.

Tuttavia i prezzi dei farmaci sono ancora troppo alti e proibitivi per la popolazione che quindi si rifornisce nel mercato nero proveniente da Bosnia, Montenegro e Macedonia.

Il sistema privato non è incorporato nel sistema di sicurezza sociale. Le strutture private hanno a che fare prevalentemente con casi non gravi (essi sono specializzati prevalentemente nel campo della sterilità, della fecondazione extra-uterina, della chirurgia plastica ed estetica) e quindi chi ha problemi gravi deve comunque rivolgersi al settore pubblico. Molti medici impiegati nel settore pubblico lavorano illegalmente anche in quello privato e quindi le due strutture lavorano a stretto contatto, scambiandosi il personale medico.

### *La salute della popolazione*

Nel 2000, in Serbia, i casi di cancro sono aumentati del 63% rispetto al 1991. Nel 2000 solo a Belgrado si contarono 5.000 nuovi casi di tumori maligni, un numero che si è triplicato rispetto al 1991. All'inizio del 2001, l'1,5% della popolazione di Belgrado aveva una qualche forma di tumore maligno il cui 80% era composto da persone con più di 50 anni. Il numero dei casi di tumori è

passato da 4,76% nel 1979-88 al 7,41% nel 1996-99. Tra i bambini tra 3 e 6 anni la percentuale è salita del 35,8%.

Molte persone soffrono di depressione e ansia. Secondo l'Istituto Serbo per la Salute, si contavano 474.121 casi di malattie mentali e disturbi del comportamento nel 1997, 418.981 nel 1998 e 361.238 nel 1999. Nel 1999 5.170 dei pazienti erano bambini in età scolare e 1.722 pre-scolare. Queste malattie colpiscono particolarmente i rifugiati.

Sono inoltre aumentati i giovani tra i 20 e i 30 anni che muoiono per infarti e malattie cardiovascolari; il tasso di mortalità infantile è salito dal 7,3% nel 1996 al 20,3% nel 1997 e dall'8,6% del 1999 all'11,7 per mille nel 2000; il numero di malati di AIDS è di 1.300 di età compresa tra i 30 e i 45 anni ma che hanno contratto la malattia tra i 16 e i 25 anni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che nel mondo ogni giorno 1.600 persone tentano il suicidio. Tra il 1979 e il 1996 i suicidi in Serbia e Montenegro sono stati 33.526. Secondo l'Ufficio di Statistica di Belgrado, tra Gennaio e Novembre 1998 ci sono stati 160 suicidi (107 uomini e 56 donne) che sono saliti a 275 nel 1999 (178 uomini e 97 donne). Cinque-sei persone ogni giorno tentano il suicidio a Belgrado e una-due di esse riescono nel loro intento in un secondo tempo.

Le cause più comuni di suicidi sono gli esaurimenti nervosi accompagnati da problemi familiari e mancanza di denaro. L'età media di coloro che tentano di suicidarsi è 52 anni, ma molti hanno tra i 60 e i 69 anni. Più comunemente sono pensionati, casalinghe, impiegati, studenti. Molto frequenti i suicidi nelle carceri.

### *Situazione delle IVG*

Negli ultimi 20 anni in Serbia si contano più di 2.000.000 di IVG. Si stima che ci siano all'incirca 200.000 aborti ogni anno, quindi per ogni 10 donne incinte all'anno, una ricorre all'interruzione di gravidanza. Inoltre 50.000 di esse ricorrono all'intervento una quarta volta.

I tassi d'aborto tendono a decrescere dalla metà degli anni 90. Gli interventi d'interruzione di gravidanza spesso sono seguiti da complicanze oltre che psicologiche, anche fisiche. L'alto tasso di aborti ha inoltre ancor più diminuito, in tutta la regione, i già bassi tassi di natalità.

La Gazzetta Ufficiale della Repubblica Serba del maggio 1995<sup>67</sup> evidenzia un drammatico incremento delle interruzioni di gravidanza a Belgrado, constatando inoltre che la pratica privata è in aumento nell'ambito di strutture illegali, senza controllo sanitario.

I dati statistici seguenti sono stati concepiti dal dr. Sagnević e il dr. Cilolvić ed elaborati dal Ministero della Sanità Serbo, al fine di stimolare la discussione su questo fenomeno con il personale sanitario.

Come si può notare il 95% delle IVG sono state fatte entro le 10 settimane ma è aumentato il numero delle donne che vi è ricorso più tardivamente. Infatti il numero delle IVG tra la 13° e la 16° settimana è passato dal 0,77% nel 1997 all'1,6% nel 2000 e quelle tra la 17° e la 18° settimana dall'1,29% al 3%.

**Tabella n°8: Numero dell IVG rispetto all'epoca gestazionale a Belgrado 1997-2000**

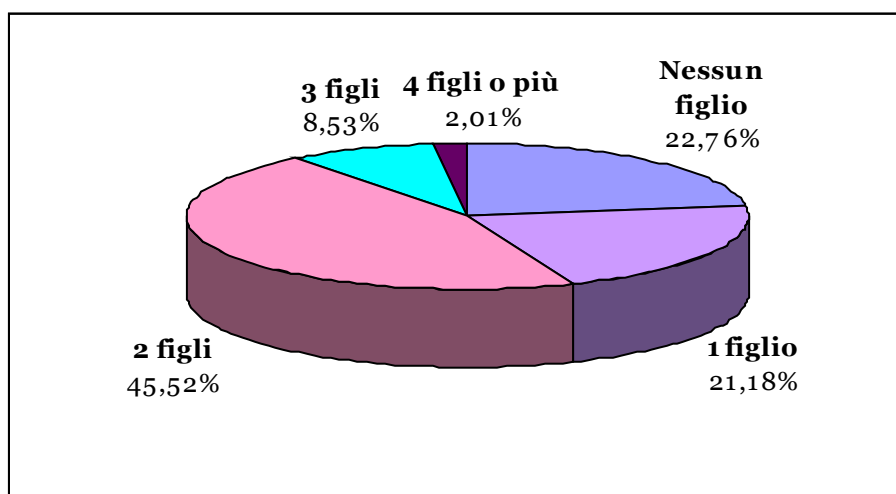
N°	ANNO	TOTALE IVG	Fino 10 settimane		11-12 settimane		13-16 settimane		17-18 settimane	
			N° IVG	%	N° IVG	%	N° IVG	%	N° IVG	%
1	1997	14.356	13.896	96,80	164	1,14	111	0,77	185	1,29
2	1998	13.728	13.288	96,79	138	1,01	107	0,78	195	1,42
3	1999	13.754	13.009	94,58	216	1,57	178	1,29	351	2,55
4	2000	13.470	12.620	93,69	231	1,71	216	1,60	403	2,99
	<b>TOTALE</b>	<b>55.308</b>	<b>52813</b>	<b>95,49</b>	<b>749</b>	<b>1,35</b>	<b>612</b>	<b>1,11</b>	<b>1.134</b>	<b>2,05</b>

Dati da Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin, fonte: Istituto Municipale di Belgrado per la protezione della salute

Osservando il numero di aborti rispetto al numero di figli si nota che il 22,7% del campione è rappresentato da donne senza figli, il 21% ha un figlio, il 45% ne ha due. Solo il 10% ha 3 figli o più.

<sup>67</sup> Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

**Grafico n°3: IVG a Belgrado per numero di figli partoriti prima dell'IVG, 1997-2000**



Elaborazione dati da Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin, fonte: Istituto Municipale di Belgrado per la protezione della salute

Tra il 1997 e il 2000, le interruzioni di gravidanza tra le donne senza figli e quindi giovani sono passate dal 21% al 25,5%. Esse sono donne sposate ma bisogna tener conto della tendenza in Serbia a sposarsi in giovane età. Infatti il 33% delle donne tra i 14 e i 19 anni risulta sposato. Il dato può sottendere una bassa scolarità.

**Tabella n°9: IVG a Belgrado rispetto all'età tra il 1997 e il 2000**

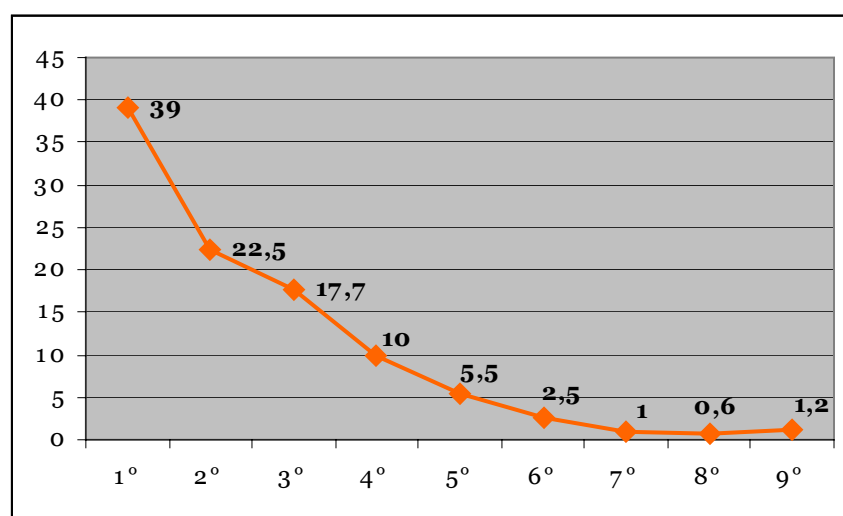
Età	Totale		1997		1998		1999		2000	
	IVG	%	IVG	%	IVG	%	IVG	%	IVG	%
fino 14 anni	25	0,05	6	0,04	9	0,07	5	0,04	5	0,04
15-16	159	0,29	53	0,37	36	0,26	27	0,20	43	0,32
17-19	1.820	3,29	586	4,08	396	2,88	432	3,14	406	3,01
20-24	8.932	16,15	2.399	16,71	2.171	15,81	2.253	16,38	2.109	15,66
25-34	26.048	47,09	6.698	46,66	6.429	46,83	6.502	47,27	6.419	47,66
35-44	17.756	32,10	4.496	31,32	4.538	33,06	4.387	31,90	4.335	32,18
45-54	523	0,95	91	0,63	141	1,03	145	1,05	146	1,08
Sconosciuto	45	0,08	27	0,19	8	0,06	3	0,02	7	0,05
	<b>55.308</b>	<b>100,00</b>	<b>14.356</b>	<b>100,00</b>	<b>13.728</b>	<b>100,00</b>	<b>13.754</b>	<b>100,00</b>	<b>13.470</b>	<b>100,00</b>

Dati da Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin, fonte: Istituto Municipale di Belgrado per la protezione della salute

Per quel che riguarda il numero di interventi fatti da ogni donna, si osserva che il 39% è alla prima esperienza e che il dato tende a diminuire proporzionalmente al numero degli interventi. Tuttavia sono più le donne con nove aborti precedenti che quelle con sette o otto.

Il Ministero rileva come per ogni parto una donna abbia in media 3 aborti. Sembra che le donne di Belgrado vivano l'interruzione di gravidanza come un metodo contraccettivo d'abitudine.

**Grafico n°4: IVG ed esperienze precedenti in percentuale, Belgrado 1997-2000**



Elaborazione dati da Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin, fonte: Istituto Municipale di Belgrado per la protezione della salute

Mi è stato possibile ottenere i dati totali del numero d'aborti in Serbia e nella Vojvodina nell'anno 2002, suddivisi per età ed epoca gestazionale.

**Tabella n°10: IVG in Serbia nel 2002**

<b>Women age</b>	<b>Gestation age</b>	<b>Republic of Serbia</b>					
		<b>total</b>		<b>Central Serbia</b>		<b>Vojvodina</b>	
		<b>no.</b>	<b>rate</b>	<b>no.</b>	<b>rate</b>	<b>no.</b>	<b>rate</b>
<b>Total</b>		<b>30.794</b>	<b>1.215</b>	<b>23.058</b>	<b>1.255</b>	<b>7.736</b>	<b>1.110</b>
	<b>To 10 weeks</b>	<b>29.596</b>		<b>22.063</b>		<b>7.533</b>	
	<b>11-12 weeks</b>	<b>434</b>		<b>349</b>		<b>85</b>	
	<b>13-16 weeks</b>	<b>312</b>		<b>258</b>		<b>54</b>	
	<b>17-28 weeks</b>	<b>452</b>		<b>388</b>		<b>64</b>	

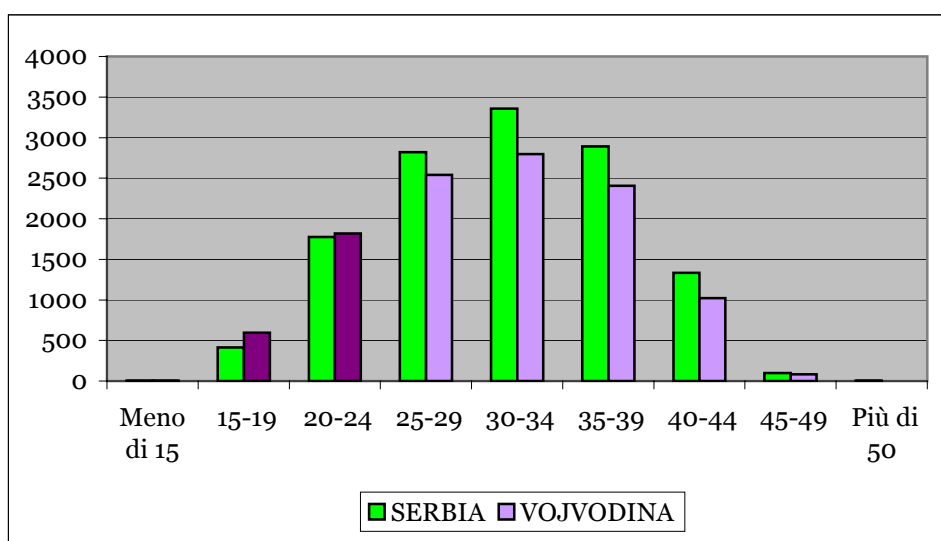
<b>Under 15 year</b>		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<i>To 10 weeks</i>	5		4		1	
	<i>11-12 weeks</i>	0					
	<i>13-16 weeks</i>	0					
	<i>17-28 weeks</i>	0					
<b>15-19</b>		<b>1.136</b>	<b>465</b>	<b>728</b>	<b>414</b>	<b>408</b>	<b>597</b>
	<i>To 10 weeks</i>	1.060		664		396	
	<i>11-12 weeks</i>	18		14		4	
	<i>13-16 weeks</i>	27		20		7	
	<i>17-28 weeks</i>	31		30		1	
<b>20-24</b>		<b>4.524</b>	<b>1.789</b>	<b>3.250</b>	<b>1.777</b>	<b>1.274</b>	<b>1.818</b>
	<i>To 10 weeks</i>	4.271		3.055		1.216	
	<i>11-12 weeks</i>	97		72		25	
	<i>13-16 weeks</i>	66		52		14	
	<i>17-28 weeks</i>	90		71		19	
<b>25-29</b>		<b>6.974</b>	<b>2.745</b>	<b>5.248</b>	<b>2.820</b>	<b>1.726</b>	<b>2.542</b>
	<i>To 10 weeks</i>	6.655		4.980		1.675	
	<i>11-12 weeks</i>	112		92		20	
	<i>13-16 weeks</i>	80		67		13	
	<i>17-28 weeks</i>	127		109		18	
<b>30-34</b>		<b>7.709</b>	<b>3.207</b>	<b>5.900</b>	<b>3.358</b>	<b>1.809</b>	<b>2.797</b>
	<i>To 10 weeks</i>	7.463		5.682		1.781	
	<i>11-12 weeks</i>	94		83		11	
	<i>13-16 weeks</i>	73		66		7	
	<i>17-28 weeks</i>	79		69		10	
<b>35-39</b>		<b>6.789</b>	<b>2.755</b>	<b>5.111</b>	<b>2.892</b>	<b>1.678</b>	<b>2.407</b>
	<i>To 10 weeks</i>	6.590		4.953		1.637	
	<i>11-12 weeks</i>	73		52		21	
	<i>13-16 weeks</i>	43		34		9	
	<i>17-28 weeks</i>	83		72		11	
<b>40-44</b>		<b>3.353</b>	<b>1.246</b>	<b>2.583</b>	<b>1333</b>	<b>770</b>	<b>1.021</b>
	<i>To 10 weeks</i>	3.259		2.501		758	
	<i>11-12 weeks</i>	37		33		4	
	<i>13-16 weeks</i>	21		17		4	
	<i>17-28 weeks</i>	36		32		4	
<b>45-49</b>		<b>293</b>	<b>95</b>	<b>225</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>81</b>
	<i>To 10 weeks</i>	283		215		68	
	<i>11-12 weeks</i>	3		3			
	<i>13-16 weeks</i>	2		2			
	<i>17-28 weeks</i>	5		5			
<b>50+</b>		<b>11</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
	<i>To 10 weeks</i>	10		9		1	
	<i>11-12 weeks</i>	0		0		0	

Dati da Republicki zavod za statistiku anno 2002

Dalle statistiche elaborate dall'Ufficio di Statistica Serbo, il numero totale di interruzioni di gravidanza nel 2002 è stato di 30.794. Il dato appare tuttavia dubbio in quanto secondo i dati forniti dall'Helsinki Committee For Human Rights in Serbia sono stati legalmente registrati 198.000 aborti nel solo 1998.

Ad ogni modo, secondo l'Ufficio di Statistica Serbo il maggior numero di interruzioni di gravidanza è stato fatto da donne tra i 30 e i 34 anni, seguite subito dopo da quelle tra i 35 e i 40 anni e da quelle tra i 25 e i 29. In Voivodina è maggiore rispetto alla Serbia Centrale la percentuale di donne che si sottopone a IVG tra i 15 e i 24 anni.

**Grafico n°5: Percentuale di IVG in Serbia e Voivodina per età delle donne**

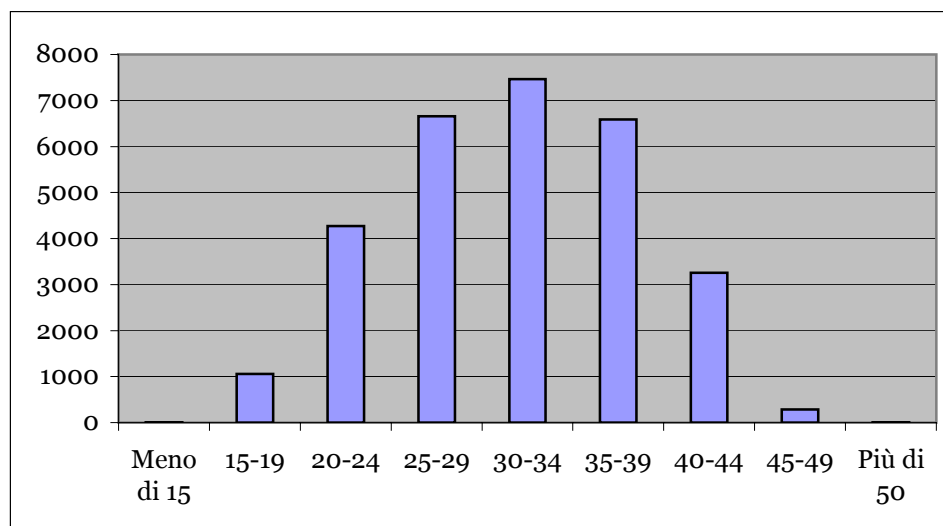


Elaborazione dati da Republicki zavod za statistiku anno 2002

Nella fascia d'età tra i 15 e i 29 anni, troviamo il maggior numero di donne che abortiscono nelle 17-28 settimane di gestazione, sebbene tra tutte le età prevale l'intervento nelle prime 10 settimane.

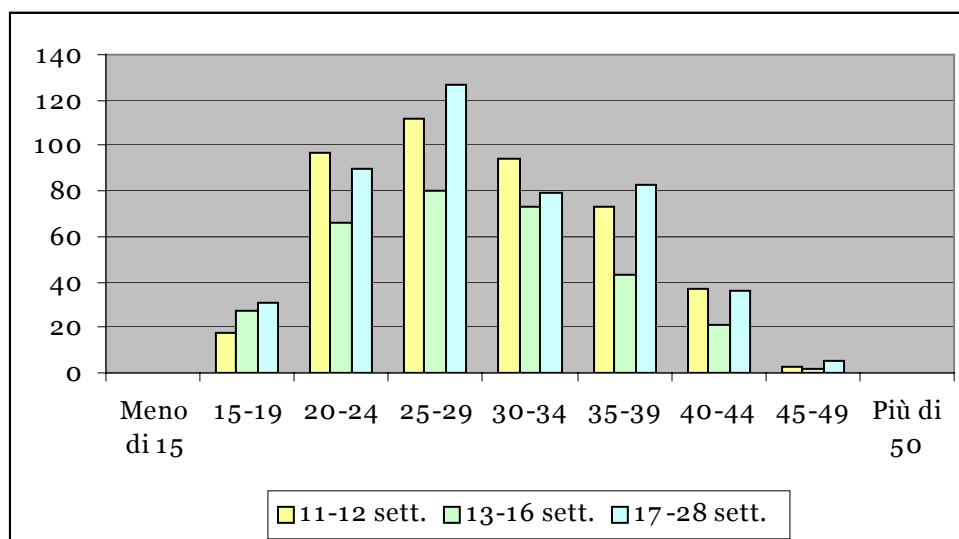


**Grafico n°6: Percentuale di IVG in Serbia e Vojvodina per età delle donne ed epoca di gestazione entro le 10 settimane**



Elaborazione dati da Republicki zavod za statistiku anno 2002

**Grafico n°7: Percentuale di IVG in Serbia e Vojvodina per età delle donne ed epoca di gestazione tra le 11 e le 28 settimane**



Elaborazione dati da Republicki zavod za statistiku anno 2002

Secondo l'*Helsinki Committee for Human Rights in Serbia*, da molte ricerche si è dimostrato che le donne serbe hanno meno conseguenze psicologiche nell'interrompere una gravidanza che nell'usare un metodo contraccettivo. Gli uomini sembrano essere i più fermi oppositori all'uso di un qualsiasi

contraccettivo. Le cause sarebbero da ricercare nell'insufficiente conoscenza dei contraccettivi, nell'influenza della religione e della tradizione e nelle circostanze economiche e sociali.<sup>68</sup>

Secondo il Ministero della Sanità c'è la necessità di un intervento educativo-preventivo in ambito scolastico e da parte dei mass media<sup>69</sup>.

La dott. Burić inoltre afferma che:

"...l'accesso negli ambulatori polispecialistici e ginecologici distrettuali è molto facile, sono aperti dalle 8 alle 20 tutti i giorni, anche il sabato. Non esiste lista d'attesa. L'intervento è visto sia dai pazienti che dai medici più come un atto "sociale" che un atto "sanitario". Il medico di medicina generale, figura che corrisponde al nostro medico di famiglia non poteva prescrivere la pillola che doveva invece essere prescritta dallo specialista. Dal 1997, dopo la guerra, in funzione delle difficoltà organizzative dei servizi si è stabilito che anche il medico di famiglia può prescriverla... Difficile conciliare queste osservazioni (secondo il Ministero della Sanità le donne di Belgrado vivono l'interruzione di gravidanza come un metodo contraccettivo d'abitudine - inc. mio) col fatto che la contraccezione è gratuita nel paese fin dagli anni '60. La pillola viene data in farmacia su ricetta medica e negli anni la pillola è sempre stata reperibile... Anche la spirale può essere applicata gratuitamente, in Serbia, negli ambulatori specialistici distrettuali. Le donne ed i medici sono "abituati" all'aborto che è accettato passivamente..."<sup>70</sup>

Tuttavia altrove si legge:

"... There is little education available on birth control and there is not a consistent adequate supply of contraceptives. The international sanctions against Serbia have prevented contraceptives from being imported. Now one pharmaceutical company in Serbia is manufacturing birth control pills, but the supply is

---

<sup>68</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia da dati presentati dalle Ong *Women's Political Network* e *Friedrich Ebert* in Belgrado.

<sup>69</sup> Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin

<sup>70</sup> Burić Sunita, "Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate", Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin, pag. 22-23 e 26

intermittent. The hormone levels vary for different pills, and there is no consumer education on the difference. A woman is supposed to get a prescription for contraceptive pills, but pharmacists often will sell them without a prescription. The IUD<sup>71</sup> is used, but without proper care. Some women have had IUDs in place for up to seven years even though they should be removed after three years. Contraceptives such as the diaphragm and sponge are unavailable. One woman said she had only seen a diaphragm once in her life. Although condoms are available men don't like them and often refuse to use them. Withdrawal is still frequently used as the only form of birth control. Pregnancy is a constant fear for women. As summarised by Stanislava Otasević, a physician at the Autonomous Women's Centre Against Sexual Violence, "No one is educated. Women are not consulted. No one speaks with them"..."<sup>72</sup>

## La legge serba per l'IVG

La prima legge sull'aborto venne approvata nel 1951 quando c'era ancora la Jugoslavia di Tito. Lo stato jugoslavo fu tra i primi nel mondo a legalizzare questa pratica, assieme a Russia e Cina.

### *La legge del 1951*

Prima del 1951, in Serbia l'aborto era considerato un crimine e sia la donna che chi l'aiutava potevano essere incriminati.

Nel 1952 apparve il primo decreto che rese legale l'intervento dell'IVG entro le prime 12 settimane. La legge voleva essere una soluzione all'alto numero di aborti illegali che si riscontravano nel paese.

Le condizioni che rendevano possibile l'interruzione erano:

1. Se la condizione di salute della donna incinta non permetteva la gravidanza;
2. Se si prevedeva che la salute del futuro nascituro non sarebbe stata buona;
3. Se la gravidanza era il risultato di una violenza sulla donna;

---

<sup>71</sup> IUD=intrauterine device, ovvero la comunemente chiamata spirale

<sup>72</sup> Hughes M. Donna, Mladjenović Lepa, Mrsević Zorica, "Feminism Resistance in Serbia", (tratto da European Journal of Women's Studies, Vol.2, No4, pp.509-532, 1995), in <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/femres.htm>

4. Se la salute della donna sarebbe stata compromessa dalla nascita del bambino, a causa delle difficoltà materiali, personali e sociali.

Come si può ben capire l'aborto divenne legale a tutti gli effetti in quanto tutti i casi possibili potevano cadere nelle quattro condizioni.

Nel nuovo Codice Penale del 1959 non venivano incriminate né le donne né coloro che facevano l'intervento di IVG in maniera legale. Solo coloro i quali sottoponevano una donna ad un aborto clandestino erano quindi perseguiti.

Il decreto venne messo in esecuzione nel 1960. Le cause sociali vennero meglio specificate e articolate in modo ancor più tollerante. La legge infatti rendeva possibile l'aborto se c'erano valide giustificazioni per prevedere che dando alla luce il bambino, la donna avrebbe dovuto affrontare difficoltà personali, materiali o familiari che non potevano essere risolte in altro modo che con l'aborto. La legge prevedeva un team di esperti, chiamati ad autorizzare l'interruzione. Il team era composto da due medici generici e da un assistente sociale.

Nel 1969 venne eliminata la necessità del permesso dato da una Commissione per l'interruzione di gravidanza per il periodo entro le 10 settimane. Il numero di aborti calò ancora di più in quanto la presenza di una Commissione creava ostacoli sia pratici che psicologici nelle donne che volevano abortire. La maggiore liberalizzazione dell'aborto venne facilitata da un aumento di facilitazioni mediche, da un miglior accesso alle informazioni sui servizi sanitari esistenti per l'interruzione della gravidanza e più alti livelli d'istruzione. Sebbene il numero degli aborti rimase molto alto, il governo del tempo ottenne gli obiettivi proposti: vennero praticamente eliminati gli aborti clandestini e vi fu un consistente declino della mortalità e morbidità femminile dovuta agli aborti. Infatti il tasso di decessi su 100.000 aborti calò da 180 nel 1960 a 11 nel 1976.

In Jugoslavia i servizi per la pianificazione delle nascite erano parte dei servizi medici fin dalla metà degli anni 50. Nel 1963 venne creata una prima istituzione apposita per la pianificazione a livello sia nazionale che locale e nel 1966 venne

fondata l'Associazione per la Pianificazione Familiare, affiliata alla Federazione Internazionale per la Pianificazione della Maternità. Tuttavia l'educazione sessuale nelle scuole e il counselling nelle famiglie non vennero sistematicamente sviluppati e la pianificazione familiare incontrò una continua resistenza in tutto il paese.

Risultato di ciò è la diffusa e tutt'ora presente non sufficiente conoscenza e paura dei moderni metodi contraccettivi.

Secondo dati statistici ufficiali<sup>73</sup>, la percentuale di donne sposate che usavano un metodo contraccettivo calò in Jugoslavia dal 56,2% nel 1970 al 52,9% nel 1976. Tuttavia nel 1976 solo il 12% delle donne sposate usavano un metodo contraccettivo moderno. La sterilizzazione era proibita dalla legge. Per tutti gli anni '80 le pratiche contraccettive rimasero praticamente uguali a quelle degli anni '70.

### *La legge del 1977*

Nella Costituzione del 1974 si affermava che è diritto di ogni donna adulta decidere liberamente se avere un figlio. La richiesta per l'interruzione di gravidanza doveva quindi essere fatta personalmente dalla donna e doveva essere firmata dalla stessa. Nella legge del 30 giugno 1977 l'aborto era vietato solo nel caso compromettesse la salute della donna ma se la donna insisteva per interrompere la gravidanza poteva comunque seguire una procedura al termine della quale una speciale Commissione decideva sul da farsi.

Se la donna voleva sottoporsi a interruzione di gravidanza entro le 10 settimane dal concepimento, doveva fare richiesta orale a uno specialista in ginecologia e ostetricia di una struttura medica. Era obbligo del medico spiegare alla donna incinta il pericolo e le conseguenze per la sua salute. Inoltre il medico doveva informare la donna sui vari metodi contraccettivi e consigliarle di vedere un assistente sociale o uno psicologo.

---

<sup>73</sup> "Abortion policy" in [www.un.org/esa/population/abortion/doc/Jugoslavia.doc](http://www.un.org/esa/population/abortion/doc/Jugoslavia.doc)

Dopo le 10 settimane ed entro le 20 invece l'IVG era autorizzata da una speciale Commissione solo in determinati casi:

1. quando si stabiliva in base a indicazioni mediche che la vita o la salute della donna incinta erano in serio pericolo e che non potevano essere salvaguardate durante la gravidanza, il parto o dopo il parto a meno che la gravidanza non venisse conclusa;
2. quando c'erano segni che il bambino sarebbe nato con seri handicap fisici e mentali;
3. se la gravidanza era il risultato di una violenza sessuale, un atto sessuale con una persona incapace di intendere e volere, un atto sessuale con una minorenne, un atto sessuale risultante da un abuso della propria posizione, un atto sessuale dovuto a seduzione o incesto;
4. se la donna incinta avrebbe dovuto affrontare, durante la sua gravidanza o dopo la nascita del bambino, seri problemi personali, familiari o materiali.

Secondo l'articolo 12:

“L'autorizzazione per l'interruzione di gravidanza dopo il termine delle 10 settimane dalla data del concepimento è data dalla Commissione per l'Interruzione di Gravidanza.

Tale Commissione per l'Interruzione di Gravidanza è composta dalla Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza e dalla Seconda Istanza per l'Interruzione di Gravidanza”

Negli articoli successivi si spiegava la composizione e la funzione delle due Commissioni. Esse erano composte da un presidente, cioè un medico specializzato in ginecologia e ostetricia, e da un medico generico professionista o specialista in medicina interna e da un assistente sociale o uno psicologo.

La donna aveva l'obbligo di presentare la richiesta alla Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza accompagnata dall'opinione scritta di un medico specialista nella branca medica in cui rientrava la malattia della donna incinta o dei genitori; una dichiarazione del pubblico ministero che aveva

giurisdizione in materia e che certificava che era stata promossa un'indagine penale; oppure l'opinione del Servizio di Protezione Sociale della propria provincia; oppure l'opinione del centro per l'assistenza sociale concernente la seria natura dei problemi della richiedente l'intervento di IVG. La Commissione quindi decideva sul da farsi ma nel caso la donna non fosse stata contenta del responso poteva appellarsi alla Seconda Istanza per l'Interruzione di Gravidanza, il cui giudizio era però inappellabile.

Nell'articolo 18 si legge:

“I procedimenti che accompagnano la richiesta per l'interruzione di gravidanza devono essere trattati come urgenti e durante questo processo deve essere garantita la segretezza così come il massimo rispetto per la dignità e la personalità della donna incinta”

Nel caso comunque di situazioni d'urgenza era permesso effettuare l'interruzione anche senza far riferimento al tempo trascorso dal concepimento e senza la necessità di una decisione della Commissione ma con l'autorizzazione del direttore dell'istituto medico o del medico generico facente le sue veci.

La richiesta d'interruzione di gravidanza di una minorenne poteva essere effettuata solo con il consenso dei genitori o del tutore.

Gli interventi erano fatti solamente in centri medici che dovevano dimostrare di possedere tutta una serie di requisiti tra i quali la presenza di medici specialisti. Le strutture sanitarie erano inoltre obbligate a presentare agli organi competenti la documentazione attestante tutti gli interventi di IVG effettuati.

Dopo l'intervento dovevano essere assicurate alla donna le cure mediche nelle strutture sanitarie o in casa della stessa donna, tramite un servizio infermieristico a domicilio o in altro modo appropriato.

La sorveglianza medica era effettuata specialmente nel caso in cui l'interruzione di gravidanza veniva effettuata dopo 10 settimane dalla data del concepimento o se la donna incinta era già malata, indipendentemente dall'interruzione di gravidanza.

La legge puniva con pene pecuniarie coloro i quali non si attenevano alle disposizioni della legge, fossero essi medici o responsabili di strutture ospedaliere. Non veniva invece perseguitata la donna che si sottoponeva a interventi d'interruzione di gravidanza clandestini.

Grazie a tale legge nel giro di 10 anni non si registrò neppure una morte causata da interruzione di gravidanza.

### *Gli anni 90*

Negli anni 90, in tempi di crisi, tornarono di nuovo in auge i discorsi sull'aborto. Con la guerra ricomparvero slogan quali " muoiono più Serbi negli ospedali a causa degli aborti che sui campi di battaglia". Si cominciò a mettere in discussione il diritto della donna di decidere sulla sua maternità e la Chiesa Ortodossa fu la più grande sostenitrice dell'abolizione di questo diritto.

Nel maggio 1993 venne approvato un decreto legge del Parlamento. Esso prevedeva che la donna avesse il diritto di decidere se abortire solo entro le 10 settimane. Tra le 10 e le 20 settimane poteva decidere solo una Commissione, composta da un medico generico, uno psicologo e un assistente sociale, alla quale veniva dato ancor più potere decisionale rispetto alle leggi precedenti. Alle ragazze tra i 16 e i 18 anni veniva invece richiesto il permesso da entrambi i genitori.

Infine, la legge non prevedeva la legittimazione all'aborto in caso la gravidanza fosse il risultato di una violenza sulla donna.

La legge provocò la più ferma reazione da parte di molte donne e organizzazioni. Tuttavia la legge non venne mai firmata dal Presidente Milosević e quindi tornò al Parlamento. Vennero quindi apportate delle modifiche che prevedevano la possibilità di abortire anche in caso di violenza subita e alle ragazze tra i 16 e i 18 anni il diritto di poter decidere autonomamente, senza il consenso dei genitori. Tuttavia la legge non prevedeva la possibilità di abortire dopo le 10 settimane adducendo ragioni di tipo personale, familiare o sociale. Le sole ragioni permesse erano il rischio per la salute della donna, le deformazioni del feto e la gravidanza come risultato di violenza sessuale o incesto.



### *La legge oggi in vigore*

La legge 16/95 è quella attualmente in vigore. All'articolo 2 la legge prevede che l'interruzione di gravidanza possa essere eseguita solo su richiesta della donna e quando essa dia il suo consenso scritto. Tuttavia se la donna è minorenne o interdetta per infermità mentale è necessario ottenere l'autorizzazione dei genitori o del tutore, e nel caso non sia possibile, quella di un organo tutore competente.

La legge vieta l'interruzione di gravidanza nel caso questa andrà a ledere la salute della donna.

L'interruzione di gravidanza è permessa solo entro la 10<sup>o</sup> settimana dalla data del concepimento. La donna entro questa data deve rivolgersi a uno specialista in ginecologia e ostetricia nelle istituzioni sanitarie. Il medico deve valutare autonomamente, o se necessario consultando medici specialisti in altri rami della medicina, se esiste il pericolo di ledere la salute della donna sottoponendola a intervento d'interruzione di gravidanza. Inoltre deve informare la donna sui pericoli e sulle conseguenze dell'intervento e sull'esistenza di metodi per la protezione della gravidanza non voluta.

L'autorizzazione per l'interruzione di gravidanza può essere data dopo la 10<sup>o</sup> settimana di gestazione solo in casi eccezionali:

- 1) quando in base alle indicazioni mediche si stabilisce che in nessun altro modo si può salvare la vita della donna o evitarle danni alla salute;
- 2) quando in base a conoscenza scientifiche e mediche si prevede che il bambino nascerà con gravi mancanze fisiche e mentali;
- 3) quando la gravidanza è conseguenza di una violenza (violenza carnale, atto con un soggetto interdetto per infermità di mente, con un soggetto minorenne, usando la propria posizione, seduzione o per incesto).

Secondo l'articolo 7:

“L'esistenza delle condizioni per l'interruzione di gravidanza vengono stabilite :

- 1) fino alla 10° settimana da un medico specialista in ginecologia e ostetricia nelle istituzioni sanitarie;
- 2) dalla 10° settimana fino alla 20° dal consiglio dei medici dell'ente sanitario relativo;
- 3) dopo la 20° settimana dal consiglio etico dell'ente sanitario relativo.”

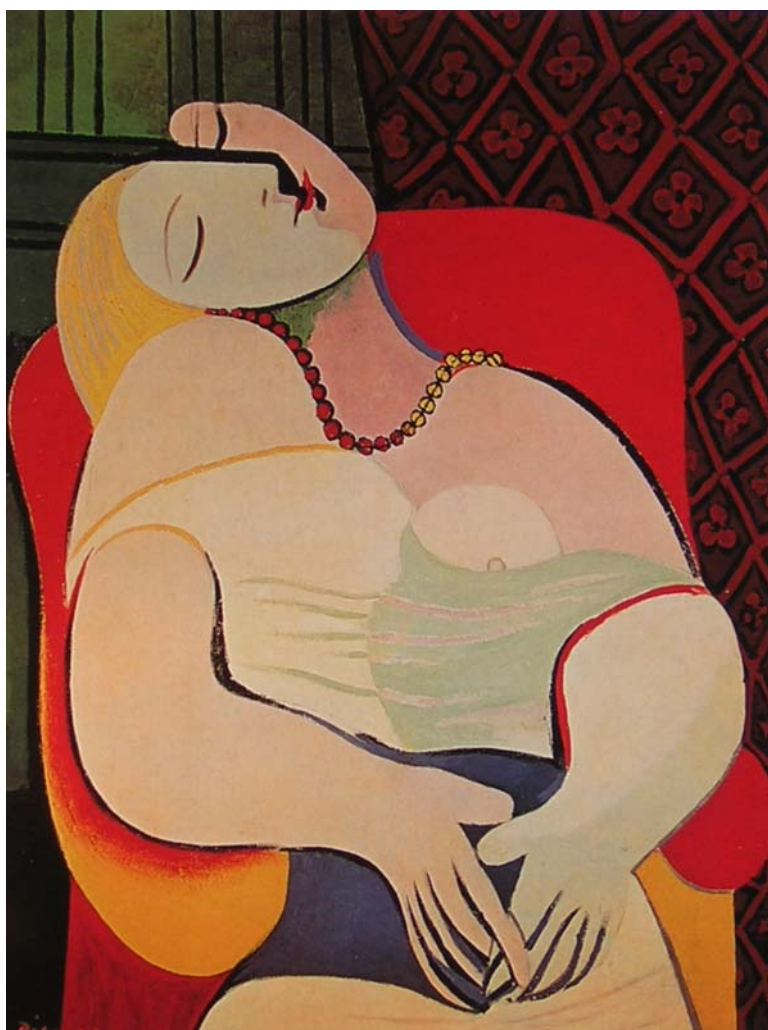
Il presidente e i membri del consiglio etico vengono nominati per un periodo di due anni dal Ministero della Salute e su proposta della stessa istituzione sanitaria. Il Ministero della Salute stabilisce anche il numero, la consistenza e il modo di lavorare di tale consiglio.

Anche in questa legge si stabilisce che gli interventi possono essere fatti solo in determinati centri medici adeguatamente attrezzati e che questi devono presentare la documentazione attestante tutti gli interventi di IVG effettuati nelle loro strutture. Sono inoltre previste pene pecuniarie per i medici e le strutture sanitarie o i loro responsabili, che effettuano interruzioni di gravidanza senza rispettare la normativa in vigore.

Secondo certi critici la legge del 1995 ridusse drasticamente le ragioni per cui una donna avesse il diritto di abortire. Infatti fino alla 10° settimana l'interruzione è libera ma dopo questa data solo poche ragioni di salute permettono l'IVG, escludendo quelle sociali, familiari ed economiche.

Capitolo 5

*Metodologia  
della  
ricerca effettuata*



P. Picasso, *“Il sogno”*, 1932

## Obiettivi

Innanzitutto è stata effettuata una ricerca di materiale relativo alle interruzione di gravidanza tra donne dell'Est Europa.

Purtroppo tale ricerca non ha ottenuto che scarsi risultati perché non è stato reperibile alcun libro in cui si analizzasse o menzionasse questo problema. Tutti i lavori effettuati in ambito sanitario focalizzavano l'attenzione o sulle malattie principali di cui soffrono gli immigrati o sui gap culturali che nascono tra paziente straniero e operatore sanitario nel loro incontro con l'istituzione italiana.

Di più ho trovato per via informatica: relazioni di organizzazioni non governative che lavorano da anni nel settore della salute per gli stranieri, resoconti di convegni sul tema della salute degli immigrati, studi di ricercatori di alcune Università, tesi di laurea di studenti di varie facoltà italiane, documenti della Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati e dell'Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri ed infine la Relazione annuale del Ministro della Salute<sup>74</sup>. Tuttavia nella maggior parte di questi documenti è più facile trovare constatazioni dell'esistenza di questo fenomeno che spiegazioni sul perché esiste. Anche quando ci sono, a me sembravano un po' riduttive.

Ho deciso quindi di cercare di approfondire io questa realtà, limitandomi tuttavia a una ricerca condotta nella mia città, a me più accessibile e familiare.

La mia idea originaria ipotizzava che il problema dell'aborto avesse le sue radici nella cultura dell'intervistata e soprattutto nel diverso modo di fare prevenzione e di prendersi cura del proprio corpo appreso nel paese d'origine. Queste donne, a mio parere, seguono anche in Italia abitudini che avevano nel loro paese e risolvono i loro problemi con metodi con cui hanno più dimestichezza e nei quali hanno più fiducia. Non è che non conoscano i metodi contraccettivi ma la

---

<sup>74</sup> Ministero della Salute, "Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000", 31 luglio 2002

mia ipotesi era che nel loro paese fosse del tutto normale sottoporsi a più aborti nel corso della propria vita.

Infatti credevo che le donne che avevano ricorso spesso all'IVG fossero persone con un livello d'istruzione superiore se non universitario. Il problema non sembrava quindi dovuto a una mancanza d'istruzione ma ha un'errata informazione e a sbagliati insegnamenti sanitari. Reputavo inoltre che molte di loro non sapessero precisamente i problemi che possono causare al loro corpo le molteplici esperienze di IVG. Nel caso invece che venissero a contatto con i ginecologi italiani e approfondissero di più queste tematiche, pensavo che avrebbero cambiato atteggiamenti e abitudini anche se lentamente perché è difficile mutare consuetudini e convinzioni sedimentate nelle persone.

Inoltre ritenevo che le immigrate serbe si fidassero dei medici italiani e, a differenza di donne di altre nazionalità, non provassero vergogna se visitate da ginecologi maschi. Opinavo che esse avessero un rapporto libero con il loro corpo, senza pregiudizi o pudicizie. Ciò per la libertà concessa da cinquantasei anni di ateismo statale che ha poi condizionato molto le scelte contraccettive delle donne serbe e quindi il ricorso frequente all'aborto.

Ipotizzavo inoltre che benché questi fattori abbiano influenzato gli atteggiamenti delle donne più mature, oggi giorno ci sono altri fattori che da una parte incoraggiano a una riduzione delle IVG in Serbia, dall'altra parte scoraggiano cambiamenti. Nel primo caso infatti la chiesa ortodossa sta conducendo una campagna per proibire gli aborti, così come sta facendo lo Stato e alcune associazioni nazionali che si occupano di donne. Nel secondo caso, tuttavia il sistema sanitario nazionale non permette di farsi visitare da buoni ginecologi in maniera gratuita. Considerata la crisi economica esistente nel paese è possibile prevedere che poche saranno le persone che potranno permettersi un medico privato e che quindi si rivolgeranno piuttosto a quelli pubblici. Questi ultimi tuttavia, scoraggiati e delusi da un sistema sanitario nazionale che poco ha loro da offrire, effettuano visite poco accurate.

Supponevo inoltre che molte delle scelte contraccettive e forse anche procreative fossero dovute a un'influenza maschile molto forte, frutto di una cultura in cui l'uomo ha sempre avuto un ruolo importante e decisivo all'interno della famiglia.

Infine sostenevo che la decisione di non tenere un figlio fosse molte volte dovuta alla situazione vissuta in Italia. Le donne che vivono a Trieste sono qui principalmente per motivi di lavoro e quindi l'ipotesi di avere un figlio può creare diversi problemi quali quelli finanziari, perdita del posto di lavoro, impossibilità di lasciare il bambino a qualcuno o di essere aiutate,...

L'obiettivo della ricerca è stato quindi, in primis, quello di capire cosa spinge queste donne a ricorrere più volte all'intervento di IVG e di osservare se questa decisione deriva dalla loro situazione come immigrate o se invece nasce già nel paese d'origine. Per arrivare a queste considerazioni si sono voluti indagare anche altri temi che permettessero di capire in maniera più generale le abitudini e le opinioni di queste donne, nell'ambito della ginecologia, della contraccezione, del rapporto con il loro corpo e della cura di sé.

Una ricerca che quindi spazia da temi prettamente antropologici (cosa vuol dire fare dei figli, che valore hanno, che significato ha la contraccezione e la cura del proprio corpo, di se stessi, quali sono i rapporti con le altre donne all'interno della comunità e con il proprio marito o compagno, quale ruolo ha la religione nella realtà serba,...) a quelli psicologici (come ci si sente ad usare un contraccettivo, come si vive l'influenza della propria tradizione e quella invece del paese d'arrivo, cosa si prova ad andare da un ginecologo di cui a fatica si parla la lingua, cosa succede dentro quando ci si sottopone a uno o più interruzioni di gravidanza, esiste il senso di colpa dopo un aborto anche tra donne che hanno vissuto per anni in uno Stato laico,...) fino ad arrivare a tematiche prettamente sociali (che influenza hanno le istituzioni del proprio paese una volta che lo si lascia, quali tracce lasciano nell'immigrato, se le istituzioni del paese d'arrivo sono capaci di sopperire in maniera adeguata a questo vuoto, qual è il reale livello d'integrazione di queste donne, conoscono le leggi italiane, vogliono realmente integrarsi nella società italiana o vogliono mantenere una loro autonomia,...), il tutto per ricercare le cause e le conseguenze di un numero, così come riferito dal documento del Ministero della Salute e dagli operatori, elevato e sempre crescente di interruzioni di gravidanza tra le immigrate che arrivano in Italia.

## Metodo d'indagine

Secondo quanto letto e secondo le constatazioni degli operatori sanitari dell'ambulatorio di via Nordio, questo fenomeno è comune a tutte le donne dell'Est Europa. Ho tuttavia pensato che se mi fossi interessata a tutte le nazionalità di quest'area, la ricerca sarebbe stata necessariamente o troppo ampia o troppo dispersiva. Gli atteggiamenti e le abitudini di una persona dipendono dal suo sostrato culturale e quindi dalla vita che ha condotto. Le leggi, la tradizione, le abitudini, il modo di vivere, in una parola la cultura, influiscono sulle persone e sulle loro idee. Non credo quindi possibile, o per lo meno riduttivo, fare una ricerca e mettere sullo stesso piano persone con background diversi. Possono esserci similitudini ma queste dovrebbero essere approfondite in un secondo momento, comparando cioè ricerche approfondite fatte precedentemente e su casi particolari. Non è invece il caso in una ricerca ai suoi primi albori.

Ho deciso quindi di focalizzare la mia attenzione su un'unica nazionalità. Ho optato per la comunità serba per delle ragioni di cui ho accennato nell'introduzione.

La ricerca ha voluto coinvolgere vari soggetti. In primo luogo le donne immigrate e in secondo luogo operatori sanitari della città di Trieste che hanno avuto esperienza diretta di questo fenomeno. In origine si pensava di fare delle interviste anche a persone che tuttora vivono in Serbia per capire la realtà da cui derivano queste donne. Non mi è stato possibile però ottenere sufficienti informazioni che potessero chiarirmi in maniera esaustiva la situazione in Serbia anche per mia impossibilità a tornare in quel paese per fare delle interviste.

### *Le interviste alle immigrate*

All'inizio avevo pensato di proporre un questionario a risposte multiple a quante più immigrate straniere presenti a Trieste avessi incontrato. Riflettendo però con la relatrice, la professoressa L. Bindi, mi sono resa conto che la cosa sarebbe stata troppo difficile e rischiosa. Infatti per poter effettuare una ricerca in questi

termini sarebbe stato necessario trovare un campione sufficientemente ampio altrimenti i risultati non sarebbero stati scientificamente credibili.

Inoltre un questionario a risposte multiple sarebbe stato per forza di cose molto limitante. Non avrei infatti potuto approfondire certi argomenti che interessano un soggetto piuttosto che un altro e non avrei capito il perché della scelta di una risposta e non di un'altra.

Infine i risultati sarebbero stati quantitativi piuttosto che qualitativi e probabilmente non sarebbero stati consoni al mio corso di laurea né tanto meno a una ricerca di tipo antropologico come la mia desidera essere. La scelta è stata quindi riposta su una ricerca di tipo qualitativo.

Le interviste sono state fatte alla presenza della sola intervistata. Nel caso la donna non capisse l'italiano (la mia conoscenza della lingua serba è ancora troppo scarsa per poter fare dei colloqui così impegnativi), il colloquio è stato fatto con il supporto di un'interprete che poteva essere o un'amica o una parente o una mediatrice culturale, le quali in ogni caso non hanno interferito nelle risposte del soggetto interessato. Ho chiesto sempre che, se ci fosse stato il bisogno di un aiuto, ci si avvallesse di una persona di sesso femminile, in quanto la presenza di un uomo temevo alterasse, a causa delle tematiche affrontate, le risposte dell'intervistata. Solo in un caso è stato presente il marito che l'intervistata voleva presente. Tuttavia anche in questo caso la traduzione è stata fatta da un'amica e il marito non è praticamente mai intervenuto.

Le interviste sono state effettuate con l'ausilio di un registratore. Questa è stata una mia scelta in quanto reputavo più facile per me poi analizzare le risposte in maniera attenta e puntuale anche a distanza di tempo e perché mi sembrava poco carino prendere appunti mentre il soggetto parlava. Credo infatti che la donna si sarebbe sentita "oggetto di studio" e avrebbe pensato che in realtà mi interessavo poco alla sua storia quanto piuttosto ai dati per la mia ricerca. Guardarla negli occhi e annuire alle sue affermazioni credo sia stato poi un invito indiretto a parlare di più di se stessa.

A casa ho poi trascritto le interviste. Questo per rivedere dei punti che magari non avevo colto durante il colloquio, perché per l'analisi è più immediato il



supporto cartaceo e per non dimenticare punti essenziali ed essere quindi il più trasparente possibile.

Le interviste non sono state inserite all'interno della tesi per due motivi. In primo luogo perché non avrei rispettato il diritto alla privacy. Infatti benché le interviste sono tutte anonime, è abbastanza facile identificare le intervistate soprattutto in una comunità abbastanza unita come quella serba e in una città piccola come Trieste. In secondo luogo perché il materiale è così cospicuo che sarebbe stato impossibile anche solo rilegarlo.

All'inizio si programmarono dieci interviste approfondite, della durata all'incirca di mezz'ora-un'ora. Tuttavia dopo otto interviste la mia correlatrice, la professoressa A. Cusin, psicologa, ha notato come le domande fossero troppo chiuse e come indirizzassero le risposte dell'intervistata. Non si dava la possibilità al soggetto di aggiungere altre considerazioni e informazioni e quindi tanti dati che sarebbero potuti emergere senza che io li prevedessi, li mettevo a tacere senza rendermene conto.

Inoltre le domande andavano subito al dunque, senza dare la possibilità all'intervistata di mettersi a suo agio. Le si chiedeva da subito se visitava il ginecologo, quante volte, se usava i contraccettivi,... Domande troppo personali che potevano inibire l'intervistata o che per lo meno potevano meravigliarla e non darle quindi il tempo di riflettere su risposte alternative che non fossero un "sì" o un "no".

Molte domande erano poi troppo difficili per essere capite da persone con una conoscenza della lingua italiana ancora limitata e sono state quindi riformulate in maniera più semplice e intuitiva.

Abbiamo così rivisto le domande, cercando di riformularle in maniera più aperta, chiara e di riposizionarle in modo tale da passare da discorsi generici per poi arrivare lentamente a temi più delicati, quando l'intervistata si sarebbe sentita più tranquilla e avrebbe imparato a conoscermi. La qualità delle interviste è notevolmente migliorata.

Le domande spaziano su vari argomenti ma hanno il loro punto focale sul problema dell'interruzione di gravidanza. Naturalmente il tipo e la formulazione

delle domande sono influenzate dalle mie ipotesi di partenza, anche se con il procedere delle interviste sono stati sollecitati nuovi orientamenti e ipotesi che via via venivano sondati.

Dopo le consuete informazioni che vogliono delineare l'identità dell'intervistata (età, titolo di studio, occupazione, stato civile e numero di figli, anni in Italia, provenienza, religione e motivo della migrazione), le domande puntano a chiarire i diversi aspetti della vita della donna per poter avere alla fine una visione il più possibile completa della sua vita e abitudini.

Possiamo in linea generale suddividere il questionario per quattro grandi temi:

1. Influenza cultura
2. Il proprio corpo ed esperienza migratoria
3. Ginecologia
4. Contraccezione e scelte procreative

#### INFLUENZA CULTURA

Questa parte di domande vuole indagare sul background della donna, sulle idee e concezioni apprese nel paese d'origine.

Alcune domande molto generali, mirano a chiarire cosa significa avere uno o più figli in Serbia, se si fa e in che modo un qualche controllo delle nascite, se la contraccezione è comune e come si concepisce l'aborto.

Altre domande vanno più nello specifico e riguardano l'esperienza propria dell'intervistata. Si chiede cosa la propria madre, nonna e le proprie amiche pensavano, dicevano e credevano della contraccezione e dell'aborto, se questi argomenti erano affrontati o erano dei tabù e come si agiva davanti a questi problemi.

Infine ci sono delle domande che riguardano solo ed esclusivamente l'intervistata. Si cercano di chiarire le idee della donna riguardo aborto e contraccezione e se queste concezioni sono mutate o meno dal suo arrivo in Italia.

In seguito si vuole capire se c'è e quanto forte è, l'influenza della religione professata e delle leggi dello Stato serbo sulle donne in generale e sull'intervistata in particolare.

Si chiede al soggetto intervistato se è credente, professante e se conosce la posizione della propria religione verso aborto e contraccezione. Si richiede poi un'opinione sul grado d'influenza della stessa sulla popolazione femminile presente in Serbia.

Le stesse domande vengono poi riproposte per le leggi promulgate dallo Stato serbo.

#### IL PROPRIO CORPO ED ESPERIENZA MIGRATORIA

Quanto influisce la propria situazione come immigrata nelle scelte procreative dell'intervistata? Quali problemi deve affrontare in Italia, quali ostacoli deve superare? Sarebbe diversa la sua vita se fosse rimasta in patria? Farebbe scelte differenti?

Queste domande puntano a scoprire i problemi d'integrazione delle donne immigrate in Italia. Si sa che il lavoro e la casa sono i problemi principali per gli immigrati. Ma quanto queste preoccupazioni incidono sulla scelta di formare una famiglia? E sono questi problemi così pressanti da portare una donna a trascurare se stessa e il proprio corpo? O qui in Italia c'è più informazione, si fa più pubblicità sui problemi di salute della donna e quindi si è cambiato modo di vedere le cose? Si è appreso qualcosa di nuovo? Si sono cambiate alcune abitudini o si continuano a seguire le vecchie perché ritenute più giuste o rassicuranti? Ci si paragona alle donne italiane? Si cerca di imitare i loro costumi? O i loro atteggiamenti si considerano sbagliati o esagerati?

Alcune domande poi indagano se e quale contraccezione usa la donna. Si vuole in particolar modo capire come è arrivata a questa scelta: è stata una decisione presa da sola, è stata suggerita da un medico, l'intervistata si è fatta consigliare da un'amica o se ne è parlato con il partner?

Infine si chiede alla donna se conosce la legge italiana per la tutela della maternità e quindi gli aiuti che può avere in Italia, anche nel caso sia irregolare, nel caso resti incinta e abbia dei figli.

## GINECOLOGIA

Le domande di questa sessione puntano a scoprire i rapporti del soggetto intervistato con i servizi ginecologici. Si vuole sapere se e quanto spesso l'intervistata va dal ginecologo, per quali scopi e se lo ritiene utile. Inoltre si intende fare una comparazione tra le abitudini che la donna aveva nel paese d'origine e quelle attuali, in Italia. Si cerca di scoprire se la donna deve affrontare problemi linguistici o d'altro tipo all'interno dei servizi consultoriali italiani, se conosce e sa utilizzare tali servizi, se ha fiducia nei medici italiani o se invece preferisce quelli del proprio paese,...

## CONTRACCEZIONE E SCELTE PROCREATIVE

Anche questa parte vede la presenza di domande personali affiancate a quelle sulle usanze più comuni nel proprio paese d'origine, per poter osservare quanta influenza hanno avuto queste sulla donna e quanto è cambiato nelle abitudini dell'immigrata con la permanenza in Italia.

Molte domande vengono ripetute di proposito per osservare se le risposte dell'intervistata sono le stesse o se dopo aver riflettuto su altri temi decide di aggiungere o modificare qualcosa. Vengono riproposte quindi delle domande sul controllo delle nascite e sull'aborto, aggiungendone però delle nuove. Queste ultime mirano a sondare le conoscenze dell'intervistata riguardo a contraccettivi e interruzione di gravidanza. Si desidera in particolare capire se i medici serbi danno sufficiente importanza alla spiegazione degli effetti negativi di un aborto e dell'utilità di un uso intelligente dei contraccettivi. Inoltre si chiede all'intervistata se ha cambiato metodo di contraccezione da quando è in Italia o opinione sui metodi contraccettivi in generale e, nel caso di risposta affermativa, da cosa è derivato questo cambiamento.

Si vuole poi sondare quale ruolo ha il compagno o il marito nell'ambito della contraccezione. C'è stata cioè una discussione ed è stata presa una decisione assieme, o queste sono considerate faccende private della donna, o addirittura è stato imposto dall'uomo l'uso o meno di una protezione?

Tutta una parte ha poi come soggetto l'interruzione di gravidanza. È una parte abbastanza consistente, nucleo dell'intervista, dalle domande molto personali e

cariche emotivamente. Si chiede in generale la propria opinione sull'uso dell'IVG in Serbia come metodo contraccettivo, si domanda di ribadire la propria opinione sull'aborto e di dire, se si conoscono, le conseguenze fisiche dell'intervento e di riferire se il proprio medico in Serbia gliele ha mai spiegate. Si passa poi alle domande più personali sulla propria esperienza abortiva. Si vuole sapere se la donna ha mai abortito e quante volte, perché ha preso questa decisione, cosa l'ha spinto, se ha mai considerato l'aborto un metodo contraccettivo, cosa ha provato nel prendere questa decisione, se qualcuno l'ha consigliata, aiutata o forzata, se ne ha parlato con qualcuno prima e/o dopo l'intervento, quale ruolo ha avuto il compagno o marito e, se ricorda quel momento, se vuole raccontarlo. Nel caso la donna abbia avuto più aborti le si chiede se ha considerato diversamente i vari interventi. Infine una domanda mira a sapere se l'intervento è stato fatto in patria o in Italia. Nel caso sia stato fatto in entrambi i paesi, si chiede se c'è stata qualche differenza; se invece è stato fatto solo in uno dei due, si domanda perché si è scelto quel paese.

**Tabella n°1: Schema delle domande per le interviste a immigrate serbe presenti a Trieste**

<p><u><b>N. PROGRESSIVO DELL'INTERVISTA</b></u></p> <p><u><b>DATA DELL'INTERVISTA</b></u></p> <p><u><b>DATI ANAGRAFICI</b></u>  <i>Nome:</i> ovvero una sigla di riconoscimento  <i>Età</i>  <i>Titolo di studio:</i> analfabeta, scuola elementare, scuola media inferiore, scuola media superiore, laurea  <i>Occupazione</i>  <i>Stato civile:</i> nubile, coniugata, separata, divorziata, vedova, convivente  <i>Figli:</i> sì o no  <i>Numero figli</i>  <i>Anni in Italia</i>  <i>Provenienza urbana:</i> capitale, città, paese; campagna, mare, montagna  <i>Religione:</i> atea, cristiana (cattolica, ortodossa, protestante), musulmana, ebraica, buddista, induista, animista, ecc.  <i>Professione:</i> sì o no  <i>Motivo della migrazione:</i> curiosità, studio, lavoro, fatti bellici, persecuzioni politiche, persecuzioni etniche, ricongiunzione familiare, ecc.</p> <p><u><b>INFLUENZA CULTURA:</b></u>  Cosa significa <b>fare dei figli</b> nel Suo paese?  Quando era in Serbia, cosa significava per Lei fare dei figli? E ora?</p>
---

Cosa si pensa del **controllo delle nascite, della contraccezione**, nel Suo paese?  
Sua madre Le aveva detto qualcosa riguardo alla contraccezione, all'evitare di avere bambini? Cosa? E Sua nonna? Ne parlava con le Sue amiche? Cosa si diceva?  
Quando era in Serbia Lei cosa pensava del controllo delle nascite?  
Venendo in Italia rispetto questo Suo modo di pensare cosa è successo?

Cosa si pensa dell'**aborto** nel Suo paese?  
Sua madre cosa Le diceva? E Sua nonna? Ne parlava con le Sue amiche? Cosa si diceva?  
Quando era in Serbia, Lei personalmente, cosa pensava dell'aborto?  
Venendo in Italia rispetto questo Suo modo di pensare cosa è successo?

Lei è credente? Praticante?  
Se è credente, conosce qual è la posizione della **religione** da lei professata, in cui lei crede, verso i metodi contraccettivi? E verso l'aborto?  
Pensa che la Religione abbia influenzato le scelte delle donne nel Suo paese? Se sì, in che modo?

Sa qual è la posizione assunta dal Suo **Stato** verso la contraccezione, il controllo delle nascite? Se sì me ne può parlare?  
E verso l'aborto? Se sì me ne può parlare?  
Pensa che le leggi del Suo Stato abbiano influenzato le scelte delle donne nel Suo paese? Se sì come? Me ne può parlare?

#### **IL PROPRIO CORPO e ESPERIENZA MIGRATORIA:**

Quando era in Serbia, cosa significava per Lei prendersi **cura di sé stessa**? E ora che è qui in Italia?  
Quando era in Serbia, cosa significava per Lei prendersi **cura del Suo corpo**? E ora?  
In Serbia, quale **rapporto aveva con il Suo corpo**? E ora che è in Italia quale rapporto ha con il Suo corpo?

Quanta influenza ha la Sua **situazione attuale** nel fare o non fare un figlio? E nella scelta dei contraccettivi?  
Lei usa un **contraccettivo**? Quale? Le è stato consigliato da un medico? L'ha scelto da sola? L'ha scelto grazie al consiglio di un'amica? Su suggerimento del suo partner?  
Agirebbe in modo diverso se fosse nel Suo paese?

Cosa pensa del fatto che le **donne italiane** vanno dal ginecologo almeno una volta all'anno?

Conosce la **legge italiana** a favore della donna immigrata in gravidanza? E nel caso sia anche lavoratrice? Cosa dice la legge?  
Conosce cosa prevede la legge per proteggere, tutelare i minori, i bambini? Cosa prevede?

#### **GINECOLOGIA:**

Aveva un **ginecologo** in Serbia? Quanto spesso ci andava?  
E ora va dal ginecologo? Quanto spesso?  
Come si sente ad andare dal ginecologo, qui in Italia?  
Qui in Italia la possono aiutare come nel Suo paese?  
Ha la stessa fiducia nei ginecologi italiani come in quelli del Suo paese?  
Secondo Lei è utile andare dal ginecologo? Perché?

#### **CONTRACCEZIONE e SCELTE PROCREATIVE:**

Come si regolano le nascite nel Suo paese?  
 Si fa uso dei **contraccettivi**?  
 Lei cosa ne pensa dei metodi contraccettivi?  
 Il ginecologo che aveva in Serbia Le ha mai spiegato i pro e i contro dei vari metodi contraccettivi?  
 Lei usa un contraccettivo? Quale? Perché?  
 Le è stato consigliato da un medico? L'ha scelto da sola? L'ha scelto grazie al consiglio di un'amica? Su suggerimento del suo partner?  
 In Serbia cosa usava? Perché?  
 Ha cambiato idee riguardo ai metodi contraccettivi da quando è in Italia? Perché? Chi Le ha fatto cambiare idea?  
 Parla di contraccettivi con il Suo compagno? Lui cosa ne pensa? Chi decide quale metodo contraccettivo usare?  
 Parla di contraccettivi con le Sue amiche? Cosa Le raccontano? Quali preferiscono e usano?  
 Secondo Lei, in Serbia, si usano più i contraccettivi o l'aborto per regolare le nascite?  
  
 Cosa pensa Lei dell'**aborto**?  
 Sa le conseguenze che più aborti possono avere sul corpo?  
 Il ginecologo che aveva in Serbia Le ha mai spiegato le conseguenze fisiche dell'aborto?  
 Posso sapere se ha mai abortito? Quante volte?  
 Perché ha deciso di abortire? Cosa L'ha spinto?  
 Ha mai usato l'aborto come metodo per non avere figli?  
 Come si è sentita nel prendere questa decisione, nel fare questa scelta?  
 L'ha consigliata qualcuno? L'ha aiutata qualcuno?  
 Ne ha parlato con qualcuno prima di farlo?  
 E dopo averlo fatto?  
 Si ricorda di quel momento?  
 (Se ha abortito più volte) Gli ultimi aborti sono stati diversi rispetto al primo?  
 Il Suo compagno L'ha aiutata? L'ha consigliata?  
 Ha abortito in Italia o in Serbia? (Se in entrambi i paesi→) È stato diverso?  
 (Se solo in un paese→) Perché solo in Italia/Serbia?

Le domande non sono state tuttavia poste in maniera rigida. Lo schema serviva a me per non dimenticare alcune domande ma spesso mi avvalevo solo d'un colpo d'occhio sulle aree tematiche scritte in neretto per poi intavolare quell'argomento. I colloqui sono stati fatti in maniera il più flessibile possibile. All'intervistata non veniva dunque sottoposto alcun questionario. Quindi si tratta di interviste libere. Se l'intervistata mi raccontava qualcosa da me non previsto, la lasciavo parlare, approfondendo se il tema era pertinente o cercando di cambiare discorso se le informazioni non risultavano utili alla ricerca. Ho cercato quindi di lasciare che l'intervistata si esprimesse liberamente e che seguisse il filo dei suoi ragionamenti.

Alcune intervistate erano convinte tuttavia di non conoscere a sufficienza la lingua italiana e di non riuscire ad esprimere i loro pensieri in maniera adeguata. Erano quasi timorose di sbagliare. Molte donne dopo le prime domande però si rassicuravano sulla difficoltà del colloquio e parlavano quindi più liberamente.

Io ho cercato ad ogni modo di incoraggiarle durante tutta la durata del colloquio e le ho aiutato con domande frequenti, con un linguaggio più semplice e spiegando loro i termini non conosciuti, per incitarle a parlare con maggiore sicurezza. Se la donna si sentiva meglio a parlare in dialetto, usavamo il Triestino come lingua di comunicazione.

Spesso ricapitolavo i concetti espressi dalla donna in quanto, come spigano Cannel Charles e Kahn Robert:

“...Se...l'intervistatore fa una succinta e penetrante ricapitolazione di quanto ha detto l'intervistato, fornisce con ciò a quest'ultimo la prova più efficace che fra loro sussiste realmente una comunicazione e, per la stessa ragione, motiva e incoraggia nel modo migliore l'intervistato a continuare ed allargare la comunicazione...”<sup>75</sup>

Al termine del colloquio, talvolta a registratore spento, spiegavo alle intervistate che da ricerche condotte si sono osservati diversi casi di interruzioni di gravidanza tra le donne provenienti dai paesi dell'Est Europa. Chiedevo quindi loro un'opinione personale. Molte di esse cadevano dalle nuvole e mi confessavano di non aver mai sentito parlare di questo problema. Altre hanno negato questa realtà. Altre ancora mi hanno risposto con riflessioni fatte sul momento ma dimostrando di non aver mai preso in considerazione tale fenomeno.

---

<sup>75</sup> Cannel Charles F., Kahn Robert L., “La dinamica dell'intervista” (titolo originale: *The Dynamics of Interviewing* traduzione di Mimo Mancuso), Verona, Marisilio Editori, 1978 (III Edizione)



### *Le interviste agli operatori sanitari*

Anche per quanto riguarda le interviste agli operatori sanitari, si partiva da uno schema di intervista che serviva però solo come punto d'appoggio. Si è deciso di toccare degli argomenti comuni con i ginecologi, gli psicologi e gli assistenti sociali, per osservare il diverso punto di vista di professionisti con una formazione differente. Sono state fatte anche delle interviste con dei mediatori culturali. I colloqui con questi sono stati però leggermente differenti perché di ogni argomento si sono volute analizzare sfumature diverse, consone al ruolo dell'intervistato.

Se infatti con i ginecologi, gli psicologi e gli assistenti sociali si è voluto fare soprattutto un confronto tra le abitudini sanitarie (e quindi da un punto di vista più scientifico) di donne di differente nazionalità e solo in un secondo momento approfondire quelle delle immigrate serbe, con i mediatori si è maggiormente puntato sulle impressioni che hanno ricavato dalle confidenze delle donne serbe con le quali hanno lavorato e delle riflessioni nate dalla loro esperienza anche personale di contatto tra la cultura d'origine e d'arrivo.

Anche in questo caso è stato usato il registratore che è stato visto come normale strumento di ricerca molto più di quanto lo è stato percepito dalle immigrate.

I colloqui sono stati molto più fluidi in quanto gli operatori avevano più facilità ad esprimere le loro idee e a legare logicamente temi diversi ma correlati. Gli intervistati si sono espressi quindi in maniera molto più libera anche perché non provavano quell'imbarazzo proprio di chi parla di fatti personali. Tuttavia si è notata una grande attenzione nell'uso dei termini e nel fare osservazioni che avrebbero potuto creare ambiguità sulle intenzioni del soggetto intervistato.

Alcuni operatori hanno poi riscontrato delle difficoltà nel rispondere ad alcune domande perché o non avevano osservato un campione di casi tale da poter trarre delle conclusioni affidabili, o perché non avrebbero potuto dare una risposta adeguata in quanto nel loro incontro con le immigrate non affrontavano o toccavano tali tematiche.

Anche in questo caso sono emersi temi da me non previsti e quindi ho dovuto rivedere i miei presupposti di partenza e integrare le osservazioni fatte dagli operatori con quelle delle immigrate.

## GINECOLOGI, PSICOLOGI e ASSISTENTI SOCIALI

Le interviste iniziano con una breve presentazione del lavoro dell'operatore e del servizio offerto dall'istituzione in cui lavora. In seguito le domande approfondiscono principalmente quattro temi:

1. Le immigrate e il servizio sanitario italiano
2. Il rapporto delle immigrate con il loro corpo
3. I contraccettivi e l'aborto
4. Punto di vista professionale

Per ogni punto vengono proposte, come già accennato, delle domande per la popolazione femminile immigrata in generale, per poi cercare di approfondire sulle donne di nazionalità serba.

### LE IMMIGRATE E IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

Si vuole testare la fiducia e l'opinione delle immigrate verso i servizi sanitari italiani che gli operatori percepiscono. Si vuole capire qual è il clima degli incontri con le donne immigrate e se si riesce a creare un legame che faccia sì che le donne tornino. Inoltre si ricercano atteggiamenti di confronto/scontro che queste donne hanno nel paragonare servizi italiani e quelli del paese d'origine. Infine si vuole capire se le abitudini delle immigrate si modificano nel corso della loro esperienza migratoria o se queste donne tendono a non voler cambiare i loro usi, anche se scorretti dal punto di vista medico.

### IL RAPPORTO DELLE IMMIGRATE CON IL LORO CORPO

Ci si domanda cosa significa per le donne di culture differenti prendersi cura del proprio corpo. Gli operatori notano delle differenze rispetto alle Italiane? Esiste il concetto di prevenzione? Viene messo in atto prima e dopo l'esperienza migratoria?

Si vogliono poi fare dei confronti tra classi di donne ed epoche diverse: le donne più giovani e quelle più anziane, quelle appena arrivate e quelle presenti da più tempo in Italia, quelle che arrivarono negli anni 90 e quelle di oggi.

## I CONTRACCETTIVI E L'IVG

Cercando di capire se esistono preferenze nell'uso dei contraccettivi e se si notano differenze nell'utilizzo dell'interruzione di gravidanza tra donne di diversa nazionalità, si punta a capire da cosa derivano questi atteggiamenti. Ci si chiede se queste donne sono sufficientemente informate sui vari metodi contraccettivi e sulle conseguenze di un aborto, se esistono influenze da parte della famiglia e in particolare del marito, se in patria i medici danno abbastanza peso a queste tematiche.

Per quanto riguarda il tema dell'aborto, ci si sofferma soprattutto sulle caratteristiche delle donne che ricorrono all'interruzione: qual è la loro età media, sono piuttosto giovani o adulte, qual è il loro titolo di studio, negli anni si notano differenze, sono disposte ad ascoltare consigli e suggerimenti,...

Infine si richiede all'operatore un'opinione personale: quali sono le cause di più aborti, che si riscontrano soprattutto tra le donne dell'Est? L'iter da seguire in Italia per abortire, è utile per aiutare queste donne a prender coscienza di ciò che stanno per fare? Quanto contribuiscono i mediatori in queste situazioni? Cosa si sta facendo a Trieste e cosa si potrebbe ancora fare per ridurre questo fenomeno?

## PUNTO DI VISTA PROFESSIONALE

Si chiede all'operatore di chiarire brevemente quali sono dal punto di vista medico le conseguenze sia fisiche che psicologiche di uno o più aborti.

### **Tabella n°2: Schema delle domande per le interviste con i ginecologi, gli psicologi e gli assistenti sociali**

#### **PRESENTAZIONE**

Cognome e Nome

Professione

Che tipo di servizio offrite?

A che tipo di utenza vi rivolgete?

Da quanti anni lavora con le donne immigrate?

Con voi lavorano dei mediatori culturali?

#### **IMMIGRATE E SERVIZIO SANITARIO ITALIANO**

Quali sono gli atteggiamenti di queste donne verso la **struttura sanitaria italiana**?  
Hanno fiducia in Lei, come medico/psicologo/assistente sociale?  
Fanno paragoni con i medici/psicologi/assistenti sociali del loro paese?  
Una volta venute in consultorio, queste donne **tornano**?

Gli atteggiamenti che queste donne hanno, **cambiano** nel tempo? Se spiegate ad una donna che le abitudini che ha sono errate e le spiegate i problemi che causa al proprio corpo, poi lei segue i vostri consigli o resta nelle sue posizioni?  
Qual è l'atteggiamento delle donne **Serbe** in particolare?

#### RAPPORTO CON IL PROPRIO CORPO

Le donne immigrate si prendono **cura del proprio corpo**? Come le Italiane o in modo diverso?

Vengono regolarmente a fare dei **controlli**?

Mi è sembrato che le donne immigrate hanno diversi **problemi di salute**, problemi specificatamente femminili. Ciò è confermato dalla Sua esperienza? Secondo Lei perché?

Nel prendersi cura del proprio corpo, nota delle differenze tra le donne più **giovani** e quelle più **adulte**?

E tra le donne **appena arrivate** in Italia rispetto quelle che vi risiedono da più tempo?

Negli anni si sono avuti cambiamenti di atteggiamento tra le donne immigrate (ad esempio **anni 90** rispetto oggi)?

E per quel che riguarda le donne **Serbe** in particolare?

#### CONTRACCETTIVI e ABORTO

Ci sono differenze nell'uso dei **metodi contraccettivi** tra le donne di diversa nazionalità?

Quali sono i contraccettivi **preferiti** tra le donne provenienti dalla **Serbia**?

Ci sono **idee errate** sui contraccettivi tra le donne Serbe?

Ci sono differenze nelle **richieste di aborto** tra le donne di diversa nazionalità?

Può farmi un paragone con le donne italiane?

Mi interesserebbe in particolare sapere le abitudini delle **donne Serbe** perché da dati statistici si è osservato che le donne provenienti dai Balcani fanno più aborti di donne provenienti da altri paesi. Ciò è confermato dalla Sua esperienza?

Qual è l'**età media** delle donne che abortiscono?

Ci sono differenze tra le donne più **giovani** e quelle più **adulte**?

Qual è il loro **titolo di studio** in media?

**Negli anni** il numero di aborti tra queste donne è aumentato o diminuito?

Immagino che voi spieghiate a queste donne i problemi che possono causare al loro corpo se hanno più aborti nella loro vita. Queste **raccomandazioni** servono o le donne mantengono le loro idee e atteggiamenti?

A Suo parere è utile tutto l'**iter** che in Italia bisogna seguire prima di abortire per far prendere loro coscienza di cosa stanno per fare e delle conseguenze che possono causare al loro corpo?

Secondo quanto Lei ha potuto constatare dalla Sua esperienza, queste donne, la prima volta che arrivano in consultorio, sono **informate** a sufficienza sui vari metodi contraccettivi e sulle conseguenze di un aborto?

Secondo Lei quale responsabilità hanno i **ginecologi del loro paese** per quel che riguarda questi atteggiamenti?

Secondo Lei, quanto influisce nelle scelte contraccettive e abortive il **marito**?

Mi può dare delle spiegazioni che ha tratto dalla **Sua esperienza**, riguardo gli atteggiamenti delle donne serbe di cui abbiamo discusso fin'ora? Quali sono cioè secondo Lei le **cause prime** che influenzano queste donne ad agire così?

Secondo Lei è utile la presenza dei **mediatori** per il problema dell'aborto in particolare? In che modo? Ci sono esempi che può farmi?

A Trieste ci sono dei **progetti** per sensibilizzare le donne immigrate a prendersi cura del proprio corpo in modo più adeguato? Secondo Lei si sta facendo a sufficienza per ridurre questo fenomeno o sono necessari più interventi di informazione e prevenzione?

#### PUNTO DI VISTA MEDICO

Quali sono le conseguenze fisiche e psicologiche che uno o più aborti possono causare?

### MEDIATORI CULTURALI

Dopo una breve presentazione del lavoro che si svolge e degli anni di esperienza nel campo della mediazione, si focalizza il colloquio su due temi:

1. Il rapporto delle immigrate con il loro corpo
2. I contraccettivi e l'aborto

#### IL RAPPORTO DELLE IMMIGRATE CON IL LORO CORPO

Le domande sono le stesse che sono state poste ai ginecologi, agli assistenti sociali e agli psicologi ma ci si aspetta che le risposte nascano da considerazioni e confidenze fatte direttamente dalle donne immigrate ai mediatori.

#### I CONTRACCETTIVI E L'IVG

Anche in questo caso le domande si ripetono. Dapprima si tocca il tema dei contraccettivi per poi analizzare il problema dell'aborto.

#### **Tabella n°3: Schema delle domande per le interviste con i mediatori culturali**

##### PRESENTAZIONE

Nome e Cognome

Provenienza

Anni in Italia

Da quanti anni è mediatrice culturale?

In quali strutture lavora?

##### RAPPORTO CON IL PROPRIO CORPO

Le donne serbe si prendono **cura del loro corpo**?

Quanto influisce la situazione di queste donne come immigrate nei loro atteggiamenti? Si prendono cura del loro corpo in maniera uguale a come quando erano nel loro paese?

È usuale andare dal **ginecologo in Serbia**? Quanto spesso ci vanno in media? Qui in **Italia** le donne serbe vanno regolarmente dal ginecologo? Se “no”, secondo Lei perché? Quanto influisce la non conoscenza della lingua italiana? Si fidano dei ginecologi italiani? Fanno paragoni con quelli del loro paese? Cosa dicono? Seguono i consigli dati dal ginecologo italiano? Cambiano atteggiamento nel corso della loro esperienza migratoria? Grazie a chi? Ci sono differenze nei comportamenti tra le donne più giovani e tra quelle più adulte?

### CONTRACCETTIVI e ABORTO

In Serbia si fa uso dei **contraccettivi**?

Quali sono i contraccettivi più usati?

Secondo Lei le donne serbe sono state informate correttamente in patria sui vari metodi contraccettivi?

Cambiano idee e usi una volta che sono state visitate e parlano con il ginecologo qui in Italia?

In Serbia è comune l'**aborto**?

Da dati statistici si è osservato che qui in Italia le donne provenienti dai Balcani fanno più aborti di donne provenienti da altre aree. Mi può confermare questo dato? Ciò è confermato anche per le donne provenienti dalla Serbia?

Qual è l'**età media** delle donne serbe che abortiscono?

Ci sono differenze tra le donne più **giovani** e quelle più **adulte**?

Qual è il loro **titolo di studio** in media?

**Negli anni** il numero di aborti tra queste donne è aumentato o diminuito?

Secondo Lei le donne serbe sono state **informate** correttamente in patria sulle conseguenze che più aborti possono avere sul loro corpo?

A Suo parere è utile tutto l'**iter** che in Italia bisogna seguire prima di abortire per far prendere loro coscienza di cosa stanno per fare e delle conseguenze che possono causare al loro corpo?

Secondo Lei perché le donne Serbe fanno così tanti aborti? Ci sono cause comuni e/o diverse se mettiamo a confronto le donne serbe e quelle provenienti da altri stati dell'area dei Balcani?

Quando ero a Belgrado ho notato la grande cura e attenzione che le donne di quel paese hanno nel vestirsi e truccarsi. Mi è sembrato che ci si prenda molta cura del proprio aspetto fisico anche se non ci sono molti soldi da spendere. È vera questa mia osservazione? Tutto ciò mi sembra però un paradosso se poi dall'altro lato queste donne non hanno un comportamento corretto dal punto di vista medico. Lei cosa ne pensa?

Secondo Lei quanto influisce la **situazione** di queste donne come immigrate nelle loro scelte contraccettive e abortive?

E quanto influisce il **compagno** nelle loro scelte abortive e contraccettive?

La **Chiesa** ?

E lo **Stato**?

Quale **responsabilità** ha avuto secondo Lei l'ateismo statale degli anni passati?

Secondo Lei i **ginecologi del loro paese** hanno una responsabilità? A Suo parere sono sufficientemente preparati?

A **Trieste** ci sono dei **progetti** per sensibilizzare le donne immigrate a prendersi cura del proprio corpo in modo più adeguato? Secondo Lei si sta facendo a sufficienza per ridurre questo fenomeno o sono necessari più interventi di informazione e prevenzione?

## Costruzione e caratteristiche del campione

### *Il campione delle immigrate*

Le interviste fatte con le donne di nazionalità serba sono state in tutto quindici. Si è cercato di rendere il campione il più equilibrato possibile ma ci si è dovuti imbattere in problemi di diversa natura che hanno richiesto per le interviste più tempo del necessario.

In primo luogo molte persone erano diffidenti a parlare di temi così personali con una sconosciuta, anche se si specificava che l'intervista sarebbe stata anonima e riservata.

In secondo luogo molte donne dovevano lavorare e badare alla propria famiglia e quindi il tempo libero era poco se non nullo. Molte immigrate che ho contattato poi, temevano di non avere sufficienti conoscenze linguistiche per riuscire a sostenere un colloquio, che per di più era fatto per l'ambito universitario. Vane sono state le mie rassicurazioni e spiegazioni.

Infine è risultato più difficile del previsto trovare donne oltre i trenta anni, disposte anche solo a conoscermi. Venivano trovate varie scuse e quando riuscivo a incontrarle e spiegare cosa si richiedeva loro, la paura e l'imbarazzo erano grandi. Ho cercato di rassicurarle dicendo loro che se non volevano potevano anche non rispondere a tutte le domande ma in alcuni casi è stato tutto inutile.

Ritengo quindi che i risultati non possano essere generalizzabili ma che debbano essere considerati l'inizio di una ricerca che deve necessariamente essere approfondita e ampliata.

Le intervistate sono state trovate tramite vari canali.

Alcune donne le conoscevo personalmente. Con queste non ho avuto alcuna difficoltà nei colloqui in quanto si fidavano di me e, considerandomi quasi un'amica, trovavano anzi piacere nel confidarsi e sfogarsi.

Queste mi hanno poi aiutata a trovare altre donne, loro amiche o parenti. Non sempre però è stata sufficiente la mediazione di una conoscente per convincere queste donne a rispondere alle mie domande.

Ulteriori intervistate le ho poi conosciute grazie alle mediatrici culturali e all'aiuto che mi è stato dato da varie persone che frequentano la comunità serbo-ortodossa di Trieste.

A causa della mia scarsa conoscenza della lingua serba, ho per forza di cose cercato persone che parlassero almeno un po' la lingua italiana. Tuttavia per tre volte è stato necessario l'aiuto di un interprete. Il mediatore è intervenuto solo una volta, un volta è stata un'amica dell'intervistata a prestare questo servizio e in un terzo caso si è richiesto l'aiuto di una parente, anche se a mio parere non sarebbe stato necessario. Non ho fatto però obiezioni in quanto ho pensato che quella presenza avrebbe dato maggiore sicurezza e tranquillità all'intervistata. Come già accennato, in un solo caso è rimasto presente il marito che però non è intervenuto direttamente.

Si è cercato di avere un campione che rappresentasse nel modo più equilibrato possibile varie caratteristiche: la fascia d'età, il titolo di studio, l'occupazione, lo stato civile, la presenza o meno di figli, gli anni in Italia, il luogo di provenienza, la religione professata e il motivo della migrazione. Inoltre nello scegliere la donna da intervistare non ci si informava se essa si fosse o meno sottoposta a interruzione di gravidanza. L'obiettivo primo non era infatti solo quello di sapere le ragioni delle donne che abortiscono, ma di avere uno spaccato delle abitudini delle donne serbe in generale. Inoltre si voleva osservare quante donne si fossero sottoposte a interruzione di gravidanza su un campione scelto a caso.

Si è ben consci che la realtà serba è molto variegata e che molte sono le nazionalità presenti sul territorio che professano religioni diverse. Si è deciso tuttavia di considerare solo le donne dello Stato serbo professanti la religione maggiormente presente, cioè quella serbo-ortodossa (62,6% della popolazione). Tuttavia tra le donne intervistate, due erano di religione cattolica. Si è deciso di non escluderle in quanto nella regione della Vojvodina, nel nord della Serbia, il



19,11% della popolazione professa la religione cattolica<sup>76</sup>. Per non rendere la ricerca troppo complessa si è deciso quindi di non considerare la realtà del Kosovo (e quindi di quel 19% di Mussulmani presenti sul territorio), dei vari rifugiati presenti nello Stato e della popolazione dello Stato del Montenegro.

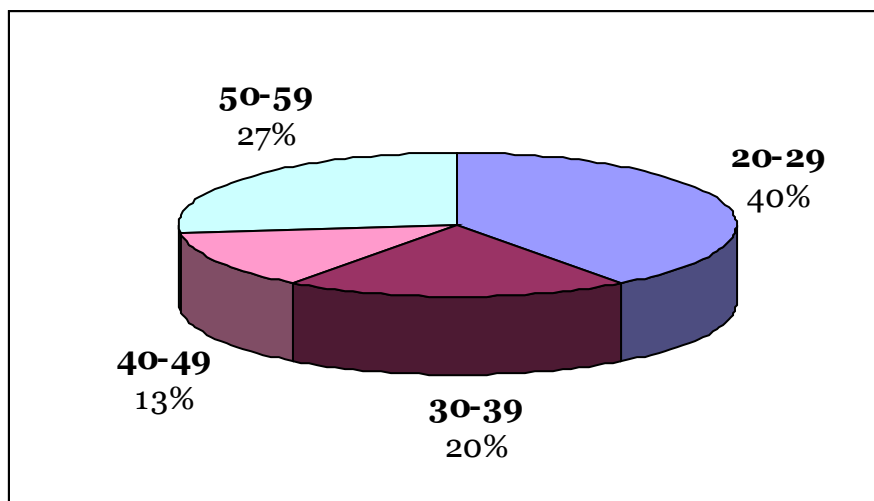
### LA FASCIA D'ETÀ

Le donne che si sono dimostrate più disponibili a farsi intervistare sono quelle delle fasce d'età 20-29 anni e 50-59. Al primo gruppo ho infatti fatto ben sei interviste e al secondo quattro.

Più difficile è stato trovare donne disponibili a farsi intervistare tra le altre fasce d'età. Sono riuscita ad ottenere tre interviste a donne tra i 30 e i 39 anni e due interviste tra i 40 e i 49 anni.

Si è deciso di trascurare le ragazze con meno di venti anni e le donne sopra i sessanta perché saremmo andati a toccare situazioni particolari che non possono essere comparate con le altre.

**Grafico n°1: Fascia d'età in percentuale delle donne intervistate**



---

<sup>76</sup> [www.vojvodina.com](http://www.vojvodina.com)

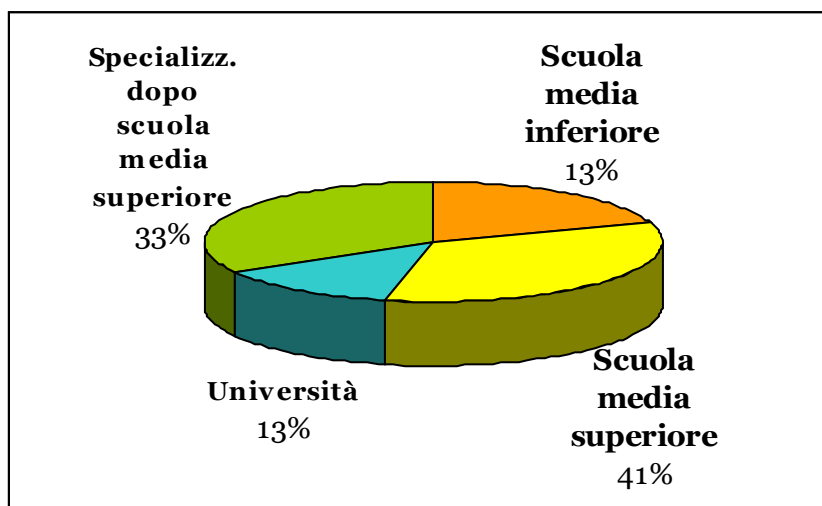
## IL TITOLO DI STUDIO

La maggior parte delle intervistate ha una preparazione scolastica che supera gli otto anni.

Ben 5 donne hanno un diploma di scuola superiore e una di esse ha pure frequentato tre anni d'Università senza però laurearsi. Solo 2 donne sono laureate ma ben 5 hanno continuato un percorso di studi per altri 3-4 anni, ottenendo un titolo professionale quale quello d'infermiera o insegnante di scuola elementare.

Solo 3 donne si sono fermate alla scuola media inferiore ma una ha proseguito gli studi per altri due anni.

**Grafico n°2: Titolo di studio in percentuale delle donne intervistate**



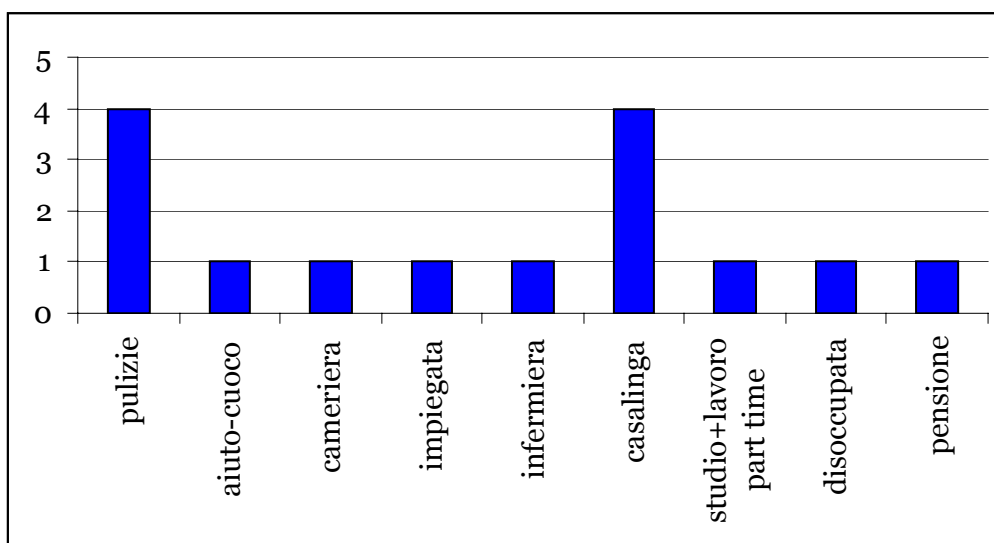
## L'OCCUPAZIONE

Benché la maggior parte delle donne intervistate abbia un titolo di studio superiore, la loro occupazione non richiede un particolare livello scolastico. Infatti, ben 4 fanno pulizie, una è aiuto-cuoco e una è cameriera.

Solo una è riuscita a trovare un lavoro in Italia consono al suo titolo di studio (scuola professionale per infermieri) mentre un'altra donna è occupata in un ufficio.

Quattro intervistate, infine, sono casalinghe, una alterna lavoro e studio, una è disoccupata e un'altra è in pensione.

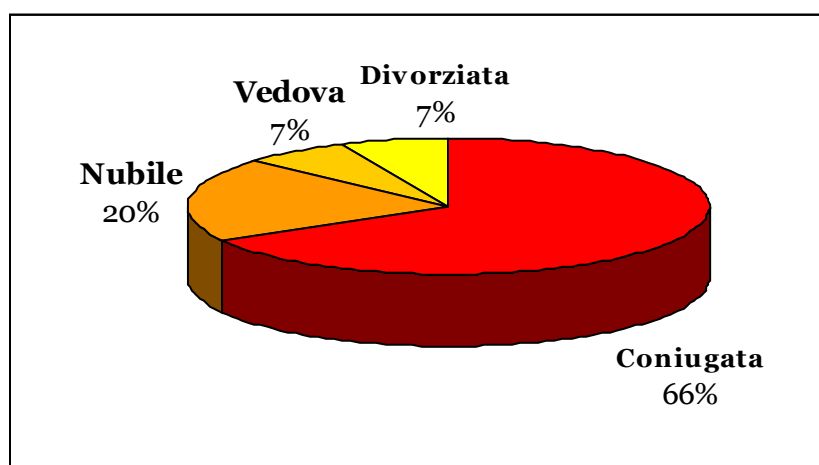
**Grafico n°3: Occupazione delle donne intervistate**



#### LO STATO CIVILE E LA PRESENZA O MENO DI FIGLI

Ben 10 donne del campione sono sposate e una undicesima è vedova. Solo 3 sono nubili e 1 è divorziata.

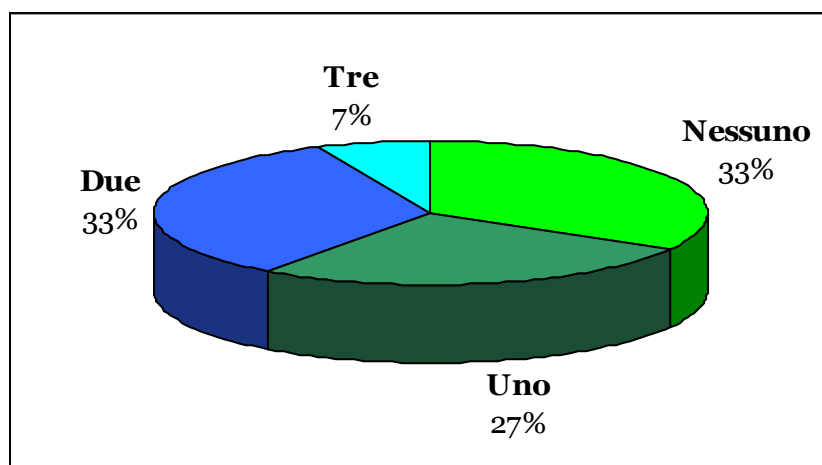
**Grafico n°4: Stato civile in percentuale delle donne intervistate**



Tra le donne nubili tutte non hanno figli, tra le sposate non ne hanno solo due. Una è incinta ma siccome quando l'ho intervistata era al nono mese, ho considerato che avesse un figlio.

Ben cinque intervistate hanno due figli e una ne ha ben tre. Una donna sposata, la vedova e la divorziata hanno rispettivamente un unico figlio.

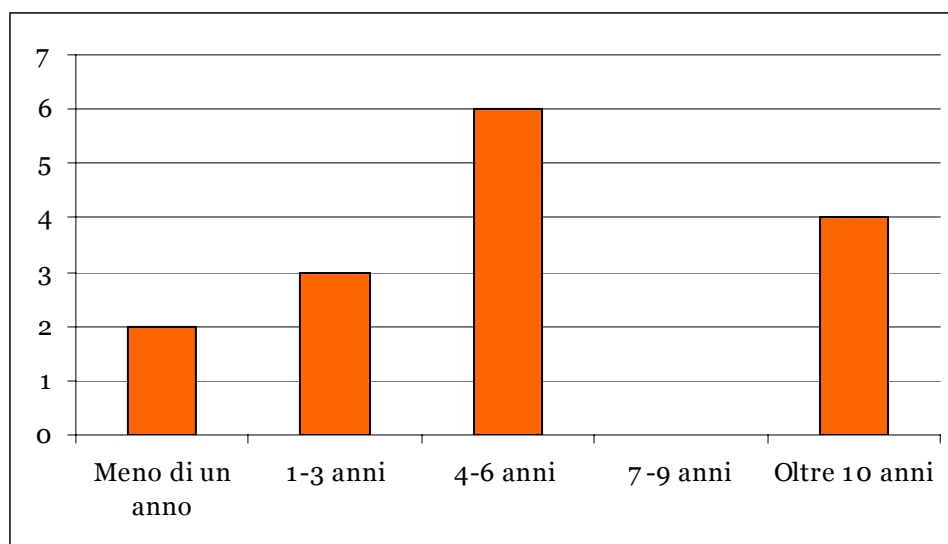
**Grafico n°5: Numero figli in percentuale tra le donne intervistate**



#### GLI ANNI IN ITALIA

Due intervistate sono in Italia da meno di un anno, due da due anni e una da tre; ben quattro donne vi abitano da 4 anni e 2 da sei. Quattro intervistate infine, sono emigrate dalla Serbia da più di dieci anni: due donne da dodici anni, una da trenta e un'altra da addirittura trentacinque anni.

**Grafico n°6: Anni in Italia delle donne intervistate**



## IL LUOGO DI PROVENIENZA

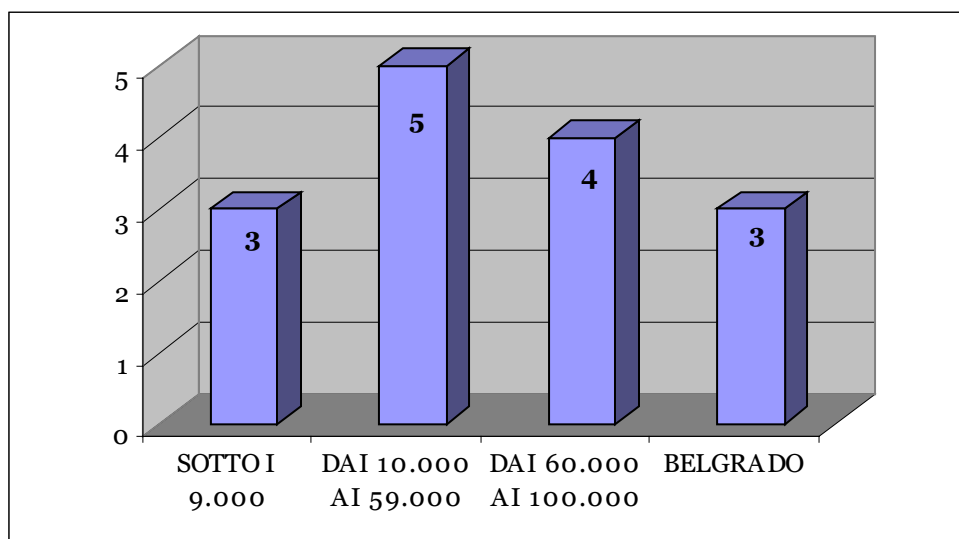
Tre donne intervistate provengono da Belgrado, la capitale che conta quasi un milione e mezzo di abitanti.

Quattro donne provengono da città tra i 60.000 e i 100.000 abitanti (Smederevo - ab. 109.809, Požarevac - ab. 74.902 e Obrenovac - ab. 70.975).

Cinque donne sono originarie di cittadine tra i 10.000 e i 59.000 abitanti (Arandjelovac - ab. 48.129, Kovin - ab. 36.802, Petrovac - ab. 34.511, Veliko Gradište - ab. 20.659).

Infine tre provengono da paesini sotto i 9.000 abitanti (Zatonje, Skorenovac e Kasidol).

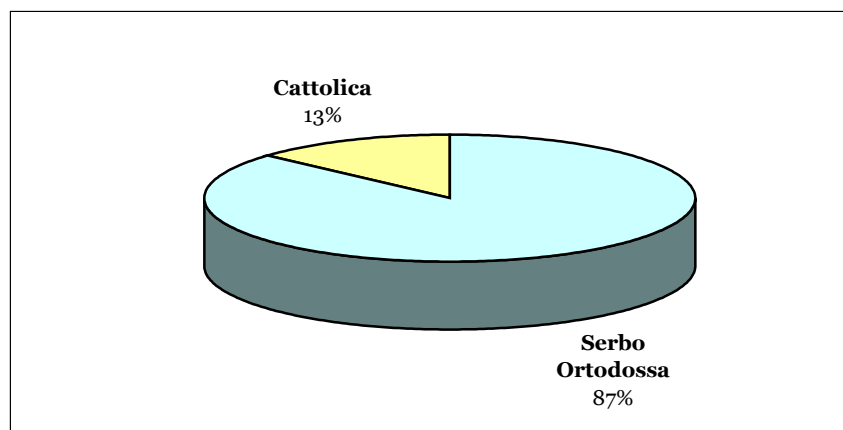
**Grafico n°7: Luogo di provenienza in percentuale delle immigrate intervistate**



## LA RELIGIONE PROFESSATA

Come ci si sarebbe dovuti aspettare, ben 13 donne sono di religione serbo-ortodossa, mentre solo 2 professano la fede cattolica. Queste ultime provengono dalla Vojvodina.

**Grafico n°8: Religione professata in percentuale delle donne intervistate**



## IL MOTIVO DELLA MIGRAZIONE

Le motivazioni datomi sul cosa ha spinto le intervistate ad emigrare in Italia, sono varie e ogni donna aveva più di un motivo.

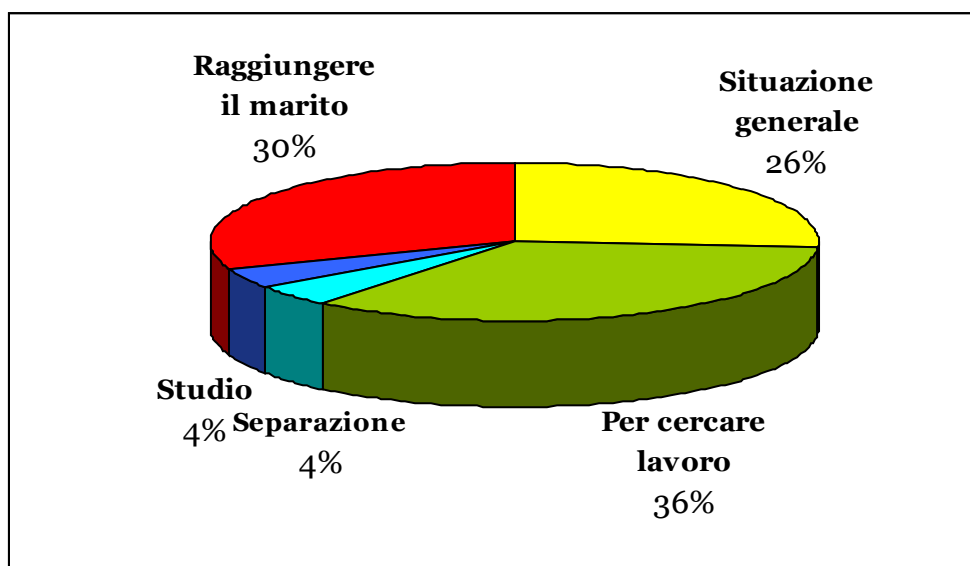
La maggior parte di esse (8) è venuta in Italia per cercare lavoro, ma accanto al problema dell'occupazione, molte (7) lamentavano una situazione problematica generale in Serbia. Si ricordavano gli anni della guerra e quelli successivi, il clima politico, lo xenofobismo dilagante, il clima d'incertezza comune,...

Il problema del lavoro è spesso collegato a quello del ricongiungimento familiare. Molte delle intervistate (7) infatti, sono venute in Italia per ricongiungersi al marito, che a sua volta però era venuto in Italia per lavorare e, stabilitosi in maniera soddisfacente nella nuova terra, ha voluto accanto moglie ed eventuali figli.

Una donna è arrivata in Italia a causa della sua separazione con il marito ma non negava che comunque troppe cose erano cambiate dopo gli anni della guerra e che non si trovava più bene nella sua terra.

Un'unica intervistata è venuta in Italia per migliorare la sua conoscenza della lingua italiana in quanto laureata in Letteratura italiana a Belgrado.

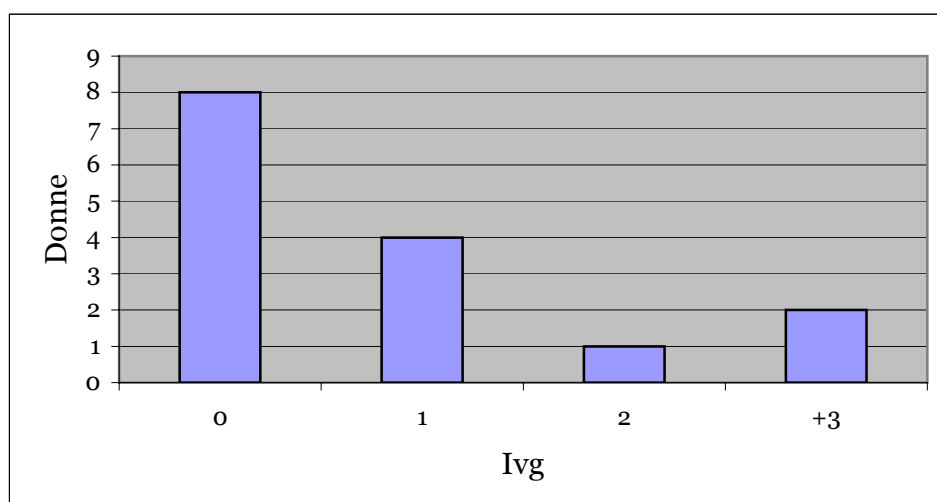
**Grafico n°9: Motivo della migrazione in percentuale delle donne intervistate**



#### LE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

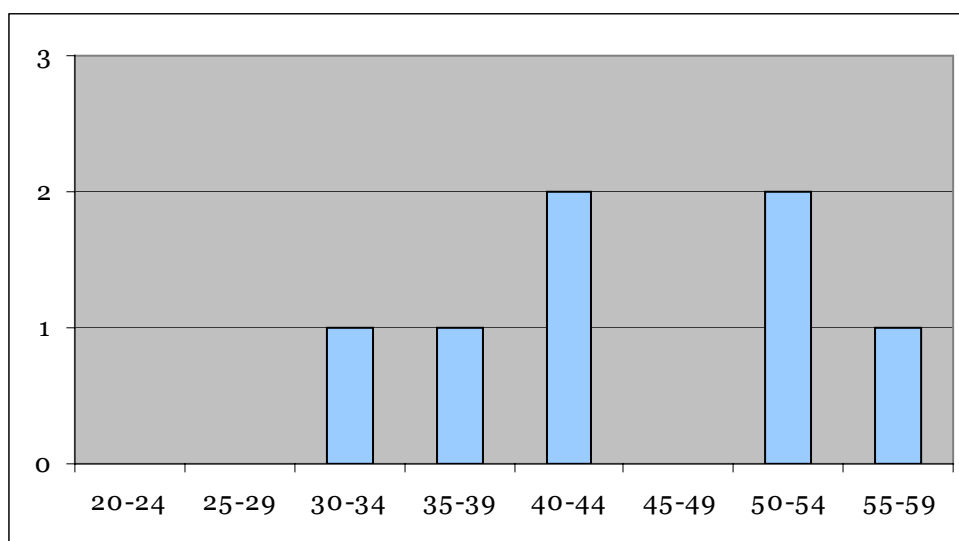
Su 15 donne intervistate, 7 sono ricorse all'interruzione di gravidanza. Quattro donne hanno abortito solo una volta, una per 2 volte, una per 6 e un'altra afferma "tante" senza specificare.

**Grafico n°10: Numero totale di IVG tra le donne intervistate che sono ricorse all'intervento**



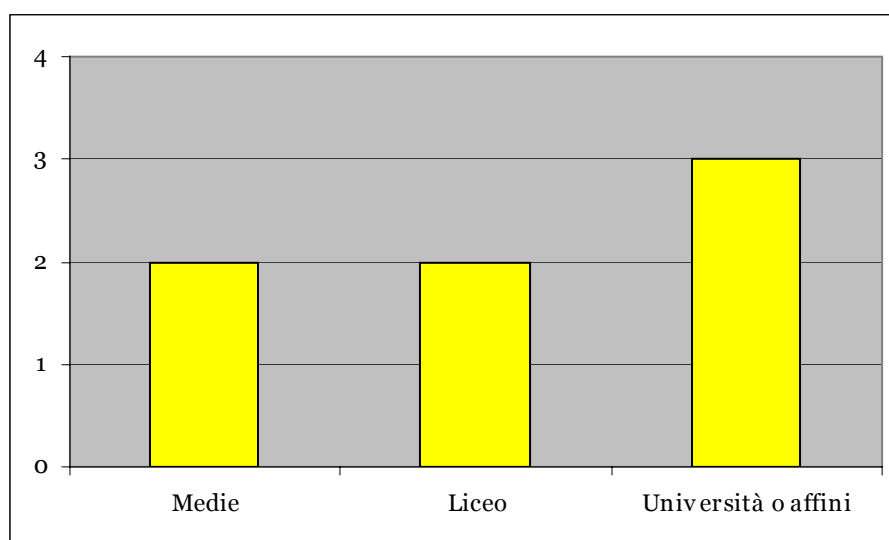
Le donne che hanno subito un'intervento di IVG hanno tutte più di trent'anni: una è nella fascia d'età 30-34, una in quella 35-39, due nella fascia 40-44, due in quella 50-54 e un'unica nella fascia 55-59.

**Grafico n°11: Fascia d'età tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



Tra queste donne, 2 avevano frequentato le scuole medie inferiori, 2 il Liceo (ma aveva frequentato anche tre anni d'Università che poi aveva però lasciato), 1 era laureata e 2 avevano fatto degli studi professionali dopo il termine delle scuole superiori.

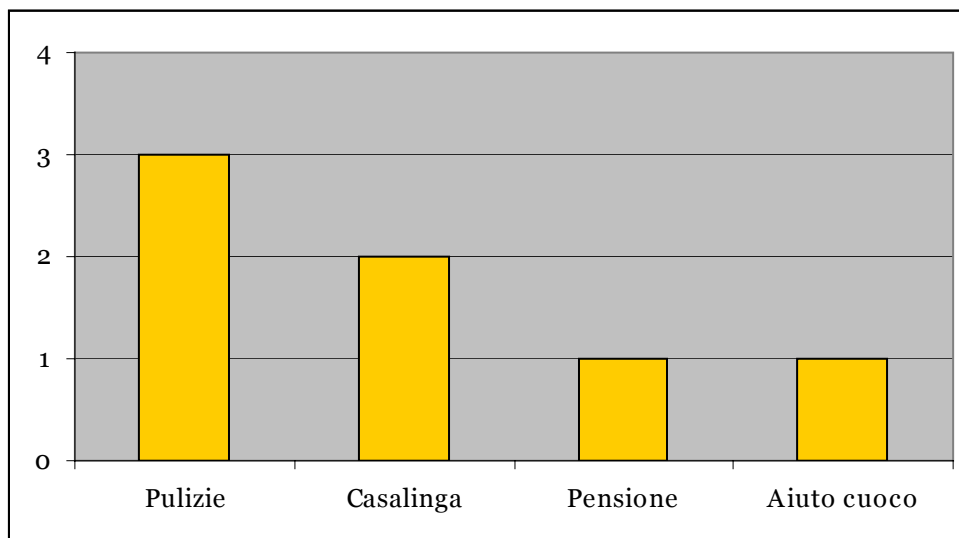
**Grafico n°12: Titolo di studio tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



Tre donne lavorano nell'ambito dei servizi, due sono casalinghe e una è un'infermiera in pensione che lavora ancora in nero in privato.

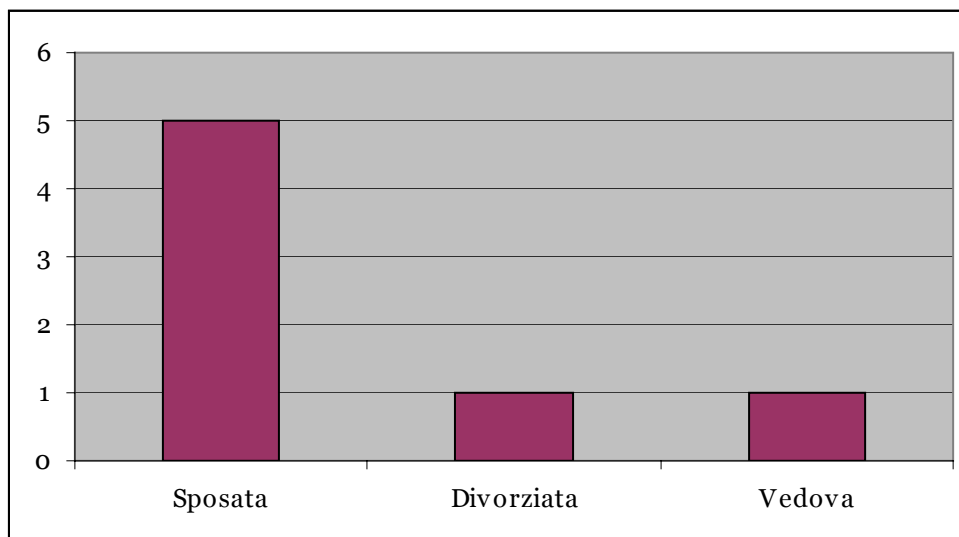


**Grafico n°13: Occupazione tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



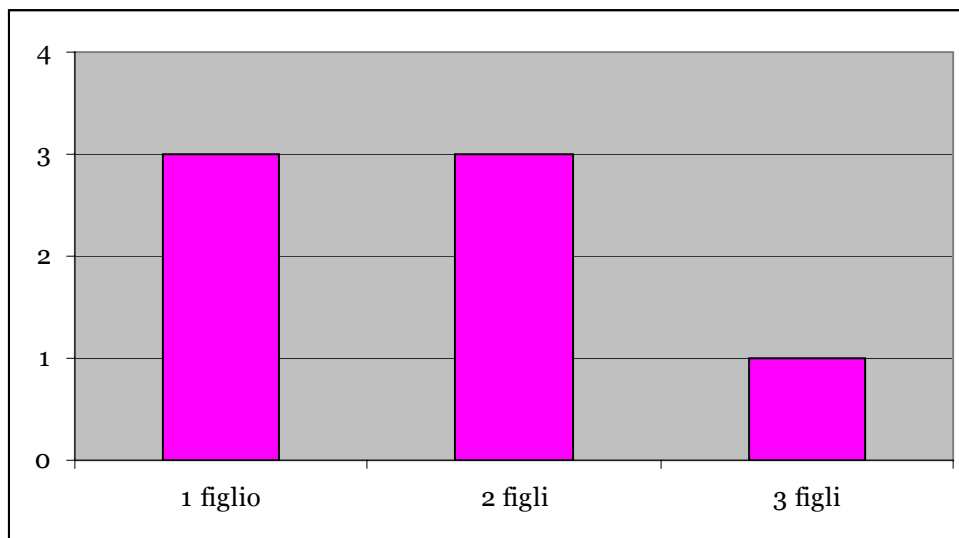
Tutte le donne sono o erano sposate quando sono ricorse all'interruzione di gravidanza.

**Grafico n°14: Stato civile tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



Tre donne hanno un unico figlio, tre ne hanno due e un'unica ne ha tre.

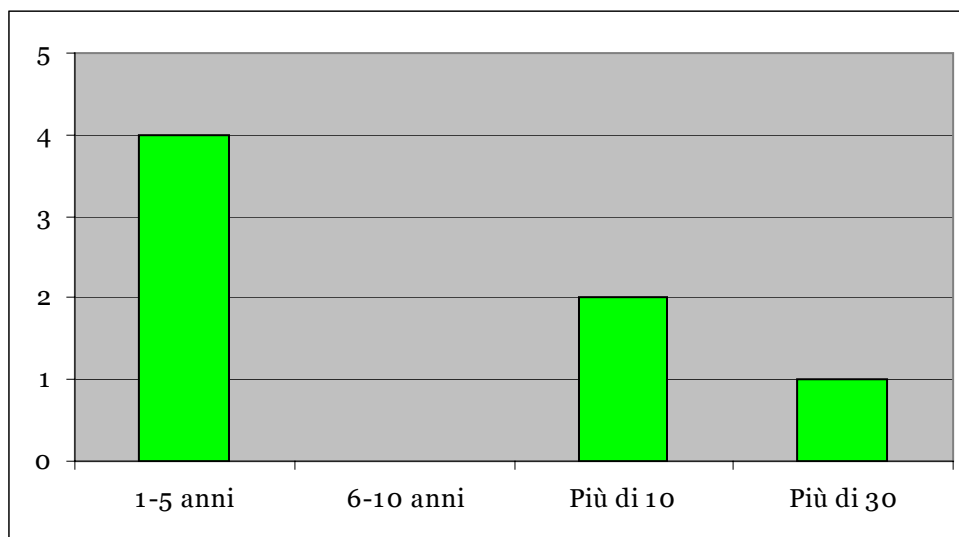
**Grafico n°15: Numero figli tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



Due donne hanno abortito in Italia ma tutte le altre lo hanno fatto in Serbia.

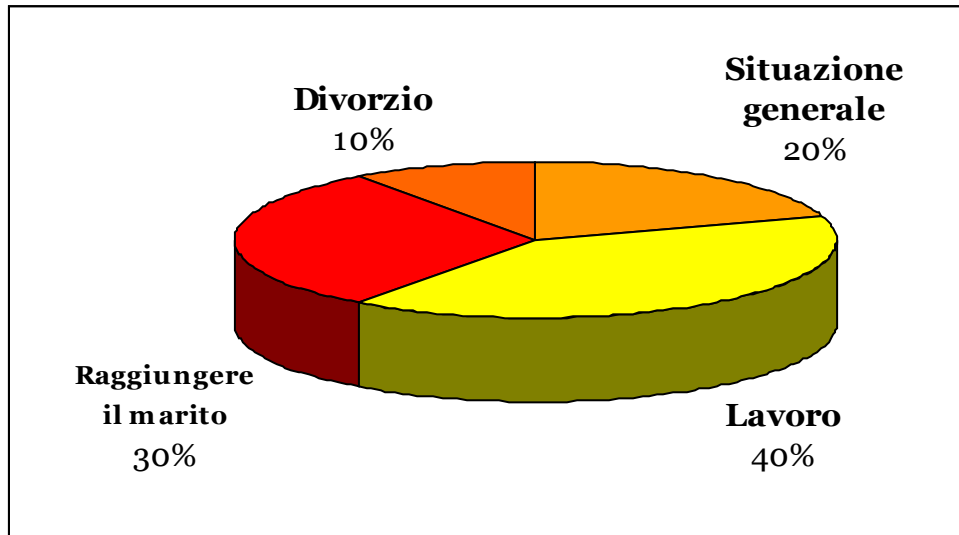
Ben quattro intervistate sono in Italia da almeno quattro anni, due lo sono da più di dieci e solo una da più di trenta.

**Grafico n°16: Anni in Italia tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



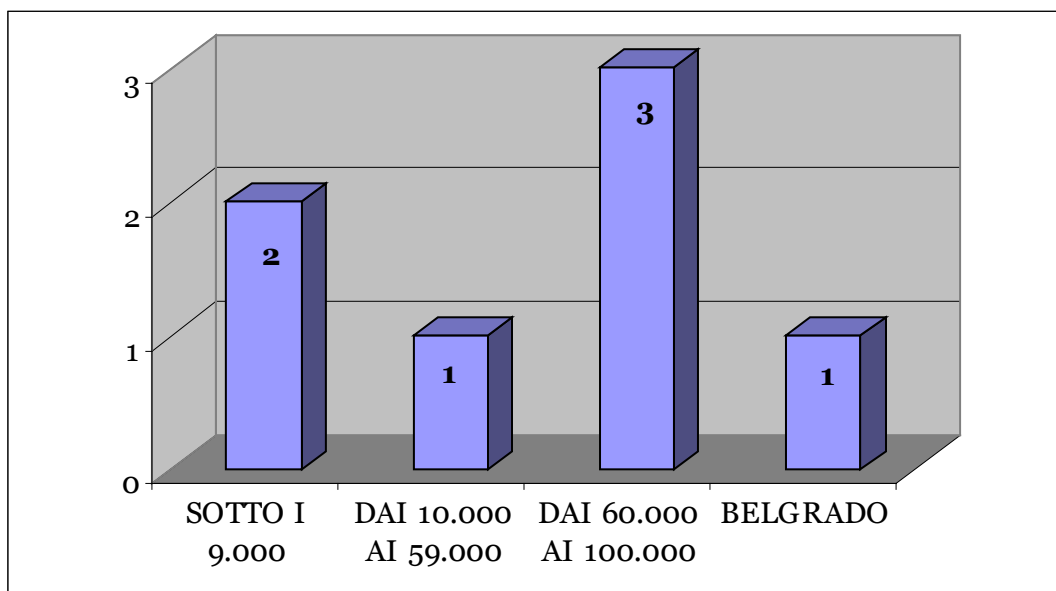
La causa che ha spinto le intervistate che si sono sottoposte a interruzione di gravidanza a venire in Italia è per lo più il lavoro ma molte sono anche coloro che hanno raggiunto il marito già in Italia.

**Grafico n°17: Motivo migrazione in Italia tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



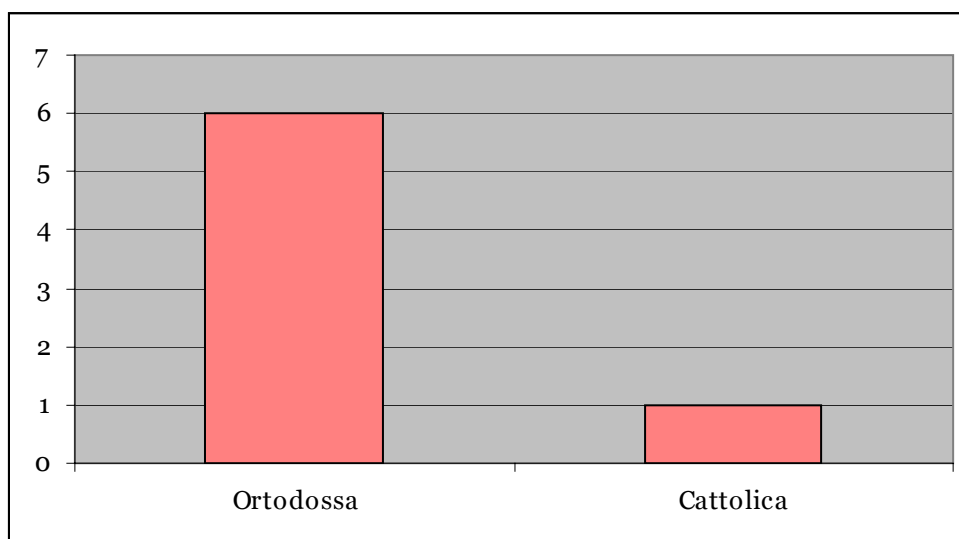
Le donne che sono ricorse all'interruzione di gravidanza provengono sia da Belgrado che da città più piccole che da paesini di pochi abitanti.

**Grafico n°18: Provenienza delle donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



Come c'era da supporre, visto il campione di partenza, sei donne sono di religione ortodossa e una sola professa la religione cattolica.

**Grafico n°19: Religione tra le donne intervistate che sono ricorse all'IVG**



### *Il campione degli operatori sanitari*

Sono state condotte otto interviste con operatori dei servizi sanitari: tre erano ginecologhe, due psicologhe, una assistente sociale e due mediatrici culturali.

Le persone intervistate sono state scelte in base alla loro esperienza con le donne immigrate e senza che fosse stato previsto, tutte erano di genere femminile.

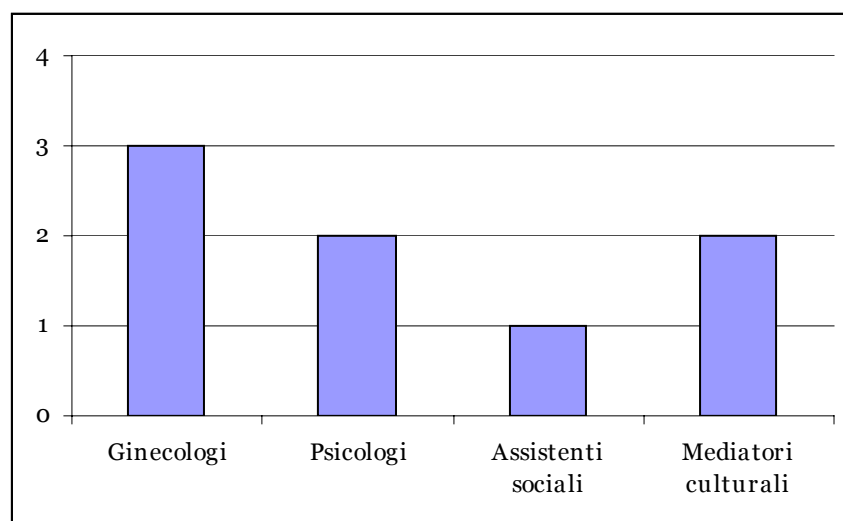
Tutte inoltre lavoravano per l'azienda sanitaria triestina, nell'ambito di consultori familiari, eccetto una ginecologa che esercitava la sua professione anche in uno studio privato.

Anche in questo caso le informazioni ricevute non possono essere generalizzabili in quanto sono per lo più derivate da percezioni e considerazioni personali, non supportate da ricerche quantitative.

Per quanto riguarda le mediatrici culturali era prevedibile che fossero donne, perché per l'aiuto e l'accompagnamento nell'ambito di un servizio come la ginecologia è abbastanza intuibile che la maggior parte delle immigrate (se non tutte) preferiscano una persona di sesso femminile. Un'altra caratteristica prevedibile delle mediatrici è che erano tutte di cultura e lingua serbo-croata, perché la mediazione altrimenti sarebbe inutile o quanto meno poco credibile.

Interessante da sottolineare inoltre che tutti gli operatori (esclusi per l'appunto i mediatori) erano di nazionalità italiana eccetto una ginecologa che era invece di origine bosniaca, benché laureata ed esercitante la sua professione in Italia. Questo incontro fortuito e fortunato, è stato molto utile per capire diversi atteggiamenti di queste donne, in quanto la dottoressa, oltre ad aver lavorato a lungo nel paese d'origine e conoscendo quindi la realtà dell'Est Europa, ha condotto una ricerca per la tesi di laurea proprio sul problema dell'interruzione di gravidanza tra le donne immigrate, tra le quali ha preso in considerazione anche quelle provenienti dalla Serbia.

**Grafico n°20: I diversi operatori sanitari intervistati**



## Procedura

### *Le interviste con le immigrate*

Come già precedentemente affermato, molte delle donne intervistate le conoscevo già e quindi non ho avuto problemi nel contattarle e nel fare loro qualsiasi tipo di domanda. Il clima dell'intervista è stato disteso e amichevole. I rapporti tra noi erano già consolidati e quindi non c'è stato il bisogno di grandi sforzi da una parte e dall'altra.

Altre donne invece le ho contattate telefonicamente e quindi in questa fase è stato fondamentale il convincimento. Ho puntato molto sul fatto che nessuna

risposta sarebbe stata obbligatoria e che i dati sarebbero stati segreti, ma benché con molte persone ha funzionato, con altre non ho avuto successo.

Grande aiuto mi è stato dato da una mediatrice culturale che ha fissato appuntamenti senza che l'intervistata mi avesse mai vista ma che è riuscita a creare il clima adatto per lo svolgimento del colloquio.

Le interviste sono state condotte o a casa delle intervistate o della mediatrice culturale o, ancora, in un ufficio che mi è stato gentilmente prestato.

Al momento dell'incontro ho cercato di rendere il clima il più disteso possibile e di spendere un po' di tempo per conoscersi e parlare del più e del meno, soprattutto con persone che non mi avevano mai vista.

Prima di iniziare il colloquio, si informava il soggetto che l'intervista aveva il compito di capire come le donne vivono e modificano il rapporto con il proprio corpo in seguito all'esperienza della migrazione e in particolar modo per quanto riguarda l'avere o meno dei figli. Si ribadiva inoltre che il contenuto dell'intervista sarebbe stato riservato e che non sarebbe stato diffuso singolarmente, ma solo raccogliendo i dati complessivamente dando così un risultato generale. Per questo motivo tutte le cose dette dalla persona sarebbero state strettamente riservate e anonime. Si aggiungeva inoltre che se la persona non se la sentiva di rispondere a una o più domande era libera di tacere.

Si spiegava il perché dell'utilizzo del registratore ma si dava la possibilità all'intervistata di non usarlo. Nessuna donna ha però chiesto di spegnerlo.

Ho cercato di tranquillizzare l'intervistata lungo tutto il corso del colloquio, senza negare sorrisi o commenti ironici e confidandomi anch'io, raccontandole miei dubbi o problemi. Tutto ciò con l'intenzione di creare quella confidenza necessaria per parlare di argomenti tanto delicati come quelli che andavo a toccare, nel più breve tempo possibile.

Con molte donne ho raggiunto l'obiettivo.

Carla Bianco, nel suo libro “Dall’evento al documento: orientamenti etnografici”<sup>77</sup> afferma:

“...certi argomenti “scottanti”...vengono a volte affrontati più liberamente con un estraneo che con un membro della comunità a cui si appartiene: la certezza di non incorrere, così, nel controllo e nella sanzione del gruppo può agevolare la confidenziale apertura verso un forestiero, anche su temi scabrosi o tabuizzanti...”

Ciò è stato senz’altro vero nella mia esperienza. Al termine dell’intervista con molte donne ho raggiunto un’intimità e confidenza tale al punto che molte di esse si sono commosse nel ricordare certi fatti o emozioni. Molte intervistate poi, facendo attenzione a non essere sentite da orecchie indiscrete, si sono sfogate raccontandomi avvenimenti dolorosi vissuti nel loro paese, pregiudizi e pregiudizi della loro gente, senza lesinare giudizi a volte molto duri verso membri della loro stessa comunità.

Con altre donne è stato più difficile soprattutto perché bloccate dalla timidezza e alcune volte dalla diffidenza. Una donna, al termine dell’intervista, a registratore spento, mi ha chiesto: “Ma voi Italiani, che ne pensate di noi immigrati?”, dimostrando tutto il suo interesse nel dare un’immagine di sé buona e il suo timore a sbagliare risposta o atteggiamento. Sono sicura che queste donne avrebbero potuto raccontarmi di più ma benché abbia chiesto chiarimenti, approfondimenti sui concetti espressi, abbia posto domande alternative e abbia ribadito ciò da loro detto chiedendo di aggiungere qualcos’altro, con certe intervistate ho raggiunto scarsi risultati. Se infatti in certi casi si sforzavano di dire qualcosa, in altri si nascondevano dietro a un poco convincente “non so come spiegarmi” per paura o poca voglia di raccontare a un’estranea fatti personali. Non ho voluto quindi forzarle più del dovuto.

Le interviste hanno avuto una durata diversa a seconda delle disponibilità e della voglia della donna di parlare di sé. Alcune interviste sono durate solo mezz’ora, altre più di un’ora.

---

<sup>77</sup> Bianco Carla, “Dall’evento al documento: orientamenti etnografici”, Roma, CISU, 1994

### *Le interviste con gli operatori sanitari*

Gli operatori sanitari sono stati scelti unicamente in base alla loro esperienza e alla loro conoscenza del fenomeno migratorio. Non sarebbe stato possibile infatti porre domande a professionisti che non avevano avuto incontri diretti con questa realtà.

I ginecologi, psicologi e assistenti sociali intervistati lavorano tutti nell'ambito dei consultori familiari. Questa scelta è stata fatta perché dalla Relazione del Ministero della Salute del 2002<sup>78</sup> si è osservato che le donne immigrate per ottenere la certificazione per l'interruzione di gravidanza, si rivolgono di preferenza ai servizi consultoriali perché sono a più bassa soglia d'accesso. Nel 2000, secondo il Ministro della Salute, il 47,6% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare contro un 26,8% per le Italiane.

Inoltre mi sono informata sulla situazione del territorio di Trieste da cui è emerso che in questa città c'è una forte rete che lega l'ambulatorio stranieri, per il quale passano praticamente tutti gli immigrati irregolari e regolari, con i servizi consultoriali. È quindi probabile che la maggior parte delle donne che hanno problemi ginecologici si informino presso l'ambulatorio di via Nordio che poi provvede a indirizzarle verso i consultori.

Tutti i contatti mi sono stati forniti da una delle mediatrici culturali che da anni lavora con donne immigrate di nazionalità serba, croata, montenegrina e bosniaca, e che le accompagna presso tutti i servizi sanitari, in particolare quelli ginecologici.

Le mediatrici le ho conosciute nel corso del mio stage presso l'ambulatorio stranieri di via Nordio 15.

Tutti i colloqui sono stati fatti con l'ausilio del registratore che non ha creato tra gli intervistati nessun tipo di problema o imbarazzo.

---

<sup>78</sup> Ministero della Salute, "Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000", 31 luglio 2002



Gli incontri sono stati fatti tutti sul posto di lavoro dell'intervistato ed è stato spiegato da subito, telefonicamente, gli scopi della mia ricerca.

Tutti gli operatori si sono dimostrati disponibili ad avere un colloquio con me anche se spesso i vari impegni mettevano a rischio la possibilità di trovare una data per l'incontro.

Molti di essi, al termine del colloquio, hanno trovato la ricerca molto interessante ed erano soddisfatti perché avevano riflettuto su temi che non avevano considerato prima. Alcuni hanno poi trovato nuovi spunti per argomenti da considerare durante i loro appuntamenti con i pazienti di diversa nazionalità.

La relazione con gli operatori è dipesa molto dalla persona e dal rapporto che avevo con questa.

Nel caso dei mediatori, che conoscevo già da parecchio tempo, la conversazione è stata molto informale e amichevole. Con gli altri il colloquio è stato più formale anche se sempre molto disteso.

Le interviste hanno avuto anche in questo caso una durata variabile anche se sono state molto più lunghe di quelle con le immigrate. Si è parlato infatti da un'oretta a due ore e mezza.

## Analisi dei dati

Le interviste sono state trascritte subito dopo averle condotte per non rischiare di non capire successivamente ciò espresso soprattutto dalle donne immigrate, i cui concetti sono spesso riferiti con un italiano non corretto.

Per un periodo di tempo ho poi messo da parte le interviste perché mi sentivo satura e confusa: troppi dati, troppe idee, troppe riflessioni. Le ho riprese quindi in un secondo momento quando sentivo di poterle rileggere e analizzare con mente più rilassata e focalizzandomi su quello che veramente era stato detto e non in base a mie supposizioni.

Le interviste sono state quindi lette e analizzate più volte.

Una prima volta, per avere una visione generale, le ho lette tutte con tranquillità, come si fa con un romanzo. Mi sono lasciata trascinare dalle parole e dalle emozioni espresse da queste, trasformandomi in lettore esterno ed estraneo al racconto.

Successivamente le ho rilette, sottolineando le frasi che ritenevo più importanti. Ho poi controllato che le frasi evidenziate fossero veramente le più salienti. Dopodiché le ho trascritte in un nuovo foglio, fuori contesto, e ordinandole senza una logica. Dopo averle rilette nuovamente, le ho quindi riunite in gruppi, dando ad ognuno di questi un titolo, come ad esempio “Vita in Serbia” o “Visite ginecologiche”. Ho letto e riletto le frasi suddivise svariate volte cercando di raggrupparle in maniera sempre più precisa.

Le interviste delle immigrate e quelle degli operatori sanitari sono state analizzate assieme ma sono state considerate due parti separate. Questo perché se le immigrate toccavano dei punti non è detto che lo facessero gli operatori e viceversa. Per poter però fare un’analisi completa che integrasse sia immigrate che operatori, ho costruito uno schema in cui venivano compresi sia i gruppi trovati per le immigrate che quelli per gli operatori sanitari. A questo punto ho riletto più volte tutte le frasi, cercando di farle rientrare in questo schema generale.

Questo lavoro di raggruppamento in categorie generali è stato ripetuto più volte fino ad arrivare a due grandi temi poi intitolati “Stili di vita a confronto prima e dopo l’evento migratorio” e “Atteggiamento verso se stesse dal punto di vista fisico: estetico e medico”. Nell’analisi finale a loro volta questi temi sono stati suddivisi in altre tematiche come ad esempio quella dei figli, della sanità e della fede religiosa per il primo, e prevenzione, contraccezione e interruzione volontaria della gravidanza, per il secondo.

Al termine della suddivisione ho commentato le varie parti.

## I limiti della ricerca

La mia è stata una ricerca che ha subito delle trasformazioni nel suo svolgersi. Non è stata rigidamente programmata e seguita dall’inizio alla fine, eliminando le possibili interferenze non previste e indesiderate. Ho cercato invece di

ammettere i miei sbagli e di imparare da loro, cercando in itinere di migliorarmi. Un esempio di questo è stata la formulazione delle stesse domande. Benché infatti i concetti erano sempre gli stessi, ho rielaborato lo schema usato fin dal principio al fine di rendere i colloqui strutturalmente meglio costruiti e lasciare quindi una maggiore libertà d'espressione all'intervistata.

Questo studio però ha dei limiti propri a qualsiasi ricerca esplorativa, che dev'essere necessariamente ampliata e approfondita.

Innanzitutto ci sono stati dei limiti nel campione preso in esame e quindi, come già chiarito nei paragrafi precedenti, i dati risultanti non possono essere generalizzabili.

In secondo luogo sarebbe stato meglio intervistare le donne nella loro lingua madre. Prima di tutto perché molto probabilmente avrebbero espresso considerazioni e opinioni se non nuove, per lo meno in maniera più chiara e completa, poi perché si sarebbero sentite più a loro agio, avrebbero avuto meno paura, e infine perché avrei potuto considerare anche donne appena arrivate in Italia, che non parlano italiano e ancora fortemente legate alla loro cultura d'origine.

Nel corso della mia ricerca ho dovuto rivedere spesso le mie supposizioni e presupposti mano mano che aggiungevo dati con nuove interviste. Spesso ho voluto approfondire temi che precedentemente avevo invece trattato in modo più superficiale e altre volte ho aggiunto riflessioni o argomenti che in altre interviste non avevo considerato.

Sarebbe stato interessante e molto utile poi, avere delle testimonianze di Serbe che tutt'ora vivono in patria, per poter meglio capire come funziona il sistema sanitario serbo, quali sono le abitudini della gente in quella terra e quindi tentare di dedurre quanta e quale influenza proviene dal paese d'origine. Tuttavia come già spiegato non mi è stato possibile recarmi in Serbia e fare delle interviste dall'Italia è risultato impossibile, anche perché lo stesso utilizzo del computer e di Internet non è così comune in Serbia come può esserlo nel nostro paese.

Un'ulteriore limite della ricerca deriva dalla mia esperienza nulla nel campo delle interviste. Spesso riascoltando a casa i colloqui mi sono accorta degli errori

che commettevo: non sempre rispettavvo i tempi dell'intervistata e tendevo a suggerire le risposte, se c'erano delle pause di silenzio cercavo subito di riempirle per non creare imbarazzo ma non lasciando tempo alla donna di riflettere e aggiungere qualcos'altro, alle volte guidavo le domande verso risposte che io mi aspettavo di ricevere ed infine avevo una certa difficoltà nel porre domande troppo personali. Benché sono convinta di essere migliorata nel corso della ricerca o per lo meno di essermi impegnata in questo, molta è la strada che devo ancora compiere. Mi sono ad ogni modo accorta di quanto l'intervistatore sia una fonte di contaminazione nella ricerca: nel modo più evidente suggerendo le risposte o in maniera più sottile nel tipo di domande che pone, nel modo in cui le pone e nella rielaborazione dei dati.

Ad ogni modo vorrei concludere questo capitolo con una frase che mi sembra possa riflettere queste problematiche:

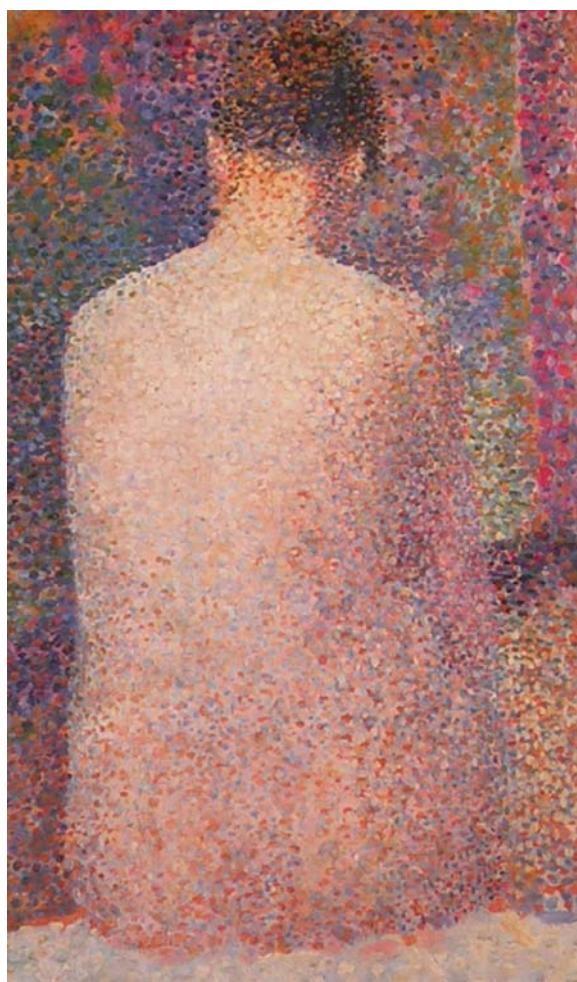
“...è la pratica della ricerca a poter fornire la vera occasione di apprendere i metodi e le tecniche etnografiche. L'esperienza concreta dell'indagine è infatti insostituibile processo formativo e non soltanto per i principianti...”<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> Bianco Carla, “Dall'evento al documento: orientamenti etnografici”, Roma, CISU, 1994, pg. 84

## Capitolo 6

# *Analisi delle interviste alle immigrate*



G. Seurat, *“Modella di schiena”*, 1886/1887

Attraverso le frasi di 15 immigrate serbe che vivono a Trieste e da me intervistate, vorrei tentare in questo capitolo di risalire alle cause che spingono le donne provenienti dalla Serbia a ricorrere all'interruzione di gravidanza così soventemente, come è stato rilevato da alcuni studi fatti in Italia, primo tra tutti quello del Ministero della Salute<sup>80</sup>.

L'analisi si divide in due parti principali.

Nella prima tento di abbozzare e cogliere la realtà in cui vivono queste donne, con i loro problemi, le loro paure, le loro speranze e nostalgie. Cerco inoltre di delineare quali cambiamenti ha dovuto subire la loro vita vissuta prima in un paese e poi nell'altro e quindi le difficoltà incontrate in entrambi.

I temi che vado a toccare sono svariati. Da subito confronto il modo di vivere che avevano in Serbia e quello che hanno ora in Italia, per soffermarmi sul valore che queste donne danno ai figli, per cercare di capire poi quali mutamenti ha subito la loro percezione di poterne avere o meno. Faccio quindi un breve accenno a come in Serbia vengono vissuti i rapporti familiari, nel senso più ampio del termine.

Successivamente indago se e quali paragoni le intervistate fanno tra i loro medici e quelli incontrati in Italia. La mia intenzione è capire se c'è fiducia o timore nella sanità italiana, se esistono problemi e, nel caso, di quale tipo.

Per capire poi il loro livello d'integrazione, sono andata ad esplorare quanto conoscessero delle leggi e dei servizi che esistono in Italia e che riguardano in particolare la donna immigrata.

Infine esamino la loro religiosità, cercando di capire quanta parte questa occupa nella loro vita, per poi domandarmi se la loro fede ha subito dei cambiamenti dopo l'arrivo in Italia.

Nella seconda parte focalizzo maggiormente l'attenzione sugli atteggiamenti che le intervistate hanno verso se stesse. Ho preso in considerazione solo il discorso

---

<sup>80</sup>Ministero della Salute, "Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000", 31 luglio 2002

fisico, medico ed estetico in particolare, tralasciando tutto ciò che ha a che fare con la cura della propria mente e della propria interiorità.

Anche in questo caso analizzo varie tematiche.

Da un discorso generale sulla concezione di cosa significa per loro cura del proprio corpo, vado ad analizzare se e come fanno prevenzione, facendo esplicito riferimento alle visite mediche e ginecologiche.

Successivamente soffermo l'attenzione sul tema della contraccezione, cercando di approfondirlo il più possibile. Ho chiesto a queste donne quale metodo anticoncezionale usano e quale preferiscono, ne ho chieste le motivazioni e le ho invitate a riferirmi da chi hanno appreso tutte le nozioni in loro possesso.

Ho cercato anche di delinare quale rapporto esiste tra le intervistate e il loro compagno o marito per poter osservare quale ruolo questo occupa all'interno della coppia e per capire come viene vissuto il tema della contraccezione all'interno del loro rapporto.

Un'ulteriore parte esamina il significato che il controllo delle nascite ha per queste donne, considerando poi se e come loro stesse lo fanno.

L'ultima parte è quella più interessante e delicata in quanto riguarda il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza. Vorrei precisare che ho voluto omettere di analizzare l'interruzione spontanea di gravidanza, anche se alcune donne me ne hanno parlato.

Per quel che riguarda l'IVG mi sembrava interessante vedere come queste donne percepivano l'esistenza del fenomeno nel loro paese e se consideravano veritieri e possibili i risultati degli studi fatti in Italia. Nel caso confermassero i dati, chiedevo loro di darmi, se potevano, delle motivazioni.

Le considerazioni personali sull'IVG che ho chiesto loro, volevano delineare le loro riflessioni e sentimenti verso questo argomento.

In seguito, come per la contraccezione, ho voluto sapere se le donne intervistate conoscevano le conseguenze di uno o più aborti e da chi avessero appreso queste informazioni.

L'ultima parte riporta i racconti delle donne che hanno interrotto una o più gravidanze.

## Stili di vita a confronto prima e dopo l'evento migratorio

Dai colloqui che ho avuto con le donne che ho incontrato, è emerso che molte di loro se ne sono andate dalla loro terra a causa della **situazione** instabile e difficile creatasi **in Serbia** dopo l'ultima guerra, conclusasi nel 1995. Il 26% di loro mi racconta di essere arrivate in Italia a causa del contesto generale che c'era in Serbia, il 36% per cercare lavoro e il 30% per raggiungere il marito già in Italia. Nelle loro parole compare l'amarrezza per una vita troppo cambiata e per loro non più sostenibile. Molte donne non si trovavano più bene e hanno così deciso di tentare una nuova esistenza. È il caso di Kiša che mi racconta con nostalgia della sua vita quando c'era ancora il regime di Tito e della sua successiva fuga, quando ormai la situazione economica e sociale non le piaceva più e anche il suo matrimonio era fallito:

Intervistatrice: Ma tu sei nata e vissuta in Vojvodina?

Kiša: Sì. Sempre di là. Da Belgrado solo 15 km lontano, la capitale. Anche se sono nata di là, miei genitori sono trasferiti dopo seconda guerra mondiale già, in Jugoslavia era quella volta, unita, sai, Tito faceva Jugoslavia unita,...e andava bene per loro di là e siamo rimasti di là.

Intervistatrice: Vi trovavate bene in Vojvodina?

Kiša: Sì, una volta. Finché non è successo questa separazione, questa ultima guerra. E dopo tutto è cambiato. Ma oramai...ecco, sono scappata. Praticamente posso dire che sono scappata. Non mi andava per niente di là più. Anche mio matrimonio che è fallito. Per tante cose dopo la guerra.

Intervistatrice: Anche per la situazione economica?

Kiša: Sì, per la situazione economica anche.

(...)

Intervistatrice: Perché sei venuta in Italia?

Kiša: Volevo cambiare la vita completamente...(...)...motivi economici, anche motivi familiari. E anche migliorare la vita perché di là non andava, ho visto che non funziona niente bene. Anche problemi privati, anche per lo Stato.

Le intervistate mi confessano che **la vita in Italia** non è tanto facile come ci si sarebbe potuto aspettare ma per lo meno qui hanno un lavoro, una casa, una



sicurezza maggiore. La scelta di emigrare per alcune donne è stata molto dura perché sono state costrette anche se non volevano, a raggiungere il marito già stabilitosi in Italia. E il motivo è sempre lo stesso: qui c'è lavoro. In patria no. Lala mi racconta i suoi spostamenti per l'Europa per cercare un lavoro e infine il suo arrivo in Italia, anche se nei suoi desideri c'era la nascita del proprio figlio nella sua terra:

Intervistatrice: Per quale motivo è venuta in Italia?

Lala: ...prima è venuto mio marito...un anno prima di noi, per lavoro, suo lavoro.

Intervistatrice: Quindi dopo Lei lo ha raggiunto?

Lala: Eh sì...dopo uno anno lui ha trovato tutto bene, tutto...eh perché siamo venuti anche noi! Io e due figli e il terzo era in pancia. Io ho detto "io voglio terzo ma solo in Serbia"...va bene, ma dopo quattro mesi mi ha detto "io non posso vivere solo qui". Noi dieci anni fa siamo...in Germania...eravamo...dopo siamo tornati in Serbia e poi in Italia.

In Italia molte hanno trovato un lavoro. Ma quale lavoro... Donne laureate ma con un titolo di studio non riconosciuto sono costrette ai lavori più umili: donna delle pulizie, aiuto cuoca, commessa,... Nessuna di loro si è mai lamentata con me, quasi accettassero rassegnate, ma la delusione e il rimpianto traspare dalle loro parole. La loro preoccupazione principale resta il denaro per sopravvivere, per avere una vita dignitosa per sé e per i propri figli.

Intervistatrice: Sei laureata?

Đurđica: Sì.

Intervistatrice: In cosa?

Đurđica: ...analisi del cibo...un tipo di igenia...ingegneria...per guardare con microscopio.

Intervistatrice: Che lavoro fai?

Đurđica: Casalinga...proprio niente...né lavoro nero, né bianco... (*ride*)

Intervistatrice: Che lavoro fai?

Kiša: Pulizie. Prima facevo come...la commessa e non mi andava bene pagamento, non volevano mettermi in regola; adesso faccio la pulizia e mi trovo bene.

Ljubav: No...primo avevo un periodo molto difficile in Serbia...tutte cose...tutti...molti altri...non tutti...penso che numero uno per me sono soldi perché ultimi dieci anni abbiamo avuto tanti problemi con soldi quando è morto mio papà...e tutto altro...e adesso io ho lavoro...non penso che posso essere ricca, non mi interessa...mi interessa un vita normale...quanto comprare piccole cose...profumo, crema, per le bambine...ecco tutto...adesso sono contenta...perché sono qua...

Mi raccontano di essere contente, felici della loro esistenza in Italia. Ma da piccole frasi mi sembra di percepire la loro malinconia. Malinconia, come ad esempio per Lala, maestra elementare, per il proprio lavoro, che amava e al quale è stata costretta a rinunciare a malincuore perché il suo titolo non è riconosciuto in Italia...

Lala: (...) Ma anche io ho lavorato...in scuola materna con bambini piccoli di tre anni fino sei...e...(.)...ma io ero con bambini tre quattro anni e conosco tanto queste mamme...(.) ... perché nostra città è piccola...

Intervistatrice: Vi conoscete tutti?

Lala: Sì. Io ho una...non lo so...mi piace tanto...sono tanto emozionata quando parlo di questo mio lavoro...

...e la malinconia di Ivančica che ricorda con nostalgia le grandi feste per le tante ricorrenze serbe festeggiate assieme alla sua famiglia, ai suoi parenti, ai suoi tanti amici,...

Ivančica: Ogni domenica (*vado a Messa – inc. mio*)...no quando son malata...ma sì, vengo sempre, anche de giorni quando sono santi...noi gavemo tanti...una casa ga sempre un suo santo...se fa festa questo giorno, che venga suoi parenti, cugini, facciamo festa...se fa un pan grande, una candela, grano...se ciama...xe più importante de santo...e dopo per mangiare...tutto...xe una bela...religione...<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> “Ogni domenica (*vado a Messa – inc. mio*)...non quando sono malata...ma sì, vado sempre, anche nei giorni in cui ci sono i santi...noi ne abbiamo tanti...ogni casa ha sempre il suo santo...si fa festa quel giorno, e vengono gli amici, i cugini, facciamo festa...si prepara una grande pagnotta, una candela, del grano...si chiama...è il santo più importante...e dopo c'è da mangiare...tutto...è una bella...religione...

Ivančica si dice contenta. Afferma di non voler cambiare niente della propria vita e di se stessa, ma sembra quasi ci sia un conflitto dentro di sé, tra le proprie usanze e valori tradizionali e quelli che esistono in terra straniera. Sembra che Ivančica voglia autoconvincersi che niente è cambiato nella sua vita, per poi però dover ammettere che comunque si sente straniera, che la sua casa è laggiù in Serbia, non qui a Trieste, e che la lontananza dai propri cari le fa male...

Ivančica: ...non so come spiegare...non voglio cambiare niente...io resto come sono...come adesso...non voglio cambiare niente...io proprio voglio restare così, perché de mio core voglio sempre aiutare altri, voglio sempre...non sono gelosa non sono niente...voglio che...non so come spiegare...voglio che tutti sono felici, ecco...questo mi piace proprio...queste persone che non vogliono capire altri, non mi piacciono...voglio che persone sempre sono gentili, sempre che dà una bella parola, che ti aiuti,...per mi sempre xe cusì: aiutare...io per mio carattere voglio restare così. Proprio dentro, questo se senti dentro. Voglio che sono onesta, persona onesta e sincera...( )...no sento niente diverso...te senti un poco come un straniero, un poco...come dir...per lingua, per questo...ma non me sento niente...bom, xe casa un'altra roba...te pol dire questo perché tutti sempre vol ben de sua casa...questo sì...ma come genti, come città xe tutto uguale...ma io se me sento straniera, sempre...perché...sua casa xe sempre sua casa...xe più bella e più povera ma xe sempre sua casa...mia casa xe sempre per mi...( )...diverso solo questo che no xe lavoro...perché in Serbia no go lavoro...solo questo xe una differenza...prima gavevo un bel lavoro, go una casa, suoi figli...sono più...come se dizi...serena...adesso quando sono lori de là, io qua...sento un po'...questa xe differenza...questa mi manca: famiglia, perché io voglio famiglia...questo mi manca tanto...molto...<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Ivančica: ...non so come spiegarmi...non voglio cambiare niente...io resto come sono...come adesso...non voglio cambiare niente...io proprio voglio restare così, perché nel mio cuore voglio sempre aiutare gli altri, voglio sempre...non sono gelosa non sono niente...voglio che...non so come spiegarmi...voglio che tutti siano felici, ecco...questo mi piace proprio...le persone che non vogliono capire gli altri, non mi piacciono...voglio che le persone siano sempre gentili, che diano sempre una bella parola, che ti aiutino,...per me sempre è stato così: aiutare...io per mio carattere voglio restare così. Proprio dentro, questo mi sento dentro. Voglio essere onesta, persona onesta e sincera...( )...non sento nessuna differenza...mi sento un po' come uno straniero, un poco...come dire...per la lingua, per questo...ma non mi sento niente...bom, la propria casa è un'altra cosa...posso dire questo perché tutti sempre vogliono bene alla loro casa...questo sì...ma la gente, la città è tutto uguale...ma io mi sento straniera, sempre...perché...la propria casa è sempre la propria casa...è più bella e più povera ma è sempre

Le intervistate mi hanno raccontato cosa vuol dire nel loro paese e poi per loro personalmente, avere dei **figli**. Dai loro racconti sembra normale e logico, finite le scuole sposarsi per progettare una famiglia. Così si esprime Draga:

Draga: Mah, nel mio paese avere dei figli vuol dire una cosa normale nella vita. Dopo finite le scuole, è normale sposarsi e avere figli. Cioè, avere i futuri...cioè, quelli che verranno dopo di te, quelli a cui lascerai tutto,...(...)...Per me vuole dire...qualcosa molto importante nella vita, che bisogna progettare, che appartiene a un periodo di vita, una cosa molto bella, una cosa molto importante ma seria...che verrà un giorno nella mia vita...

Mi spiegano che per loro i figli sono la cosa più importante in un matrimonio. Un matrimonio senza figli non è sentito completo. I figli danno sia gioia che dolore ma sono considerati un tesoro, una ricchezza, una fortuna anche se non ci sono tanti soldi per coccolarli e viziarli. Forse queste donne considerano essenziale per la buona crescita dei loro figli altre cose che non la Play Station o il pantalone firmato.

Ivančica: ...xe una cosa più bella de tutto...xe una cosa...no so...più felice per una mamma...ecco, per mi xe cusì...una famiglia per mi xe più bella de tutto: de soldi, de...de...de tutte...una persona xe ricca, xe ricca che ga figli, nipoti, ecco, una bella famiglia...per mi xe questo più importante de tutto...<sup>83</sup>

Baka: (...) Perché noi semo per figli...come posso spiegarghe...semo per figli, che ne piasì fioi, è tutto, con noi un matrimonio senza figli con noi xe grave. In Serbia

---

la propria casa...la mia casa è sempre per me...(...)...è diverso solo questo: che non c'è lavoro...perché in Serbia non avevo un lavoro...solo questa è una differenza...prima avevo un bel lavoro, avevo una casa, i miei figli...ero più...come si dice...serena...adesso quando loro sono di là, io qua...sento un po'...questa è la differenza...questa mi manca: la famiglia, perché io voglio famiglia...questo mi manca tanto...molto...

<sup>83</sup> Ivančica: ...è la cosa più bella di tutte...è una cosa...non so...la cosa che rende più felice una mamma...ecco, per me è così...una famiglia per me è la cosa più bella di tutte: dei soldi, di...di...di tutte...una persona è ricca, è ricca se ha figli, nipoti, ecco, una bella famiglia...per me è questa la cosa più importante di tutte...

digo, in Belgrado...(.)...Perché unisi famiglia e tutto. Perché mi senza figli vita non c'è...non so...il fogoler familiare no xe...(.)... a mi me piasi aver bambini...<sup>84</sup>

Dunja: (...)...ogni donna desidera avere figli...(.)...la gioia e il dolore! Penso che xe una roba che concludi amor, tutto insieme...xe un frutto de amore...<sup>85</sup>

Đurđica: ...non so...una fortuna...un tesoro...

Per le donne più mature è meglio avere una famiglia numerosa e mi raccontano che a differenza che in Italia, in Serbia si hanno più figli: due, tre, anche quattro. Ivančica afferma inoltre che è necessario avere tanti figli per poter essere maggioritari all'interno del paese.

Intervistatrice: Perché si fanno dei figli?

Lala: ...per fortuna, per un grande amore, ecco...(.).....ma...questa è differenza di Serbe e Italiane: nostre donne vogliono più avere figli di Italiane, ecco, questa è sola differenza.

Ivančica:...ah...xe bisogno de più bambini...xe meio...penso che xe meio...de noi più de due xe pochi...qualcuno...xe pochi che ga fato tre...ma penso che xe bel...de gaver tre, quattro bambini...sì...perché bisogna...co xe de maggioranza, no?...<sup>86</sup>

Malgrado le proprie asserzioni però, le ragazze giovani reputano che avere dei figli in Italia sembra essere un grosso problema. Esistono delle difficoltà personali che queste donne devono affrontare per ambientarsi nel nuovo paese ma soprattutto c'è bisogno di soldi per poter crescere dignitosamente un figlio.

Intervistatrice: Quanta influenza ha la tua situazione attuale nelle tue scelte procreative?

---

<sup>84</sup> Baka: (...) Perché noi siamo per i figli...come posso spiegarLe...siamo per i figli, a noi piacciono i figli, è tutto, per noi un matrimonio senza figli è grave. In Serbia dico, a Belgrado...(.)... Perché uniscono la famiglia e tutto. Perché per me una vita senza figli non è vita...non so...il focolare familiare non c'è...(.)... a me piace avere bambini...

<sup>85</sup> Dunja: (...)...ogni donna desidera avere figli...(.)...la gioia e il dolore! Penso che è una cosa che conclude l'amore, tutto insieme...è un frutto d'amore...

<sup>86</sup> Ivančica:...ah...c'è bisogno di più bambini...è meglio...penso che è meglio...da noi più di due sono pochi...qualcuno...sono pochi quelli che hanno fatto tre...ma penso che è bello...avere tre, quattro bambini...sì...perché bisogna...per essere di maggioranza, no?...

Plava: Eh...sì, tanto...

Intervistatrice: Perché?

Plava: Perché devi avere qualche...come si dire...non so...non so spiegare...però devi avere qualche cose per avere un bambino...

Intervistatrice: Soldi?

Plava: Mah...più o meno soldi ma...devi avere qualche cose prima di...prima di...di... prima di...

Intervistatrice: ...restare incinta...

Plava: Sì.

Intervistatrice: Ma stai parlando dal punto di vista economico?

Plava: Ma no proprio economico...sì ma anche economico...non è facile quando sei un'altra città per mesi non sai tante cose...però...sì è anche economico e anche dei...non so...

(...)

Intervistatrice: Se tu fossi in Serbia quindi avresti già un bambino...

Plava: Sì...sì...

Lala riporta i discorsi che ha sentito tra le sue amiche e mi racconta che in Italia il costo della vita è molto alto e che molte persone, che magari fanno lavori umili, sono costrette a rinunciare ad avere dei figli. Mi spiega inoltre che in Serbia lo stato aiuta le famiglie numerose in vari modi mentre qui la propria situazione impedisce di chiedere qualsiasi tipo di assistenza allo stato italiano.

Lala: Sì, io penso sì...ma io sono...tutto, tutto vicino di me pensa altro e è molto difficile vivere con figli.

Intervistatrice: Qui in Italia?

Lala: Sì...cioè...più pesante di Serbia. È difficile perché in Serbia tutti istituti: scuole, anche asili, asili nidi, scuole materne, scuole elementari...tutti danno mano per famiglie con tre e più bambini.

Intervistatrice: Soldi?

Lala: Sì...no, no solo soldi, soldi no, perché Serbia no è ricca ma altre cose. Per esempio terzo figlio in famiglia va in scuola senza pagare mensa, terzo figlio va in gita senza soldi, per terzo figlio...ma tante cose, tante cose...

Intervistatrice: In Italia invece non ci sono questi aiuti.

Lala: No, no. Non c'entra niente terzo, quarto, quinto... Io ho fortuna perché io ho due grandi bambini e mi aiutano tanto con questo piccolo. Perché io non ho mamma, suocera,...siamo soli.

Intervistatrice: E inoltre c'è il lavoro.

Lala: Sì, senza lavoro non se può vivere qui. Solo un...stipendio, non si può vivere...(...)...Ma io no perché ho tre figli e basta. Basta qui, basta in Serbia, basta in Germania. Ma ho parlato con tante donne con un figlio...non posso avere secondo figlio perché qui è molto pesante per vivere.

Intervistatrice: In Italia?

Lala: In Italia. Queste sono cose terribile qui. Con un figlio...per esempio...mio marito...sono con un figlio, e no può, viviamo qui, sicuro andiamo in Serbia...

Intervistatrice: Tornereste in Serbia per fare un altro figlio se ne aveste solo uno?

Lala: Sì perché tante donne hanno paura per secondo figlio. Questo significa una gravidanza senza lavoro e un figlio, una figlia e dopo anche un anno sicuro senza lavoro con una stipendia, e due figli...non si riesce, non si può vivere e tutto è caro.

(...)

Intervistatrice: E quanti figli si hanno in media in Serbia?

Lala: Due.

Intervistatrice: E dopo?

Lala: E dopo...dopo...ma adesso due-tre anni fa se...nasce anche terzo bimbo, ma io no...non conosco famiglia in Serbia con quattro figli. E tanti istituti, scuole, comuna,...sono per...tante leggi sono per bambini per...per terzo figlio...per esempio...tante...come si dice in italiano...

Intervistatrice: Sussidi? Cioè aiuti che dà lo Stato?

Lala: Sì, sì...(...)...Perché anche io quando era cinta con terzo...ho lavorato in un...no asilo...scuola materna, ero incinta e io pensavo "ecco, io con terzo figlio, solo con terzo figlio, io ho due anni di"...no malattia, come si dice...

Intervistatrice: Maternità.

(...)

Lala: No. Due anni a casa e due...benefizioni...in libretto dopo...quando se fa pensione, per questi due, sono scritti quattro...ti dà come in regalo due anni di lavoro.

Intervistatrice: Ho capito! Ti regalano due anni di contributi per la pensione?

Lala: Sì.

Molte ragazze poi, sembrano aver cambiato modo di considerare se stesse e la propria vita. Se infatti in Serbia è comune sposarsi in età giovane, qui molte modificano il proprio punto di vista e si adeguano al modello italiano.

Sestra: Tanto sì...sì perché allora...prima quando ero a Serbia pensavo...così...anche con venticinque-ventisei anni posso avere un bambino...però adesso qua...no...prima lui è di là, dopo io ho altro in mia testa...ho da fare sto diploma, di finire...poi che lui viene qua...che ci sistemiamo ancora un pò...adesso non...adesso non mi sento...

Intervistatrice: Quindi se tu fossi in Serbia avresti già avuto un bambino?

Sestra: Sì, perché di là...allora, le ragazze sono diverse...come se tu...in mezzo tutte queste ragazze che pensano solo di sposarsi...invece qua è un'altra cosa...e adesso non posso...mi sento giovane...ancora...

Anche per Draga avere un figlio in Italia, in questo momento, sembra praticamente impossibile ma si consola pensando che in Serbia sarebbe stato ancora più difficile, vista la situazione economica. Qui ha quindi la speranza di poter avere una vita migliore gli anni a venire, speranza che invece nella propria terra probabilmente non avrebbe potuto avere.

Intervistatrice: Quanta influenza ha la tua situazione attuale nel fare o non fare un figlio?

Draga: Tanto. Nel senso che io essendo studentessa che vive in affitto in una camera, ovviamente non penso di avere figli perché non li posso avere, non ho né spazio né possibilità economica...cioè, non ho nessuna possibilità di avere figli in questo momento...

Intervistatrice: Credi se tu fossi in Serbia avresti già un figlio?

Draga: ...ma no...perché là c'è crisi economica e quindi forse ancora peggio, sarei forse nella stessa situazione...qua forse ho una speranza che tra un anno...non so...lavorerò a tempo pieno, guadagnerò di più, quindi avrò una casa più grande, mio ragazzo, anche lui, forse se sarà ancora lui, tra un anno o due avrà una vita diversa e forse potrò pensare ai figli...



Anche per Ruža in Italia è più facile concepire un bambino. Qui suo marito ha un lavoro, una paga fissa e quindi una certa stabilità che in Serbia non avrebbe probabilmente avuto e che le dà quindi la possibilità di mantenere anche più di due figli.

Intervistatrice: La tua situazione attuale influisce nelle tue scelte procreative?

Ruža: Sì...perché...per me è così...quando avevi più soldi perché non avere bambino più...non fa niente...due o tre...avere anche terzo è sicuro...di là un po' difficile...

Intervistatrice: Quindi se tu fossi in Serbia non avresti un altro figlio...

Ruža: No.

Intervistatrice: E qui in Italia?

Ruža: Eh...qui sì...(...)...cambia idea per bambini...più perché qua è più possibile...avere più possibilità...

Diversa invece la concezione delle donne più mature, che hanno già figli di una certa età. Per loro infatti la situazione economica sembra non influire. I figli si fanno in Italia come in Serbia. Forse loro erano abituate ad altri standard di vita rispetto a quelli italiani, forse si accontentavano di meno e i figli si facevano a prescindere da qualsiasi situazione di vita.

Intervistatrice: Quale influenza ha la Sua situazione attuale nel fare o non fare un figlio?

Dunja: ...nessuna...

Intervistatrice: Farebbe lo stesso se fosse in Serbia?

Dunja: Sicuro!

Intervistatrice: Se Lei avesse 20 anni, farebbe un figlio sia se visse in Serbia che in Italia?

Ivančica: Ma sì, sì...questo no xe differenza...xe uguale...per mi xe sempre...per famiglia, per figli, per mi xe sempre uguale...e sono qua ma anche sono giù xe sempre uguale...<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Intervistatrice: Se Lei avesse 20 anni, farebbe un figlio sia se visse in Serbia che in Italia?  
M: Ma sì, sì...questo non fa differenza...è uguale...per me è sempre...per avere una famiglia, figli, per me è sempre uguale...sia che sono qua sia che sono giù è sempre uguale...

Kiša: In generale...sì, fare un figlio se hai un relazione giusto...ma qualche volta penso anche senza figli perché come mondo va, niente positivo, niente bene per il futuro...

Intervistatrice: Ma la tua situazione qua, il tuo lavoro, la tua vita, influisce nel fare o non fare un figlio? Se tu fossi in Serbia faresti diversamente?

Kiša: No. Questo niente...no, no, io penso che, sì, io sono in ritardo per fare i figli. Ma anche diciamo giusta età, matrimonio giusto, un figlio avere sì...

Intervistatrice: Avresti un figlio qui in Italia...

Kiša: Sì. Sì. Anche io.

Molte donne mi spiegano che in Italia è difficile avere figli anche perché manca il supporto della propria **famiglia**. Qui si è soli e al peso dei propri figli si somma quello della casa e del proprio lavoro. Il marito per Lala è un grande aiuto, un sostegno ma con le sue parole sembra sottintendere che non sia così per tutte le donne della sua comunità...

Intervistatrice: In Italia invece non ci sono questi aiuti.

Lala: No, no. Non c'entra niente terzo, quarto, quinto (*figlio – inc. mio*)... Io ho fortuna perché io ho due grandi bambini e mi aiutano tanto con questo piccolo. Perché io non ho mamma, suocera,...siamo soli...(.)...ma io non ho bisogno per una sicurezza per me perché mio marito è sempre vicino, non mi fa male mai...io ho una grande sicurezza di mio marito. È una buonissima persona. Anche dopo 17 anni è bravo, è...litighiamo sì anche ma...quanti sono qui, mariti e come sono altre famiglie...mio marito è bravo e io sono contenta. Perché anche quando ho bisogno per...stare sola, mezz'ora, leggere un libro o scrivere qualcosa, marito è con bambini. E dopo...siamo...è sempre qui...io credo anche lui mi crede una cosa molto importante per una coppia.

Intervistatrice: È un sostegno.

Lala: Sì, ecco!

Dai racconti delle donne si apprende che in Serbia i genitori, i suoceri e le cognate sono un grande appoggio perché ti aiutano con i bambini. Tuttavia c'è un costo che bisogna pagare in quanto spesso la presenza dei parenti è molto

invasiva e non permette al singolo o alla coppia di scegliere liberamente della propria vita.

Kiša: ...Con 26-27 anni mi sentivo che sono una matura, che può vivere indipendente, ma prima non era così. Ero molto legata con i miei genitori. Non che volevo...forse educazione, non lo so.

Intervistatrice: Eri un po' sottomessa?

Kiša: Sì. Così era prima<sup>88</sup>.

Intervistatrice: E anche da tuo marito?

Kiša: No. No. Mio marito sempre dipendeva di me. Già dall'inizio ho visto che io devo essere la guida per lui. E di là cominciavo a imparare vivere indipendente; come sono andata via dai genitori e una famiglia è creata. Ho visto che mio marito sempre era un po' leggero...diciamo, per le cose essenziali. Lavorava, era bravo, tutto, portava i soldi...non sapeva gestire...dovevo prendere la guida. Anche facevo bene di là. Sono riuscita anche capire, anche fatto vedere, abbiamo creato tante cose di là...avevamo solo nostro quale punto da fare, altro tutto era per creare, per fare...

Ivančica: (...) Prima se faceva solo un fio...desso de dieci anni...se fa tre, quattro fioi...anche più...Prima de noi se abita tutti insieme: suocero, suocera,...no come qua che sono solo marì e moglie...devi far come che vol lori...noi prima, anche mia suocera che disi...no, no posso aiutarti no te pol far un fio...ecco, per quel...come te vol...e anche altri (*in altre famiglie – inc. mio*).<sup>89</sup>

Ho voluto chiedere alle mie intervistate delle opinioni sui loro **medici** per poi vedere se facevano paragoni con quelli incontrati in Italia.

La maggior parte delle donne intervistate hanno affermato che i sanitari del loro paese d'origine erano bravi e competenti. Di loro si fidavano e reputano che medici serbi e italiani le possono aiutare nello stesso modo.

---

<sup>88</sup> Kiša mi raccontava che lei non voleva sposarsi ma i suoi genitori le hanno trovato un ragazzo e così ha dovuto prendere marito.

<sup>89</sup> Ivančica: (...) Prima si faceva solo un figlio...adesso da dieci anni...si fanno tre, quattro figli...anche più...Prima da noi si abitava tutti assieme: suocero, suocera,...non come qua che marito e moglie sono soli...devi fare come vogliono loro...noi prima, anche mia suocera, mi aveva detto...no, no posso aiutarti non puoi fare un figlio...ecco, per questo...come vuoi...e anche in altre (*famiglie – inc. mio*).

Ljubav ha però aggiunto che per lei era molto più facile prendere appuntamento e farsi visitare in Serbia, prima di tutto perché aveva delle conoscenze che le permettevano di evitare lunghi periodi d'attesa, in secondo luogo perché si poteva permettere controlli medici anche nelle migliori cliniche in quanto tutto costava meno che in Italia. Qui invece, soprattutto nel primo periodo quando non aveva ancora un lavoro fisso, il costo del ticket era per lei e la sua famiglia molto gravoso.

Intervistatrice: E quando eri in Serbia era lo stesso?

Ljubav: No...non è uguale perché avevo tanti amici a Belgrado, è molto semplice per me...se chiama...ho telefonato...subito vado a clinica...tutto...qua penso che è molto difficile...un giorno per appuntamento...altro giorno altro...(...) ...anche...sai cosa è buono da noi...chi vive a Belgrado...una donna...per esempio mia suocera...sempre va a una clinica più alta di altre, perché non si paga niente...ma altra legge chi ha tessera sanità prende un certificato...no lo so come si chiama...e là...dove vuole...qua non è...si paga ticket 30 euro...e tutto troppo...adesso per me non è...penso che adesso sto bene...anche mio marito, anche mie figlie...mia situazione...ma all'inizio...non è facile di pagare...

Tuttavia il problema riscontrato da molte donne per quel che riguarda la sanità serba, è la mancanza di mezzi e di risorse, in particolar modo dopo l'ultima guerra. A causa di questo alcune donne pensano che qui in Italia le cure che possono esser loro fornite sono migliori. Ivančica sembra voler fare una distinzione tra i medici della capitale e quelli di altre città o cittadine. Secondo Ivančica infatti i medici "xe più bravi e meno bravi" ma "in Belgrado sono bravi, proprio bravissimi". Dunja fa sottintendere la diversità dei medici serbi da quelli italiani sottolineando la poca umanità di alcuni medici incontrati in Italia.

Intervistatrice: Avevi fiducia nei ginecologi del tuo paese?

Bajka: Sì, certo!

Intervistatrice: Secondo te qui in Italia ti possono aiutare come nel tuo paese?

Đurđica: Sì.

Intervistatrice: Hai la stessa fiducia nei ginecologi italiani come in quelli del tuo paese?

Đurđica: Assolutamente.

Intervistatrice: In Serbia sono bravi sia i medici privati che pubblici?

Ivančica: Sì. Non sono tutti bravi, xe più bravi e meno bravi...ma in Belgrado sono bravi, proprio bravissimi...<sup>90</sup>

Intervistatrice: Lei pensa che i medici in Serbia la possono aiutare come quelli in Italia?

Dunja: Ma sicuro. Solo de noi purtroppo mancano i mezzi. Specialmente dopo questa guerra. Però come medici sono proprio bravi...e umani.

Intervistatrice: Umani?

Dunja: Sì.

Intervistatrice: In Italia no?

Dunja: Certi sì, certi no.

Draga di fida dei medici italiani ma come molte donne italiane, preferisce continuare ad andare dal suo medico di fiducia, che si trova in Serbia, perché lo conosce, si fida e l'ha già aiutata una volta.

Intervistatrice: Secondo te qui in Italia ti possono aiutare come nel tuo paese?

Draga: ...sì...

Intervistatrice: Ti sento un po' titubante...

Draga: ...cambia il fatto che io quando vado dal mio ginecologo ho più fiducia perché lo conosco e già una volta mi ha aiutato...e quindi sono più fiduciosa però penso che ha gli stessi materiali, stessi strumenti...forse anche meglio in Italia...non so...

Intervistatrice: Quindi in generale hai la stessa fiducia nei ginecologi italiani come in quelli del tuo paese?

Draga: Sì, in generale.

---

<sup>90</sup> Intervistatrice: In Serbia sono bravi sia i medici privati che pubblici?

Ivančica: Sì. Non sono tutti bravi, ce ne sono di più bravi e di meno bravi...ma a Belgrado sono bravi, proprio bravissimi...

Per molte donne il problema linguistico è molto pesante. C'è la paura di non capire e di non riuscire a farsi capire. Inoltre c'è il presentimento di far perdere tempo ai medici che, secondo Kiša, non spiegano agli stranieri proprio perché questi non parlano bene l'italiano.

Intervistatrice: Secondo te qui in Italia ti possono aiutare come nel tuo paese?

Kiša: Sì. Anche di più, penso. Perché qua fanno anche di più. È un paese più stabile, più...attrezzato. Solo che per stranieri è un po' anche difficile perché non capiscono certe parole e con un medico non può fare una discussione oppure i consigli. E forse anche loro quando vedono che una donna non capisce più di tanto, inutile che spiegano le cose...

Intervistatrice: Credi?

Kiša: Sì. Penso questo.

Intervistatrice: Ha fiducia nei medici italiani?

Ivančica: Ma sì, ma sì, come no! Sì, solo che non capisco...xe questo...anche qua tante volte son andata anche in Burlo...ma sempre bisogna qualcuno che va con mi...solo questo...no, no altro...

Intervistatrice: Secondo Lei qui in Italia la possono aiutare come nel suo paese?

Ivančica: Ma certo! Ma certo! Xe uguale. Sono proprio bravissimi anche de qua. Go visto che sono bravissimi medici qua, sono tutti gentili,...come tutto mondo...come xe una persona...questo xe anche per medici, infermieri,...<sup>91</sup>

Altre intervistate invece preferiscono i medici italiani. Li reputano migliori e descrivono quelli serbi come poco preparati e poco attenti alle richieste delle pazienti. Si lamentano in particolar modo dei medici pubblici mentre affermano che quelli privati, dal momento che li paghi, si dimostrano più gentili e pazienti.

Intervistatrice: Non ti fidavi dei ginecologi del tuo paese?

---

<sup>91</sup> Intervistatrice: Ha fiducia nei medici italiani?

Ivančica: Ma sì, ma sì, come no! Sì, solo che non capisco...è questo...anche qua tante volte sono andata anche al Burlo...ma ho sempre bisogno che qualcuno venga con me...solo questo...no, no altro...

Intervistatrice: Secondo Lei qui in Italia la possono aiutare come nel suo paese?

Ivančica: Ma certo! Ma certo! È uguale. Sono proprio bravissimi anche qua. Ho visto che sono bravissimi i medici qua, sono tutti gentili,...come in tutto il mondo...come sono le persone...così sono anche i medici, gli infermieri,...

Kiša: ... *(fa di no con la testa – inc. mio)*

Intervistatrice: Non erano preparati?

Kiša: Non erano preparati, non erano...sempre...se tu hai scelto un ginecologo privato, sì, tutto faceva per i soldi ma da Stato...i pubblici...sanno poco...poco...

Intervistatrice: Avevi fiducia nei ginecologi del tuo paese?

Ruža: Così così.

Intervistatrice: Perché?

Ruža: ...di là...per me...non danno tante...non danno tanto bene risposte...

Intervistatrice: Secondo te non sono preparati?

Ruža: Non sono preparati...tipo così...

Intervistatrice: Quindi secondo te, paragonando Italia e Serbia, qui sono più preparati...

Ruža: Sì...sì...non chiamano nessuna donna per visita...fa...è un po' irregolare...(.)... qua quando sono venuta qua...qua dicono più...cosa si fa, come si fa...e...io sono cambiata per questo...mi piace perché dicono più...più informazione...

Intervistatrice: Ti fidi di più?

Ruža: Sì.

Il racconto sconvolgente di Sestra non credo abbia bisogno di commenti. Ci si augura solo che sia un caso isolato.

Sestra: Eh...primo dottore no...dopo sì, ho trovato un altro...

Intervistatrice: E perché non ti fidavi del primo dottore che avevi?

Sestra: Eh...perché lui è una persona che parla...diciamo...in autobus delle persone...delle signore che sono venute a fare la visita...dopo sbagliava...no so...per esempio a una signora ha detto che ha un tumore...invece lei era incinta...quest'uomo...no mi fidavo...

(...)

Sestra: Io mi ricordo prima visita che ho fatto...proprio da lui...dopo non sono andata da lui cinque-sei anni...ero da quell'altro...proprio in città mia...allora lui mi ha detto subito che con 14 anni che io non posso avere mai un aborto...perché io ho avuto problemi con ovaie...invece quell'altro...non sono sicura...però penso che ho perso...uno...non era neanche un mese...perché mi venivano mestrazioni

in ritardo e perché ho preso...le...come si dice...punture...e dopo quinta ho visto qualcosa, mi faceva male...mi è venute mestrazioni...

Intervistatrice: Quindi secondo te eri incinta...?

Sestra: Io penso di sì...però come lavoravo con lui...allora...in un distretto che non mi diceva niente...perché abbiamo parlato così...e lui mi ha chiesto quando mi sposo, quando avrò figli...io gli ho detto che no...non voglio figli a venti anni...e io penso che lui mi ha fatto...

Intervistatrice: Pensi che ti ha fatta abortire senza che tu sapessi niente?

Sestra: Sì...perché lui fa spesso ste robe...adesso non lavora più...meno male...

Intervistatrice: L'hanno licenziato?

Sestra: E certo...io non potevo fare denuncia perché lavoravo di là...ho appena iniziato...però c'erano le altre donne...non so perché lui fa questo...a qualcuno fa che...fa aborto...invece le altre che...lui dice "guarda non puoi tu fare aborto, sei già in terzo mese"...invece lei è al secondo...non so...è un po' strano...un dottore strano...

Intervistatrice: Ma secondo te non era preparato o...

Sestra: No...io dopo ho sentito che lui ha avuto un tumore sul cervello...e penso che era proprio questo...

Mi sembrava poi interessante domandare alle intervistate se conoscevano ciò che la **legge italiana** offre loro come immigrate, in particolar modo se sono incinte o hanno dei figli.

Le informazioni in possesso delle ragazze più giovani sono scarse e imprecise. Qualcuna desidera saperne di più e sembra lamentarsi che nessuno in Italia si preoccupa di far loro arrivare le informazioni necessarie e di dover essere sempre loro a cercarle.

Intervistatrice: Conosci la legge italiana a favore della donna immigrata in gravidanza?

Igra: No...proprio non la so...

Intervistatrice: E le tutele per i minori?

Igra: No.

Intervistatrice: Probabilmente non ti interessa...

Igra: Non è che non mi interessa...però non ho...non ho nessuna persona che mi ha cominciato a parlare di questo...



Sestra: No proprio...

Intervistatrice: E per la donna lavoratrice in gravidanza?

Sestra: Io so soltanto quando ero io mi diceva che un lavoro leggero...che anche se pesante non è un rischio...che posso andare nel...fino settimo mese a lavorare...invece quando...è un rischio...come avevo io però non sapevo...io sono andata a lavorare...

(...)

Intervistatrice: Conosci la legge italiana per i minori figli di immigrati?

Sestra: No...

Intervistatrice: Perché non hai figli?

Sestra: Sì...però anche non ho mai chiesto a nessuno...nessuno che parla di quello...non so...

Mediatrice per Bajka: Quello che ha sentito è che si può andare dal ginecologo, che si possono fare i controlli,...durante la gravidanza...questa è la sua conoscenza della legge.

Intervistatrice: E se la donna immigrata è anche lavoratrice?

Mediatrice per Bajka: No.

Intervistatrice: E le tutele per i minori?

Mediatrice per Bajka: No.

Majka è in Italia da pochi mesi, non lavora ed è in gravidanza eppure non sa assolutamente cosa la legge prevede per i minori stranieri.

Intervistatrice: Conosci la legge italiana a favore della donna immigrata in gravidanza?

Interprete per Majka: No, non sa.

Intervistatrice: E le tutele per i minori?

Interprete per Majka: No.

Lala invece ha 35 anni, è in Italia da quattro anni e ha tre figli. Sembra titubante. Forse una volta sapeva qualcosa sulle leggi italiane ma adesso come adesso non sa darmi una risposta esaustiva e cerca di giustificarsi in qualche modo.

Intervistatrice: Conosce la legge italiana per la donna immigrata in gravidanza?

Lala: ...poco perché io ero una donna...già tre anni...non tanto...

Intervistatrice: Lei sapeva che aiuti poteva avere?

Lala: ...mah...sì...

Intervistatrice: Lei conosce la legge italiana per i minori stranieri che vivono in Italia?

Lala: ...no, no...

Intervistatrice: Scuola, sanità,...

Lala: No. No conosco perché...tre quattro giorni ho parlato con mio marito per questo terzo nostro bimbo...per...mio marito mi dice per cittadinanza parliamo...no sapevamo...

Tra le donne più avanti negli anni, in Italia anche da parecchi anni solo Ljubav conosce la legge italiana.

Ivančica non aveva figli minori quando è arrivata ma fa delle supposizioni in base a quello che vede fare da sua nipote.

Intervistatrice: Conosce la legge italiana a favore della donna immigrata in gravidanza?

Ivančica: No so.

Intervistatrice: Conosce cosa prevede la legge per proteggere, tutelare i minori, i bambini?

Ivančica: ...ecco, mia nipote...va a scuola come tutti i bambini...tutto normale penso...questo no so perché no gavevo bambini...<sup>92</sup>

Istina quasi infastidita afferma che le leggi italiane non la riguardano, non sono affari suoi, quasi fosse in Italia solo di passaggio anche se vi risiede già da 12 anni...

Istina: No...non mi riguarda e non conosco niente di leggi italiane.

---

<sup>92</sup> Intervistatrice: Conosce la legge italiana a favore della donna immigrata in gravidanza?

Ivančica: Non so.

Intervistatrice: Conosce cosa prevede la legge per proteggere, tutelare i minori, i bambini?

Ivančica: ...ecco, mia nipote...va a scuola come tutti i bambini...tutto normale penso...non so queste cose perché non avevo bambini...

Tuttavia queste donne sono molto pratiche nella loro vita. Se infatti Ljubav conosce la legge perché è andata ad informarsi da un sindacato fin dai suoi primi giorni in Italia, le altre, come già Ivančica ci ha fatto capire, conoscono la legge in base alla vita quotidiana da loro vissuta. Đurđica non conosce la legge ma vede come funziona per i suoi figli. Ruža si è informata da altre donne che prima di lei avevano avuto bambini. Sembra insomma che queste donne trovino dei loro canali personali e informali per adattarsi e informarsi sul sistema italiano. Non passano, se non poche, attraverso i servizi pubblici, ma preferiscono cercare informazioni tra i loro vicini, amiche, conoscenti,... Le notizie in loro possesso sono quindi poco teoriche ma in compenso molto pratiche e contingenti alle loro necessità.

Ljubav: No...no...perché tutte cose...dottore, legge...vicino...come noi...quando sono arrivata qua stavo senza documenti...normale...sai...ero clandestina...una volta sono andata sindacato UIL...dove era una donna che parlava croato...chiedevo cosa succede se io ho problemi come donna...ma se mi servi qualcosa altro...che posso fare...se paga o non se paga...e lei mi ha detto che esiste un centro per immigrati...per clandestini dove non è necessario dare suo nome...tutto...e sapevo qualcosa...piano piano...subito dopo...stavo in CGL...e tu sai...tutto quello che non capisco chiedevo...e sono contenta...

Intervistatrice: Conosci la legge italiana a favore della donna immigrata in gravidanza?

Đurđica: No.

Intervistatrice: Neppure se è anche lavoratrice?

Đurđica: Conosco più o meno...so che adesso c'è tanti tanti...come si dice...moduli...questo contratto...c'è tanti contratti...per questo posso dire che non conosco perché cambia...dipende da tante cose...

Intervistatrice: Conosci cosa prevede la legge per proteggere, tutelare i minori, i bambini?

Đurđica: ...

Intervistatrice: Tipo la scuola, la sanità...

Đurđica: ...scuola vedo come va...il mio bambino già va a scuola e sono contenta, non vedo qualche differenza, qualcosa...

Intervistatrice: Conosci la legge italiana a favore della donna immigrata in gravidanza?

Ruža: Sì.

Intervistatrice: E se la donna immigrata è anche lavoratrice?

Ruža: Sì sapevo...

Intervistatrice: E le tutele per i minori?

Ruža: Sì...sapevo questo...avevo qualche amiche che sono nati bambini da qua...senza lavoro...anche io nato un bambino 6 anni fa qui...non avevo documenti...sapevo tutto...

Ho voluto indagare poi sulla **religiosità** di queste donne dal momento che nel loro paese si parla sempre più di religione e che la Chiesa Ortodossa sta acquisendo sempre più potere anche a livello politico.

Dapprima si è chiesta un'opinione sull'influenza della religione in Serbia da un punto di vista più generale.

Secondo le donne più mature, cresciute sotto il regime di Tito, la religione è un fatto a se stante che poco ha a che vedere con la società, soprattutto perché la Jugoslavia fu stato laico per ben 56 anni.

Intervistatrice: Pensa che la Sua Religione abbia influenzato le scelte delle donne del Suo paese?

Dunja: No. Perché nostre donne una volta neanche no andavano mai in Chiesa. Proprio erano negate per ogni tipo de religione.<sup>93</sup>

Intervistatrice: Credi che la Chiesa influenzi molto le scelte delle donne nel tuo paese?

Ljubav: No, non c'entra niente Chiesa...no...

Lo stesso pensano alcune donne più giovani.

---

<sup>93</sup> Intervistatrice: Pensa che la Sua Religione abbia influenzato le scelte delle donne del Suo paese?

Dunja: No. Perché le nostre donne una volta non andavano mai in Chiesa. Proprio erano negate per ogni tipo di religione.

Tuttavia Draga fa un'analisi più approfondita e ci rivela che se per un lungo periodo la religione era addirittura professata di nascosto, ora sta tornando in auge, anche con fenomeni di fanatismo non controllato.

Intervistatrice: Pensa che la Sua Religione abbia influenzato le scelte delle donne del Suo paese?

Lala: ...no...

(...)

Intervistatrice: Secondo Lei fanno di testa loro?

Lala: Ma sì, sì...donne serbe non sono così *(fa un gesto come per dire chiusura mentale – inc. mio)* per la religione né altro...penso come qui.

Intervistatrice: Pensi che la Religione abbia influenzato le scelte delle donne nel tuo paese?

Draga: ...ma no...secondo me no...perché Stato in cui sono nata io...ultimi cinquanta anni, cioè fino a dieci anni fa erano cinquanta anni di Comunismo in cui chi praticava la religione era anche un po' nascosto, quindi religione nell'ultimo secolo in Serbia non ha mai influenzato tanto le nascite, robe del genere...<sup>94</sup>

Intervistatrice: E ora?

Draga: Adesso sta cambiando perché torna di moda essere credenti, andare in Chiesa...e questa è proprio una vera moda perché dopo cinquanta anni che si sono liberati dal Comunismo e possono andare in Chiesa e festeggiare Natale e Pasqua e tutto senza nascondersi...la gente esagera anche, no?...e con questo esagera in tutti i modi, su tutti i vari temi ma anche per quel che riguarda bimbi e prole, e tutto...

Intervistatrice: Quindi secondo te la Chiesa adesso è più ascoltata?

Draga: Sì, adesso la Chiesa ha più potere proprio per questo fatto...

Igra è una ragazza di 22 anni, ortodossa. Kiša è una donna di 42 ed è cattolica. Entrambe sono nate e cresciute in piccoli paesi con meno di 1.000 abitanti. Dalle loro parole si capisce come la vita anche religiosa di un paesino differisce da quella di una grande città. Se infatti tutte le donne di Belgrado o di città

---

<sup>94</sup> Draga mi diceva che sotto il regime di Tito non si poteva professare la propria religione ma non perché si rischiava di venir perseguitati ma semplicemente perché poi venivi guardato male dalla gente. Lei stessa da piccola fu battezzata di nascosto.

hanno affermato che la religione è un affare privato, che non interferisce nelle scelte delle persone, Igra e Kiša danno due risposte completamente differenti che chiariscono sull'atmosfera di un piccolo paesino di contadini.

Intervistatrice: Credi che la Chiesa influenzi molto le scelte delle donne nel tuo paese?

Igra: Sì...penso che da noi donne quello che dicono da fare...fa...

Intervistatrice: Ascoltano quello che dice la Chiesa...

Igra: Sì...Chiesa, marito...

Intervistatrice: Pensi che la Religione abbia influenzato le scelte delle donne nel tuo paese?

Kiša: Sì. Sì.

Intervistatrice: In che modo?

Kiša: Questo un po' io ho riuscito a capire che ignoranza delle donne. Sono solo fissati chi va sempre a Chiesa, solo sa quello e non si informa altro.

Intervistatrice: In Vojvodina siete prevalentemente Cattolici, no?

Kiša: Sì.

Intervistatrice: Non Ortodossi...

Kiša: No. Ungheresi...Ungheresi sono Cattolici, Serbi sono Ortodossi.

Intervistatrice: E tu di che donne mi stai parlando?

Kiša: Cattoliche.

Intervistatrice: Quindi per te sono un po' ignoranti?

Kiša: Sì. Ignoranti. Proprio nel paese mio. Fanno quello e basta. Non si informano, non guardano oltre cosa succede nel mondo...addirittura c'è qualcuno che dice "se io esco fuori dal paese mio, già lontano 50 km...", non si sente bene; solo a paese, quello fa, come si fa, di là niente vuole sapere. "Sto bene dove sto, con chi sto e cosa si fa".

Dopo aver chiesto sulla religiosità percepita nel loro paese, ho voluto capire come queste donne vivono personalmente la loro fede. Dieci donne su quindici hanno affermato di essere credenti ma non praticanti. Vanno in Chiesa solo per le grandi festività, quando hanno problemi o sono tristi. Đurđica si è sentita in obbligo di precisare che la sua fede non è estrema, come se fosse un fatto

negativo, magari associabile, considerata la situazione in Serbia, a segni di fanatismo o intolleranza religiosa o ancor peggio etnica.

Intervistatrice: Sei credente?

Sestra: Sì.

Intervistatrice: Praticante? Vai in Chiesa?

Sestra: No, non vado spesso...diciamo per Natale...Pasqua...

Intervistatrice: Sei credente?

Draga: Sì.

Intervistatrice: Praticante?

Draga: Vado in Chiesa ma non è che sono praticante...una volta ogni tre mesi...

Durđica: Sono ortodossa...ma non estrema, sai...normale! Credo che c'è Dio, credo che c'è qualche cose strane, che non si vedono, ma si sentono, ma così...

Intervistatrice: Sei praticante, vai in Chiesa?

Durđica: No. Quando io sento qua, quando ho tristezza, quando...non so...mi manca mamma, papà...sai...vado forse là per accendere...come si chiamano...candele per i miei nonni che sono morti...e questo...

Ljubav da quando è in Italia non ha più tempo per andare a messa. La sua vita è molto intensa durante la settimana perché ogni mattina si alza molto presto e la domenica è stanca e ha bisogno di dormire. La sua fede viene quindi messa un po' da parte.

Intervistatrice: Sei credente?

Ljubav : Sì.

Intervistatrice: Praticante?

Ljubav: Primo sì...adesso mi manca tempo...ogni domenica devo dormire perché ogni mattina sveglia 4 e mezza...la domenica è un giorno quando posso dormire...adesso quando ero a Serbia sono andata...poco tempo...dieci minuti...ma...

Tutte le donne che ho intervistato alla domanda “Di che religione sei?” mi hanno risposto di essere o Cattoliche o, più spesso, Ortodosse. Così hanno

risposto anche Dunja e Kiša. Tuttavia approfondendo il discorso con loro, ho capito che in realtà quelle sono solo etichette scelte da altri e che loro in realtà hanno credenze elaborate personalmente.

Intervistatrice: Lei è credente?

Dunja: ...no proprio credente, credente, però poco penso qualcosa...

Intervistatrice: Sei credente?

Kiša: Sì.

Intervistatrice: Praticante?

Kiša: Non praticante ma...come devo spiegarti...credo che c'è qualcosa, forse non so chiamare Dio. C'è una cosa positiva e negativa, oppure come colore bianco e nero...caldo e freddo. Quello sempre sta girando insieme. Tu devi scegliere quale ti piace di più...(...)...Nessuno non sa quando è nata...mi hanno fatto battesimo, tutto ma io non ho scelto quello. Io neanche volevo essere Cattolica. Non volevo niente. Perché...

Intervistatrice: ...non ti interessa?

Kiša: Sì. Adesso sto studiando la Bibbia, anche religioni. E quando...quante volte diciamo strani sono Buddisti, oppure Arabi, come Mussulmani...e quando stai studiando di loro modo di pensare, parli con loro, hanno perfettamente loro ragione. Per tutto. Non potevo immaginare...come si bacia la terra, Allah, se viene treno ma deve baciare la terra anche che passa treno...e dopo sì, ci sono anche tanti fissati...

Anche Ruža sembra poco convinta della sua fede ma sembra quasi che si debba scusare perché non va molto spesso in Chiesa. Mi spiega che ha due figli e che non se la sente di imporre loro un credo, soprattutto perché qui in Italia, a scuola, imparano un'altra religione. Lei e suo marito hanno deciso che saranno i bambini stessi a scegliere la religione che preferiranno, senza che loro interferiscano. Una scelta coraggiosa che rivela forse la poca fede dei genitori ma soprattutto lo sforzo di adeguarsi ai nuovi valori della società d'arrivo.

Intervistatrice: Vai in Chiesa?

Ruža: Vado...qualche...non vado tanto...noi abbiamo tanti...come si dice...quelle in rosso...festività...tante, tantissime...io vado quando...quando avevo tempo...non



so...per due bambini è un po' difficile...vanno anche loro...porterò...ma non posso dire...tu...sei di questa chiesa...tu fai questa chiesa...e miei bambini anche vanno in scuola con questa religione...e cosa loro vogliono...(...)...anche mio marito è ortodosso...ma non...i figli...diciamo così...sono venuti qua...e bambini...devono decidere...

Altre donne mi hanno detto di essere praticanti. Tra di loro alcune vanno molto più spesso a messa, per lo meno ogni domenica o ogni seconda.

Intervistatrice: Lei è credente?

Baka: Sai.

Intervistatrice: È praticante, va in Chiesa?

Baka: Praticante. Vado in Chiesa ortodossa mia, qua.

Intervistatrice: Ogni domenica?

Baka: No, ogni domenica no, ma ogni seconda vado.<sup>95</sup>

Intervistatrice: È praticante, va in Chiesa?

Ivančica: Sì.

Intervistatrice: Ogni domenica?

Ivančica: Ogni domenica...no quando son malata...ma sì, vengo sempre, anche de giorni quando sono santi...noi gavemo tanti...<sup>96</sup>

Altre si dicono praticanti anche se vanno in Chiesa solo una volta ogni tanto. Ciò a dimostrazione che il proprio credo e la propria identità sono creazioni molto personali. Ognuno crea la propria immagine di sé in base a sue proprie convinzioni. Infatti due donne possono andare in Chiesa lo stesso numero di volte in un anno ma una reputa di essere praticante, l'altra no.

---

<sup>95</sup> Intervistatrice: Lei è credente?

Baka: Molto.

Intervistatrice: È praticante, va in Chiesa?

Baka: Praticante. Vado in Chiesa ortodossa mia, qua.

Intervistatrice: Ogni domenica?

Baka: No, ogni domenica no, ma ogni seconda vado.

<sup>96</sup> Intervistatrice: È praticante, va in Chiesa?

Ivančica: Sì.

Intervistatrice: Ogni domenica?

Ivančica: Ogni domenica...non quando sono malata...ma sì, vengo sempre, anche nei giorni in cui ci sono i santi...noi ne abbiamo tanti...

Intervistatrice: Sei credente?

Igra: Sì.

Intervistatrice: Praticante?

Igra: Sì...non è che vado ogni domenica...però...vado, prego...diciamo che mi è successo qualcosa che ho pregato Dio...e poi alla fine...è successo...

Intervistatrice: Sei credente?

Plava: Sì.

Intervistatrice: Praticante? Vai in Chiesa?

Plava: Sì, non ho spesso tempo, però quando ho tempo sì...sì...

Lala poi è un caso molto particolare. Si dice ortodossa praticante anche se va a messa solo quattro volte all'anno. Tuttavia conduce una vita molto ferrea nel rispetto delle leggi religiose a lei trasmesse dai genitori, anche se non le condivide o le sono faticose da sopportare.

Intervistatrice: Lei è credente?

Lala: ...mhhh...sì...

Intervistatrice: Praticante? Va in Chiesa?

Lala: ...sì...

Intervistatrice: Ogni domenica?

Lala: No ogni domenica. Per Natale, per Pasqua,...ancora tre quattro volti un anno e basta. Ma io credo e io penso un Dio è su e guarda tutto, chi cosa fa giù, e quando qualcuno sbaglia, si arrabbia. Io credo...faccio tutto, solo non arrabbiare su perché mia mamma mi ha detto "questo se fa, questo no, questo sì, questo no" e...ma anche io leggo tante...leggo anche Biblia...(.)...fai solo cosa devi fare, non rubare, no parla bugiarde...ecco, così anche mio papà è di Slovenia per esempio...io vivo in una famiglia cristiana, ortodossa o anche papà era una...casa cattolica...io conosco anche come se vive in una casa cattolica e una ortodossa...per me stesso...anche io penso è un Dio, se chiama Cristo ma...io sono come metà e metà...ma anche, papà dice, quando una persona fa tutto regolare, va tutto benissimo...questo su guarda e ti dà ancora forza per avanti e niente altro. Normale, io ho paura...quando...ma no...non ho paura di niente perché io faccio tante cose...contro mia voglia.

Intervistatrice: In che senso?

Lala: Ma che senso...ecco, questo senso: quando ero giovane, anche mio marito, mio ragazzo, io...io...eravamo insieme ma senza sesso, senza niente perché...ecco, per rispetto. E niente altro...solo una...e adesso, per esempio, io devo lavorare tre quattro ore e più. Ho lavorato tanto l'anno scorso solo...è meglio per bambini...anche contra mia voglia...ecco.

Ho voluto poi sapere se queste donne conoscono la posizione della loro religione verso i contraccettivi e l'aborto. Tra le donne che si definiscono non praticanti, praticamente quasi tutte mi hanno dato una risposta sulla posizione della Chiesa Ortodossa verso aborto e contraccettivi anche se le risposte su questi ultimi non erano sempre concordanti.

Ljubav mi ha raccontato infastidita dell'intrusione della Chiesa Ortodossa nella questione dell'aborto aggiungendo che molte sono state le proteste delle donne in Serbia. Raccontandomi poi della sua esperienza in Italia per interrompere una gravidanza, Ljubav reputava che il lungo iter da seguire sia frutto della forte influenza che la Chiesa Cattolica ha nel nostro paese. Da tutto ciò sembra che lei consideri la religione un fatto personale e che la Chiesa non dovrebbe influenzare l'andamento di certe faccende.

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della tua religione verso i metodi abortivi?

Ljubav: Sì...adesso è cambiata idea...primo non lo so che sapevano...adesso sì...penso che...più o meno uguale come la vostra Chiesa...era un referendum...si dice referendum?...e tutte donne non sono contente...perché la Chiesa ha un principio praticamente nella nostra vita...non lo so...

(...)

Intervistatrice: Se la tua religione dicesse di non abortire e di non usare i metodi contraccettivi, seguiresti i suoi indirizzi?

Ljubav: No.

(...)

Ljubav: No...no...ho fatto un aborto l'anno scorso al Burlo e avevo una settimana...tu sai...vostra legge dice che...tanti giorni...devo pensare...qua è una chiesa cattolica molto per queste cose...e dopo normale ho fatto ...

Intervistatrice: Sai, cosa pensa la tua religione sui contraccettivi: profilattico, spirale, pillole,...

Durđica: Non lo so...proprio non ho idea.

Intervistatrice: E dell'aborto?

Durđica: Non so.

Intervistatrice: Conosci qual è la posizione della religione da te professata, in cui credi, verso i metodi contraccettivi?

Draga: ...penso che la rel...penso, non sono sicura...la religione ortodossa non proibisce uso dei contraccettivi però non è ovviamente...non appoggia gli aborti...cioè, la chiesa serba ortodossa, come ogni chiesa, è pro tanti bimbi...sposarsi prima possibile, avere più bambini possibile,...come ogni chiesa pensa alla prole.

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della Sua religione verso i metodi contraccettivi e abortivi?

Interprete per Majka: Lei sa che sono contro.

Intervistatrice: Sa qual è la posizione assunta dalla Sua religione verso i metodi contraccettivi?

Dunja: ...so che Chiesa è contro, è contraria.

Intervistatrice: E verso l'aborto?

Dunja: Ancora di più.

Anche le due donne cattoliche da me intervistate poco sapevano della posizione della Chiesa Cattolica sui contraccettivi. È bene considerare la diversa cultura religiosa nei due paesi ma appare comunque per noi Italiani una cosa abbastanza inconsueta dal momento che il tema dell'aborto e dei contraccettivi è spesso preso in considerazione sia dal Papa che dai preti durante la messa.

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della tua religione verso i metodi contraccettivi e abortivi?

Sestra: So che sono contro di aborto però su contraccettivi non so.

Intervistatrice: Conosci qual è la posizione della religione da te professata, in cui credi, verso i metodi contraccettivi?

Kiša: Poco so. Penso che sono contro di abortus ma altro no.

Intervistatrice: E dei metodi contraccettivi cosa pensano?

Kiša: Questo non so dirti perché non pratico.

Per quel che riguarda le donne che si sono dichiarate praticanti, anche in questo caso le risposte sono discordanti per quel che riguarda la posizione della loro religione verso i metodi contraccettivi. Da questo e da quanto osservato sopra, ci sarebbe da pensare che questo è un argomento poco dibattuto in Serbia.

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della tua religione verso i metodi contraccettivi e abortivi?

Mediatrice per Bajka: Non è d'accordo...la sua Chiesa pensa che i metodi anticoncezionali sono un peccato.

Intervistatrice: Anche l'aborto?

Mediatrice per Bajka: Anche aborto.

Intervistatrice: Cosa pensa la religione da Lei professata, in cui crede, dei metodi contraccettivi?

Ivančica: ...ma penso de sì...xe favorevole...

Intervistatrice: E dell'aborto?

Ivančica: Sono tutti contro...

Intervistatrice: Conosce qual è la posizione della religione da Lei professata verso i metodi contraccettivi?

Baka: Eh, pensano male. Perché Chiesa Ortodossa xe sempre, come in Russia, come in Grecia, noi semo ortodossi...sempre preti xe contrari di aborto...

Intervistatrice: Sono contrari all'aborto?

Baka: Sì.

Intervistatrice: E ai preservativi, pillole,...

Baka: No.

Intervistatrice: Si possono usare?

Baka: Sì. Adesso xe tempi moderni. <sup>97</sup>

---

<sup>97</sup> Intervistatrice: Conosce qual è la posizione della religione da Lei professata verso i metodi contraccettivi?

Baka: Eh, pensano male. Perché la Chiesa Ortodossa è sempre, come in Russia, come in Grecia, noi siamo ortodossi... i preti sono sempre stati contrari all'aborto...

Intervistatrice: Sono contrari all'aborto?

Baka: Sì.

Intervistatrice: Sei praticante?

Istina: Ma...vado in Chiesa spesso...

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della Sua Chiesa verso i metodi contraccettivi e l'aborto?

Istina: Sì...ho sentito qualcosa in televisione...così...non sono molto informata.

Plava afferma che la Chiesa Ortodossa non permette di usare i contraccettivi ma aggiunge che secondo lei è meglio usarli che abortire, facendo quindi sottintendere che più che seguire alla lettera i dettami della Chiesa, agisce come lei meglio crede.

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della Sua religione verso i metodi contraccettivi e abortivi?

Plava: Eh sì!

Intervistatrice: E cosa dice?

Plava: Cosa dice...non devi avere aborto, devi...la stessa come di cattolica, la religione è la stessa...penso che tutte religioni parlano lo stesso, no?...

Intervistatrice: E per i metodi contraccettivi? Permettono di usarli?

Plava: Ah...no ma è meglio prendere qualcosa che niente, no?...e dopo...meglio di abortus, no?...

Successivamente fa una considerazione simile a quella di Ivančica e che ho già fatto precedentemente notare. Ivančica ci diceva infatti che è meglio avere tanti figli per essere di maggioranza all'interno del paese. Plava aggiunge che in Serbia sia la Chiesa Ortodossa che lo Stato raccomandano di fare più figli in quanto la natalità è troppo bassa.

Intervistatrice: E sai qual è la posizione assunta dal tuo Stato verso l'aborto?

Plava: Cosa pensa?...eh...lo stesso come Chiesa...certo no...proprio no perché politica è così...vogliono perché natalitet...natalità...in mio paese è bassa...

Intervistatrice: Vorrebbero che nascessero più bambini?

---

Intervistatrice: E ai preservativi, pillole,...

Baka: No.

Intervistatrice: Si possono usare?

Baka: Sì. Adesso i tempi sono moderni.

Plava: Sì.

Le donne infine che si erano definite praticanti benché andassero in Chiesa solo poche volte all'anno, sanno poco o nulla sia sulle posizioni della loro religione verso la contraccezione che verso l'aborto.

Intervistatrice: Sai qual è la posizione della tua Chiesa verso i metodi contraccettivi?

Igra: No.

Intervistatrice: E verso l'aborto?

Igra: Ma sì...come da voi...che...non so adesso...ma prima una donna può rimanere incinta quando era sposata...

Intervistatrice: Sa qual è la posizione assunta dalla Sua religione verso i metodi contraccettivi?

Lala: No.

Intervistatrice: E verso l'aborto?

Lala: No.

### Atteggiamento verso se stesse dal punto di vista fisico: estetico e medico

Ho voluto chiedere alle mie intervistate cosa significasse per loro **cura del corpo**: Cosa significa curare la propria persona? Cosa si fa? Come si considera se stesse?

Molte di loro hanno considerato il proprio corpo solo da un punto di vista prettamente fisico. Solo Draga ha reputato importante sottolineare anche la cura della sua mente. Io non ho voluto interferire nelle loro risposte ma nel concepire il disegno della ricerca ho voluto io stessa prescindere da quest'aspetto più mentale della cura.

Dunja e Baka sono arrivate in Italia perché hanno sposato un Italiano. Presumibilmente il loro tenore di vita era abbastanza buono dato che il marito di una era finanziere, dell'altra era medico.

Per queste donne curare se stesse ha un significato abbastanza ampio: il modo di vestirsi e pettinarsi, il mettere delle creme sul corpo e sul viso, il fare della ginnastica,...senza tralasciare le visite da un medico.

La loro attenzione per se stesse non è cambiata da quando sono in Italia. Anzi Baka afferma che qua è meglio perché la scelta è più vasta.

Dunja: Cura della propria persona...sì, curo la mia persona...

Intervistatrice: Come?

Dunja: ...un poco tutto insomma...un poco modo de vestir, modo de pettinar, modo de lavarse, curarse le unghie,...e tutto el resto, insomma...

Intervistatrice: Anche andare dal medico?

Dunja: Sicuro!

Intervistatrice: E prendersi cura del corpo?

Dunja: Anche! Tutto...insomma, le cure regolari, semplici...<sup>98</sup>

Baka: Vol dire, lavarse ogni giorno, curar corpo,...no so...farse poco ginnastica, farse tutto per curar un corpo...sì ah!

Intervistatrice: Anche andare dal dottore?

Baka: Sì ah! Semo andada con ginecologo, semo andada anche di medici ogni tanto a controlarme...e tutto con noi xe cusì...(.)...Anche qua in Italia, anche qua in Italia, sempre me curo e sempre vado. No spesso perché son sana, però vado...(.)...Tutto. Mettersi crema dopo bagno...lavarse...de noi se dizi pulito, xe za metà salute...un poco de ginnastica...tutto...(.)...Io adoro me stessa e allora sempre me curo e me lavo e me curo, fazo un poco ginnastica...e me aiuta molto...

Intervistatrice: Da quando vive qui in Italia è cambiato qualcosa?

Baka: No, no xe cambiato niente. Qua go più possibilità de curarme perché ga più...più creme, più robe, più tutto...qua xe più possibilità di curarme adesso. Se

---

<sup>98</sup> Dunja: Cura della propria persona...sì, curo la mia persona...

Intervistatrice: Come?

Dunja: ...un po' tutto insomma...un po' il modo di vestire, il modo di pettinarsi, il modo di lavarsi, curarsi le unghie,...e tutto il resto, insomma...

Intervistatrice: Anche andare dal medico?

Dunja: Sicuro!

Intervistatrice: E prendersi cura del corpo?

Dunja: Anche! Tutto...insomma, le cure regolari, semplici...



abito in Serbia no xe tanta possibilità perché xe tante guerre, tante disgrazie. Qua go più possibilità da curarme.<sup>99</sup>

Per coloro che sono arrivate in Italia come immigrate sposate con immigrati la situazione è diversa.

Le ragazze giovani sembrano stare attente al loro aspetto sia esteriore che interiore. Magari non hanno le stesse possibilità che avevano in Serbia ma cercano di adeguare le cure per se stesse con il loro tenore di vita. Sestra non può andare dall'estetista ma è andata in palestra e quando magari non poteva, trovava il tempo per andare a correre.

Intervistatrice: Hai cambiato modo di prenderti cura del tuo corpo da quando sei in Italia?

Sestra: Di più...

Intervistatrice: In che modo?

Sestra: Allora...qua...posso...non so...ah no! ah!...infatti un po' di meno...è vero...solo che diciamo qua anche sono andata in palestra, vado a correre...non so, sono tante le robe che non facevo a casa...però a casa facevo il viso...non so...penso che è uguale...

Plava ha un grande rispetto per il suo corpo che dev'essere "sano e bello". Qui in Italia ha cambiato modo di alimentarsi e sembra soddisfatta perché mangia in maniera più salutare.

Intervistatrice: Hai cambiato modo di prenderti cura del tuo corpo da quando sei in Italia?

---

<sup>99</sup> Baka: Vuol dire, lavarsi ogni giorno, curare il corpo,...non so...fare un po' di ginnastica, far di tutto per curare un corpo...sì ah!

Intervistatrice: Anche andare dal dottore?

Baka: Sì ah! Andavo dal ginecologo, andavo anche dai medici ogni tanto a controllarmi...da noi si fa così...(...)...Anche qua in Italia, anche qua in Italia, sempre mi curo e sempre vado. Non spesso perché sono sana, però vado...(...)...Tutto. Mettersi crema dopo il bagno...lavarsi...da noi si dice pulito, è già metà salute...un po' de ginnastica...tutto...(...)...Io adoro me stessa e allora sempre mi curo e mi lavo e mi curo, pratico un po' di ginnastica...e mi aiuta molto...

Intervistatrice: Da quando vive qui in Italia è cambiato qualcosa?

Baka: No, non è cambiato niente. Qua ho più possibilità di curarmi perché ho più...più creme, più cose, più tutto...qua ho più possibilità di curarmi adesso. Se abitassi in Serbia non avrei tanta possibilità perché ci sono state tante guerre, tante disgrazie. Qua ho più possibilità di curarmi.

Plava: No.

Intervistatrice: Intendo il modo di mangiare, di mantenersi in forma, le volte che vai dal dottore,...

Plava: Eh sì...no il dottore, però ho cambiato modo di mangiare...modo di preparare...

Intervistatrice: Mangi meglio o peggio?

Plava: Penso che meglio...più...più sano...

Intervistatrice: E per quanto riguarda i dottori? Ci vai di meno o in egual modo?

Plava: No...no...lo stesso...

(...)

Intervistatrice: E qual'è il compito del tuo corpo?

Plava: Compito? Essere sano e bello.

Draga ammette di avere poco tempo per se stessa ma si sforza di trovarlo. Per lei è importante non solo il suo aspetto esteriore e la sua salute fisica ma anche la sua tranquillità interiore. Si ritaglia quindi degli spazi in cui si dedica alla lettura di un libro e al silenzio della riflessione.

Draga: ...prendermi cura di me stessa...ma prendermi cura voleva dire anche leggere un bel libro che mi rilassa, ma vuol dire anche dedicare una giornata in cui non so...potrei fare tutto, dalla maschera al viso, alle unghie, tutto...questa è la cura ma cura anche di...creare una mia filosofia interna, di come pensare, come salvarmi dalle influenze negative del mondo esterno...tutto questo qua è cura di me stessa...ovviamente anche andare regolarmente dal ginecologo, dentista, e tutto questo...(.)...vivere sano, mangiare sano, fare un po' di sport, dormire...ma anche leggere...della mente sapere cosa usare...(.)...cerchi di non trascurare queste cose...anche se la vita quotidiana non ti permette di farlo sempre...

Durđica e Lala hanno 30 e 35, sono sposate e hanno uno e tre figli. La loro vita è molto intensa e hanno poco tempo da dedicare a loro stesse. Mi raccontano entrambe che si sentono bene perché sono felici con il loro marito e i loro figli. La cura per la loro famiglia sostituisce quella per se stesse.

Durđica: ...guarda, sono sposata felicemente, ho un figlio che adoriamo mio marito e anche io...non lo so...non abbiamo grande casa, ma va bene, un giorno

sarà...mamma e papà sono benissimo...e allora...questa felicità in vita per me...sai quando guardi cose più chiare...con un po' di...come si dice...ogni tanto si deve spegnere Tv, tutto...tutte brutte cose che si sentono, tutto, tutto, tutto...e anche arrabbiarsi di meno... (*ride*)

Intervistatrice: Dici che siccome la tua vita è felice anche il tuo corpo sta bene?

Đurđica: ...uno parte è questo, un altro sono cure da soli, sai...non lo so...un po' di ginnastica, di sport, o un gioco con bambino, o una passeggiata con marito o...non lo so...un bel bagno con olio...sai, tutte queste cose...

Intervistatrice: Ti prendi cura di te stessa in maniera uguale a quando eri in Serbia?

Đurđica: Eh...adesso ho un po' meno di tempo!

Intervistatrice: Hai un bambino...

Đurđica: Sì. Non c'è mamma, non c'è papà!

Intervistatrice: Devi fare tutto da sola.

Đurđica: Eh sì. Ma va bene. Non lavoro e arrivo.

Lala: Ah sì! Ma sì, io sono contenta con corpo. Un po' di pancia ma sempre penso vado di...prossimo mese vado in palestra, ma non posso. Io penso già sei mesi fa (*ride*)!

Intervistatrice: Tre figli, un lavoro, un marito...

Lala: Sì. Quando parlo con mio marito, mio marito mi dice "ma dai, tu sei perfetta! Ti sei bella!". Io so...sempre è così...io dico "sì, sì, tu pensa solo a soldi!...per non spendere!" (*ride*) ma...no, sono contenta!

Ruža ha 32 anni. Lei è molto più esplicita di Đurđica e di Lala. Mi dice che la sua vita è dedicata prevalentemente ai suoi figli, a suo marito e al lavoro. Il tempo per lei resta poco, quasi tutto il resto fosse più importante di se stessa.

Intervistatrice: Quale rapporto hai con il tuo corpo? Qual è la sua funzione?

Ruža: ...per tutto...per dare da mamma...per moglie...anche lavoro...

Intervistatrice: E per te stessa?

Ruža: ...

Intervistatrice: Ultima?

Ruža: Per mamma...prima...

Kiša ha 42 anni. Mi racconta che quando era in Serbia era tutto diverso: era giovane, conosceva tante persone, si sentiva bella, aveva un lavoro che le dava soddisfazione. Le piaceva farsi vedere curata anche se non aveva tanti soldi. Forse però lo faceva più per gli altri che per se stessa. Infatti afferma “sempre facevo per gli altri, noi siamo abituati a farci vedere per gli altri...”.

Ora però qui la situazione è peggiorata: non conosce nessuno, nessuno la guarda, il suo lavoro non le piace e quindi si trascura. Inoltre ha una brutta malattia e in alcuni periodi si sente triste e depressa. Sembra abbia poco amore per se stessa...

Kiša: Sempre a me diceva tanto prendere cura di me stessa. Dipende dalla personalità, che cosa vuole. Ma ho visto, adesso posso dire la differenza Serbia e Italia, c'è tanta differenza per sempre si hanno di là...come per possibilità...non hanno soldi per fare tanta cura, e per questo motivo c'è tanta differenza.

Intervistatrice: Ti prendevi cura di te stessa quando eri in Serbia?

Kiša: Sì, più di qui.

Intervistatrice: Più di qui? Come mai?

Kiša: Perché di là mi sentivo più grande, più altra persona, anche lavoravo un altro lavoro...lavoravo in Cup, tipo prenotazione per ospedale...di là lavoravo e sempre guardavo che sono curata. E qua mi trascuravo, forse causa per il lavoro...Di là si conoscevano di più, si salutavano, tutti...e qua penso “Lascio stare, non mi prendo così la cura”...sempre facevo per gli altri, noi siamo abituati a farci vedere per gli altri, e qua nessuno frega di nessuno e guardo di essere che sono semplice...(.)...anche per cura, diciamo...anche dentro...psicologicamente, anche fisicamente, anche per aspetto, anche per stare meglio...mantenersi meglio...

Intervistatrice: E ora?

Kiša: Dipende dai periodi. Quando sto male, perché ho quella malattia...sclerosi multipla, mi butto giù, non mi interessa niente, neanche la cura, mi trascuro, per un periodo...anche adesso sono un po' giù...ma non tanto giù, diciamo...ho la forza di alzarmi...mi sento quando è cambiamento per il tempo; quando sto bene voglio spaccare il mondo, fare tutto, tutte le cure,...

Intervistatrice: Alti e bassi...

Kiša: Sì.

Intervistatrice: In Serbia, quale rapporto avevi con il tuo corpo?

Kiša: Per tante...sempre volevo stare bene, curarmi, mantenersi bene nell'aspetto; per la salute più, diciamo.

Intervistatrice: Ti volevi bene?

Kiša: Sì. Sì.

Intervistatrice: E ora che sei in Italia?

Kiša: ...anche...ma tanto è cambiato, motivo per il lavoro, forse anche anni...avevo 20-30 volevo stare bene...ero più contenta con mio aspetto e curavo di più.

Adesso qua anni passano e anche la voglia passa.

Ivančica ha 53 anni. Ci tiene a precisare che a lei piace essere “naturale”: niente creme, olii,... Ogni tanto va dal parrucchiere a farsi la tinta anche se non ammette che questa abitudine mal si concilia con il fatto di essere “naturale”.

Anche le medicine le usa solo quando ne ha veramente bisogno e lo stesso vale per le visite mediche. Infatti per fastidi lievi come l'influenza, preferisce i metodi caserecci: thé e grappa.

Intervistatrice: Quando era in Serbia, cosa significava per Lei prendersi cura di se stessa? Cosa faceva per prendersi cura di se stessa?

Ivančica: ...naturale tutto...niente medicine...niente...io, proprio io...senza medicine...sì, con influenza, che se è successo qualcosa di più grave malattia...sì, se va de medico, te prendi medicina...ma proprio così xe tutto naturale...xe più bello de tutto...se resto così, come sono adesso, son naturale...anche medicine prendo solo quando go proprio bisogno...anche creme no, solo acqua...(...) Io ho capelli naturali, belli...vado solo tagliare qualcuna volta e pitturare...basta! Bom, se va...chi no ga capelli così, sì...ma io, io proprio sono tutta naturale...(...)... sì, sempre bisogna lavarsi...mettere qualcosa no...solo naturale...

Intervistatrice: Ma va dai dottori?

Ivančica: Ma sì, quando sento proprio un dolore, ecco...quando hai qualcosa de più grave, che no posso caminar...ma no per tutto...quando gavevo influenza tante volte anche sola...go preso thé, go preso...de noi...quella grappa...come se chiama...grappa de uva...che è molta buona...tante volte così facciamo...<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> Intervistatrice: Quando era in Serbia, cosa significava per Lei prendersi cura di se stessa? Cosa faceva per prendersi cura di se stessa?

Ivančica: ...naturale tutto...niente medicine...niente...io, proprio io...senza medicine...sì, con l'influenza, o se ho avuto una malattia più grave...sì, vado dal medico, prendo una medicina...altrimenti è tutto naturale...è la cosa più bella di tutte...se resto così, come sono

Mi sono chiesta cosa volesse dire per queste donne fare **prevenzione**, in particolar modo per quel che riguarda le visite mediche e ginecologiche. Ho fatto una domanda per sondare in linea teorica quante volte considerassero necessario andare dal ginecologo.

Molte delle donne intervistate hanno affermato che reputano giusto andare dal ginecologo almeno una volta all'anno, aggiungendo che se c'è qualche problema è meglio andarci anche più spesso.

Intervistatrice: Cosa pensa del fatto che le donne italiane vanno dal ginecologo almeno una volta all'anno?

Ivančica: ...mah...xe giusto perché no...questo xe giusto, una controla, no?...se ga qualcuno bisogno va anche de più...che no ga bisogno bom, basta una volta de anno...<sup>101</sup>

Kiša: Penso di sì, è sufficiente una volta. Solo se una donna sente qualche cambiamento, subito deve rivolgersi per veder che è non qualcosa male, diciamo, tumori...dipende dall'età, problemi, come si sente. Solo se tutto va bene, basta una volta all'anno un controllo.

Lala: ...una volta all'anno...

Intervistatrice: Sì, cosa ne pensa?

Lala: Questa è novità! Io pensavo sicuro vanno più di donne serbe! Perché donne serbe anche solo una volta all'anno.

Intervistatrice: Quindi è normale?

---

adesso, sono naturale...anche le medicine le prendo solo quando ne ho proprio bisogno...anche le creme no, solo acqua...(...) Io ho i capelli naturali, belli...vado solo a tagliare qualche volta e a tingere...basta! Bom, ci va...chi non ha i capelli così, sì...ma io, io proprio sono tutta naturale...(...)... sì, sempre bisogna lavarsi...mettere qualcosa no...solo naturale...

Intervistatrice: Ma va dai dottori?

Ivančica: Ma sì, quando sento proprio un dolore, ecco...quando ho qualcosa di più grave, che non posso camminare...ma non per tutto...quando avevo l'influenza tante volte ho fatto anche sola...ho preso un thé, ho preso...da noi...quella grappa...come si chiama...grappa d'uva...che è molta buona...tante volte così facciamo...

<sup>101</sup> Ivančica: ...mah...è giusto perché no...questo è giusto, un controllo, no?...se qualcuno ha bisogno va anche di più...se non ha bisogno bom, basta una volta all'anno...

Lala: Per me è normale! Perché anche io vado solo una volta! (...) Sì normale...quando no...non c'è problemi...

Altre intervistate hanno invece risposto che a loro sembrava poco. Molte di loro credono che sia necessario farsi visitare da un ginecologo almeno due volte all'anno anche se non ci sono problemi.

Intervistatrice: Cosa pensi del fatto che le donne italiane vanno dal ginecologo almeno una volta all'anno?

Interprete per Majka: È sbagliato.

Intervistatrice: Perché?

Interprete per Majka: Devono andare di più.

Plava: Sì...ma anche...(.)...ma anche due volte...

Sestra: Poco...almeno ogni sei mesi...se non hai un problema...

Baka: Poco. Io vado due volte all'anno...

Igra ha 22 anni e afferma così più che per convinzione personale, perché ha sentito da qualcuno che è necessario andare a farsi vedere da un ginecologo ogni sei mesi.

Igra: ...Tutto bene...anche...più...anche due volte l'anno...ogni sei mesi...non so...perché così ho sentito che ogni sei mesi bisogna andare...

Ruža ha 32 anni e a differenza di Igra motiva in maniera convinta la sua affermazione, sostenendo che in Serbia molte donne negli ultimi tempi si sono ammalate e che l'unico sistema per non avere problemi gravi è prevenire. Le parole di Ruža fanno venire i brividi e riportano alla mente tutte le polemiche degli anni passati, mai sopite completamente, sulle bombe all'uranio impoverito.

Ruža: Eh...non è giusto...devono andare di più...ogni sei mesi minimo...perché questo...come si dice...viviamo da un tempo che è un po'...per me queste robe da

donne...è un po'...da noi giù in Serbia questo anno...anno scorso...c'è...come si dice...percentuale di più...donne sono più malate da loro problemi...da ultimi tre anni circa...due anni...

Intervistatrice: E secondo te perché?

Ruža: Eh...quello là secondo me...non so ma...io dico così...quando è finito questo...come si chiama...guerra da americani...un po' più...sono malate donne...

Intervistatrice: Per le bombe, l'uranio impoverito?

Ruža: O così o altro...io non so...ma penso così...

Intervistatrice: Parli di tumori?

Ruža: Sì...tante tante donne...tumori, cisti,...come si chiama queste robe...tante donne...non solo da mio paese...dico...di tutta la Serbia...

Se la teoria è quella che ho appena analizzato, la pratica sembra essere molto diversa. Se infatti alcune persone vanno dal ginecologo almeno una volta all'anno, e qualcuna anche più spesso, altre non si fanno visitare se non quando insorgono dei problemi. Le scuse che apportano per giustificare questo loro comportamento sono sempre le stesse: il lavoro, la casa, il poco tempo libero...

Ljubav proviene da un piccolo paese di 800 abitanti e dice che quando era in Serbia andava dal ginecologo almeno una volta all'anno. Ora invece non ci va perché ha problemi di tempo e perché teme di non avere le competenze linguistiche sufficienti. Si ripromette però di andarci quando sarà in ferie.

Intervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Ljubav: Sempre.

Intervistatrice: Quanto spesso ci andavi?

Ljubav: Primo avevo tanti problemi...ogni mese...dopo no, solo una volta all'anno...

Intervistatrice: E ora vai dal ginecologo?

Ljubav: Solo una volta per fare un aborto. No, adesso no vado...sempre mi manca tempo...no so perché.....ho detto che mi manca tempo...che prima no sapevo parlare...sempre mi...sempre devo cercare aiuto da qualcuna amica...no lo so...ma adesso penso che andrò...una volta sei mesi...

(...)



Intervistatrice: Hai cambiato modo di prenderti cura del tuo corpo da quando sei in Italia?

Ljubav: Pensavo tante volte....penso che adesso ho il problema con tiroide...e tre mesi sempre pensava vado domani, vado domani...mai...

Intervistatrice: Non ti prendi cura di te stessa?

Ljubav: No.

Intervistatrice: E quando eri in Serbia era lo stesso?

Ljubav: No...non è uguale perché avevo tanti amici a Belgrado e molto semplice per me...se chiama...ho telefonato...subito vado a clinica...tutto...qua penso che è molto difficile...un giorno per appuntamento...altro giorno altro...

Intervistatrice: Quindi per ragioni di tempo: il lavoro, i figli,...

Ljubav: Sì...penso che queste cose troppo per me...io ho tante cose altre...e adesso penso che quando cominciano mie ferie che vado dare tutte analisi...(...)...devo vedere solo questo tiroide...penso che la vita mia...possibile anche nervi...ho visto tante volte quando sono nervosa...subito mi dà fastidio...

Alcune donne invece, come abbiamo già visto per Draga, tornano dal loro medico in Serbia. Se però per Draga è una questione di fiducia e comunque va dal ginecologo in Italia se ne ha bisogno, per Istina e Ivančica è a causa delle difficoltà che devono affrontare come straniere, in particolar modo per la lingua, in quanto temono di non capire quello che dice loro il dottore.

Intervistatrice: Quindi tu hai il ginecologo in Serbia e vai in Serbia a fare le visite?

Draga: E vado in Serbia...ogni volta che vado giù, o quando sento qualche problema...ovviamente avevo qualche problemino un anno e mezzo fa e quindi sono andata qua, però per bisogno...però vado sempre da lui perché sono abituata.

Intervistatrice: Perché lo conosci...

Draga: Sì, sì.

(...)

Intervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Draga: Sì.

Intervistatrice: Quanto spesso ci andavi?

Draga: Una volta all'anno.

Intervistatrice: E qui in Italia?

Draga: Sempre una volta all'anno se non ho problemi.

(...)

Intervistatrice: Come ti sei sentita ad andare dal ginecologo qui in Italia, anche se ci sei andata un'unica volta?

Draga: Ma non ho problemi. Non mi sono sentita diversamente...cioè, la visita ginecologica è un po' imbarazzante in sé, però uguale sia in Serbia che in Italia.

Istina: Ma...in Italia non sono andata mai...vado quando sono a casa, in ferie...vado da mio ginecologo...

(...)

Intervistatrice: Non vai qui in Italia perché non ti fidi?

Istina: No...no questo...in Italia...per me è difficile...più facile andare giù a casa mia...perché...parlo meglio...non lo capisco tutto...la lingua...

(...)

Intervistatrice: In generale però sai dove andare, a chi rivolgersi nel caso avessi problemi di salute?

Istina: Sì...sì...so...questo so...ma non sono andata mai da dottore qua in Italia perché vado sempre in Serbia...

Intervistatrice: E quanto spesso vai in Serbia in un anno?

Istina: Ma...una volta...faccio controlli...tutti controlli...

Intervistatrice: Ora va dal ginecologo?

Ivančica: Ma adesso no servi...due anni che non sono andata...ma sono andata fuori...

Intervistatrice: In Serbia?

Ivančica: In Serbia, quando sono andata in ferie sono andata fuori.

Intervistatrice: E perché è andata in Serbia dal ginecologo?

Ivančica: Perché capisco poco de...capisco meio...per medicine qua non rivo a capire tutto...che me disi...poi a mi me costa meno, capisco bene e se fa subito. È un poco difficile spiegarmi per medicine.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Intervistatrice: Ora va dal ginecologo?

Ivančica: Ma adesso non ne ho bisogno...è da due anni che non vado...ma sono andata fuori...

Intervistatrice: In Serbia?

Ivančica: In Serbia, quando sono andata in ferie sono andata fuori.

Intervistatrice: E perché è andata in Serbia dal ginecologo?

Ivančica: Perché capisco poco di...capisco meglio...per le medicine qua non riesco a capire tutto...quello che mi dicono...poi a me costa meno, capisco bene e faccio subito. È un po' difficile spiegarmi per le medicine.

Kiša ha 42 anni e proviene da un piccolo paesino. Non andava mai dal ginecologo quando era in Serbia e qui continua a non andarci. Mi dice che non ha problemi e quindi che non ha scopo. Aggiunge che in Serbia di solito si va dal medico solo quando si hanno veramente dei problemi.

Intervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Kiša: Sì.

Intervistatrice: Ci andavi?

Kiša: ...purtroppo no.

Intervistatrice: Non ci andavi spesso?

Kiša: No. Se avevo...aspetta che penso...no, non avevo problemi...di là purtroppo vanno le donne solo quando hanno problemi...non è arrivata mestruazione...solo questo motivo...infiammazioni...

Intervistatrice: Quindi non si usa fare controlli regolari?

Kiša: No. Ci sono persone...ma forse solo 5% di tutte le donne che fanno controlli, prendono la cura proprio dove si deve...

Intervistatrice: E ora vai dal ginecologo?

Kiša: Purtroppo anche adesso non vado perché...finché non ci sono problemi...non lo so...meglio che non ho problemi, ma sarebbe giusto almeno una volta all'anno...

Intervistatrice: Ma perché non vai?

Kiša: Ma perché mi sento...quella parte...come si dice...dalla ginecologia che sono a posto...Ma adesso mi passa 5 anni per la spirala e devo andare per forza! Perché dopo 5 anni già bisogna cambiarla.

Durđica ci va una volta all'anno anche due. Mi racconta però che quando era in Serbia ci andava solo quando aveva disturbi e conferma quindi quello che sosteneva Kiša: molte donne in Serbia vanno dal ginecologo solo quando ne sentono la necessità.

Durđica: ...non lo so...per me è importante, se sento qualcosa, andare...sempre penso a malattie (*ride*)...andare dal dottore, se...fare visita per... (*indica la pancia*)

Intervistatrice: Ginecologia?

Đurđica: Sì...una volta almeno in anno, o due volte sicuro...anche se non c'è disturbi, non c'è niente...

(...)

Intervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Đurđica: Sì.

Intervistatrice: Quanto spesso ci andavi?

Đurđica: Eh...quando ero ragazza...non lo so...non tanto spesso...solo quando avevo qualche disturbo...mi fa freddo e dopo, sai che...quando si raffredda e sempre fa mal di pancia o qualcosa, solo in questi casi. E dopo di nascita di mio bambino vado...non lo so...ogni 5-6 mesi...così, solo per controllo...(...)...perché è meglio...non so...fare qualcosa prima e non dopo. Quando ti senti male, forse è troppo tardi...e allora...

Bajka ha 26 anni e viene da Belgrado, non da un paesino come Kiša o da una cittadina come Đurđica. Anche lei tuttavia sembra andare dal ginecologo solo quando ne ha bisogno. In tutta la sua vita ci è andata solo due volte e ora vi andrà solo perché ne sente la necessità. Eppure afferma che è importante andare dal medico per prevenire delle malattie e mi racconta che sua madre è infermiera ostetrica e che le ha spiegato molte cose.

Intervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Bajka: ...ehh...due volte...

Intervistatrice: In tutta la tua vita sei andata due volte dal ginecologo in Serbia?

Bajka: Sì.

Intervistatrice: E ora vai dal ginecologo?

Bajka: Adesso sì.

Intervistatrice: Quanto spesso?

Bajka: Domani prima volta...perché mi è...è necessario...adesso...

(...)

Intervistatrice: Secondo te, è utile andare dal ginecologo?

Bajka: Sì, certo.

Intervistatrice: Perché?

Mediatrice per Bajka: Secondo lei...è utile per la profilassi, per fare i controlli periodici, prevenire le varie malattie,...

Tra coloro che considerano insufficiente andare dal ginecologo una volta all'anno, molte mettono in pratica le loro convinzioni. Sestra ci va addirittura ogni tre-quattro mesi e Plava si scandalizza che io abbia anche solo potuto pensare che lei non si fa fare controlli.

Inteervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Sestra: Sì.

Intervistatrice: Quanto spesso ci andavi?

Sestra: Ogni tre mesi.

Intervistatrice: E ora?

Sestra: Sì...(.)...anche così...tre-quattro mesi...così...

Intervistatrice: Scusa...avevo capito che in tutta la tua vita eri andata solo due volte dal ginecologo...

Plava: No...no...ho vent'otto anni io, devo controllare mio corpo, cosa pensi!

Baka mi confessa di vergognarsi dei ginecologi maschi ma all'infuori di lei nessuna delle intervistate ha posto questo problema. Baka racconta anche che appena arrivata, quando non conosceva bene la lingua, era suo marito, italiano, ad accompagnarla dal medico. Si ripresenta quindi, per la millesima volta, il problema linguistico, che sembra preoccupare tante donne.

Intervistatrice: Quando era in Serbia aveva un ginecologo?

Baka: Sì.

Intervistatrice: Quanto spesso ci andava?

Baka: Una volta all'anno. No gaveva scopo perché iero giovane.

Intervistatrice: E ora va dal ginecologo?

Baka: Sì. Adesso vado due volte all'anno. Certe volte anche tre, che me sento qualcosa che no va, sa come che xe...

Intervistatrice: Come si sente andare dal ginecologo, qua in Italia?

Baka: Me sento benissimo...me sento bene basta che xe femmina, se xe dottoressa, no medico...no maschio. No me piasi...me vergogno.

Intervistatrice: Qui in Italia sono bravi come in Serbia?

Baka: Sì. Anche più bravi pol darse.

Intervistatrice: Quando era appena arrivata in Italia, si faceva problemi per andare dal ginecologo? Per la lingua, perché non conosceva le strutture,...

Baka: Sì. Me portava mio marito. Però sempre de dottoressa, perché me vergognavo...iero giovane<sup>103</sup>

Anche Igra aveva affermato che due visite ginecologiche annuali erano consigliate. Tuttavia mi era sembrata poco convinta ed infatti lei dal ginecologo non ci va. Ci è andata un'unica volta perché ne aveva urgenza. Le chiedo una motivazione per questo suo comportamento e mi risponde che non ha il ragazzo e che quindi non le serve.

Intervistatrice: Avevi un ginecologo in Serbia?

Igra: No...sono andata via a 16 anni...

Intervistatrice: Ora vai dal ginecologo?

Igra: Neanche adesso...sono andata solo una volta perché avevo 17 anni, avevo problemi...tipo...da tre mesi non mi venivano mestruazioni...e così...

(...)

Intervistatrice: E perché tu non vai dal ginecologo?

Igra: Io no...perché non ho ragazzo...non ho...non è che non mi interessa...non so...magari in futuro se trovo il ragazzo, se mi sposo... vado...

Intervistatrice: Dal ginecologo è bene andare in qualunque caso, anche se non si hanno rapporti sessuali...

Igra: Sì, lo so...ma...non so...così...

---

<sup>103</sup> Intervistatrice: Quando era in Serbia aveva un ginecologo?

Baka: Sì.

Intervistatrice: Quanto spesso ci andava?

Baka: Una volta all'anno. Non aveva motivo perché ero giovane.

Intervistatrice: E ora va dal ginecologo?

Baka: Sì. Adesso vado due volte all'anno. Certe volte anche tre, se sento qualcosa che non va, sa com'è...

Intervistatrice: Come si sente andare dal ginecologo, qua in Italia?

Baka: Mi sento benissimo...mi sento bene basta che sia una donna, che sia una dottoressa, non medico...non maschio. Non mi piace...mi vergogno.

Intervistatrice: Qui in Italia sono bravi come in Serbia?

Baka: Sì. Anche più bravi può darsi.

Intervistatrice: Quando era appena arrivata in Italia, si faceva problemi per andare dal ginecologo? Per la lingua, perché non conosceva le strutture,...

Baka: Sì. Mi portava mio marito. Però sempre dalla dottoressa, perché mi vergognavo...ero giovane...

Dunja ha 55 anni e anche lei, come Igra, non andava dal ginecologo prima di sposarsi perché non aveva rapporti sessuali e benché si sia sposata a 23 anni.

Intervistatrice: Quando era in Serbia, aveva un ginecologo?

Dunja: No perché son arrivata ragazza e mi ero appena sposata in Italia...

Intervistatrice: Quanti anni aveva quando si è sposata?

Dunja: 23 anni.

Intervistatrice: Ora va dal ginecologo?

Dunja: Sì.

Intervistatrice: Quanto spesso?

Dunja: Una volta all'anno.

Ruža quando era in Serbia andava spesso dal ginecologo ma ora il suo atteggiamento è cambiato. Sembra stanca degli ospedali e degli ambulatori, ritarda le visite, va solo quando ne ha bisogno, attende che siano i medici a chiamarla,...mi chiedo se questi non le telefonassero se ci andrebbe da sola o se salterebbe tutte le visite...

Intervistatrice: Quanto spesso ci andavi (*dal ginecologo in Serbia – inc. mio*)?

Ruža: Eh...non so...qualche momento più, qualche momento meno...quando avevo bisogno vado...

Intervistatrice: Ma andavi almeno una volta all'anno?

Ruža: No...vado circa ogni 6-8 mesi...

Intervistatrice: E ora vai dal ginecologo?

Ruža: Qua io no...qua...solo quando mi chiamano...qualche visita...per pap-test o...

(...)

Intervistatrice: Ad ogni modo ti prendi cura di te, se stai male vai dal dottore?

Ruža: Eh...è un po' così...non vado subito...un po' aspetto...ma...perché io...per questi trenta anni della mia vita vado tanto da dottori...primo quando sono ragazza...operata questo questo questo...dopo quando son sposata...sono persa due figli...e dopo nato uno...però tante punture...e così...

Intervistatrice: Sei stanca dei dottori...

Ruža: Stanca...ma non si fa così...ma è così...

Per quel che riguarda il tema della prevenzione, ho voluto approfondire quello della **contraccezione**, toccando vari punti riguardanti questo argomento. Ho discusso largamente con le donne di anticoncezionali e durante le interviste mi è sembrato di percepire delle preferenze per alcuni metodi contraccettivi piuttosto che per altri. Senza pretese di generalizzazioni ma limitandomi al campione analizzato, ho suddiviso le donne per fascia d'età in quanto ho osservato delle differenze generazionali.

### *Anni 50-59*

In questa fascia d'età non sembra esistere un metodo contraccettivo comune a tutte. Tuttavia esistono grandi dubbi sull'uso della pillola, visto come un anticoncezionale pericoloso per la salute della donna perché contenente ormoni. Solo una di queste donne usa la pillola che però le è stata consigliata da un medico italiano e comunque anche lei mi ha confermato la diffidenza esistente in Serbia verso questo contraccettivo, tant'è che sia sua madre che sua sorella erano contrarie alla sua scelta.

Dunja: ...ho fatto quando...adesso ormai non ho più bisogno, però una volta usavo, sì...usavo la pillola.

Intervistatrice: La usava in Serbia?

Dunja: No, in Serbia no perché me son sposada in Serbia ma dopo semo vignudi subito qua.

Intervistatrice: Lei adesso non usa un contraccettivo?

Dunja: Adesso no me servi perché son in menopausa.

Intervistatrice: Prima invece usava la pillola.

Dunja: Sì.

Intervistatrice: Le è stata consigliata da un medico?

Dunja: Sì (*il medico era italiano – inc. mio*).

Intervistatrice: Ne ha parlato con Suo marito?

Dunja: Sì, sì.

(...)

Intervistatrice: Secondo Lei è vero che in Serbia sono un po' contrari alla pillola?

Dunja: Infatti, 'deso appena go dito che mia mamma e mia sorella iera contrarie.

Intervistatrice: Secondo Lei perché?



Dunja: No so perché...forse da una parte sempre c'è l'ormone, insomma, che può sempre influire sulla salute della donna...<sup>104</sup>

Anche Baka come Dunja si è sposata con un Italiano ed è sempre andata dal ginecologo in Italia. Tuttavia dice d'aver deciso per il profilattico da sola perché leggendo sui libri si è resa conto che gli altri metodi sono pericolosi per la salute. La signora mi ha fatto vedere i libri dai quali aveva appreso queste nozioni. Erano scritti in serbo ed erano piuttosto vecchiotti come edizioni.

Quando mi parla delle sue amiche mi dice che da giovani, appena sposate, non usavano niente, perché volevano dei figli e quindi aspettavano di restare incinte. Sembra quasi che i figli non venissero progettati da queste donne che invece attendevano come un destino la loro gravidanza e che cominciassero a usare un contraccettivo solo dopo che il numero di figli desiderati veniva raggiunto.

Intervistatrice: Lei usa un contraccettivo? O usava?

Baka: Usava. Prima con mio marito sì.

Intervistatrice: Quale?

Baka: Preservativi.

(...)

Intervistatrice: Le è stato consigliato da un dottore?

Baka: No, sola. Perché non volevo restar incinta, già fatto sola.

Intervistatrice: Perché ha scelto il profilattico e non la spirale, o le pillole,....?

---

<sup>104</sup> Dunja: ...ho fatto quando...adesso ormai non ho più bisogno, però una volta usavo, sì...usavo la pillola.

Intervistatrice: La usava in Serbia?

Dunja: No, in Serbia no perché mi sono sposata in Serbia ma dopo siamo venuti subito qua.

Intervistatrice: Lei adesso non usa un contraccettivo?

Dunja: Adesso non mi serve perché sono in menopausa.

Intervistatrice: Prima invece usava la pillola.

Dunja: Sì.

Intervistatrice: Le è stata consigliata da un medico?

Dunja: Sì (*il medico era italiano – inc. mio*).

Intervistatrice: Ne ha parlato con Suo marito?

Dunja: Sì, sì.

(...)

Intervistatrice: Secondo Lei è vero che in Serbia sono un po' contrari alla pillola?

Dunja: Infatti, Le ho appena detto che mia mamma e mia sorella erano contrarie.

Intervistatrice: Secondo Lei perché?

Dunja: Non so perché...forse da una parte perché contengono ormoni, insomma, possono sempre influire sulla salute della donna...

Baka: No, no...go paura de conseguenza su utero e su corpo...meio profilattico, sì ah!

Intervistatrice: Suo marito era d'accordo?

Baka: Sì. Lui non era contrario. Io ho parlato, lui non ha detto niente e allora...

Intervistatrice: Ha scelto Lei.

Baka: Sì, sola.

Intervistatrice: Per informarsi ha magari letto alcuni libri, riviste,...?

Baka: Anche poco libri leggevo...psicologia...e me piasì Sigmund Freud...sempre studio lui...

(...)

Intervistatrice: Lei cosa pensa dei metodi contraccettivi: pillola, spirale,...

Baka: No, no me piasì perché xe certe malattie può usare ciolendo anche con questi, no? Meio profilattico...per mi...no so per altri...

Intervistatrice: Non Le piace la spirale?

Baka: Noo...pol darse certe volte che anche hanno problemi.

Intervistatrice: E la pillola?

Baka: Pillola anche perché tutto dipende di utero e di salute de persona.

(...)

Intervistatrice: Queste idee come Le sono venute? Come è arrivata a queste conclusioni?

Baka: Perché go letto anche libri, la sa? Go letto libri de medicina, e ga dito cosa pol provocar una spirale, o pillola...drio man prender pillola no iera, ah!

(...)

Intervistatrice: E cosa usavano le Sue amiche con i loro mariti?

Baka: Usavano preservativi. Quando no gaveva fioi fazeva magari uno e spetava quando vieni.

(...)

Intervistatrice: E le Sue amiche a Belgrado?

Baka: Eh! Lore profilattico...conoso due tre, lore sempre usano profilattico...ga dito xe più comodo, no fa male...<sup>105</sup>.

---

<sup>105</sup> Intervistatrice: Lei usa un contraccettivo? O usava?

Baka: Usavo. Prima con mio marito sì.

Intervistatrice: Quale?

Baka: I preservativi.

(...)

Intervistatrice: Le è stato consigliato da un dottore?

Baka: No, ho fatto sola. Perché non voglio restare incinta, ho fatto da sola.

Intervistatrice: Perché ha scelto il profilattico e non la spirale, o le pillole,...?

Ivančica è in Italia da 12 anni ma è sempre andata dal ginecologo in Serbia. Il metodo contraccettivo che usa è la spirale e si è consigliata con il suo medico. Mi dice di aver deciso d'usarla perché non voleva essere costretta ad abortire, perché per lei è peccato, è come commettere un omicidio.

Intervistatrice: Quando era in Serbia Lei cosa pensava del controllo delle nascite? Cioè, quando una donna non vuole più avere figli, deve fare qualcosa per non rimanere più incinta?

Ivančica: Sì, prendi qualcuna medicina<sup>106</sup>, qualcosa...de noi esiste anche quello...come se ciama...spirale...io gavevo, io...bastanza...12 anche 15 anni...prima uno da 8 anni, dopo go cambiato un altro...anche io, sì...

(...)

Intervistatrice: Cosa si pensa dell'aborto nel Suo paese?

Ivančica: ...eh...si pensa come per tutto mondo penso...xe cusì...xe tutti contro...sono contra dottori, medici, ma...che qualcuna famiglia...anche questo xe...che una famiglia no ga soldi, no pol gaver fio, no pol far due, tre perché ga bisogno de più soldi...xe anche questo...sono contro, sì...anche religione no te

---

Baka: No, no...ho paura delle conseguenza sull'utero e sul corpo...meglio il profilattico, sì ah!

Intervistatrice: Suo marito era d'accordo?

Baka: Sì. Lui non era contrario. Io gli ho parlato, lui non ha detto niente e allora...

Intervistatrice: Ha scelto Lei.

Baka: Sì, sola.

Intervistatrice: Per informarsi ha magari letto alcuni libri, riviste,...?

Baka: Anche alcuni libri leggevo...psicologia...e me piace Sigmund Freud...sempre lo studio...

(...)

Intervistatrice: Lei cosa pensa dei metodi contraccettivi: pillola, spirale,...

Baka: No, non mi piacciono perché ci sono certe malattie che si possono prendere usando questi, no? Meglio profilattico...per me...non so per gli altri...

Intervistatrice: Non Le piace la spirale?

Baka: Noo...può essere che alle volte qualcuno ha anche dei problemi.

Intervistatrice: E la pillola?

Baka: Pillola anche perché tutto dipende dall'utero e dalla salute della persona.

(...)

Intervistatrice: Queste idee come Le sono venute? Come è arrivata a queste conclusioni?

Baka: Perché ho letto anche dei libri, sa? Ho letto libri di medicina, e c'era scritto cosa può provocare una spirale, o la pillola...non bisogna prendere sempre la pillola, ah!

(...)

Intervistatrice: E cosa usavano le Sue amiche con i loro mariti?

Baka: Usavano i preservativi. Quando non avevano figli ne facevano magari uno e poi aspettavano che arrivasse un altro.

(...)

Intervistatrice: E le Sue amiche a Belgrado?

Baka: Eh! Loro il profilattico...conosco due tre, loro sempre usano il profilattico...hanno detto che è più comodo e non fa male...

<sup>106</sup> La signora intendeva la pillola.

pol...perché go messo io quello...spirale...proprio per questo...perché per mi xe questo che fa, xe come mazzare qualcuno...me sento in colpa...male...no so...triste...( )...ma xe brutto...brutto...xe una...peccato diciamo noi...per mi xe...come se senti in colpa, sì...come mazzare...per mi xe cusì...<sup>107</sup>

Anche Istina andava dal ginecologo in Serbia. Sembra conoscere i vari metodi contraccettivi ma mi confessa di non aver mai usato niente perché il marito non era mai a casa e siccome si vedevano solo una volta ogni tre-quattro mesi le sembrava esagerato usare un contraccettivo.

Intervistatrice: Cosa ne pensi dei metodi contraccettivi?

Istina: Ma...è una cosa buona...pastiglie, così...uguali...

Intervistatrice: Stessi lati positivi e negativi, stessa utilità,...?

Istina: Sì...sì...( )...ma era...un altro problema...perché mio marito lavorava sempre...era fuori...ci vedevamo ogni tre-quattro mesi...ma io pensavo...prendo queste pillole per niente...una volta viene, una volta no...io no usavo...avevo aborto così...

### *Anni 40-49*

Entrambe le due donne di questo gruppo non hanno usato alcun metodo contraccettivo per parecchio tempo e Ljubav ancora adesso non utilizza niente. Dalle loro parole sembra che la spirale sia il contraccettivo maggiormente utilizzato soprattutto tra le donne sposate e con figli anche se Ljubav vuole provare a prendere le pillole.

---

<sup>107</sup> Intervistatrice: Quando era in Serbia Lei cosa pensava del controllo delle nascite? Cioè, quando una donna non vuole più avere figli, deve fare qualcosa per non rimanere più incinta?

Ivančica: Sì, bisogna prendere qualche medicina, qualcosa...da noi esiste anche quello...come si chiama...spirale...io l'avevo, io...abbastanza...per 12 anche 15 anni...prima una per 8 anni, dopo l'ho cambiata con un'altra...anch'io, sì...

(...)

Intervistatrice: Cosa si pensa dell'aborto nel Suo paese?

Ivančica: ...eh...si pensa come per tutto il mondo penso...è così...sono tutti contro...sono contro i dottori, i medici, ma...se qualche famiglia...anche questo è...se una famiglia non ha soldi, non può avere un figlio, non può farne due, tre perché ha bisogno di più soldi...c'è anche questo...sono contro, sì...anche per la religione non si può...ecco perché io ho messo quella...spirale...proprio per questo...perché per me questo è come ammazzare qualcuno...mi sento in colpa...male...non so...triste...( )...ma è brutto...brutto...è un...peccato diciamo noi...per me...mi sento in colpa, sì...come ammazzare...per me è così...

Kiša ha 42 anni e proviene da un paesino con meno di 1000 abitanti.

Afferma che bisogna parlare con un ginecologo per scegliere il metodo contraccettivo migliore per la propria salute. A suo parere in Serbia i preservativi vengono usati per lo più dai giovani per i rapporti occasionali. La sento un po' titubante all'inizio. Sembra siano poco apprezzati: "non so, forse usa...ci saranno chi usa...", quasi ad indicare che non è una pratica così diffusa.

La spirale invece è il contraccettivo più usato soprattutto dalle donne di età più avanzata mentre della pillola si diffida perché contiene ormoni.

Kiša ad ogni modo da giovane non utilizzava niente...Il motivo resta lo stesso di Istina: i rapporti con il marito erano rari.

Il suo medico secondo lei, non aveva né il tempo né la voglia di spiegarle. Fortunatamente ha iniziato a informarsi per conto proprio leggendo delle riviste e la scelta è ricaduta sulla spirale.

Intervistatrice: Tu cosa ne pensi dei metodi contraccettivi?

Kiša: Metodi...ognuno deve scegliere, parlare con ginecologo, quale metodo è migliore per quella persona. Della salute dipende...non so...loro sanno...Per tutte le persone sicuramente non va bene lo stesso tipo di contraccezione.

(...)

Intervistatrice: E usano i contraccettivi?

Kiša: Adesso giovani sì. Anche con la mia figlia parlo chiaro. Così pensano giovani che se non hanno rapporto sempre...diciamo...una relazione sempre, sono...proteggono con profilattico. Quando hanno rapporto sempre, già pensano anche le pillole...le giovani. E le mature donne, anch'io ho la spirale.

Intervistatrice: È quella più usata?

Kiša: Sì. Più usata.

Intervistatrice: E perché non la pillola?

Kiša: Perché fa male, perché sostanza degli ormoni.

Intervistatrice: E il profilattico?

Kiša: Profilattico...non lo so, forse usa...sì, ci saranno chi usa. Sicuramente. Dipende...conosco miei conoscenti con chi parlo queste cose...spirale...anche le pillole... Profilattico...adulti, chi ha una relazione sempre, no.

Intervistatrice: Quindi magari il profilattico si usa solo per i rapporti occasionali?

Kiša: Sì. Anche per proteggersi infezioni, questo.

(...)

Kiša: Cosa pensavo? Proteggermi. Io non avevo...ad esempio, io non avevo rapporti con mio marito. Forse una volta al mese. E niente, non usavo. Lui mi proteggeva. Anche dopo che sono rimasta incinta. Dopo pensavo solo che migliore cosa, che ho letto...perché più noi donne, che volevamo sapere le cose, di solito sapevamo dalle riviste...dalle riviste consigli, così di medici, tutto...riuscito capire che a me farebbe meglio la spirale, perché le pastiglie...sono dimeticosa, sai?! E perché avevo problemi un po' con ormoni già prima e dico non voglio. Anche non avevo medico con chi posso, così, parlare chiaro, tranquillo, oppure non erano disponibile...tempo per spiegare le cose, consigliare,...e per questo ho scelto sola questo, e mi trovo bene...

(...)

Intervistatrice: Quale metodo contraccettivo usavi quando eri in Serbia?

Kiša: No. Niente. Lui mi proteggeva...solo che non mi faceva andare dentro...

Intervistatrice: Usavi il coito interrotto?

Kiša: Sì, solo non sapevo come si dice.

Ljubav ha 42 anni, proviene da un piccolo paesino di contadini e la sua storia è simile. Per tutta la vita non ha usato nessun metodo contraccettivo: aveva raramente rapporti con il marito, temeva le pillole perché contengono ormoni, il profilattico non le piace, della spirale non si fidava a causa di suoi problemi di salute,...

Ora ha cambiato idea. Reputa che il suo corpo non è più quello di quando aveva 30 anni e mi confessa che l'ultimo aborto è stato troppo doloroso. Ammette d'aver sbagliato e si ripromette d'andare da un ginecologo per prendere un metodo contraccettivo.

Ljubav: Sì...ma avevo la paura del pastiglie perché sono ormoni...ma penso che ho sbagliato...altro no potevo usare...questo spirale perché sempre avevo ciste...non è pericoloso...ma non è possibile usare spirale..non avevo sempre...normale...cose normale con mio marito...perché pensavo no mi serve niente...e ogni tanto si faceva...(....)Adesso penso che posso usare le pastiglie...devo fare una analisi del sangue...primo...e penso che userò...

(...)

Intervistatrice: Adesso hai detto che vuoi usare la pillola. Questo perché qualcuno qua ti ha fatto cambiare idea o perché aveva già quest'idea prima?

Ljubav: No...perché ultima volta avevo tanti problemi (*quando ha abortito – inc. mio*) ...due mesi e mezzo ero in gravidanza e sempre stavo male...penso che adesso ho 40 anni...non è uguale come 30...è molto brutto...avevo paura...ho fatto con anestesia...era tanto brutto...e penso che è meglio...perché altro non posso usare...la spirale no...il profilattico non mi piace...solo una volta...non mi è piaciuto...molto brutto...

### *Anni 30-39*

Continuano ad emergere le diffidenze verso la pillola anche se sembra che più persone la usino rispetto a quanto affermato dalle donne precedentemente considerate. Alcune donne sono dell'opinione che la spirale sia il contraccettivo maggiormente utilizzato soprattutto dalle donne più mature.

Intervistatrice: Se una donna non vuole avere figli, cosa fa?

Ruža: Come vuole...usa contrazepzione...o va a mettere questa roba come si chiama...spirale...questa spirale ogni due donne aveva questa...

Intervistatrice: Ogni due donne in Serbia usano la spirale?

Ruža: Sì.

Intervistatrice: Le tue amiche cosa ti raccontano?

Ruža: Eh...le mie amiche...metà e metà...metà spirale, metà queste pastiglie...

Anche Lala, come già altre donne, diffida delle pillole e porta le solite motivazioni: contengono ormoni che danneggiano la salute. Lei e suo marito avevano deciso per il profilattico in Serbia. Da due anni però usa la spirale. Mi racconta che ne aveva sempre paura ma che qui ne ha parlato con il ginecologo, che l'ha rassicurata e le ha fatto cambiare idea.

Intervistatrice: Lei cosa ne pensa dei metodi contraccettivi?

Lala: ...sono tutti buoni...sicuro è meglio contraccettivo che aborto. È meglio...per me, io non ho mai provato queste pillole perché sono con...

Intervistatrice: Ormoni.

Lala: Ormoni. Io ho paura di primo giorno, mio marito sa e...accetta...usavo solo condomi.

(...)

Intervistatrice: Quando era in Serbia quindi non usava anche la spirale?

Lala: No.

Intervistatrice: Usava il profilattico?

Lala: Sì.

Intervistatrice: Quindi l'ha da poco la spirale?

Lala: Sì. Due anni.

Intervistatrice: Ha cambiato idea sui metodi contraccettivi da quando è in Italia?

Lala: Ho cambiato perché in Serbia non uso mai la spirala perché...mi ha det...non so...ho paura...

Intervistatrice: Aveva paura della spirale?

Lala: Sì, ma adesso qui...

Intervistatrice: Le ha fatto cambiare idea qualcuno? Il ginecologo?

Lala: Ma...forse sì. Sì. Ma sì, mi dà una idea, ho pensavo una settimana e dopo ho preso.

Lala conclude dicendomi che le sue amiche usano o la spirale o non prendono alcun metodo contraccettivo.

Intervistatrice: Lei con le Sue amiche parlava di contraccettivi?

Lala: Sì.

Intervistatrice: E le Sue amiche cosa usano?

Lala: ...ma...due tre hanno spirala, due tre niente...ecco.

Đurđica ha 30 anni, proviene da una cittadina e come alcune amiche di Lala non usa un contraccettivo. Mi racconta di non avere problemi di salute, di avere un ciclo mestruale normale e quindi crede sia meglio non usare niente per non rovinare la sua salute. Ogni tanto utilizza il profilattico con il marito. Ci tiene a precisare però che non lo usano perché hanno paura di qualcosa, come se il profilattico fosse usato solo per proteggersi dalle malattie.

Lei inoltre vuole un altro figlio e quindi anche se resta incinta è contenta. Le chiedo cosa farà se resterà incinta anche dopo il secondo figlio. Đurđica non crede che succederà perché non è mai accaduto per sette anni. Omette di dire però che ha già avuto un aborto.



Durđica: Sì...io non ho usato mai, ma ragazze credo adesso tutte...più o meno sì.  
(...)...guarda io ti posso dire solo per quello che si tratti di me, perché non lo so  
altre...so tante cose, so che in generale sai anche tu uguale...per me, non lo so...io  
ho un figlio, e mio marito e io vogliamo ancora un figlio o una figlia...forse è  
meglio...ma...io non uso niente perché ho...mestruazioni normale, normalissimo,  
ogni 28 giorni...questo qua...allora due-tre giorni prima e dopo possiamo fare  
tutto...questi giorni altri con più attenzione...tutto qua...(...) Io non uso. Ti ho  
detto come faccio...non lo so...non voglio...non credo...credo che è efficace per  
non restare incinta, solo che credo che sono già una donna che ha un figlio, fare  
un altro figlio va bene...benvenuto, non c'è problema, e allora non voglio tutte  
chimica, tutte cose...non mi piace...

Intervistatrice: E dopo il secondo figlio? Se resti di nuovo incinta?

Durđica: ...guarda già sette anni non ho avuto incinta perché mi fido di mio  
marito, facciamo attenzione e allora...non lo so...salute è come adesso, se sarà  
tutto a posto...non lo so...penso che sarà tutto a posto...(...) Anche ogni tanto  
facciamo questo con profilattico solo perché vogliamo cambiare qualcosa, sai!?  
(ride) Ma non perché abbiamo paura di qualcosa, no. (...)

Intervistatrice: Questa scelta l'hai fatta da sola o...?

Durđica: Sì, sì...

(...)

Intervistatrice: Tu cosa ne pensa dei metodi contraccettivi?

Durđica: Ti ho detto già...non so...preservativi sì...solo che altre cose, non tanto.  
Adesso i giovani oggi cominciano troppo presto, per me.

### *Anni 20-29*

Tra le ragazze giovani sembra che l'uso del profilattico sia quello più comune  
anche se qualcuna usa anche la pillola. Per quel che riguarda quest'ultima anche  
in questa fascia d'età si temono gli ormoni in questa contenuta.

Bajka viene dalla provincia di Belgrado. Sua mamma è infermiera ma anche lei  
teme le pillole e sempre per gli stessi motivi. Reputa che la spirale è il  
contraccettivo maggiormente usato dalle donne che hanno già avuto figli ma  
secondo lei il metodo migliore è il profilattico. Della stessa idea è anche Plava.

Intervistatrice: Cosa pensi dei metodi contraccettivi?

Mediatrice per Bajka: Bene e male.

Intervistatrice: In che senso?

Mediatrice per Bajka: Per le pillole...male, perché quelle che prendono loro, si può ingrassare, ti possono crescere i peli, avere le macchie sulla pelle, addirittura certe hanno stimolo di vomito,...tutti i ventuno giorni puoi avere senso di gonfiore, nervosismo,...anche la spirale ma come si considera da noi...anche in Serbia, appena dopo il parto, non si consiglia tanto per le donne che non hanno partorito.

Intervistatrice: Quindi le donne più giovani usano piuttosto la pillola e quelle mature la spirale...

Mediatrice per Bajka: Sì, sì...

Intervistatrice: E i preservativi?

Mediatrice per Bajka: Si è dimenticata...secondo lei i preservativi sono la roba perfetta.

(...)

Intervistatrice: Le tue amiche cosa ti raccontano?

Mediatrice per Bajka: La maggior parte delle amiche prendono le pillole.

Intervistatrice: Cosa pensi dei metodi contraccettivi? Fanno male alla salute?

Plava: No, no...è proprio sano per salute a prendere contraccettivi, tipo condom...penso che è più sano di tutti altri.

Draga è laureata e proviene da Belgrado. Mi racconta che lei usava il profilattico per gli incontri occasionali. Qui a Trieste ha trovato il ragazzo e la storia è diventata seria. Ha così deciso di parlare con il suo ginecologo, che è in Serbia, per poter prendere la pillola. Gli è stato però vivamente sconsigliato adducendo varie motivazioni e così ora continua ad usare i preservativi. Anche sua sorella l'ha consigliata in questo senso.

Draga mi conferma che la spirale la usano per lo più le donne mature. Le chiedo se è vero che in Serbia le pillole vengono poco usate. Mi conferma questa supposizione spiegandomi che probabilmente la causa saranno gli ormoni che queste contengono.

Dalle spiegazioni del ginecologo di Draga e da quelle già datomi da Đurđica, ho l'impressione che le pillole vengono consigliate solo alle ragazze che hanno irregolarità nel ciclo mestruale.

Intervistatrice: E che contraccettivo usi?

Draga: Profilattico.

Intervistatrice: Ti è stato consigliato da qualcuno?

Draga: Sì, da un medico...(...)...all'inizio l'ho scelto da sola ma anche perché non era una relazione fissa. Una volta che ho avuto un ragazzo più di cinque mesi, ho parlato con ginecologo volendo prendere magari le pastiglie e lui mi ha detto che il modo migliore per proteggersi è profilattico...e quindi dopo mi sono abituata.

(...)

Intervistatrice: Ti sei consigliata con qualche amica?

Draga: Sì, mia sorella mi ha detto usa il profilattico.

(...)

Intervistatrice: E perché hai usato il profilattico e non piuttosto le pillole? Almeno in Italia, non so in Serbia, nelle relazioni fisse tra i giovani, è più comune usare le pillole che il profilattico...

Draga: Ti dico, io volevo...però il mio medico mi ha detto che al giorno d'oggi ci sono tante di quelle malattie, tipo batteri, funghetti vari, robe del genere,...che magari non sono neanche tanto pericolosi però comunque il profilattico ti protegge completamente...pillole devi anche pensare...lui pastiglie le consiglia alle ragazze che magari hanno irregolarità, cose del genere... "tu sei regolare, quindi puoi usare profilattico, oggi hai tanta scelta"...e quindi siamo andati avanti così...

(...)

Intervistatrice: Secondo te è vero che le donne in Serbia preferiscono piuttosto la spirale...si fa cioè poco uso delle pillole?

Draga: Sì, può essere...maggiormente le donne...tipo mia mamma usa la spirale...quindi le donne più...sposate, in certa età, con i figli...tante usano le spirali...cioè, pillola si usa meno penso da noi...

Intervistatrice: Secondo te perché?

Draga: Non so. Forse per il fatto che una volta le pillole influenzavano un po' gli ormoni...ormai non è così...però ormai io sono quattro anni qua...non saprei dirti com'è adesso con la pillola...

(...)

Intervistatrice: Le tue amiche cosa pensano dei contraccettivi?

Draga: Che sono utili...servono...

Intervistatrice: E loro quali preferiscono e usano...

Draga: ...penso...mah...fifty-fifty con preservativi e pillole...

Sestra è infermiera. Ha vari problemi di salute e quindi ha provato vari metodi anticoncezionali, facendosi spedire perfino dalla zia che vive in Germania. Alla fine sembrava che avesse trovato delle pillole che non le creavano problemi di salute ma l'ho sentita un po' di tempo dopo l'intervista e mi ha raccontato che ne ha dovuto sospendere l'uso. Ora utilizza il profilattico e conta i giorni in cui può avere rapporti sessuali sicuri.

Intervistatrice: Cosa pensi dei metodi contraccettivi?

Sestra: Eh...allora io non posso prendere quasi niente...però...penso che fa bene...usarli anche non fanno tanto male...diciamo come pillola...no so...come dicono tutti fanno male...no...non è vero...

(...)

Sestra: Sì...sì...guardi io ho provato a usare anche le pillole...però...qualcosa dentro non mi va bene...ho provato anche in Serbia e ho provato anche qua...però di là usavo...ci sono tipo...non so come spiegarti...queste così rotonde che si scioglie in vagina...praticamente...che qua non ho visto...dopo ci sono anche...come si dicono...queste così piccole...come...supposte...come queste...ci sono anche...questo era di Germania, mi portava la zia...ho sempre usato qualcosa...

Intervistatrice: Quindi ti facevi spedire i contraccettivi dalla zia in Germania?

Sestra: Sì

Intervistatrice: E non usavi i contraccettivi del tuo paese?

Sestra: Sì, dopo sì...ho provato uno, l'altro...finché quel dottore non mi ha detto prendi queste che sono buone e usavo...

Igra ha 21 anni e non ha il ragazzo. Non usa e non ha mai usato un metodo contraccettivo. Anche lei però teme le pillole perché ha sentito da altre persone che possono causare disfunzioni.

Intervistatrice: Creano forse problemi?

Igra: Ma...dipende da persona a persona...ho sentito tante volte che...sì sono utili ma se non prendi quelle giuste...le pillole...sì...non so...non male...disfunzioni...

Con Majka ho avuto un colloquio molto particolare. Majka ha 23 anni, è sposata ed è incinta. Mi dice che non tutte le sue amiche usano degli anticoncezionali. L'ho provocata insinuando che forse usano l'aborto come metodo contraccettivo. Ingenuamente mi ha risposto negativamente spiegandomi che non erano ancora rimaste incinte. Mi domando cosa mi avrebbe risposto se invece lo fossero state...

Majka aggiunge poi che secondo lei metà delle donne in Serbia usano l'aborto, metà i contraccettivi. È una risposta che mi stupisce molto vista l'età della ragazza. Non credo che in Italia una ragazza di 20 anni avrebbe mai dato una risposta in modo così sicuro se non avendo visto tra le sue amiche diverse interruzioni di gravidanza.

Majka conclude dicendomi che i contraccettivi non fanno bene alla salute ma che comunque sono utili per proteggersi.

Intervistatrice: In Serbia si fa uso dei contraccettivi?

Interprete per Majka: Sì, usano.

Intervistatrice: Le tue amiche cosa ti raccontano?

Interprete per Majka: Non tutte...qualche...

Intervistatrice: I contraccettivi. E le altre cosa fanno, l'aborto?

Interprete per Majka: No...non erano ancora incinta...

Intervistatrice: Forse non avevano ancora rapporti con il ragazzo...

Interprete per Majka: Ma sì...avevano...però non sono rimaste incinte...

Intervistatrice: Secondo te in percentuale si usa di più l'aborto o i contraccettivi?

Interprete per Majka: Lei dice che non sa...metà e metà...

Intervistatrice: Cosa pensi dei metodi contraccettivi?

Interprete per Majka: Lei dice che non è proprio...bene per salute però che è una protezione buona.

Dopo aver chiesto cosa ogni donna pensava dei vari metodi contraccettivi mi è sembrato doveroso domandare da chi o dove avessero appreso le notizie in loro possesso. Solo due donne mi hanno riferito di non aver mai ricevuto alcun tipo

di consiglio o spiegazione. Hanno sentito qualcosa dai discorsi che faceva la gente ma non c'è stato nessuno che abbia veramente perso del tempo per risolvere i loro dubbi.

Igra ha 21 anni, proviene da una cittadina e afferma che nessuno nella sua vita le ha mai spiegato niente né sui contraccettivi né sull'aborto.

Intervistatrice: Qualcuno in Serbia ti ha mai spiegato pro e contro dei vari metodi contraccettivi e dell'aborto?

Igra: No...

Intervistatrice: Neppure un medico?

Igra: No...

Intervistatrice: E a scuola?

Igra: Niente...zero...

Kiša ha invece 42 anni ma neppure a lei nessuno ha raccontato niente. Il metodo contraccettivo l'ha scelto da sola informandosi e leggendo nelle riviste ma dopo non aver usato niente per anni ed essere passata per un'interruzione di gravidanza. Nelle sue parole si percepisce una grande solitudine: non si consigliava con le amiche, non ne parlava con il marito, con sua madre non toccava questi argomenti,...

Intervistatrice: Mi dici che adesso usi la spirale. Ti è stato consigliato da un medico?

Kiša: No. Sola. Sola mi informavo perché non usavo niente. Prevenire che non succede qualcosa perché ho cambiato la vita. Prima non avevo rapporto...così, una volta al mese...allora, non si usava niente, non usavo. Adesso ho un rapporto e ho scelto questo che è il migliore per me...

Intervistatrice: Quindi hai deciso da sola?

Kiša: Sì, ho scelto da sola. Nelle riviste mi informavo, così...

Intervistatrice: Ne hai parlato con qualche amica?

Kiša: No. Solo sentivo in giro...non per me...solo in generale si parlava...cosa si fa, come, chi si protegge...

Intervistatrice: L'hai scelto assieme al tuo compagno?

Kiša: No. Prima di lui, sai. Sola, sola scelgo. Queste cose sola scelgo.

(...)

Intervistatrice: Ma come ti è venuta questa idea se tua madre non ne parlava, il ginecologo non ti spiegava e a scuola nessuno diceva niente?

Kiša: Leggevo su qualche giornale, rivista, sempre. Volevo informarmi. Proteggermi. Riuscito a capire. Io non stavo mai bene con miei amici, con le donne, con le altre. Sempre guardavo sola, combattere sola...sì, consigliare con altri, ma sempre che decido sola cosa faccio. Scelgo la strada sola e decido io, per prevenire le cose, per tutto.

A prescindere però dalle due testimonianze sopra esposte, il mezzo attraverso il quale le donne di tutte le generazioni hanno acquisito nozioni e informazioni sui contraccettivi, è attraverso le confidenze con le proprie sorelle o amiche. Più difficile il rapporto invece con la madre soprattutto per le donne più mature. Ivančica, Baka e Dunja, infatti, hanno più di 50 anni e appartengono ad una generazioni in cui non era comune parlare di certi argomenti con la propria madre. Esistevano dei tabù, ci si vergognava di parlare di certe cose, addirittura, come ci racconta Ivančica, non bisognava farsi vedere dai propri familiari, anche se erano i propri figli, mentre ci si spogliava o ci si cambiava d'abito.

Anche la morale era molto diversa da quella d'oggi. Baka e Dunja ricordano che le uniche raccomandazioni ricevute in famiglia erano di non avere rapporti sessuali prima del matrimonio. Dunja ha cominciato a parlare apertamente con la madre solo dopo essersi sposata.

Tutte e tre però si consigliavano con le proprie amiche o coetanee. Le informazioni passavano e assieme a queste probabilmente molte credenze e pregiudizi.

Intervistatrice: Sua madre Le aveva spiegato come fare a non avere bambini?

Ivančica: All'epoca no...no...no se parlava mai de questo...

Intervistatrice: E con Sua nonna?

Ivančica: Nooo. Prima xe cusì...prima no...perché con noi anche quando una mamma vol vestirse, cambiarse...xe sempre...no se cambia mai vicino de genitori...davanti...sempre per noi xe una vergogna...no so...i disi devi avere un poco de rispetto...se te devi cambiar devi andar via...mi mai davanti mio fio...per

noi xe cusì...de bagno, de mare, sì...ma de casa no...xe cusì...xe una nostra...religione...ma deso xe diverso...

Intervistatrice: Con le Sue amiche parlava?

Ivančica: Sì, con le amiche sì...

Intervistatrice: E cosa si diceva?

Ivančica:...quando domando quando una xe più vecchia “Come xe?”, quando venga questo...prima mestrazione...come xe...cusì...con amiche sì...perché cusì quando sono con miei anni, una due anni de più...

Intervistatrice: Ci si consigliava?

Ivančica: Sì, si consiglia...(...)...mie amiche...sono...più de queste che prende qualcuna medicine<sup>108</sup>, qualcuna anche fa che sta attenta,...xe cusì...<sup>109</sup>

Intervistatrice: Parlava con Sua madre su come fare per non avere bambini?

Baka: Mia mamma ga dito de stavimo atente, e tutta questa roba qua...e cusì...no me ga dito de preservativi però ga dito che no vado subito con un omo...sa come che xe...iera tempi vecchi...no iera come adesso. Magari poco bacetti, amori cusì, ma no aver rapporti sessuali...

Intervistatrice: E con Sua nonna? Ne parlava?

Baka: Nooo, nonna no parlava, nonna no parlava perché nonna se ga sposà vergine e con noi no esisteva ste robe qua (...)

Intervistatrice: C'erano dei tabù?

Baka: Sì, tabù che no te podevi far.

Intervistatrice: Con le Sue amiche ne parlava?

---

<sup>108</sup> Per medicine la signora intende pillole.

<sup>109</sup> Intervistatrice: Sua madre Le aveva spiegato come fare a non avere bambini?

Ivančica: All'epoca no...no...non si parlava mai di questo...

Intervistatrice: E con Sua nonna?

Ivančica: Nooo. Prima era così...prima no...perché da noi anche quando una mamma vuole vestirsi, cambiarsi...sempre...non si cambia mai vicino ai suoi genitori...davanti...sempre, per noi è una vergogna...non so...si dice che si deve avere un po' di rispetto...se ci si deve cambiare bisogna andare via...io mai davanti mio figlio...per noi è così...per il bagno, al mare, sì...ma a casa no...è così...è la nostra...religione...ma adesso è diverso...

Intervistatrice: Con le Sue amiche parlava?

Ivančica: Sì, con le amiche sì...

Intervistatrice: E cosa si diceva?

Ivančica:...quando c'era una più vecchia di me domandavo: “Come funziona?”, quando viene questo...la prima mestrazione...com'è...così...con le mie amiche sì...quando erano mie coetanee, o avevano due anni di più...

Intervistatrice: Ci si consigliava?

Ivančica: Sì, ci si consigliava...(...)...le mie amiche...sono...per lo più prendono qualche pillola, qualcuna sta attenta,...è così...



Baka: Sì, però mie amiche in Belgrado no fazeva sta robe. O se sposava o no andava a rapporti sessuali, mia età...no se usava, sa...<sup>110</sup>

Intervistatrice: Cosa Le diceva (*sua madre – inc. mio*)?

Dunja: ...ero una ragazza a posto, non avevo problemi. Prima de sposarme non gavevo rapporti, però son stada indicada bene.

(...)

Intervistatrice: E Sua nonna?

Dunja: Eh...mia nonna no...no se parlava...era più riservata!

(...)

Intervistatrice: In Serbia qualcuno Le aveva mai spiegato i lati positivi e negativi dei vari metodi contraccettivi?

Dunja: Sì, sì, perché dopo anche mi vado ogni anno in Serbia, insomma, dopo da sposata anche parlavo con mia sorella e mia mamma e tutto. I miei iera un poco contrari alla pillola...pensava che era meio la spirale o qualcosa altro.<sup>111</sup>

Kiša, 42 anni, e appartiene a una generazione successiva ma neppure lei si confidava con sua madre. Kiša mi racconta che non solo non si poteva parlare di

---

<sup>110</sup>Intervistatrice: Parlava con Sua madre su come fare per non avere bambini?

Baka: Mia mamma mi diceva di stare attenta, e tutte queste cose qua...e così...non mi diceva dei preservativi però mi diceva di non andare subito con un uomo...sa come è...erano altri tempi...non era come adesso. Magari ci si dava dei bacetti, amori così, ma non rapporti sessuali...

Intervistatrice: E con Sua nonna? Ne parlava?

Baka: Nooo, nonna non parlava, nonna non parlava perché la nonna si è sposata vergine e con noi non esistevano queste cose (...)

Intervistatrice: C'erano dei tabù?

Baka: Sì, tabù che non si potevano fare.

Intervistatrice: Con le Sue amiche ne parlava?

Baka: Sì, però le mie amiche a Belgrado non facevano queste cose. O si sposavano o non avevano rapporti sessuali, quelle della mia età...non si usava, sa...

<sup>111</sup> Intervistatrice: Cosa Le diceva (*sua madre – inc. mio*)?

Dunja: ...ero una ragazza a posto, non avevo problemi. Prima di sposarmi non avevo rapporti, però sono stata indicata bene.

(...)

Intervistatrice: E Sua nonna?

Dunja: Eh...mia nonna no...non si parlava...era più riservata!

(...)

Intervistatrice: In Serbia qualcuno Le aveva mai spiegato i lati positivi e negativi dei vari metodi contraccettivi?

Dunja: Sì, sì, perché dopo anch'io andavo ogni anno in Serbia, insomma, dopo da sposata parlavo anche con mia sorella e mia mamma e tutto. I miei erano un po' contrari alla pillola...pensavano che era meglio la spirale o qualcos'altro.

contraccettivi in famiglia ma che addirittura si nascondeva e ci si vergognava dell'arrivo delle prime mestruazioni.

Intervistatrice: Cosa ti diceva tua madre sulla contraccezione?

Kiša: Niente. Niente. Come una volta non si parlava, si vergognava anche dire quando avevo prima mestruazione...nascondevo. Brutta cosa ma è così.

Intervistatrice: Quindi non sai cosa pensava tua mamma dei contraccettivi?

Kiša: No.

Intervistatrice: Tanto meno tua nonna...

Kiša: Uh...figurati! Non si parlava quelle cose. Si nascondevano sempre nella famiglia.

Lala e Đurđica appartengono alla generazione dei 30enni. La mamma di Lala le raccontava qualcosa riguardo la contraccezione, ma non tutto e non apertamente. Gli insegnamenti ricevuti sono simili a quelli dati a Baka e Dunja: meglio non avere rapporti sessuali prima del matrimonio. E così lei ha fatto anche se da quando è in Italia ha cambiato modo di vedere le cose.

Intervistatrice: Sua madre Le aveva detto qualcosa riguardo a come non avere figli? Le aveva spiegato?

Lala: ...no tanto.

Intervistatrice: E Sua nonna?

Lala: No! Mamma, ecco così, metà e metà ma no tutto e no direttamente.

Intervistatrice: Con le Sue amiche ne parlava?

Lala: Sì.

Intervistatrice: E cosa dicevate?

Lala: ...molto importante...ma io non ho bisogno per parlare perché...mio ragazzo, mio marito pensiamo stesso, perché mia famiglia e famiglia di mio marito sono poco più di conservativi...primo di sposare niente! Ecco, così! E così era.

Intervistatrice: Quindi Lei pensa che non bisognerebbe avere rapporti prima del matrimonio.

Lala: ...ma no, non penso...io pensavo, io pensavo ma due anni fa no penso più così, ma io pensavo "primo di sposare, no! Niente!"...ecco.

Intervistatrice: E dopo sposati?

Lala: Ma...anche pensavo, ma un anno, due anni fa io penso altro perché conosco tante amiche mie qui, hanno problemi con ragazzi e anche...con i figli...e perché penso altre ma io ho grande paura di miei bambini.

Durđica, pur appartenendo alla stessa generazione di Lala ha avuto un'altra educazione. Con sua madre parlava di tutto e le esponeva qualsiasi dubbio le venisse. Aveva invece vergogna del padre. Racconta che con le sue amiche si confidava e ribadisce, come già precedentemente, che secondo lei non bisognerebbe usare le pillole da giovani perché gli ormoni creano danni alla salute. Lei infatti non le usa ma non usa neppure nessun altro tipo di contraccettivo.

Intervistatrice: Parlavvi con tua madre di contraccezione?

Durđica: Sì.

Intervistatrice: E cosa ti diceva?

Durđica: Con mia madre...avevo una bellissima infanzia...avevo aperta la porta con mia madre, le dicevo tutto, tutto, tutto...le ho detto che voglio fare queste cose, che dobbiamo andare a ginecologo, questo...normale...

Intervistatrice: Quindi ne parlavvi con tua mamma.

Durđica: Sì tutto...con papà niente!

Intervistatrice: No?

Durđica: No perché avevo paura, perché mi vergogno, sai...normale...penso...non lo so...per me è normale!

(...)

Intervistatrice: Con le tue amiche ne parlavvi?

Durđica: Sì.

Intervistatrice: E cosa si diceva?

Durđica: Eh...quando sei giovane tanto...fare normale, prendere tutte queste cose...adesso penso che più o meno...anche se usano tanti anni è troppo...si può.....

Intervistatrice: ...fa male...

Durđica: Sì. Tipo ormoni...tutto qua...

Draga, 28 anni, parlava apertamente con la madre e affiancava i suoi consigli a quelli delle sue amiche e di sua sorella. Lo stesso vale per le altre ragazze della

sua generazione. Sembra infatti che i rapporti madre-figlia siano maggiormente liberi e confidenziali anche se le amiche rimangono un punto di riferimento essenziale.

Intervistatrice: Tua madre ti aveva detto qualcosa riguardo a come evitare di avere bambini?

Draga: Sì, mia madre mi aveva spiegato come si...quali modi esistono per evitare i figli.

Intervistatrice: E tua nonna?

Draga: No. Cioè, mia nonna parla dei figli ma non ho mai parlato con mia nonna su come si fa a non avere figli.

Intervistatrice: Con le tue amiche ne parlavi?

Draga: Con le mie amiche, con mia sorella di più ancora.

Intervistatrice: E cosa si diceva?

Draga: Si parlava di preservativi, si parlava così, ho saputo dei vari contraccettivi. (...)

Intervistatrice: E con tua madre ne parlavi?

Draga: Sì, non era un tabù tra di noi.

Intervistatrice: E cosa ti diceva?

Draga: Cosa mi consigliava...ovviamente mi consigliava sempre di proteggermi...

Solo con Kiša, Bajka e Ruža ho parlato di educazione sessuale nelle scuole. Tutte sembrano poco aggiornate ma concordano nel ritenere che gli insegnamenti impartiti sono insufficienti. Bajka inoltre sostiene che a causa della poca informazione che viene offerta, il mezzo d'apprendimento più comune è il passaparola con tutti i problemi che questo metodo porta con sé.

Intervistatrice: Ma a scuola non se ne parlava?

Kiša: ...no...quella volta non si faceva...

Intervistatrice: Ora credi che si faccia educazione sessuale?

Kiša: ...penso di no...solo scuola superiore si fa...sì, si faceva scuola superiore ma già è tardi, quando vai a scuola superiore hai 15-16 anni...meglio già prima...

Intervistatrice: Mi è stato detto che a scuola si fa un po' di educazione sessuale.

Ruža: Questo non sapevo perché sono qua...ma...poco...anche poco...non so...cosa posso dire...per queste ragazze di là in Serbia...

Intervistatrice: A scuola non si fa educazione sessuale? Non si spiegano ai ragazzi le basi per una prevenzione di base generale?

Mediatrice per Bajka: No, sessuale no, ma ultimi due anni della scuola elementare, che sono settima-ottava classe, ce l'hai biologia come la materia...ce l'hai chimica, biologia, fisica...(...)

Intervistatrice: Ma quindi a questi ragazzi chi spiega come usare i vari metodi contraccettivi?

Mediatrice per Bajka: Sentono da altre amiche...sempre quel passaparola...

Intervistatrice: Così però si trasmettono anche pregiudizi, false credenze,...

Mediatrice per Bajka: Eh sì...

Come naturale alcune donne intervistate sono state informate dai loro medici o ginecologi sui problemi che i vari metodi contraccettivi possono causare e sui lati positivi di questi. Tuttavia per altre donne, non è così scontato che il loro medico abbia dato loro spiegazioni.

Durđica cerca di ricordare, ma sono passati molti anni e proprio non riesce a ricordare.

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato i pro e i contro dei vari metodi contraccettivi?

Durđica: Non mi ricordo...credo che sì, solo che era troppo...non lo so, forse dieci anni fa, forse anche più...non ricordo, guarda.

Kiša ribadisce come già detto precedentemente, che il suo ginecologo non le ha mai spiegato niente perché, mi racconta, i medici pubblici ti spiegavano le cose solo se tu glielo chiedevi e si poteva trovare competenza e gentilezza solo da quelli privati che però bisognava pagare. Kiša aggiunge poi che lei subiva molte discriminazioni, anche in ambito sanitario, a causa delle sue origini ungheresi.

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato i pro e i contro dei vari metodi contraccettivi?

Kiša: No. Era una donna ma davvero era antipatica. Anche non voleva spiegare. Anche erano nazionalisti: ero Ungherese, ho vissuto in Serbia, e sempre guardano che siamo minoranza...come si dice...guardano nome e cognome...

Intervistatrice: Vi trattavano diversamente?

Kiša: Sì, sì. Facevano. Si guardava tanto.

Intervistatrice: E non potevi andare da un ginecologo ungherese?

Kiša: Non avevo bisogno. Se forse avevo bisogno, qualche problemi, sicuramente sceglievo anche privato. Solo privato potevi avere anche gentilezza e pagare...Per fortuna sono sana parte della ginecologia.(...)...e se la donna pretende perché...più di tanto non vogliono consigliare...non consigliano niente finché non succede, non chiedi...se non chiedi non...

Intervistatrice: ...non ti dicono...

Kiša: No. Non consigliano niente.

Ruža come Kiša afferma che le informazioni in suo possesso le ha acquisite da sola. Il suo medico non le ha mai dato spiegazioni ma delegava a lei la scelta del metodo contraccettivo da usare in base alle sue preferenze personali.

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato pro e contro dei vari metodi contraccettivi?

Ruža: No...no...io sola guardavo...robe scritte...sentito da qualche amica questo, da altre questo...e...

Intervistatrice: E il ginecologo non ti spiegava?

Ruža: Non mi spiegava...dice...è tua voglia...

Intervistatrice: Fai come vuoi...

Ruža: Fai come vuoi...

Anche Sestra ha avuto un medico che non le dava informazioni. Per fortuna poi ne ha trovato un altro più disponibile.

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato pro e contro dei vari metodi contraccettivi?

Sestra: Allora...primo non diceva niente...invece secondo era mio professore di ginecologia...così...*(Sestra è infermiera – inc. mio)*

Anche Draga, belgradese, sembra che abbia ricevuto informazioni dal suo ginecologo solo dopo avergli chiesto informazioni esplicitamente.

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato i pro e i contro dei vari metodi contraccettivi?

Draga: Di quelli che gli ho chiesto cioè non...cioè di spirala, di pillola, di profilattico...mi ha spiegato...(.)...cioè io sono andata in un momento da lui e ho detto vorrei usare pillole perché vedo che tante ragazze praticamente...mie coetanee usano... qua ero già...e lui mi ha detto “Ma no, perché...” e dopo ci siamo messi a chiacchierare e mi ha spiegato tutto...cioè, come pensa lui...dopo mi sono fidata...

Abbiamo già visto come sia Kiša che Ruža si siano informate sui metodi contraccettivi da sole, leggendo delle riviste. Kiša sostiene che le donne che volevano istruirsi su questi argomenti trovavano i mezzi. Anche Plava ci racconta d’aver appreso già da ragazzina varie nozioni dai giornali per adolescenti. Secondo Lala però se ne parla ancora troppo poco.

Ruža: No...no...io sola guardavo...robe scritte...sentito da qualche amica questo, da altre questo...e...

Kiša: (...) Dopo pensavo solo che migliore cosa, che ho letto...perché più noi donne, che volevamo sapere le cose, di solito sapevamo dalle riviste...dalle riviste consigli, così di medici, tutto...riuscito capire che a me farebbe meglio la spirale...

Plava: Eh...sì...sì...però io non ho chiesto mai perché leggo...esistono certi giornali per salute...proprio per salute...per tutto...per tutti parti di corpo...eh...come Piccolo, sì...ma non proprio come Piccolo<sup>112</sup>...come si dire...adolescente...come si dire...ragazzo fra 12 anni...eh...e molto spesso anche mia madre mi ha spiegato qualche cose...eh, certo che ginecologo ti spiega, anche altre...però sapevo già...

Intervistatrice: In Serbia, si parla nei giornali, in Tv, di contraccezione?

Lala: Sì c’è, ma ancora è poco.

---

<sup>112</sup> Quotidiano di Trieste.

Ho voluto indagare quale ruolo occupa il **compagno** all'interno della coppia per quel che riguarda la scelta e l'uso di un metodo contraccettivo. Sono cioè scelte indipendenti, quelle che fanno queste donne, o è una decisione condivisa e discussa con il marito o il proprio ragazzo?

Lala, Draga e Plava scelgono assieme al compagno. Loro hanno più voce in capitolo perché, secondo loro, l'uso del contraccettivo le riguarda di più, però con il marito c'è uno scambio d'idee e d'opinioni. Sembrano coppie molto equilibrate nelle quali marito e moglie sono allo stesso livello. Tutte e tre usano o usavano il profilattico a dimostrazione che il marito o il compagno non reputa la contraccezione un argomento solo femminile ma che anche la sua partecipazione è necessaria.

Lala: Io no, io ho una spirala.

(...)

Intervistatrice: Ne ha parlato con Suo marito?

Lala: Sì, come no!

Intervistatrice: Lui era d'accordo?

Lala: Sì, come no!

(...)

Intervistatrice: Con Suo marito parla di contraccettivi?

Lala: Sì.

Intervistatrice: E lui cosa ne pensa?

Lala: ...cose più meglio di altro ma lui pensa cosa io voglio perché io devo usare, non lui!

Intervistatrice: Chi decide quale contraccettivo usare?

Lala: Insieme, normale.

Intervistatrice: Se devi scegliere un dato metodo contraccettivo o se abortire, chi decide? Tu, tuo marito, assieme...?

Plava: No...proprio assieme...certo!...

Intervistatrice: Ne hai parlato con tuo compagno?

Draga: Sì.

Intervistatrice: E lui era d'accordo?



Draga: Lui all'inizio non era d'accordo e dopo si è abituato. Ovviamente volevamo usare qualche protezione e quindi...all'inizio ha detto "ma no, sti preservativi, no"...ma alla fine si è abituato...

(...)

Intervistatrice: Con il tuo compagno parli di contraccettivi?

Draga: Sì.

Intervistatrice: E lui cosa ne pensa?

Draga: Che sono utili...quindi come me...cioè, non farebbe amore neanche una volta senza...se non ha messo idea di far figlio!

Intervistatrice: Chi decide quale metodo contraccettivo usare?

Draga: Ma abbiamo deciso insieme...perché l'idea, per esempio quella di prendere le pillole era in comune...abbiamo parlato, mi ha detto "perché non prendi pillole", dopo io ho parlato con mio ginecologo e ho detto "guarda io ho parlato con mio ginecologo, mi ha consigliato profilattico, andiamo avanti con profilattico"...alla fine siamo rimasti d'accordo tutti e due che andava bene così...

Đurđica, Kiša e Ljubav affermano invece che la scelta del contraccettivo debba riguardare solo loro. Magari ne possono parlare con il marito ma l'ultima scelta è sempre la loro. Tutte e tre non usano un metodo contraccettivo. Solo Kiša e Ljubav hanno deciso di usare un metodo anticoncezionale ma solo dopo anni in cui non hanno usato nulla.

Intervistatrice: Ne hai parlato con tuo marito (*nella scelta di non usare un contraccettivo – inc. mio*)?

Đurđica: Sì, sì, sì...

Intervistatrice: Avete scelto insieme.

Đurđica: Sì, sì, sì. Per queste cose...questo che io dico, perché io sento, se mi fa male o non mi fa male o come mi sento...sai...io dico sì, mio marito è d'accordo, se io dico no, comunque è d'accordo...perché si tratta di me...sai...

Intervistatrice: Non hai mai pensato di usare un profilattico?

Đurđica: No. Perché non mi piace, perché credo in mio marito, e così...

(...)

Intervistatrice: Parli di contraccettivi con tuo marito?

Đurđica: No.

Intervistatrice: Non sai cosa ne pensa lui?

Durđica: ...se io voglio prendere qualcosa non c'è problema. Anche ogni tanto facciamo questo con profilattico solo perché vogliamo cambiare qualcosa, sai!?

(ride) Ma non perché abbiamo paura di qualcosa, no.

Intervistatrice: Chi decide quale metodo contraccettivo usare?

Durđica: Ma non usiamo niente.

Intervistatrice: Ok. Ma la decisione di non prendere niente da chi è stata presa?

Durđica: Io.

Intervistatrice: Quindi decidi tu quale metodo contraccettivo usare?

Kiša: Sì. Lui sempre mi dice che io sono la donna e io conosco mio corpo oppure che consiglio io con medico. Lui non ha niente contro di me perché non vogliamo figli. È giusto che scelgo migliore, quale va bene a me.

Intervistatrice: E quando eri sposata con tuo marito, chi sceglieva?

Kiša: Decidevo io sempre.

Intervistatrice: Non decidevate assieme? Non ne parlavate?

Kiša: Sì, abbiamo parlato perché ero malata di sclerosi multipla che meglio che non uso niente. Molto rare...non avevo spesso rapporto...è meglio che lui mi protegge...

Intervistatrice: Quanto influisce tuo marito o il tuo compagno nelle tue decisioni contraccettive?

Ljubav: Sono io che decido...sì...anche per bambine mio marito non voleva due bambine, voleva solo una, io volevo due e... *(ora hanno due figli – inc. mio)*

Nelle parole infine di altre donne sembra che ci sia da parte dell'uomo un certa indifferenza. Talvolta consiglia, il più delle volte accetta, più spesso delega alla compagna la scelta forse perché si reputa la contracccezione un affare solo della donna.

Intervistatrice: Mi diceva che usa la spirale...

Ivančica: Sì.

Intervistatrice: Chi gliel'ha consigliata?

Ivančica: Il medico.

Intervistatrice: Magari gliel'ha consigliata anche un'amica o ne ha parlato con Suo marito?

Ivančica: Sì, anche con marito ma più de tutti parlavo con medico.

(...)

Intervistatrice: Parla di contraccettivi con suo marito?

Ivančica: Ma certo!

Intervistatrice: Lui cosa ne pensa?

Ivančica: Una volta dà un consiglio, una volta dizi come te vol, no? Te va de medico, te domandi...

Sestra: Allora...(...)...lui lascia a me...che lui sa che io so di più, allora lui mi lascia quello che scelgo io...

Mediatrice per Bajka: Lui è d'accordo con lei. Lei sceglie e lui è d'accordo con lei.

Igra: Sì...i preservativi proprio non li vuole nessuno...o fai da sola...ti proteggi da sola...o niente...(...) Io...io come adesso non ho il ragazzo...ma in generale i ragazzi...non...non gli interessa...gli interessa poco...

Dal momento che, come vedremo più avanti, alcune operatrici sanitarie da me intervistate reputavano che molte donne dell'est usino l'interruzione di gravidanza per regolare le nascite, ho voluto chiedere a queste donne che significato avesse per loro e nel loro paese il **controllo delle nascite**. Alcune donne hanno sostenuto che in Serbia l'aborto è spesso usato per regolare le gravidanze, ma nessuna di loro ha detto di usare personalmente l'IVG a questo scopo.

Molte donne e ragazze considerano di fondamentale importanza poter progettare, programmare la propria vita. Il controllo delle nascite è indispensabile e deve essere fatto con l'ausilio di un metodo contraccettivo. Può capitare che una donna resti incinta e a quel punto si può ricorrere all'interruzione di gravidanza, ma sono casi eccezionali. La cosa migliore è prevenire.

Intervistatrice: Cosa si pensa del controllo delle nascite nel Suo paese?

Dunja: Penso che xe una roba che bisogna proprio far.

Intervistatrice: Quindi contraccezione?

Dunja: Sicuro! Sicuro al 100%.

Draga: (...) un figlio è un progetto, non viene così che capita, per caso. Comunque si controllano le nascite in generale, le donne progettano i figli, le coppie progettano i figli...non è che capita...cioè, sicuramente c'è chi a cui capitano i figli però in generale c'è un progetto, un'idea. (...)...Una roba che devi decidere in un momento...adesso voglio avere figli, con il tuo compagno, una decisione in comune, adesso voglio un figlio e allora hai figli...altrimenti no.

Intervistatrice: Come si regolano le nascite nel tuo paese? Se una donna vuole o non vuole avere figli cosa fa?

Bajka: Se una signora non vuole avere i figli usa anticoncezionali. Se per caso succede che rimane incinta può fare anche IVG.

(...)

Intervistatrice: Secondo te per regolare le nascite si usano più i contraccettivi o si abortisce di più?

Bajka: Più contraccettivi.

Intervistatrice: Secondo Lei bisogna controllare le nascite? Cioè, fare qualcosa per regolare le nascite, per programmare quando avere o non avere un figlio?

Lala: Sì, sì. Ma come no! Deve programmare tutto.

Intervistatrice: Lo pensava anche prima, quando era in Serbia?

Lala: Sì, come no!

Secondo l'opinione di altre donne sembra che la pratica dell'aborto in Serbia sia usata non solo in casi eccezionali ma spesso anche per regolare le nascite. Reputano necessario l'uso dei contraccettivi ma sembra che la pratica abortiva sia molto comune nel loro paese. Alla domanda se si usano più gli aborti o i contraccettivi, molte donne mi rispondono l'aborto.

Intervistatrice: Quando era in Serbia pensava che bisogna controllare le nascite?

Baka: Eh sì, ah. Bisogna controllare le nascite!

Intervistatrice: Come?

Baka: Con profilattico. (...)...anche quando son giovane voglio solo un figlio.

(...)

Intervistatrice: E come mai solo un figlio?

Baka: Ah! Un figlio solo, così...perché... no so...

Intervistatrice: È sufficiente?

Baka: Per me sufficiente...no so per altri...son sempre di questa idea...<sup>113</sup>

Intervistatrice: Come si regolano le nascite nel tuo paese? Se una donna non vuole avere figli, cosa fa?

Ljubav: ...fa...aborto...è libero...tutto...

Intervistatrice: Si fa uso dei contraccettivi?

Ljubav: Ma sì...sì...come no...io no ho usato mai...

(...)

Intervistatrice: Secondo te in percentuale si usa di più l'aborto o i contraccettivi?

Ljubav: Secondo me...più aborto...

Igra ha solo 22 anni e proviene da un piccolo paese. Mi dice che spesso succede che le ragazze giovani restino incinte. Secondo lei i contraccettivi si usano poco e le interruzioni di gravidanza sono una pratica molto in uso, anche tra le ragazze. Detto da una ragazza così giovane ci si verrebbe da domandare da dove ha ricavato queste opinioni e quante delle sue amiche ha visto abortire.

Intervistatrice: Come si regolano le nascite nel tuo paese?

Igra: Dipende...donne sposate...perché vogliono i figli...ma tante volte succede così...succede che rimane incinta e poi alla fine...nasce bambina...

Intervistatrice: Ma se una donna non vuole avere figli, cosa fa?

Igra: Se è incinta...fa...aborto...

Intervistatrice: Si fa uso dei contraccettivi?

Igra: Ma...raramente...

(...)

---

<sup>113</sup> Intervistatrice: Quando era in Serbia pensava che bisogna controllare le nascite?

Baka: Eh sì, ah. Bisogna controllare le nascite!

Intervistatrice: Come?

Baka: Con profilattico.(...) ...anche quando ero giovane volevo solo un figlio.

(...)

Intervistatrice: E come mai solo un figlio?

Baka: Ah! Un figlio solo, così...perché... no so...

Intervistatrice: È sufficiente?

Baka: Per me è sufficiente...non so per altri...sono sempre di questa idea...

Intervistatrice: Secondo te, in Serbia, si usano più i contraccettivi o l'aborto per regolare le nascite?

Igra: Ma...non so...tanti anche aborti...soprattutto le ragazze...giovani...

Anche secondo Sestra, 27 anni, l'aborto è più usato che i contraccettivi. Non ricorda che le sue amiche in Serbia usassero degli anticoncezionali e sostiene che questi vengono usati maggiormente dalle donne più mature.

Intervistatrice: Come si regolano le nascite nel tuo paese? Se una donna non vuole avere figli, cosa fa?

Sestra: Basta che va dal ginecologo...prende...quella...richiesta...va di là, paga e basta...e fa aborto...se vuole...prima di tre mesi...dopo di tre mesi certo che serve quel consultorio perché è ancora più grave per fare aborto...

(...)

Intervistatrice: Si fa uso dei contraccettivi?

Sestra: Ma di solito fanno donne che hanno già dei bambini...giovani no...

Intervistatrice: Le tue amiche cosa ti raccontano?

Sestra: Le mie amiche usano...anche queste che sono in Italia...però di là, quelle mie amiche che c'erano, io non mi ricordo che nessuna di loro usava qualcosa...

Intervistatrice: Secondo te si usa di più l'aborto o i contraccettivi?

Sestra: ...più aborti...secondo me...

Kiša ha 42 anni e ricorda di quando era ragazzina, di come era ingenua, di quante poche cose sapeva... È rimasta incinta e purtroppo poi ha dovuto interrompere la gravidanza. Mi dice che ancora oggi succede così. Le ragazze giovani restano incinte e poi sono costrette ad abortire o a sposarsi troppo giovani. Lei ormai è una donna matura e ha capito che un figlio dev'essere un progetto, non si può permettere che certe cose accadano per caso.

Kiša: ...Ma quando è nata la figlia non sapevo niente...21 anni, come una bambina. E succede purtroppo; adesso anche oggi per tante ragazze...rimangono incinte, anche lo sanno, nasce il figlio e non sanno. Però adesso come sono matura penso che un figlio nasce di amore...deve nascere...se non c'è l'amore, non c'è sicurezza, non deve neanche nascere. Bisogna progettare, non fare così, se

viene, viene. Bisogna pensare molto profondo e...se vuoi un figlio, devi dare la possibilità per vivere, per suo futuro, per bene, per educazione...Educare.

(...)

Intervistatrice: Nel tuo paese cosa si pensa del controllo delle nascite?

Kiša: E purtroppo sempre partiamo dalle ragazze giovani. Non pensano e succede...hanno tanto abortus. Quando sono giovani...17-18 anni...succede. Oppure nascondono le ragazze e dopo quando cresce la pancia deve far nascere per forza, e si sposano giovani senza esperienza. Sai com'è...anche si separano dopo.

Questa è l'ultima parte delle interviste e la più importante in quanto si sofferma ad analizzare **l'interruzione volontaria di gravidanza**. Ho voluto da subito capire come venisse percepito questo fenomeno dalle donne intervistate. L'aborto, cioè, è una pratica che esiste nel loro paese? È comune o no? Se ne parla?

Al termine del colloquio le ho rese partecipi di alcuni studi effettuati nel nostro paese in cui si sono osservati diversi casi di poliabortività tra le donne provenienti dai Balcani. Ho voluto quindi vedere le loro riflessioni e considerazioni. Ho inserito qui questa parte, che nelle interviste era trattata appunto alla fine, per semplici ragioni di ordine strutturale della ricerca.

Draga e Bajka provengono da Belgrado e periferia. Quando chiedo se l'interruzione di gravidanza è una pratica comune rimangono sbalordite. Draga dice che non se ne parla molto sui giornali o in Tv ma che crede che i contraccettivi si usino di più.

Neppure Bajka sa darmi una risposta ma cerca delle spiegazioni, motivazioni,... Bajka sostiene che in Serbia c'è una grande crisi economica e la gente ha difficoltà a mantenere dei figli. Inoltre c'è abbastanza ignoranza e non tutti hanno la cultura del fare prevenzione. Talvolta tra le ragazze giovani c'è molta disinformazione. Hanno paura del ginecologo, i genitori forse troppo severi non spiegano. Ma loro hanno comunque rapporti sessuali, succede che restano incinte e sono costrette ad abortire di nascosto.

Intervistatrice: Secondo te, in Serbia, si usano più i contraccettivi o l'aborto per regolare le nascite?

Draga: ...non saprei dirti...anche perché di aborti, ti dico, non si parla tanto in media...quindi...buh...ma penso più contraccettivi...spero...penso e spero...

Intervistatrice: Secondo molte statistiche italiane le donne che provengono dai Balcani fanno molti aborti nell'arco della loro vita. Lo sapevi? Secondo te in Serbia molte donne abortiscono?

Mediatrice per Bajka: Non sa.

Intervistatrice: Quindi non mi puoi dare neppure una spiegazione...

Mediatrice per Bajka: Lei conosce un paio di casi...perché era necessario di fare ma non conosce tanti casi. Pensa che ci sono tanti perché c'è il disagio economico grave...lo Stato...si sta malissimo e crede per questo che si fa. La gente ha difficoltà di decidere di fare i figli...di far nascere i figli perché dopo non può mantenerli.

Intervistatrice: Però magari prima di fare un aborto sarebbe meglio usare un metodo contraccettivo...

Mediatrice per Bajka: Sì...non sa cosa dire...per lei sì. Si devono usare. Dipende da quanto qualcuno è istruito, quanto è educato...questo conta. Ce l'ha anche amiche che tutte queste robe...prendono con leggerezza e dopo quando rimangono incinte si chiedono cos'è questa roba. Dipende dal livello della conoscenza...(...)...Ha detto che per te è un poco forse difficile di capire perché qua si fa molta più cura, si va più spesso dal medico,...lei dice che...questo è importante...per esempio una ragazza giovane, 15-16-17 anni, se ha genitori severi, ha anche paura di andare da sola da ginecologo, ha anche paura di chiedere mamma...dipende di tanto di anche di educazione...sai quella severa, che mamme non sono amiche, se sono veramente solo mamme...anche difficile...è evidente che oggi ragazzi maturano molto più velocemente di prima e che...prima hanno...rapporti sessuali e poi è difficile che un genitore con un ragazzo di 17 anni, può capire questa roba se lui ha 50-60 anni...questo è importante sì...anche la...questa severità, può anche una ragazza, purtroppo, quando rimane incinta, deve anche fare tutto nascosto...

Lala sostiene che nel suo paese oggi giorno è più facile abortire rispetto a quindici anni fa ma che ad ogni modo si usano di più i contraccettivi. Ricorda



quando era in ospedale per fare un'IVG e i discorsi con le sue amiche che sono anche ricorse all'intervento: i dottori sollecitavano a tenere il bambino soprattutto se la donna era giovane e se era alla prima gravidanza.

Intervistatrice: Cosa si pensa dell'aborto nel Suo paese?

Lala: ...adesso è...normale, niente come anni fa.

(...)

Intervistatrice: Secondo Lei, in Serbia, per regolare le nascite, si usano più i contraccettivi o l'aborto?

Lala: Più contraccettivi, no aborto. Anche da noi...io pensavo adesso...quindici anni fa...quando se parla di aborto, anche con medici, dottori...sempre parlano contro di aborti, anche de noi...adesso è meglio ma quando ero cinta prima volta, ero sposata ma...io volevo fare un primo aborto ma mia dottoressa era una...donna, mi ha detto "No! Questo...adesso no, forse dopo ma adesso è primo figlio, non faremo aborti"...ecco, così. E anche parlavo con altre donne, perché si aspetta tanto in ospedale...

Intervistatrice: In Serbia mentre aspetti per fare un aborto?

Lala: Ma adesso no, ma quindici anni fa quando ero sposata e ero incinta...tante donne dottoressa dice "Quanto hai figli?"...sono tutte con uno o due..."Ma dai! Ancora uno!". Sempre così. Tutti i dottori parlano per si deve fare di più. Sono contro aborto.

Intervistatrice: E dopo che hai comunque due figli ti dicono di farne altri?

Lala: "Ma dai! Ancora uno! Sei con buone salute...". Ecco, così. Io pensavo tutti sono per figli, sono contro di aborto...in genere...

Quando chiedo per la prima volta a Plava se si usa spesso interrompere la gravidanza in Serbia mi dice di no. Glielo richiedo una seconda volta al termine dell'intervista. Questa volta mi dice che probabilmente è vero, che molte donne soprattutto mature ricorrono all'IVG. Aggiunge che per le giovani è diverso, perché loro i figli li vogliono e che se capita che restano incinte, il bambino lo tengono.

Intervistatrice: Secondo te in percentuale si usa di più l'aborto o i contraccettivi in Serbia?

Plava: No, contraccettivi...no di noi si fa poco aborto perché non è sano neanche per salute...non so...nostra religione non vuole...si dire così...però...

(...)

Intervistatrice: Ultima domanda! Secondo molte statistiche italiane le donne che provengono dalla Serbia fanno molti aborti nell'arco della loro vita. Perfino cinque-sei. Credi sia vera questa cosa?

Plava: Sì, penso che più o meno è vera...no...no so se cinque-sei...però penso che tante donne fanno così.

Intervistatrice: Secondo te perché?

Plava: Eh...non so...non ho pensato mai...

Intervistatrice: Secondo te è vero che le donne più giovani fanno meno aborti rispetto alle più mature?

Plava: Sì...sì...proprio meno...perché loro in quel...quel...vogliono figli...

Sestra reputa che lo Stato dovrebbe essere più intransigente perché troppe ragazze giovani abortiscono. La sua opinione è diversa quindi dalle precedenti in quanto secondo lei il problema dell'IVG colpisce anche molte ragazze giovani.

Intervistatrice: E sai qual è la posizione assunta dal tuo Stato verso l'aborto?

Sestra: No...non so...però se loro pensano un po' meglio potevano anche essere un po' più...come dire...che non si può fare aborto così facile...

Intervistatrice: È troppo permissivo?

Sestra: Sì...perché ragazze giovani...sono tanti che hanno già fatto...diciotto-venti anni...

Le risposte delle donne che hanno dai 40 ai 60 riguardo al tema dell'aborto sono molto differenti. Non le vedo titubanti o meravigliate. Sembrano più decise. A parere di tutte l'interruzione di gravidanza è una pratica molto diffusa soprattutto tra le donne sposate e che hanno già avuto almeno due figli. I contraccettivi si usano ma poco e male.

Istina: È molto libero...aborto si usa molto...molto...

Intervistatrice: Secondo te si usa più l'aborto o i metodi contraccettivi?

Istina: ...penso metà e metà...

Kiša: Bisogna proteggersi perché quando succedeva abortus perché le donne a una certa età, tutte avevano...soprattutto quando non volevano più bambini...un figlio, secondo, dicono basta, non vogliamo più. E succedeva rimane incinta...non pensavano prima che rimanevano incinta. Ecco dopo che hanno fatto abortus, dopo pensano per la contraccezione...

(...)

Intervistatrice: Secondo te, in Serbia, si usano più i contraccettivi o l'aborto per regolare le nascite?

Kiša: L'aborto.

Intervistatrice: Cosa si pensa dell'aborto nel Suo paese?

Dunja: Eh...de noi aborto xe normale...insomma, ogni donna pol far aborto quando che vol, perché se la ga uno due figli...dopo fa aborto, xe normale. Sono un poco contro però, come persona. Penso che bisogna pensar prima.

(...)

Intervistatrice: Secondo Lei, in Serbia, per regolare le nascite, si usano più i contraccettivi o l'aborto?

Dunja: ...eh...dipende tutto della donna. Certe sono anche abbastanza libere e fanno anche aborto. Conosco una persona che ga fatto 22 aborti.

Intervistatrice: È Serba?

Dunja: Sì.

Intervistatrice: E vive in Serbia?

Dunja: Sì. Anche una donna laureata e tutto, però 22 aborti.<sup>114</sup>

Secondo Baka in Serbia è molto facile ricorrere all'IVG: si prende un appuntamento e nel giro di pochi minuti ci si sottopone all'intervento e si è libere di andarsene. Molto è cambiato secondo la signora da prima degli anni 80

---

<sup>114</sup> Intervistatrice: Cosa si pensa dell'aborto nel Suo paese?

Dunja: Eh...da noi l'aborto è normale...insomma, ogni donna può fare un aborto quando vuole, perché se ha uno o due figli...dopo fa un aborto, è normale. Sono un po' contraria però, come persona. Penso che bisogna pensare prima.

(...)

Intervistatrice: Secondo Lei, in Serbia, per regolare le nascite, si usano più i contraccettivi o l'aborto?

Dunja: ...eh...dipende tutto della donna. Certe sono anche abbastanza libere e fanno anche aborto. Conosco una persona che ha fatto 22 aborti.

Intervistatrice: È Serba?

Dunja: Sì.

Intervistatrice: E vive in Serbia?

Dunja: Sì. Anche una donna laureata e tutto, però 22 aborti.

perché una volta l'IVG non era una pratica libera e gratuita come oggi. La signora dimostra però di non essere a conoscenza del fatto che in Jugoslavia l'aborto è legale dal 1951. La legge venne introdotta principalmente per ridurre il numero di aborti clandestini nel paese ma Baka parla di pratiche fatte a casa di medici o con l'aiuto di ostetriche tramite metodi poco ortodossi, facendo intuire che certe usanze vennero mantenute anche dopo la legalizzazione dell'IVG.

Intervistatrice: Per non avere figli, cosa si fa nel Suo paese?

Baka: Adesso se fa aborti. Prima se metteva sempre profilattico, e no pillola.

Intervistatrice: Adesso non si usano i preservativi?

Baka: No, pochi usano adesso.

Intervistatrice: Secondo Lei si fanno tanti aborti?

Baka: Sì ah! Perché...te speti dieci minuti e xe fato...allora...adesso xe libero... (...) adesso xe novo Stato, nova roba...e cusì. Quando iera Tito no se poteva far, adesso sì.

Intervistatrice: Non si potevano usare i contraccettivi?

Baka: Se poteva usar preservativi ma no aborti, ah! Solo se usava in privato, certi lavorava abusivo, te va de qualche dottor privato e te fa aborto. Però no come legge, come adesso che xe gratis, che te va a ospedal. (...) poche famiglie fanno, sa?

Intervistatrice: Contraccezione?

Baka: Sì ah.

Intervistatrice: Perché?

Baka: No so...perché tutti ancora ghe vol figli...finché se sposano, magari uno due...dopo se fa ste robe qua...se fa aborti, adesso xe liberi aborti e libero tutto. Però prima se pensa magari un figlio in famiglia, quando se sposano giovani. E come qua, tutti desiderano un figlio uno che se vol ben, o no? E sì ah!

Intervistatrice: Le donne del Suo paese se non vogliono avere figli, cosa fanno?

Baka: No so...no so...90% usano preservativi, perché xe più sano e tutto. Certe giovani anche pillole però dopo se fanno aborti quando xe poco più tardi...se fanno aborti perché xe aborto libero con noi...

Intervistatrice: Anche una volta era così?

Baka: No. Una volta no. Una volta se devi sposare, se andava de ostetrica in casa, se faceva robe...come go za detto...

Intervistatrice: Si interrompevano le gravidanze con una radice?

Baka: Sì, con una radice di una...di una erba...e così...

Intervistatrice: E si metteva questa radice nella vagina?

Baka: Sì, nella vagina che se sbusava utero e andava fora.

(...)

Intervistatrice: Mi racconti di questa radice. Si utilizzava a casa?

Baka: No. Radice xe de queste...una roba di primule, che vegniva prime primule, qua su radice, no? Se usa, se sciuga e se sbuza utero.

Intervistatrice: Ma si faceva in casa?

Baka: Sì. In casa.

Intervistatrice: E si tramandava di generazione in generazione?

Baka: Sì ah! Perché se usava sempre questo.

Intervistatrice: E i dottori non usavano?

Baka: No.

Intervistatrice: Quindi è una cosa più...casereccia...

Baka: Sì, popolare...<sup>115</sup>

---

<sup>115</sup> Intervistatrice: Per non avere figli, cosa si fa nel Suo paese?

Baka: Adesso si fanno gli aborti. Prima si metteva sempre il profilattico, e non si usava la pillola.

Intervistatrice: Adesso non si usano i preservativi?

Baka: No, pochi li usano adesso.

Intervistatrice: Secondo Lei si fanno tanti aborti?

Baka: Sì ah! Perché...aspetti dieci minuti ed è fatto...allora...adesso è libero...(...) adesso c'è uno Stato nuovo, una nuova cosa...e così. Quando c'era Tito non si poteva fare, adesso sì.

Intervistatrice: Non si potevano usare i contraccettivi?

Baka: Si potevano usare i preservativi ma non fare aborti, ah! Solo si usava fare in privato, certi lavoravano abusivamente, si andava da qualche dottore privato e si faceva l'aborto. Però non per legge, come adesso che è gratis, che si va a fare in ospedale. (...) poche famiglie fanno, sa?

Intervistatrice: Contraccezione?

Baka: Sì ah.

Intervistatrice: Perché?

Baka: Non so...perché tutti ancora vogliono fare figli...finché si sposano, magari uno due...dopo si fanno queste cose qua...si fanno gli aborti, adesso gli aborti sono liberi, tutto è libero. Però prima si pensava magari un figlio in famiglia, quando si sposavano da giovani. E come qua, tutti desiderano un figlio quando ci si vuole bene, o no? E sì ah!

Intervistatrice: Le donne del Suo paese se non vogliono avere figli, cosa fanno?

Baka: Non so...non so...90% usano preservativi, perché è più sano e tutto. Certe giovani anche pillole però dopo fanno aborti un po' più in là...si fanno aborti perché l'aborto è libero da noi...

Intervistatrice: Anche una volta era così?

Baka: No. Una volta no. Una volta bisognava sposarsi, si andava dall'ostetrica in casa, si facevano queste cose...come ho già raccontato...

Intervistatrice: Si interrompevano le gravidanze con una radice?

Baka: Sì, con una radice di una...di una erba...e così...

Intervistatrice: E si metteva questa radice nella vagina?

Baka: Sì, nella vagina che forava l'utero e si abortiva.

(...)

Intervistatrice: Mi racconti di questa radice. Si utilizzava a casa?

Baka: No. La radice sono di queste...una parte delle primule, veniva dalle prime primule, dalla loro radice, no? Si usava, si asciugava e si forava l'utero.

Intervistatrice: Ma si faceva in casa?

Ho poi chiesto alle intervistate quali sono secondo loro le cause che spingono molte donne provenienti dall'est Europa a sottoporsi a più interruzioni di gravidanza. Ho colto il più delle donne impreparate ma qualcuna ha cercato comunque di darmi delle risposte.

Secondo Ruža le cause sono molteplici: la scarsa istruzione di certe donne, la poca prevenzione fatta dai ginecologi nel suo paese, l'insufficiente informazione impartita a scuola, l'inadeguata attenzione che i genitori danno ai propri figli.

Intervistatrice: Secondo molte statistiche italiane le donne che provengono dalla Serbia fanno molti aborti nell'arco della loro vita. Lo sapevi?

Ruža: Non sapevo così...sapevo che...eh...penso che è così...

Intervistatrice: Secondo te in Serbia molte donne abortiscono?

Ruža: Sì.

Intervistatrice: E secondo te perché?

Ruža: Secondo me non sono tanto informate...non so...un po'...cosa posso dire...non sono...poco...come si dice...vanno poco in scuola...così dico...

Intervistatrice: Secondo te i ginecologi in Serbia hanno una responsabilità?

Ruža: Poco parlano...parlano quasi se succede dopo...ti danno poche informazioni...

Intervistatrice: Quindi fanno poca prevenzione?

Ruža: Sì...ma non solo per queste robe...per tante robe altre...per...non c'è tanta informazione...qua in Italia mi piace tanto questi libri per questo per questo per questo...di là...non esiste...pochissime robe...

Intervistatrice: Mi è stato detto che a scuola si fa un po' di educazione sessuale.

Ruža: Questo non sapevo perché sono qua...ma...poco...anche poco...non so...cosa posso dire...per queste ragazze di là in Serbia...

(...)

Intervistatrice: Secondo te abortiscono più le giovani o le donne più mature?

Ruža: Non so...secondo me...queste vecchie un po' più...

---

Baka: Sì. In casa.

Intervistatrice: E si tramandava di generazione in generazione?

Baka: Sì ah! Perché si usava sempre questo.

Intervistatrice: E i dottori non usavano?

Baka: No.

Intervistatrice: Quindi è una cosa più...casereccia...

Baka: Sì, popolare...

Intervistatrice: Quindi forse le giovani sono state un po' più informate...

Ruža: Sì...questi ragazzi un po'...ma queste vecchie...hanno tanto aborto...più di me anni...trentasette-trentotto-trentanove...ma...io ultimo posso dire...tutto...come si dice...come se...quando...quando una ragazza dice mamma...quando mamma non ti dice bene...e chi ti dice altro?...

Intervistatrice: Quindi per te è colpa dei genitori.

Ruža: Genitori quando dicono bambini fate bravi...non solo per questo...per tutto...per la vita...e cosa fanno bambini dopo quando non sono genitori come esempio...cosa fanno bambini...per me è così...tutti di là sono preoccupati per il lavoro, per i soldi...non hanno tempo per dire...cosa si fa della vita per qualche roba...così...non danno tanta attenzione per queste robe...e dopo dicono bambino non è bravo...eh...io dico che è colpa di genitori...ma non è...ogni...tutti i genitori...ma penso di più così...

Dal punto di vista di Sestra invece i ragazzi sono informati. A scuola non esiste educazione sessuale ma ad ogni modo si danno spiegazioni all'interno del corso di biologia.

Forse il problema sta nella procedura da seguire in Serbia per interrompere la gravidanza: troppo semplice, troppo sbrigativa.

Intervistatrice: Secondo te perché tanta gente abortisce e non usa i contraccettivi?

Sestra: Non so...questo non ho capito mai...

Intervistatrice: Potrebbe essere forse perché è molto semplice abortire? Molto più che da noi...

Sestra: Dev'essere questo sai...perché non è che i ragazzi non sono...informati perché in scuola anche noi abbiamo...

Intervistatrice: Educazione sessuale?

Sestra: Sì...non è proprio questo...questo è dentro in biologia...diciamo quando hai...quando finisci la scuola primaria...quando hai 14 anni allora hai dopo una settimana che ti parla solo di sesso...che ti spiega tutto...non è che non sono informati...però non so...sì è vero che è molto facile...basta che paghi e fai...

Kiša reputa che i contraccettivi sono poco usati perché costano e la gente non vuole spendere soldi. Le donne pensano sempre che non può accadere loro di

rimanere incinte e quando accade si è costretti ad abortire. Ho colto nelle parole di Kiša una certa immedesimazione.

Intervistatrice: Da da diverse indagini statistiche fatte in Italia si è visto che le donne provenienti dai Balcani fanno diversi aborti nel corso della loro vita. Si sono avuti diversi casi di donne con 5-6 aborti alle spalle. Secondo te è vero?

Kiša: Sì. Perché non pensano prima, anche non hanno la possibilità, anche non vogliono spendere soldi...

Intervistatrice: Però si paga l'aborto in Serbia...

Kiša: Sì...ma pensano che a loro non succede quella roba...loro si proteggono oppure no, non succede...

Majka infine non ha convinzioni. Risponde alle mie domande in modo meccanico: sì, no. Mi conferma però quello già detto da Kiša: i contraccettivi costano, mantenere un figlio costa, e tutto ciò è spesso insostenibile per molte donne.

Intervistatrice: Secondo te perché in Serbia tante donne abortiscono?

Interprete per Majka: Perché non hanno soldi per mantenere bambino.

Intervistatrice: E perché non usano invece i contraccettivi?

Interprete per Majka: Perché anche questo tutto costa.

Intervistatrice: Non c'è nessun metodo contraccettivo gratuito?

Interprete per Majka: No.

Intervistatrice: E l'aborto invece è gratuito?

Interprete per Majka: No...anche questo si paga...

Intervistatrice: Forse costa di meno l'aborto rispetto i metodi contraccettivi?

Interprete per Majka: Sì.

Nelle parole delle intervistate l'IVG viene descritto come un qualcosa di brutto, che segna l'esistenza, che bisogna evitare a tutti i costi. Sono però consapevoli che i casi della vita sono molti e che spesso certe situazioni costringono una donna a dover fare scelte difficili. Nessuna di queste donne quindi addita o critica le persone che hanno dovuto interrompere una gravidanza. Nei loro discorsi si legge comprensione e pietà.



Intervistatrice: Cosa ne pensi dell'aborto?

Draga: Io sinceramente spero che non mi succederà mai, penso che è una cosa molto brutta, e penso che è una cosa molto brutta sia fisicamente che psicologicamente...perché nel momento in cui tu capisci che hai un qualcosa che sta per diventare un bimbo nella tua pancia e che dopo te ne devi liberare...penso che è molto pesante e difficile...

Baka: Male, perché...no lo so...ah!...mi no me piasi far aborto... (...)...che cosa pensavo...ma xe brutto...brutto...xe una...peccato diciamo noi...per mi xe...come se senti in colpa, sì...come mazzare...per mi xe cussì...<sup>116</sup>

Ljubav: In generale penso che...molto brutto per una donna...ma...no lo so...bisogna...

Igra: Ma in genere dicono che non bisogna fare...che siamo sempre...che i bambini devono nascere...però alla fine se uno non ha possibilità di crescere sto bambino...nessuno li aiuta...parlano solo e nient'altro...

Kiša: Una cosa...male, sicuramente. Ma fanno perché chi non vuole avere figli bisogna fare.

(...)

Intervistatrice: Mi dicevi che per te l'aborto è una cosa negativa...

Kiša: Negativa. Certo. È sempre negativo. È brutto. È doloroso...tutto questo...

Intervistatrice: Sua madre cosa Le diceva dell'aborto?

Lala: (...)...ma...mia madre pensa...quando si succede, si succede, ma devi controllare tutto, un aborto...mia madre è contro aborto...cioè, ma anche io...ma quando si succede...

(...)

Intervistatrice: Cosa pensa dell'aborto?

Lala: ...ma per me...che cosa grave...una catastrofa per me! Io ho due, tre aborti...che cosa terribile...

---

<sup>116</sup> Baka: Male, perché...non lo so...ah!...a me non piace fare aborti... (...)...che cosa pensavo...ma che è brutto...brutto...è un...peccato diciamo noi...per me è...mi sento in colpa, sì...è come ammazzare...per me è così...

Istina: Penso che è una cosa...brutta...chi non è informato...chi non ha...dottore...soldi forse...qualcuna volta...

Ruža: Dell'aborto...eh...per una parte è bene, per una parte...per vivere bambini, per avere che vivono più bambini...ma chi non voleva tanti bambini faceva aborto...per me...non so...

Intervistatrice: Sei contraria?

Ruža: ...no.

Dunja: ...no...xe un modo de pensar...penso che una donna pol o abortir o far nascere un bambino...insomma, sua libera scelta...

Intervistatrice: Lei mi diceva che è un po' contraria...

Dunja: Sì. Son contraria perché penso che bisogna pensar prima.

Come avevo già fatto per il tema della contraccezione, ho voluto chiedere alle intervistate se sapevano quali conseguenze può dare la poliabortività.

Le informazioni in possesso delle donne più giovani, tra i 20 e i 39 anni sono spesso scarse e imprecise. Il dato più spesso citato è la possibilità di diventare sterili. Đurđica addirittura dice che se una donna abortisce dopo che ha avuto già dei figli "non c'è problema". Lei però è anche la sola che mi parla delle conseguenze psicologiche che può causare un'IVG facendo chiaro riferimento a se stessa.

Igra: Allora...ho sentito...diciamo...che la probabilità che dopo non puoi più avere dei bambini...

Draga: ...ma a dire la verità non tanto...so solo che fa male e che dopo ti può portare alla...al fatto di non avere più figli...e non so i dettagli...

Ruža: Un po' sapevo...adesso no...(...) Questo sì...questo (*ginecologo – inc. mio*) dice...che non servono tanti aborti...non è bene...non è...quando tanti aborti c'è un problema per...dentro...tutte queste cose sapevo...

Durđica: Ma...se non sono sposate, è troppo pericoloso perché si può succedere che non sarà...avrà mai figli. Che sono sposate non c'è problema...che hanno figli.  
(...)

Intervistatrice: Sai le conseguenze che più aborti possono avere sul corpo?

Durđica: ...più o meno sì...tipo...non ho passato questo e non posso dire, ma ho sentito che...penso che non va bene per la donna...

Intervistatrice: Fa male?

Durđica: Sì.

Intervistatrice: Fisicamente?

Durđica: Anche qua (*mostra la testa*). Per me è così. Forse una donna può fare cento...ma io ho detto questa volta, mai più.

Tra le donne più avanti negli anni, sembra ci sia maggiore informazione. Qualcuno parla di traumi, qualcun'altra mi fa capire che la sua esperienza è stata difficile e solo Istina dice esplicitamente che a suo parere non esistono conseguenze psicologiche dopo un'interruzione di gravidanza. Quando le chiedo quante IVG ha avuto nella sua vita mi risponde con un generico "tante volte", come se provasse vergogna e poi cerca quasi di giustificarsi.

Ljubav: Sì...io so tutto...purtroppo...

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha spiegato?

Ljubav: Sì...succede una volta per tre mesi avevo due...uno brutto...lui mi ha detto che posso avere tanti problemi dopo...io so...ma succede...no lo so perché...

Intervistatrice: Sa le conseguenze che più aborti possono avere sul corpo?

M: ...ah...se rovina...

Dunja: Psicologiche e anche altre conseguenze.

Intervistatrice: Secondo Lei possono avere delle conseguenze?

Baka: Sì, anche...certe volte. Tutto dipendi di medici, chi fa...

Intervistatrice: Conseguenze fisiche o psicologiche?

Baka: Anche psicologiche, anche fisiche perché sempre...una creatura che no se nasci, no?

(...)

Intervistatrice: Pensa che un aborto possa avere delle conseguenze anche psicologiche?

Baka: Anche psicologiche, anche certe volte anche traumologiche...perché xe una trauma avere un aborto...<sup>117</sup>

Intervistatrice: Pensi che ha degli effetti negativi sia fisicamente che psicologicamente?

Istina: Ma...secondo me...no...solo fisici...

Intervistatrice: Posso sapere se l'hai mai fatto?

Istina: Sì.

Intervistatrice: Posso sapere quanti?

Istina: ...tante volte...

Intervistatrice: Sai le conseguenze che più aborti possono avere sul corpo?

Istina: Ma so...ma ero...ero giovane quando facevo queste cose...adesso so...ma questo tempo non sapevo molto...come oggi...

Anche nel caso dell'interruzione di gravidanza come già per la contraccezione, le interlocutrici sempre presenti per rispondere ai dubbi di queste donne, restano le proprie coetanee. Si parla di prevenzione, della pericolosità dell'intervento e della necessità di usare i contraccettivi.

Intervistatrice: Parlavi con le tue amiche dell'aborto?

Kiša: Sì. Parlavo. (...) Sempre si parlava che bisogna prevenire, non permettere che si fa abortus, ma quando non è desiderato quello, bisogna fare.

Draga: Che è una cosa pericolosa...che cosa pensavano...non so...non ho avuto mai nessuna amica che lo ha fatto quindi...non sono in grado di dire come si vive un'esperienza del genere...cosa ne pensano...sicuro è pericoloso e si fa di tutto per evitare una cosa del genere...

---

<sup>117</sup> Intervistatrice: Secondo Lei possono avere delle conseguenze?

Baka: Sì, anche...certe volte. Tutto dipende dal medico che lo fa...

Intervistatrice: Conseguenze fisiche o psicologiche?

Baka: Anche psicologiche, anche fisiche perché sempre...è una creatura che non nasce, no? (...)

Intervistatrice: Pensa che un aborto possa avere delle conseguenze anche psicologiche?

Baka: Anche psicologiche, certe volte anche "traumologiche"...perché è un trauma avere un aborto...

Intervistatrice: Con le Sue amiche parlava dell'aborto?

Lala: ...sì. (...) Ma tutti hanno paura, e tutti, tutti preso questi contrazeptivi e non hanno problemi con aborti.

Alcune donne parlavano anche con la propria madre ma sembra che i discorsi fossero poco completi. Se infatti a Dunja veniva consigliato di non abortire prima di fare figli omettendo però il "dopo", a Baka si raccomandava di non ricorrere all'intervento perché la loro religione lo proibiva. Kiša infine ha parlato con sua madre di interruzione di gravidanza ma solo quando è diventata adulta. Prima era un tabù.

Intervistatrice: E cosa Le diceva Sua madre dell'aborto?

Baka: Mamma mia, era contraria perché xe ortodossa di Chiesa, con noi xe preti che xe contra aborto.

Intervistatrice: E Sua nonna?

Baka: Ah! Ancora pezo mille volte di mia madre. Nonna era proprio contraria, contraria. E ga detto meo tegnir bambino sano in casa che nasi, no farse aborto, no? Senza matrimonio se tegniva in casa.<sup>118</sup>

Kiša: Niente. Non si parlava ma so che mia madre aveva un aborto. Dopo mi raccontava. Forse cinque, sei anni fa. Non voleva più figli, avevo una sorella, lei aveva...non so...35-36 anni, non voleva i figli, è rimasta incinta e ha fatto aborto.

Intervistatrice: Sua madre cosa Le diceva sull'aborto?

Dunja: ...sempre me ga consigliado de no far aborti prima de aver i figli.<sup>119</sup>

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato i problemi che può causare un aborto?

Interprete per Majka: Lei ha detto più la sua mamma...non so, così vicine...

---

<sup>118</sup> Intervistatrice: E cosa Le diceva Sua madre dell'aborto?

Baka: Mamma mia, era contraria perché era ortodossa, nella nostra religione i preti sono contrari all'aborto.

Intervistatrice: E Sua nonna?

Baka: Ah! Mille volte peggio di mia madre. Mia nonna era proprio contraria, contraria. E mi diceva che è meglio tenere il bambino sano in casa che fare un aborto, no? Anche senza che due fossero sposati si teneva il bimbo a casa.

<sup>119</sup> Intervistatrice: Sua madre cosa Le diceva sull'aborto?

Dunja: ...sempre mi consigliava di non fare aborti prima d'avere figli.

La maggior parte delle donne intervistate affermano di aver parlato di aborto con il loro ginecologo. Queste sono molte di più di quelle che precedentemente mi avevano detto di aver avuto dallo stesso informazioni sui metodi contraccettivi. Altre tuttavia non hanno avuto dal medico alcun tipo di colloquio riguardo l'interruzione di gravidanza.

Secondo Dunja non tutti i medici serbi dedicano del tempo a parlare di questi argomenti con le loro pazienti. Draga ha 28 anni, non ha mai avuto il problema di una gravidanza non desiderata e quindi non ha mai intavolato certi discorsi con il suo ginecologo. Kiša sostiene che i medici ti spiegano solo nel momento in cui tu chiedi spiegazioni. Se non chiedi, nessuno te ne parla.

Più inquietanti le affermazioni di Istina. Ricordiamo che mi aveva detto di aver abortito “tante volte” e adesso racconta che in nessuna di queste ha ricevuto dal medico consigli o informazioni di alcun tipo...

Intervistatrice: E sa le conseguenze che un aborto può avere sul fisico della donna?

Dunja: Psicologiche e anche altre conseguenze.

Intervistatrice: I medici in Serbia spiegano le conseguenze dell'aborto?

Dunja: Sì, certi sì, certi no...dipendi...certi medici sono per aborto certi no...come in Italia...normale...quelli che sono contro, spiegano...

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia, ti ha mai spiegato le conseguenze dell'aborto?

Draga: Ma a dire la verità non ho mai parlato tanto con lui di questo.

Kiša: (...) anche ginecologo deve spiegare, solo che di là non parlano più di tanto se non chiedi...devi chiedere se vuoi qualcosa...loro da soli non spiegano niente...

Intervistatrice: Il ginecologo che avevi in Serbia ti ha mai spiegato le conseguenze dell'aborto?

Istina: no...no...non mi ha spiegato mai...

Intervistatrice: Ma quando andavi ad abortire, ti facevano abortire e basta?

Istina: ...sì...e basta...

Per quel che riguarda le notizie e le informazioni lette sui media, Kiša riconferma quello che aveva già detto precedentemente: tutte le informazioni che lei possiede le ha avute leggendo giornali, riviste e guardando diversi programmi televisivi. Tuttavia a parere di Draga si legge talvolta sui giornali di interruzione di gravidanza ma ancora troppo poco e raramente. Dalle sue riflessioni ricaviamo anche un dato interessante: ancora oggi esistono casi di interruzione clandestina di gravidanza.

Kiša: Sempre ho letto sui giornali. Mi informavo. Anche in Tv quando ci sono trasmissioni, qualcosa delle cose quando mi interessano e quelle sicuramente interessano una donna...è giusto che si interessa...

Intervistatrice: Quindi si parla di aborto e contraccezione nel tuo paese...se una persona vuole informarsi trova i mezzi...

Kiša: Trova i mezzi...

Draga: Ma in generale non si parla tanto degli aborti. Penso che è abbastanza tabù. Cosa si pensa...comunque penso che le ragazze che l'hanno fatto non ne parlano tanto e nelle famiglie anche tanta vergogna quindi non se ne parla, non si sa.

Intervistatrice: E per tivù, nei giornali?

Draga: Cosa si parla...si parla che è pericoloso, si sa che quando...se lo fai da giovane, una volta che lo fai dopo hai tante possibilità di non avere più figli...si sa che esistono anche quelle cose illegali che lo fai fuori ospedale...cioè si sa, nei giornali, nella stampa ci sono stati dei casi...gente che lo fa...magari ragazzine senza sapere ai genitori...

Intervistatrice: Ma stampa e tivù ne parlano?

Draga: Ma non tanto...non tanto...più magari sui giornali...ma non tanto...

Quello che segue è una parte molto delicata dei colloqui che ho avuto con le donne, in quanto con difficoltà e dolore alcune di loro mi hanno raccontato la loro esperienza personale di un'interruzione di gravidanza. Ho voluto non tagliare i loro discorsi perché altrimenti non si sarebbero potute cogliere appieno tutte le emozioni che i loro racconti portano con sé.

Durđica ha 30 anni e proviene da una cittadina di 70.000 abitanti. È laureata, ora casalinga, sposata e mamma di un bambino. Durđica non usa alcun tipo di contraccettivo. Mi racconta di aver abortito un'unica volta perché aveva appena partorito da pochi mesi e non sarebbe riuscita a sostenere il peso di un altro figlio. Inoltre era sotto cura antibiotica e il suo stesso ginecologo l'ha consigliata di sottoporsi all'intervento. Non avrebbe mai pensato che sarebbe stata male nell'interrompere una gravidanza ma questa esperienza l'ha segnata a lungo. Non parla di dolori fisici anche se ha deciso di ricorrere all'intervento senza anestesia perché dice di non fidarsi di nessuno quando si tratta della sua salute o di quella dei suoi cari. In quella situazione, voleva quindi avere il controllo di ciò che il medico faceva al suo corpo. Più volte invece mi racconta di aver sofferto per l'idea di aver dovuto rinunciare a una creatura, a un qualcosa che "non è un bambino" ma che comunque "so che un giorno potrebbe essere"...

Durđica: Guarda, io ho avuto uno, dopo che...mio bambino era troppo, troppo piccolo, io non volevo andare avanti con questo...eh...sono stata malissimo, dopo questo. Prima no, ho pensato, va bene...ma questo giorno quando ho fatto, ho pianto tantissimo e dopo forse...non lo so...un mese...non mi sento molto bene...

Intervistatrice: Ma fisicamente?

Durđica: No, no...qua...in testa, sai...perché comunque...questo piccolo non è un bambino...sai...so che un giorno potrebbe essere...non è tanto facile...

(...)

Intervistatrice: Perché avevi deciso di abortire?

Durđica: Perché mio bambino era troppo, troppo piccolo...era un bébé...aveva non lo so quanti mesi...e mi sono sentita tutta...avevo 24 anni, dopo papà, mamma, tutte queste cose, adesso c'è un'altra preoccupazione...sai...non c'è scuola, non c'è...queste cose che devo pensare, tutta mia vita ho sempre pensato solo scuola...dopo bambino e già era abbastanza per me, non volevo ancora un bambino perché sai, è...

Intervistatrice: ...impegnativo...

Durđica: Sì. Un bambino cresce, altro viene...non si può giocare con questo bambino, non si può guardare come si gioca o come qualcosa fa ma devi fare altre cose con altro bambino e questo non mi è piaciuto.



Intervistatrice: Come ti sei sentita nel prendere questa decisione, nel fare questa scelta?

Đurđica: Mi sono sentita male...tanto...

Intervistatrice: Ti ha consigliata qualcuno?

Đurđica: No. Ho parlato con mio marito e dopo io ho detto che non mi sento, che non voglio, che non anche sono...avevo tanti chili, già tanti, sai...e dopo con altra incinta, più...penso che non mio corpo sarà come...non sarebbe piaciuto, anche...e ho detto che voglio fare questo. E anche perché in questo tempo ho bevuto più...come si dice...antibiotichi...perché ero raffreddata, così...e dopo sono andata da mio ginecologo, mi ha detto che sono incinta, tutto qua...e che anche lui consiglia che è meglio fare aborto perché non si sa come...nato bambino...e questo mi ha anche aiutato a decidere...(...) No. Io non volevo l'anestesia.

Intervistatrice: Hai abortito senza anestesia?

Đurđica: Sì.

Intervistatrice: Che coraggiosa...

Đurđica: Eh sì. Perché avevo paura, sai? Quando si fa con anestesia, non senti niente...non lo so...non avevo fiducia in dottore...non so...ho pensato, forse se io non sento lui chissà che cosa farà, che cosa prende fuori...così ho sentito tutto e quando mi fa male lui sta attento, piano, piano, piano,...e dopo...ecco.

Intervistatrice: Perché non ti fidavi del dottore?

Đurđica: ...ma, quando si tratta di mio corpo, di salute di mio marito, di bambino, non ho fiducia in nessuno. Qua, in Serbia, in...non lo so...in Africa, in America...

Lala ha 35 anni e viene da Smederevo, una città di 100.000 abitanti. È insegnante elementare ma qui fa l'aiuto cuoca. Anche lei è sposata e ha tre figli. In Serbia usava il profilattico ma da due anni ha la spirale. Malgrado ciò ha abortito due volte nella sua vita e ha deciso in questa direzione per lo stesso motivo di Đurđica: aveva già un figlio di pochi mesi e non poteva permettersi di tenerne un altro. Lala aggiunge che forse ha avuto un terzo aborto semi spontaneo, causatogli probabilmente dallo sforzo eccessivo fatto sul lavoro.

Lala è molto religiosa tant'è che prima del matrimonio non ha mai avuto rapporti sessuali. Il dolore che ha provato nell'interrompere la sua gravidanza è stato enorme soprattutto per il "bimbo". "Mi dispiace tanto" sussurra.

L'intervento è stato fatto con l'anestesia locale e come Đurđica prima di farlo non sapeva a cosa andava incontro. Mi confessa infatti con il suo italiano

stentato: "...non pensavo niente perché non conosco...non sapevo...". La seconda volta invece è stato diverso. Nella sua descrizione dell'intervento racconta la sua paura, utilizzando un'immagine molto forte, che fa venire i brividi.

Mi permetto di chiederle se ha abortito in Serbia o in Italia. Le sue parole si commentano da sé: "In Serbia. Ma è stesso...è stesso...Serbia o qui, aborto è aborto...".

Intervistatrice: Posso chiederLe se ha mai fatto un aborto?

Lala: Sì.

Intervistatrice: Quante volte?

Lala: Due volte sicuro. Due volte sicuro.

Intervistatrice: Perché ha deciso di abortire?

Lala: Perché...prima volta...ma...tutte due volte...era piccolo il primo figlio e dopo sei mesi ero incinta...ecco...e anche seconda volta con la figlia...e dopo una volta ero cinta ma ho lavorato tanto, tanto e ho perso figlio. Dopo quinta volta è nato Dušan!

Intervistatrice: Come si è sentita nel prendere questa decisione?

Lala: Ah...terribile, terribile...uh! Una catastrofa per me. Una grande paura e anche...una paura primo di tutto di sangue, di scalper...questo *(fa un gesto come di grattare con un attrezzo – inc. mio)*...di tutto...e dopo...di bimbo...mi dispiace tanto...ecco...

(...)

Intervistatrice: Ma a Lei l'ha consigliata qualcuno?

Lala: No.

Intervistatrice: Ha deciso da sola?

Lala: Sì. Sola.

Intervistatrice: Ed è venuto qualcuno con Lei in ospedale? L'ha aiutata qualcuno?

Lala: ...sì, con marito.

Intervistatrice: Ne ha parlato con qualcuno prima di farlo?

Lala: Ah...no.

Intervistatrice: Neppure con Suo marito?

Lala: Sì! Con marito sì! Ma con altri no, né amiche, no la mamma, no sorelle, no nessuno...e dopo che è finito ho detto a sorelle...io ho due sorelle, perché mi sempre mi dà una mano...così...

Intervistatrice: Sono in Serbia?

Lala: Sì.

Intervistatrice: Si ricorda il momento in cui ha abortito? Com'è stato?

Lala: ...com'è stato...con grande paura...

Intervistatrice: Le avevano fatto l'anestesia totale o solo locale?

Lala: Locale.

Intervistatrice: Ha abortito in Serbia o in Italia?

Lala: In Serbia. Ma è stesso...è stesso...Serbia o qui, aborto è aborto...

(...)

Intervistatrice: La seconda volta che ha abortito è stato diverso dalla prima?

Lala: ...prima volta non pensavo niente perché non conosco...non sapevo...seconda volta avevo più paura perché sapevo cos'era.

Intervistatrice: Faceva molto male.

Lala: Sì, molto male.

Kiša ha 42 anni. Proviene da un piccolo paese con meno di 1.000 abitanti. È divorziata e qui in Italia fa pulizie anche se ha un diploma liceale. Un tempo non usava alcun tipo di contraccettivo. Ora ha deciso per la spirale. Il suo racconto parla di solitudine e sofferenza soffocata, per non ammettere a se stessa di avere delle debolezze.

Kiša ha abortito una sola volta quando aveva ancora 20 anni. Aveva il ragazzo ma non poteva permettersi d'avere un figlio prima del matrimonio e poco importava che si sarebbe sposata dopo pochi mesi. Nel suo paese era vergogna e avrebbe rovinato la reputazione a tutta la sua famiglia. Non aveva scelta e la sua decisione è stata immediata, poco meditata ma irrevocabile: "Non pensavo niente per conseguenza quella volta...solo subito quello togliere via perché ho sbagliato...".

Quando mi racconta del suo intervento stento a credere alle sue parole. Kiša ha fatto tutto da sola. Non ha raccontato niente a nessuno: né a sua madre, né a sua sorella, né a una sua amica. Ne ha parlato con il suo futuro marito ma non ha voluto il suo aiuto. Ha preso l'autobus ed è andata, sola, nel paese vicino in ospedale. E lì ha abortito con l'anestesia generale. Dopo l'intervento se n'è tornata a casa, sempre sola e sempre in autobus. Era ancora intontita a causa dell'anestesia e man mano che i suoi effetti se ne andavano cominciavano i

dolori. Un male lancinante durato per tutto il percorso. Ma neppure arrivata a casa ha detto niente a sua madre. Ha preso delle pastiglie ed è andata a letto.

Kiša dice di non aver avuto conseguenze dal punto di vista psicologico perché è sempre stata forte e poi aveva altri problemi ai quali pensare. Le sue parole però la tradiscono. Per anni non ha mai parlato con nessuno di questa esperienza. Solo adesso racconta. Definisce quell'esperienza "brutta" e ricorda d'essersi ripromessa: "Ho detto mai più, mai più non faccio quelle cose...". Kiša da quel momento ha capito che doveva far qualcosa per proteggersi e quindi prevenire.

Kiša: Sì, quando ero ragazza, avevo 20 anni e non volevo sposarmi, non sapevo niente, sono rimasta prima...di là era grande cosa prima di matrimonio rimanere incinta, sai...ho fatto aborto e dopo cinque mesi mi sono sposata lo stesso ma non ero incinta...normale...quella età era normale sposarsi ma incinta sposarsi...no, non potevo permettermi...e nascondevo, non sapevano genitori...

Intervistatrice: Si sarebbero arrabbiati?

Kiša: Sì...no si sarebbero...era vergogna ...non si parlava anche...

(...)

Intervistatrice: Perché hai deciso di abortire? Perché era una vergogna?

Kiša: Per vergogna e anche prima di matrimonio...di là erano tutti patriarcali...non volevo permettermi...non pensavo niente per conseguenza quella volta...solo subito quello togliere via perché ho sbagliato...

Intervistatrice: Come ti sei sentita nel prendere questa decisione?

Kiša: Quella volta non pensavo tanto...solo bisogna fare, non avevo la scelta secondo me...volevo fare...

Intervistatrice: Ma non stavi male?

Kiša: No, per fortuna...sì che stavo male quando è stato fatto, ho preso l'anestesia...dopo quando mi sono svegliata ero tutta così...sono andata fuori dall'ospedale, questo mi ricordo tanto bene...senza dolori, ancora durava quello...

Intervistatrice: Eri ancora sotto l'effetto dell'anestesia?

Kiša: Sì, sì...

Intervistatrice: E quanto tempo è durato l'effetto?

Kiša: Non lo so quanto è durato questo...mezz'ora...

Intervistatrice: Ma hai abortito con l'anestesia generale?

Kiša: Sì. Ma quanto tempo questo non so. Quando mi sono svegliata, ero un po'...

Intervistatrice: ...intontita?

Kiša: Sì, e sono partita, anche sono andata con autobus.

Intervistatrice: Da sola?

Kiša: Sola...puoi immaginare...dopo cominciavo a avere dolori, dopo mezz'ora in autobus ...così talmente dolori che non so come sono arrivata a casa. Solo preso le pastiglie, non dicevo niente a mamma, ho detto che sto male, non so perché, fa male la pancia e sono andata a letto e dopo si è calmato e per fortuna non avevo conseguenze...

Intervistatrice: E psicologicamente non stavi male?

Kiša: No, no. Ero sempre tanto forte e avevo così talmente tanti problemi nella testa, che quello non mi dava nessun speciale...no, no...

Intervistatrice: Ti ha consigliata qualcuno?

Kiša: No, sola. Nessuno non sapeva anche. Solo mio ragazzo.

Intervistatrice: Ti ha aiutata?

Kiša: Lui?

Intervistatrice: Lui o qualcun altro...

Kiša: No. Sola facevo tutto. Voleva aiutarmi, ho detto "No, faccio sola...". Voleva anche prendermi quando sono uscita dall'ospedale.

Intervistatrice: E tu non volevi?

Kiša: No. Non volevo che nessuno mi vede che stiamo insieme e che siamo vicini a un ospedale...niente...

Intervistatrice: Ne hai parlato con qualcuno prima di farlo?

Kiša: No.

Intervistatrice: Solo con lui?

Kiša: Solo con lui. Anche nessuna amica...niente...non avevo fiducia di nessuno.

Intervistatrice: E dopo averlo fatto?

Kiša: Nessuno lo sapeva. Aspetta...forse...adesso parlo chiaro di mio passato ma prima no.

(...)

Intervistatrice: Ti ricordi di quel momento?

Kiša: Sì. Mi ricordo bene.

Intervistatrice: Brutto...

Kiša: Brutto.

Intervistatrice: Fisicamente stavi male...

Kiša: Sì. Ho detto mai più, mai più non faccio quelle cose...

Intervistatrice: Forse è per questo che dopo hai cominciato a leggere sui giornali dei contraccettivi,...

Kiša: Sì. È stata una brutta esperienza e sapevo che devo proteggermi, ma prima...finché non succede...hai visto...non crede che succede...

Ivančica ha 53 anni. In Italia fa pulizie e proviene da un città di oltre 20.000 abitanti. È sposata, ha un figlio ed è molto religiosa. Ivančica ha sempre usato la spirale. Ha dovuto abortire un'unica volta. Le avevano detto che era in menopausa ed invece era incinta. Ha deciso così di abortire ma la sua decisione è stata difficilissima soprattutto perché reputa l'interruzione di gravidanza un omicidio. Per alleviare i suoi sensi di colpa Ivančica digiuna prima delle grandi festività, si confessa e poi fa la comunione durante la messa.

Questa esperienza è stata talmente dolorosa per Ivančica che non vuole neppure parlarne e mi prega di cambiare discorso. A registratore spento mi racconterà che la nuora si era offerta di tenerle il bambino e di crescerlo ma lei non ha voluto perché la nuora aveva già due bambini e non le sembrava giusto darle altro lavoro. Anche per questo ha deciso di abortire oltre al fatto che oramai era già troppo "vecchia" per avere altri figli.

Ivančica: Ma sì, se parla sempre de Chiesa che questo no xe bene...certo...io ho fatto qualcuna volta quello aborto...sei giorni no mangio niente, mangio solo acqua per fare quella...comunione...io mangio per un mese cusi...

Intervistatrice: Prima di fare la comunione fa digiuno?

Ivančica: Sì, per una settimana non se mangia niente grasso, solo con acqua...sei giorni e dopo se va in Chiesa...quando ci sono grandi santi, per Natale, per Pasqua...una donna che fa aborto, come mi, perché credo tanto de Dio, io ho quella settimana non mangio niente, faccio con acqua...vado a lavorare ma non mangio niente grasso...così dopo vado in Chiesa e domando nostro prete che mi aiuti che faccio una prega...come se disi...confessione...una preghiera...e dopo te prendi quel...comunione e vino...(...)...che cosa pensavo...ma xe brutto...brutto...xe una...peccato diciamo noi...per mi xe...come se senti in colpa, sì...come mazzare...per mi xe cussi...(...)...perché sono sposata de quando gavevo 16 anni...a 17 anni gavevo un fio...go un nipote de 14 anni e uno de 11...go fatto questo periodo dopo de fio, tre anni dopo de mio fio io no gavevo incinta...gavevo una roba poco grave, de tutte...perché sono medici, anche qua, anche de noi sbagliati,...perché sono andata de ginecologo e lori me dizi "questa xe menopausa,

perché due mesi ga”...poi uno: “no –dizi - questo menopausa”...e quando sono andata fuori de ghinecologo dizi “Signora, tu sei incinta de cinque mesi”...una roba che no pol dir...quella me fa tanto triste, tanto...non voglio neanche ricordare...

Intervistatrice: Allora non Le chiedo altre cose...

Ivančica: No...ti prego de no...quella cosa no perché è una roba troppo triste...<sup>120</sup>

Baka ha 59 anni ed è di Belgrado. Era sposata con un italiano e risiede in Italia da 35 anni. Ha un'unica figlia che risiede in Serbia. Ora è in pensione ma prima faceva l'infermiera.

Anche Baka ha abortito una sola volta. Ha così deciso perché non voleva un secondo figlio. Baka si è confidata con un'amica e da lei si è fatta aiutare. L'intervento è stato fatto a Isola, nell'attuale Slovenia, perché non aveva detto nulla a suo marito e non voleva che questo la vedesse. Gli ha detto tutto solo a operazione fatta. Il marito si è molto arrabbiato perché voleva un altro figlio e non le ha parlato per parecchi mesi.

Anche per Baka è stata un'esperienza molto dolorosa. Per anni il ricordo l'ha tormentata e ancora oggi parlandone con me si è commossa e mi ha pregato di spegnere il registratore e di terminare lì il nostro colloquio.

Intervistatrice: Posso sapere se ha mai abortito?

---

<sup>120</sup> Ivančica: Ma sì, si parla sempre in Chiesa che questo non è bene...certo...io ho fatto una volta un aborto...per sei giorni non mangio niente, mangio solo acqua per fare quella...comunione...mangio per un mese così...

Intervistatrice: Prima di fare la comunione fa digiuno?

Ivančica: Sì, per una settimana non mangio niente grasso, solo acqua...sei giorni e dopo vado in Chiesa...quando ci sono le festività dei grandi santi, per Natale, per Pasqua...una donna che fa un aborto, come me, perché credo tanto in Dio, io in quella settimana non mangio niente, solo acqua...vado a lavorare ma non mangio niente grasso...così dopo vado in Chiesa e domando al nostro prete che mi aiuti, che mi faccia fare una preghiera...come si dice...confessione...una preghiera...e dopo faccio quel...comunione e vino...(...)...che cosa pensavo...ma è brutto...brutto...è un...peccato diciamo noi...per me è...come mi sento in colpa, sì...è come ammazzare...per me è così...(...)...perché sono sposata da quando avevo 16 anni...a 17 anni avevo un figlio...adesso ho un nipote di 14 anni e uno di 11...ho passato un periodo dopo aver avuto mio figlio, tre anni dopo che è nato io non sono mai rimasta incinta...avevo un problema un po' grave ma che hanno tutte le donne...sono medici, anche qua come da noi sbagliati,...perché sono andata dal ginecologo e mi ha detto: “questa è menopausa, già da due mesi”...poi uno: “no –ha detto – questa non è menopausa”...e quando sono andata fuori in Serbia dal ginecologo mi ha detto: “Signora, Lei è incinta da cinque mesi”...una cosa che non posso spiegare...quell'esperienza mi rende tanto triste, tanto...non voglio neanche ricordare...

Intervistatrice: Allora non Le chiedo altre cose...

Ivančica: No...ti prego di no...quella cosa no perché è un ricordo troppo triste...

Baka: Sì, una volta sola.

Intervistatrice: Perché ha deciso di abortire?

Baka: Perché non volevo il secondo figlio.

(...)

Intervistatrice: Come si è sentita nel prendere questa decisione?

Baka: Male...

Intervistatrice: È stata dura?

Baka: Sì, tanto...

Intervistatrice: Ci ha pensato molto prima di fare questa scelta?

Baka: Sì, ho pensato molto prima che andrà via...ho deciso e dopo avevo poco trauma psicologico e anche...dolorosa...altro che!

(...)

Intervistatrice: L'ha consigliata qualcuno?

Baka: Sì, una mia amica.

Intervistatrice: L'ha aiutata qualcuno?

Baka: Ela me ga aiutato...xe amica italiana...no iera serba...

Intervistatrice: Ne ha parlato con Lei prima di farlo?

Baka: Sì. Con nessun altro.

Intervistatrice: E dopo che l'ha fatto?

Baka: Dopo go fato, go dito a mio mari, e iera un disastro in casa...ma fa niente.

Intervistatrice: Lui non lo sapeva?

Baka: No.

Intervistatrice: Mi diceva che aveva abortito a Isola...

Baka: Sì. Ex-Jugo...

(...)

Intervistatrice: Ma è andata da un medico in privato?

Baka: Sì. In casa...ma gaveva tutte attrezzature se succedeva qualcosa...

(...)

Intervistatrice: Si ricorda di quel momento?

Baka: Eh...era brutto...anche piangevo tanto...dopo...anche adesso...<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> Intervistatrice: Posso sapere se ha mai abortito?

Baka: Sì, una volta sola.

Intervistatrice: Perché ha deciso di abortire?

Baka: Perché non volevo il secondo figlio.

(...)

Intervistatrice: Come si è sentita nel prendere questa decisione?

Baka: Male...

Intervistatrice: È stata dura?



---

Baka: Sì, tanto...

Intervistatrice: Ci ha pensato molto prima di fare questa scelta?

Baka: Sì, ho pensato molto prima di abortire...ho deciso e dopo avevo un trauma psicologico e anche...doloroso...altro che!

Intervistatrice: L'ha consigliata qualcuno?

Baka: Sì, una mia amica.

Intervistatrice: L'ha aiutata qualcuno?

Baka: Mi ha aiutata lei...è un'amica italiana...non era serba...

Intervistatrice: Ne ha parlato con Lei prima di farlo?

Baka: Sì. Con nessun altro.

Intervistatrice: E dopo che l'ha fatto?

Baka: Dopo che l'ho fatto, l'ho raccontato a mio marito, ed era un disastro a casa...ma fa niente.

Intervistatrice: Lui non lo sapeva?

Baka: No.

Intervistatrice: Mi diceva che aveva abortito a Isola...

Baka: Sì. Ex-Jugo...

(...)

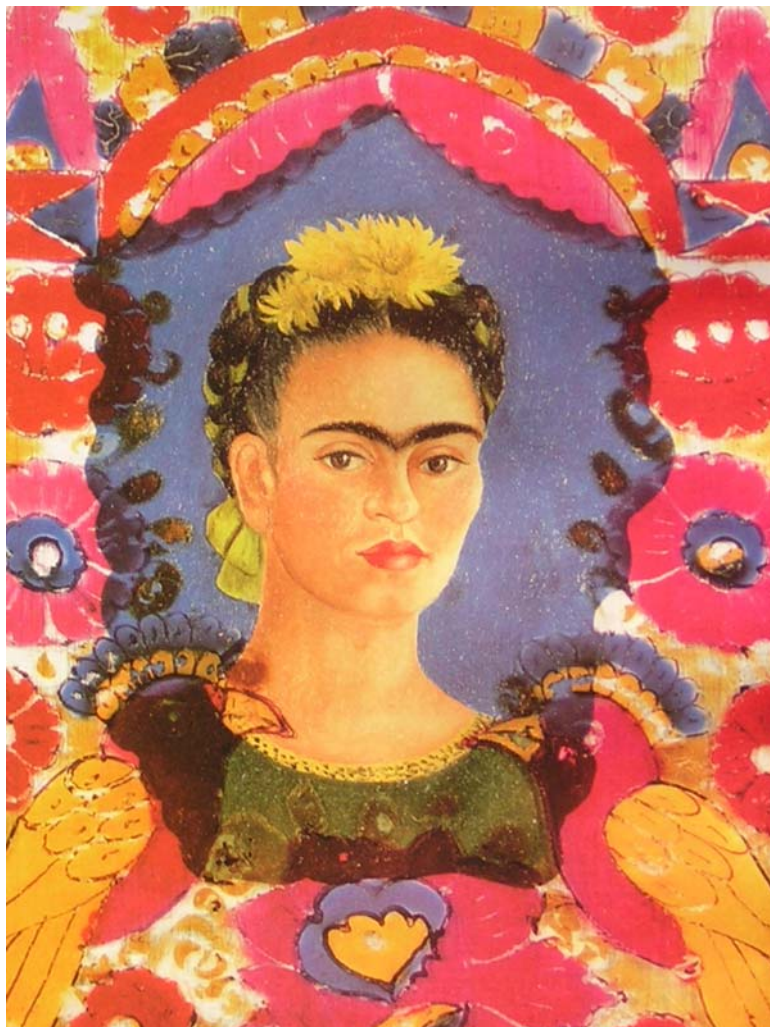
Intervistatrice: Ma è andata da un medico in privato?

Baka : Sì. In casa...ma aveva tutte le attrezzature nel caso succedesse qualcosa...

Intervistatrice: Si ricorda di quel momento?

Baka : Eh...era brutto...anche piangevo tanto...dopo...anche adesso...

## *Analisi delle interviste alle operatrici sanitarie*



F.Kahlo, *"The Frame"*, 1938

Come ho già spiegato nel capitolo 5, ho analizzato le interviste fatte alle immigrate e quelle agli operatori sanitari in due parti distinte, facendo tuttavia in modo che fossero complementari. A questo fine ho seguito uno schema comune ai due. Anche in questo caso infatti, l'analisi si divide in due momenti principali: "Stili di vita a confronto prima e dopo l'evento migratorio" e "Atteggiamento verso se stesse dal punto di vista fisico: estetico e medico". Anche qui poi, all'interno dei due gruppi vengono toccati altri temi, come ad esempio l'integrazione di queste donne nel tessuto sociale italiano o la contraccezione e la prevenzione. Bisogna tuttavia sottolineare che, come ci si sarebbe d'altronde potuti aspettare, le riflessioni fatte dal personale sanitario non sempre toccano gli stessi argomenti delle immigrate ma prendono in considerazione talvolta punti di vista diversi. Se ad esempio con le immigrate ho voluto indagare solamente su quale tipo di atteggiamento avessero verso la struttura sanitaria italiana, con gli operatori ho anche cercato di capire quale tipo di servizio offrissero loro concretamente.

Vorrei infine avvertire che le ginecologhe, le psicologhe, le assistenti sociali e le mediatrici culturali intervistate, hanno cercato di fare delle considerazioni in base alla loro esperienza personale, in base alle donne che hanno visto durante la loro carriera lavorativa ma senza pretese di generalizzazione. Più di una volta infatti è stata ribadita l'impossibilità di fare delle riflessioni che considerassero tutta la popolazione immigrata generale o serba in particolare, perché si sarebbe rischiato di cadere in stereotipi e pregiudizi. Alcune delle operatrici intervistate hanno alle spalle diversi anni di lavoro assieme alle donne immigrate, e possono quindi cercare di fare delle considerazioni più ampie, altre invece lavorano da troppo poco tempo in quest'ambito per poter fare delle riflessioni complessive e mi hanno quindi solo raccontato casi concreti da loro vissuti con alcune donne.

## Stili di vita a confronto prima e dopo l'evento migratorio

Quando ho parlato con le operatrici della **vita condotta in Italia** dalle immigrate, il tema che più spontaneamente è sorto è quello del lavoro, riconfermandomi quindi quello che avevo già notato durante i colloqui con le donne serbe. Per queste persone avere un lavoro è il problema principale in quanto è necessario sia per condurre una vita dignitosa in Italia, sia per poter inviare del denaro nel paese d'origine. Secondo l'Assistente Sociale, molti immigrati serbi lavorano a ritmi elevati per poter guadagnare il più possibile e riuscire quindi a costruirsi la tanto agognata casa nel loro paese. C'è quindi il desiderio abbastanza comune di tornare un giorno in Serbia.

Assistente sociale: Secondo me, la loro patria resta la loro patria. E secondo me sì. È vero. Lavorano tanto perché si vogliono attrezzare le case del loro paese d'origine, magari anche per affittarle e guadagnare, e qua lavorare.

Tuttavia non sembra che trovare un lavoro che piace sia una cosa così facile. Molte donne secondo la Ginecologa 3 fanno lavori saltuari oppure sono costrette ad adeguarsi a fare lavori umili e molto faticosi, lavori che difficilmente un Italiano fa. Inoltre c'è il problema del tempo libero che spesso scarseggia e che non permette quindi loro di potersi dedicare ad altre faccende, quali ad esempio le visite mediche o ginecologiche.

Ginecologa 3: (...) Però penso che sono poche che hanno un lavoro fisso. O anche se hanno un lavoro fisso, magari lavorano in casa di riposo, non possono permettersi di prendere i giorni liberi e curarsi. Anche questo. Perché parlando con loro, mi dice "Sì, però io non posso perché rischio di perdere il lavoro...non posso andare a fare i controlli...dopo perdo il lavoro". Più o meno funziona così...

Se il lavoro è il problema sentito come più contingente, esistono altre difficoltà magari meno visibili ma che comunque possono creare non poche conseguenze. Molti operatori mi hanno infatti raccontato che percepiscono tra queste donne una grande fatica ad adattarsi ai valori della nuova società. Come infatti succede

a molte persone costrette ad emigrare dal loro paese, si sentono divise, in bilico tra due culture: quella d'origine e quella in cui ora vivono.

Alcuni cercano di abbarbicarsi ai valori tradizionali che danno loro sicurezza e li rassicura, ma così facendo rifiutano qualsiasi accomodamento con la società italiana e quindi vivono con difficoltà la loro vita nel nuovo paese. Molto spesso poi queste persone fanno parte di una comunità chiusa che controlla ciò che fa il singolo e critica le condotte non condivise.

Altri invece rinnegano le proprie origini, identificandosi in tutto e per tutto con il modello occidentale, per potersi sentire completamente parte della nuova società.

Psicologa 2: (...) Posso dire che ci sono delle donne che tendono a identificarsi in maniera molto forte con un modello di tipo occidentale e quasi a rinnegare il loro modello d'origine. Ci sono delle altre donne invece che tengono duro, nel senso che vogliono far valere in maniera molto forte le loro radici. Esiste veramente poche volte un'integrazione riuscita tra le due culture; c'è questa paura di perdere la propria identità, di tenere duro a tutti i costi o il desiderio di liberarsene, e che è diametralmente opposto.

Psicologa 1: (...) Io ho avuto la sensazione, così, nel corso dei colloqui che ho fatto, che alcune donne, quelle che stanno qui magari da più tempo, maturino quasi una specie di contraddizione tra la cultura d'origine e quella invece nella quale sono immerse. Cioè, vivono quasi un paradosso di una doppia vita, un doppio ambiente: quello nostro, in cui comunque vivono, lavorano, sentono i telegiornali, e quello invece della propria cultura d'origine, l'appartenenza del nucleo familiare che molte di loro hanno qui, e quindi con dei codici, delle regole, delle norme che non sono le nostre.

Il confronto con la cultura d'arrivo è sì difficile ma anche inevitabile. Molti immigrati per potersi integrare il più velocemente possibile e non sentirsi più stranieri, saltano delle tappe importanti, di riflessione e confronto tra i valori propri e quelli italiani. Omettendo quella fase intermedia di assimilazione graduale, difficilmente riescono a coniugare in maniera armonica i due stili di vita prendendo il meglio delle due culture. Inoltre il desiderio di riscatto sociale

si esprime spesso attraverso i valori del consumismo, ma così facendo queste persone si sentono sempre su un gradino inferiore rispetto agli Italiani.

I problemi poi aumentano se hanno dei figli, i quali si adattano in maniera più veloce e con più facilità, e mettono quindi in discussione i valori dei genitori e talvolta addirittura li rinnegano. Questi inoltre, frequentano le scuole italiane e si confrontano costantemente con gli altri ragazzi italiani. Per non sentirsi diversi, desiderano adeguarsi ai gusti e alle prerogative degli altri. Ed ecco che c'è la necessità di avere un determinato giocattolo o un certo tipo d'abito firmato. I genitori a questo punto sono costretti a impiegare tutte le loro forze per poter soddisfare le necessità dei loro figli facendo degli sforzi enormi soprattutto in termini economici.

Assistente Sociale: Sì, perché il confronto con la cultura diversa con la quale meno o male devono integrarsi, è molto pressante. E quindi i cambiamenti ci sono ma non sempre sono cambiamenti in senso positivo perché cambiamento vuol dire anche che uno deve assimilare delle cose...e fare un confronto con la propria cultura e accettare quello di buono può provenire da un'altra cultura. Questo dipende dalle persone. Ci sono delle rigidità perché non è facile. Anche perché uno che si trova ad inserirsi in un paese, in un'altra nazionalità, con un'altra cultura, con altri valori, con altri punti di riferimento,...deve fronteggiare dei problemi di sopravvivenza che per quella persona non...resta superficiale rispetto a un'integrazione vera e propria; resta per forza abbarbicata ai propri valori perché sono le uniche sicurezze che si porta... Il confronto più difficile penso che sia all'interno della famiglia perché quando c'è la famiglia con figli, basta che un ragazzino, un bambino va a scuola, intanto un giovane si integra con una velocità più...in maniera più veloce, se non altro per spazio mentale e per capacità che hanno i giovani...e mettono in discussione i valori all'interno della famiglia. Una persona giovane che si deve integrare lo fa subito. E vuole non distinguersi; magari assimilarsi agli altri anche negando la propria cultura di riferimento. Ripeto questa ragazza di cui accennavo prima non voleva essere chiamata con il suo nome, con il suo nome d'origine, perché questo riportava sicuramente allo stato di provenienza. Questo cosa vuol dire. Vuol dire che si vergognava. Vuol dire che voleva essere trattata come tutti gli altri. E quindi c'è questo forte desiderio di assimilazione dove c'è il combattimento all'interno della famiglia per avere le scarpe marca...non so come. Perché? Perché gli altri le

hanno. E quindi un forte desiderio di riscatto sociale. E questo penso che sia un punto centrale con il quale dovremo fare i conti, questo del riscatto sociale. Come se non riuscissero mai ad arrivare al nostro livello. Si sentono sempre a un livello sotto. E allora per poter poter fronteggiare questo e cercare di normalizzare la cosa, cercano di copiare i nostri modelli culturali che sono quelli del consumismo, quello dell'apparire in un certo modo per avere la possibilità di integrarsi prima,... Se a scuola uno non ha le scarpe marca...l'ultima marca che è di moda, vuol dire che è un diverso. Uno che non va nei locali alla moda di sera...allora tanti lavorano per far questo e dimostrare che sono uguali. Però mancano i passi intermedi. Non solo. Ma maturazione, un'assimilazione graduale. Io vedo che molti dei disagi delle persone sono per qualcuno...io ho visto qualcuno anche scompensarsi dal punto di vista psichiatrico. Per questa cosa qua: per questo desiderio di fare un balzo in avanti troppo grande per le forze. E quindi scompensarsi dal punto di vista psichiatrico. Perché uno non ce la fa mai. E anche se ce la fa, guarda nell'altro sempre quel pezzettino che a lui manca. E combattono buttando tutte le energie su questa cosa qua.

Intervistatrice: Quindi hanno sia problemi economici che problemi di integrazione culturale. Secondo Lei, quale tra i due è il problema maggiormente sentito?

Assistente Sociale: Il problema di tipo economico perché finché non hanno risolto questo problema qua, viene collegato alla difficoltà di inserirsi. Perché meno cose uno ha, meno ha possibilità di inserirsi. Più cose ha e più può fronteggiare i problemi. In realtà poi questa è una cosa soltanto esteriore però non è...cioè, interiormente uno si porta dentro tutto il suo bagaglio ma non è riuscito ad assimilarsi...ad integrarsi in quella cultura in modo tale da capire anche lo sforzo che ha fatto, i passi che ha fatto per ottenere delle cose...(....) Penso che fanno degli sforzi estremi per pareggiare i conti...il discorso del riscatto sociale, di cui dicevo prima, a prezzi enormi perché dopo le tensioni sono talmente gravi all'interno della famiglia che sfociano in situazioni di violenza, di disagio da parte dei figli, disagio che emerge negli altri ambiti che frequentano come la scuola...

Un ulteriore problema è quello della possibilità di avere dei **figli**. Già le intervistate serbe, in particolar modo quelle più giovani, mi avevano raccontato di avere delle difficoltà qui in Italia per poter anche solo concepire l'idea di farne. La mente è infatti occupata da altre preoccupazioni, altre difficoltà e

oltrettutto manca il sostegno dei propri familiari, figura che in patria è sempre presente e importante nella crescita dei figli.

Intervistatrice: Nella scelta di avere o non avere un figlio, la loro situazione come immigrate influisce? Impedisce loro di avere una vita come se fossero rimaste in patria?

Assistente Sociale: Cioè, io penso che influisce il vivere in un paese straniero, influisce su tutti gli aspetti e anche su questo. Secondo me influisce perché magari non possono far riferimento a una rete familiare...

Intervistatrice: Perché in patria sono abituate a vivere in una famiglia allargata e qui si sentono un po' sole?

Assistente Sociale: Sì. Io vedo che le mamme e le suocere sono ingaggiate molto. Quindi nel loro paese sicuramente hanno questi supporti che qua non hanno.

Intervistatrice: Secondo Lei si sentono spaesate o sole?

Assistente Sociale: Sì. Sì. Il problema è che uno viene qua per lavorare. Tutto il resto è un problema. Un problema in più. Perché i fattori sono quelli di tipo economico del riscatto sociale di avere delle cose. Per poi tornare in patria.

Come già mi avevano raccontato alcune donne immigrate, la **famiglia** è un sostegno ma talvolta può diventare una presenza molto invadente ed oppressiva. L'Assistente Sociale sostiene che la comunità ha molto potere sul singolo e che "sembra che i genitori continuino ad avere un grande potere sui figli anche dopo che questi si sono costruiti una famiglia. Interferiscono sulle scelte. Cioè la famiglia e i parenti e la comunità...è molto forte. Se uno fa delle cose contro queste persone, è tagliato fuori". Famiglia e comunità sembrano quindi andare di pari passo, l'una segue l'altra ed entrambe influiscono sulle scelte del singolo e della coppia.

Assistente Sociale: ...ma...sono molto legati, rimangono facenti parte di una comunità piuttosto chiusa, secondo me. Hanno i loro punti di riferimento, la loro cultura che mantengono. Io sento di donne che vengono qua e che hanno il problema del contatto con i figli perché si sono divorziate...Perché in Serbia c'è ancora la famiglia patriarcale. Queste donne vivono con le suocere e devono fare quello che le suocere dicono. Quando poi vengono in Italia, molte vedono che le cose sono diverse e decidono di divorziare...(...) Io adesso sto seguendo una



donna, una donna che si trovava a vivere a Trieste con marito, due figli e la suocera. Cioè con tutta la famiglia. La signora più giovane si trovava a litigare col marito perché...per l'intrusione della suocera nelle vicende coniugali. Lei è scappata da casa, si è trovata un altro alloggio e a chiesto al consultorio familiare di fare una mediazione con il marito, sulla base della richiesta di lei di ricostruire la famiglia loro a parte...cioè se lui andava praticamente nell'altro alloggio insieme alle figlie lasciando la casa genitoriale di lui. E lui ha rinunciato su questo...(.)...semplicemente sembra che i genitori continuino ad avere un grande potere sui figli anche dopo che questi si sono costruiti una famiglia. Interferiscono sulle scelte. Cioè la famiglia e i parenti e la comunità...è molto forte. Se uno fa delle cose contro queste persone, è tagliato fuori.

Intervistatrice: Sono influenzate ...

Ginecologa 3: ...dall'opinione dell'ambiente. Ecco questo più o meno. La mentalità del paese.

Intervistatrice: Forse uso un termine un po' forte...sono sottomesse?

Ginecologa 3: Penso di sì. Non penso di sì...sì.

Dal punto di vista di alcune operatrici, molte donne danno poco valore a se stesse. Fin da piccole apprendono che il loro compito è quello di sposarsi, di dare alla luce almeno due bambini e di occuparsi della casa. Su di loro ricade il peso di tutta la conduzione familiare. Non pensano di poter agire diversamente, perché il loro destino è quello. C'è cioè una certa passività e un'immagine della donna molto svalutata.

La figura del marito poi non ci fa una bella figura. Sembra che sia molto esigente, che sia lui a decidere le cose essenziali della coppia e che spesso, in certe famiglie, usi la forza in maniera indiscriminata.

Mediatrice 1: (...) ...però là ci sono le usanze, cioè forti come in ogni paese...allora, la donna quando si sposa, il suo dovere, il primo dovere che lei ha all'interno della famiglia, se laureata o analfabeta, di avere due figli. Questo è il suo compito. Se no, non doveva sposarsi...tutti si aspettano da lei...allora non si parla neanche di usare i contraccettivi, o di abortire...cioè, fanno due figli. Dopo due figli, sarebbe bello parlare dei contraccettivi, purtroppo là vanno avanti con gli aborti.

Psicologa 2: (...) Perché forse sono donne che non pensano fino in fondo di poter essere libere di scegliere.

Intervistatrice: Perché sono limitate nella loro vita già programmata?

Psicologa 2: Programmata e una certa passività. Per cui c'è un altro che decide di te.

Intervistatrice: Ma chi è quest'altro? Il marito? La famiglia? Il modello culturale?

Psicologa 2: Secondo me molto spesso è un uomo. Padre, marito,... Mi veniva in mente un'altra situazione, però di una signora africana, che ad un certo punto aveva fin pensato di uccidere lei e sua figlia perché, essendo restata lei senza marito e la figlia senza un padre, pensava che non avessero più...non erano più nessuno, non avevano più diritto a niente, perché erano due donne senza un uomo...(.)...Forse c'è questa...un'immagine del femminile molto svalutata...sia culturalmente che proprio concretamente. Una donna è fatta per fare i figli, per rimanere a casa, e poche altre cose...cioè, essere...avere una femmina o nascere donna in molti paesi è ancora una disgrazia. Gli infanticidi cinesi delle bambine sono una delle piaghe peggiori. Questo mi è successo, adesso mi viene in mente...di avere incontrato una signora che avrebbe deciso se interrompere (*la gravidanza – inc. mio*) o no, solo se...dopo aver saputo il sesso del bambino. Ecco credo che per me sia stata una delle situazioni più sconvolgenti...(.)...proprio ho pensato a...alla lontananza del modo di sentire. Non mi era mai successo che una donna scegliesse, lei femmina, di tenere un bambino solo se è maschio perché questo aveva valore, avere una femmina no. Veramente pesante...perché è tutta un'altra cosa del ragionamento “posso-non posso tenere un bambino, lo voglio-non lo voglio”...

Assistente Sociale: Non so...però io vedo che gli uomini menano. Saranno donne energiche nel senso che sono abituate a gestire la vita familiare perché il carico è loro. Però i mariti menano. Cioè, c'è questa cultura del dar botte, della violenza. E verbale e fisica. Anche perché c'è molto uso dell'alcool. L'uso dell'alcool è proprio un fatto culturale (...) Però l'uomo lavora, sta fuori di casa, lavora come un negro, torna a casa e mena, torna a casa ubriaco...

Così come ho voluto chiedere alle donne serbe le loro opinioni sui loro **medici** per poi vedere se facevano paragoni con quelli incontrati in Italia, ho chiesto alle operatrici di fare delle considerazioni elaborate dalla loro personale esperienza.

Parlando della sanità in Serbia, queste ricordano come il sistema funzionasse molto bene ai tempi della Jugoslavia di Tito e come invece le ultime guerre hanno rovinato tutto ciò che di buono la sanità avesse. In Serbia infatti il sistema sanitario pubblico presenta oggi giorno molte disfunzioni soprattutto per il fatto che manca il denaro per sostenerlo.

Intervistatrice: In Serbia adesso il sistema sanitario è sia privato che pubblico?

Ginecologa 3: Sì.

Intervistatrice: E quello pubblico funziona?

Ginecologa 3: Mi hanno detto di sì. Funziona, però sempre liste d'attesa infinite. Si lamentano...

Mediatrice 2: (...) là non ci sono soldi neanche per sopravvivere, figuriamoci per un servizio in più di quello poco che ce l'hanno...perché una volta c'era tutto...adesso sempre meno, meno, meno...adesso sono proprio a livello di sopravvivenza...

Ginecologa 2: (...)...ormai la ex-Jugoslavia non c'è più da un decina d'anni...qualcosa di più insomma...prima loro avevano una buona sanità. In Jugoslavia c'era una delle migliori sanità, soprattutto dell'Europa Orientale ma anche rispetto la nostra. Cioè...io stessa andavo a prendere la pillola in Slovenia perché qua non me la davano, per dire...sto parlando di trent'anni fa...quindi...per dire...(...)...qui credo che sia stata proprio una regressione...

Ginecologa 1: Bé, insomma la ex-Jugoslavia aveva sicuramente dei servizi sanitari buoni, per certi punti di vista. Io mi ricordo in Slovenia, ma il discorso è molto diverso,...degli incontri dopo-parto, molte donne conoscevano i metodi contraccettivi da usare.

Il racconto della Ginecologa 2 mi riporta alla mente le parole di Ruža: "...viviamo da un tempo che è un po'...per me queste robe da donne...è un po'...da noi giù in Serbia questo anno...anno scorso...c'è...come si dice...percentuale di più...donne sono più malate da loro problemi...da ultimi tre anni circa...due anni...(...)...quello là secondo me...non so ma...io dico

così...quando è finito questo...come si chiama...guerra da americani...un po' più...sono malate donne...

Intervistatrice: Per le bombe, l'uranio impoverito?

Ruža: O così o altro...io non so...ma penso così...

Intervistatrice: Parli di tumori?

Ruža: Sì...tante tante donne...tumori, cisti,...come si chiama queste robe...tante donne...non solo da mio paese...dico...di tutta la Serbia...".

Sembra quindi, leggendo anche il rapporto dell'*Helsinki Committee for Human Rights in Serbia*<sup>122</sup> (vedere capitolo 4) , che effettivamente in Serbia ci sia stato un incremento delle malattie, che non è però imputabile solamente alle disfunzioni del sistema sanitario.

Intervistatrice: Mi è sembrato di capire dalle interviste che ho fatto, che le donne immigrate hanno diversi problemi di salute, problemi specificatamente femminili. Ciò è confermato dalla Sua esperienza?

Ginecologa 2: Secondo me è vero perché non esiste più una sanità che funzioni. Cioè la parte preventiva che era...come dire...era veramente il fiore all'occhiello del...governo che c'è stato prima...adesso non c'è più...per cui la sanità...a parte gli ospedali, i medici non hanno più quei controlli che avevano una volta. Io credo che abbia inciso anche molto la guerra con tutto l'uranio che è stato buttato perché nessuno mi toglie dalla testa che questo incremento dei tumori,...soprattutto anche tra i bambini, che c'è, effettivamente c'è in Serbia...nessuno ne vuole parlare ma c'è, dati alla mano...c'è stata una pubblicazione proprio della pediatria di Belgrado con dati che ti si accappona la pelle...c'è questo incremento di tumori, soprattutto tumori della tiroide, linfomi cioè tumori del sangue, tumori dello stomaco perché la gente ingerisce cose che sono state inquinate,...che non c'era prima e non è tutto imputabile al fatto che la sanità non funzioni, evidentemente qualcosa è cambiato anche nell'equilibrio atmosferico o del territorio.

Per alcune operatrici l'incontro con certe immigrate è risultato abbastanza difficile. Percepiscono un certo fastidio dato dal fatto che queste donne non

---

<sup>122</sup> Helsinki Committee for Human Rights in Serbia, "Annual Report 2001 - Human Rights in Transition – Serbia 2001", in [http://www.helsinki.org.yu/report\\_contents.php?lang=en&idpub=35](http://www.helsinki.org.yu/report_contents.php?lang=en&idpub=35) aggiornato all'1.10.2004

sono abituate al fatto che i servizi pubblici intervengano in tutte le situazioni, come ad esempio nel campo della violenza sui minori o di quella domestica, in quanto le considerano faccende personali e private.

Psicologa 2: Ma molto spesso fanno paragoni. Allora ci sono delle signore che magari si appoggiano a questo servizio, forse di più quelle dei corsi di preparazione al parto o che fanno i controlli, vivono questo servizio come un modo diverso di poter essere donne, di poter gestire la propria femminilità e quasi con un senso di liberazione. Altre persone ci vedono di più come forse un qualcosa di troppo intrusivo, che può entrare troppo nella loro vita; loro vorrebbero probabilmente risolvere alcune loro questioni, ma senza grandi approfondimenti e quindi avere un atteggiamento molto più difeso. Sicuramente fanno dei confronti con i servizi del loro paese d'origine. Per alcune in un senso per altre nel senso contrario.

Intervistatrice: Quindi sente paragoni sia in senso positivo che in senso negativo?

Psicologa 2: E sì. Perché mi viene in mente per esempio in situazioni di tutela dei minori, dove abbiamo dovuto fare degli interventi anche abbastanza forti con coinvolgimento della famiglia, questo non è stato vissuto come un supporto, un aiuto alle problematiche familiari ma come una pesante intrusione. Oppure in situazioni di violenza domestica, molte donne danno per scontato che debba essere così. Certe volte possono essere messe in difficoltà dal fatto che questa cosa non sia così accettata da noi, insomma.

Intervistatrice: E si fidano di Lei come psicologa?

Psicologa 2: Ma mica tanto...(...) ...alcune persone mi hanno anche messa al centro di un complotto contro di loro, nella loro fantasia...per cui...dipende da che tipo di colloquio si deve fare...

Alcune immigrate inoltre, preferiscono tornare nel loro paese d'origine per fare i controlli medici. Questo mi era già stato confermato dai racconti di Draga, Istina e Ivančica. Tutte e tre infatti tornano in Serbia dal loro medico, ma non perché diffidino di quelli italiani ma perché, o preferiscono continuare il loro rapporto con il medico che hanno sempre avuto, o perché temono di non riuscire a capire e farsi capire dai sanitari italiani.

Secondo alcune operatrici invece, le immigrate tornano in patria o perché preferiscono i loro medici a quelli italiani o perché non sono a conoscenza di ciò che la **struttura sanitaria italiana** offre loro. Molte donne infatti non sanno come funziona il servizio, temono le denunce, hanno paura. E tutto ciò perché hanno pochi contatti. Queste donne cercano infatti informazioni all'interno della loro comunità, hanno dei loro canali preferenziali che però possono essere talvolta insufficienti o possono recare con sé pregiudizi e false credenze.

Ginecologa 3: Allora...intanto sono poco informate. Perché io ho fatto anche la tesi. Sono poco informate e...si fidano...si fidano, però c'è una bella, direi, fetta che fa tutti gli esami, tutti i controlli tornando a casa. Questo sì...(...)...Si fidano di più di medici di loro...del posto. Quindi del loro paese.

Mediatrice 2: ...anche non conoscenza delle leggi, delle possibilità che ce l'hanno...(...)...sono tante che vogliono andare a curarsi in Serbia per varie malattie che si possono tranquillamente curare in Italia, o fare aborti là,...veramente vanno a fare aborti là, spendono per viaggio, fanno senza anestesia, perché non sanno che qua esiste tutta una struttura che le protegge...(...) No, non credo che non si fidano...semplicemente non hanno contatti. Dopo che prendono i contatti si fidano di sicuro. Questa è l'esperienza con le donne che io seguo...si fidano di sicuro.

Assistente Sociale: (...) loro cercano informazioni (...) nella comunità serba. Tra di loro sanno tutto. Circolano informazioni nella comunità. Ci sono dei percorsi tutti particolari, credo. Noi abbiamo una legale in consultorio e quindi abbiamo la possibilità di una consulenza legale...certe volte le donne immigrate arrivano qua hanno già avuto consulenze da altre parti. Quindi vuol dire che usufruiscono dei servizi, hanno dei punti di riferimento quando arrivano qua, insomma...

Il più delle volte però le donne immigrate hanno un atteggiamento positivo verso il servizio sanitario italiano. Magari all'inizio sono un po' diffidenti, temono il fatto che hanno a che fare con un'istituzione pubblica, ma una volta che si informano e vedono personalmente come funziona il sistema, si fidano, si trovano a loro agio e molte risultano soddisfatte di alcuni servizi offerti che non

esistevano nel loro paese d'origine. Molte immigrate inoltre raccontano alle operatrici che nel loro paese mancano i mezzi e che quindi il servizio che viene dato loro è poco attento, spesso superficiale. Dalle parole delle intervistate sembra poi che alcuni medici serbi non dedichino il tempo necessario per spiegare alle pazienti cose essenziali per la loro salute.

Intervistatrice: Si fidano dei ginecologi italiani?

Mediatrice 1: Quando vanno la prima volta, dopo sì.

Intervistatrice: E fanno paragoni con quelli del loro paese?

Mediatrice 1: Sì, e dicono che è molto meglio...che è molto, molto meglio. Che non si aspettavano un comportamento così, che qui il ginecologo parla, che ti spiega, ti chiede,...Là no. Sei venuta a fare aborto, facciamo. Si fa direttamente, in ambulatorio ginecologico. Va a fare la spesa, sale in ambulatorio, fa aborto, finisce la spesa al mercato e va a casa. Queste sono le testimonianze che mi raccontano loro, insomma.

Intervistatrice: Fanno paragoni con i ginecologi del loro paese?

Mediatrice 2: Sì.

Intervistatrice: E cosa dicono?

Mediatrice 2: Eh...da noi non è così...ovviamente come lo Stato sta male, si sta malissimo, non si usano né anestesie, si danno le medicine che non sono tanto efficienti, o...tutto per non pagare...è un disagio economico grave...

Intervistatrice: Da quanti anni lavora con le donne immigrate?

Ginecologa 2: Io direi...una ventina d'anni. Se prima meno forse adesso sempre di più perché adesso si rivolgono ai servizi. Prima venivano poco perché avevano paura della denuncia, nel fare una cartella temevano che potesse attivare delle ricerche,...

Ginecologa 1: (...) ...ecco troviamo difficoltà perché certe cose che noi diamo per acquisite non lo sono minimamente tra queste donne dove i servizi non esistevano.

Assistente Sociale: Ma...io penso che i rapporti sono buoni...le donne che vengono qui risultano soddisfatte. Insomma, credo che si fidino di noi. E sinceramente

non credo che abbiano dei servizi simili nel loro paese d'origine...Noi lavoriamo anche in collaborazione con un gruppo antiviolenza (...) Io ho trovato molto utile inviare le donne direttamente a questo gruppo perché magari non volevano esprimere una situazione all'interno di un servizio. Per paura...loro hanno anche dei problemi rispetto alle residenze, alle cittadinanze,...quindi facendo emergere dei problemi hanno paura che i servizi, le istituzioni entrino in questi problemi creando difficoltà rispetto queste cose qua...

Un grande lavoro fanno gli stessi operatori sanitari italiani. Dalle loro parole si capisce che, anche se talvolta con difficoltà, cercano di adattarsi alle esigenze delle donne immigrate in vari modi.

Innanzitutto in maniera molto pratica: si spostano i servizi nelle zone più centrali della città di modo che siano maggiormente accessibili a tutti, si ascoltano le esigenze e si cerca di accontentarle, si pubblicano dei libricini in varie lingue perché tutte le immigrate, anche quelle che non parlano italiano, abbiano la possibilità di informarsi, e soprattutto si predispongono percorsi facilitanti per questa categoria particolarmente debole, creando una rete tra i vari servizi.

Psicologa 2: Bé, il primo cambiamento, perché ci siamo spostati di sede, è che riusciamo a...siamo arrivati in una zona a più alta densità di immigrazione. (...) Le nostre ginecologhe hanno anche una certa mentalità, una certa apertura rispetto a tutte queste problematiche...quindi sono molto disponibili a veder donne che hanno questo tipo di retaggio culturale...e anche si adattano molto, ecco. Nel senso che si sono fatte visite che bisognava fare magari senza che le donne si spogliassero, con tutto...ci sono anche questi problemi...della possibilità di mostrare o non mostrare il proprio corpo...è più facile che vengano le donne in consultorio perché ci sono altre donne che le visitano e quindi questo è un grande aiuto, soprattutto per certe culture...(...)... Io l'ho visto qua con il cambio di sede. E quindi può essere che il fatto noi fossimo a S. Luigi, rione di tutt'altra natura, discriminasse molto. Magari non venivano in questo consultorio, andavano in un altro, non lo so. Ma certo che l'esserci spostate in Cavana ha cambiato anche il tipo di accessibilità...



Ginecologa 2: Certo...li abbiamo fatti (*dei fascicoletti informativi – inc. mio*) anche in serbo. C'è una ditta farmaceutica...(...)...ci ha fatto la traduzione in serbo, in albanese, in arabo, in cinese,...perché noi abbiamo problemi a dirle le cose, qualche volta non c'è la mediatrice,...o anche se c'è, è bene che la donna abbia in mano qualcosa, che legga quello che c'è scritto...e che lo passi ad un'altra eventualmente...perché il passaparola è la cosa migliore ancora, soprattutto tra di loro...perché in altro modo è difficile contattarle...(...) ...no, in linea di massima hanno fiducia, anche perché è un servizio nuovo il nostro...non è...intanto non mettiamo il camice, per esempio, quindi abbiamo un atteggiamento più aperto rispetto ai problemi che può portare una donna...forse è meno...meno sanitaria l'immagine che diamo...per cui credo che si trovino più che bene. (...) Ed è sempre un commento positivo rispetto quello che il servizio fornisce loro.

Psicologa 2: (...) Credo che questo è un consultorio che sia molto disponibile e che...come dire...ha una grande apertura verso queste problematiche e che abbia anche dei percorsi facilitanti all'esterno...cioè nel consultorio ci sono dei percorsi istituzionali che non sono solo di prassi, cioè ci sono anche degli accordi però...perciò ci sono una serie di esami, di questioni che le donne possono fare senza andare in giro come matte. Ma una volta che vengono qua hanno già una trafila preparata, insomma.

Ginecologa 1: (...) ...vengono donne che comunque molto spesso si rivolgono spontaneamente all'ambulatorio di Via Nordio<sup>123</sup>, c'è un ambulatorio per gli immigrati e le immigrate in Via Nordio di medicina generale, lì c'è la presenza di una mediatrice da molti anni che fa un grosso lavoro di rete soprattutto con le donne serbe, bosniache e croate, insomma. E lì, diciamo, è la fucina principale. Quindi sono le donne stesse che una volta fatto riferimento a Via Nordio per qualsiasi problema, comunicano con le altre della comunità, segnalano e le donne spontaneamente si... questo all'inizio non era così...poi si è ingrossato...praticamente il principale veicolo, diciamo, di donne per noi rimane

---

<sup>123</sup> L'ambulatorio nasce dalla collaborazione tra medici di famiglia e l'Azienda Sanitaria Triestina con il fine di offrire assistenza sanitaria a tutti gli immigrati, regolari e irregolari, presenti nella città di Trieste. Il servizio è disponibile per tre volte alla settimana per un totale di tre ore. Al progetto partecipano diversi medici di medicina generale, mediatori culturali provenienti da vari paesi e un infermiere dell'Azienda Sanitaria.

Via Nordio. E poi le amiche delle amiche che magari...e anche le associazioni di volontariato tipo l'ICS<sup>124</sup>...

Assistente Sociale: ...la rete è un discorso che funziona...che è funzionante perché è l'unica soluzione alla complessità dei problemi. I problemi di oggi sono di una complessità veramente enorme. Quindi non è più possibile accostarsi a un problema vedendolo solo da un punto di vista. È necessario il contributo anche di altri che vedono lo stesso problema da un altro punto di vista. Lavorare in rete è la cosa più difficile che ci sia. Però bisogna insistere in questo obiettivo...(...)...bisogna lavorare in rete e lavorare su progetti...Molte volte i progetti falliscono perché si ha lavorato male in rete. E una cosa molto faticosa. E un metodo di lavoro che da un punto di vista teorico ormai è entrato nei discorsi di tutti. Però è anche dato per scontato certe volte. Dal punto di vista del concreto, della realizzazione della rete e della verifica dei risultati, questo è un altro discorso, la messa in pratica. Anche perché viene dato molto per scontato...per esempio viene dato per scontato il discorso del dialogo e del scambiarsi le proprie esperienze e di confrontarsi. Cioè il dialogo come confronto...

Molto spesso inoltre bisogna cercare di capire quali problemi, anche e soprattutto culturali, si interpongono tra l'operatore italiano e l'immigrata, e tentare quindi di adeguarsi alle necessità di queste ultime.

Di grande aiuto è la figura del mediatore. Questo infatti deve mediare tra due lingue ma soprattutto tra valori e concezioni diverse. È di grande ausilio anche perché riesce a instaurare un rapporto di confidenza e talvolta di amicizia che fa sì che queste donne ascoltino le sue informazioni e seguano poi i suoi consigli. Essenziale è quindi la preparazione del mediatore che dev'essere attenta e precisa.

Ginecologa 2: Ma...il paragone più comune è che per fortuna siamo donne che visitiamo le donne quindi vengono più volentieri mentre nei loro paesi è molto

---

<sup>124</sup> Il Consorzio Italiano di Solidarietà nasce nel 1993 ed è un'organizzazione umanitaria impegnata nella protezione delle vittime dei conflitti e delle crisi internazionali: i civili coinvolti nei conflitti, i rifugiati e gli sfollati, le vittime di abusi dei diritti umani, gli individui e le comunità più deboli e vulnerabili. È un'associazione che esiste a livello nazionale e che ha una sede a Trieste, in via Roma 28.

più comune che sia un uomo il ginecologo. Per cui...soprattutto per le donne di cultura mussulmana la vivono molto male una visita ginecologica. La vivono un po' come una violenza. E il fatto che sia una donna le aiuta di più. L'accetta meglio, ecco, perché in fondo in fondo la visita è sempre quella...

Ginecologa 1: Allora, queste donne si fidano, sì. Io direi che come impatto non è per niente negativo. Penso che il lavoro del...della mediatrice, in questo caso noi abbiamo sole donne lavorando con donne e i servizi ginecologici, poi...hanno una funzione molto importante, non solo per la lingua ma anche per il *trait-d'union*, insomma, con la...così...con il paese d'origine, diciamo. Si fidano anche delle mediatrici, devo dire la verità...(…) (*Le mediatrici – inc. mio*) Sono essenziali non solo sulla lingua, ovviamente, che però, come dire, potremmo anche risolvere con pochi problemi, ma diventano essenziali secondo me sul tramite: accompagnano la donna al Burlo, nel frattempo che l'accompagnano all'ospedale per fissare gli appuntamenti o nell'attesa degli esami da fare, parlano con loro,...le mediatrici hanno fatto con noi dei piccoli incontri mirati su questo, e quindi già preparano alla contraccezione, già spiegano del perché certe cose vanno fatte e certe altre no, il fatto che la struttura protegga e quindi si possa fare per la tutela della donna e della sua salute, che non rischi la vita con un aborto clandestino, è già un grosso...ma questo glielo spiegano strada facendo, tornano con loro agli incontri che fissiamo dopo l'interruzione, e quindi fanno un grosso lavoro anche al di fuori del momento diretto del consultorio. Sì, direi che sono essenziali su questo. Però anche qui, mediatrici attente e sensibili al tema, non qualsiasi mediatrice...(…)...Preparate nel non condizionare la donna ma nel favorirla a esprimere un pensiero, a discutere, a buttar giù qualche stereotipo, tipo la pillola fa male per definizione, insomma. Quindi fanno questo lavoro continuato...per esempio le donne telefonano anche alle mediatrici, anche in forma amichevole dopo, “ho questo problema, posso tornare giù, chiedono alla ginecologa,...”, ecco, si instaurano, ma questo vedo sempre, un rapporto che pur rimane staccato, nel senso che ognuna poi se ne va, qualcuna diventa amica, qualcuna se ne va, insomma, però è un lavoro che, come dire, che cuce il rapporto con la struttura sanitaria, soprattutto nelle interruzioni di gravidanza, sì.

I risultati lentamente vengono a galla. Molte immigrate infatti cambiano atteggiamento e cominciano a capire la necessità di fare profilassi e prevenzione

ma soprattutto parlano con le loro amiche e attraverso il passaparola coinvolgono e informano sempre più donne.

Mediatrice 2: (...) sono accolte bene e sono seguite, parlo sempre delle donne immigrate che seguo io e tutte quelle altre delle mie colleghe, sì...perché cominciano a capire che è meglio fare profilassi, prevenzione,...

Ginecologa 1: Secondo me sì...a una passaparola però di chi si è trovato bene nel servizio...quindi...questo sì...che penso che sia sempre il modo di diffondere più convincente. Cioè Lei va da un medico perché la sua amica si è trovata bene non tanto perché trova un depliant per strada che le dice “vatti a fare una visita gratis”. La stessa cosa vale per la donna straniera...ancora di più. Se noi ci trovassimo in un altro paese e qualcuno ci dice “guarda, vai là perché là ho avuto risposta, mi sono trovato bene”, Lei non si fa troppe domande, ci va, perché ha l’esperienza diretta di chi ha avuto un buon impatto. E quindi penso comunque che il passaparola sia quello che ha funzionato. Però c’è un punto di grosso coagulo che crea questo passaparola che è l’ambulatorio di Via Nordio. Lì passano anche trenta persona al giorno, quindi non sono poche e su queste, all’inizio erano tre-quarti maschi, adesso sono tre-quarti femmine.

### Atteggiamento verso se stesse dal punto di vista fisico: estetico e medico

Avevo chiesto alle immigrate se e come curavano la propria persona, cosa significasse per loro “cura”. Ho voluto indagare anche come le operatrici percepivano questo fenomeno.

Alla domanda “Secondo Lei, le immigrate si prendono **cura del loro corpo**? Nei modi più vari: dal fare attenzione a quello che si mangia, a fare un po’ di movimento per restare in forma, all’andare dal medico quando si sta poco bene,...”, molte hanno affermato che non sembra una cultura molto radicata tra queste donne e che poche sono quelle che reputano il proprio corpo una risorsa da proteggere e salvaguardare. Tante infatti si sposano molto giovani e il loro primo e unico pensiero è spesso il marito, i figli e la casa.

Mediatrice 1: (...)...la salute...bé...si prendono...è difficile dire sì o no. Potrebbero fare di più dico, ecco. Si prendono ma non abbastanza...(.)...dalla loro cultura, almeno quella che io ho conosciuto, che portano da casa loro, non sono abituate tanto a prendersi cura di loro stesse.

Mediatrice 2: (...) non si occupano del suo corpo...sono ultime a pensarci a sé stesse...prima sono marito, figli, vita difficile,...

Ginecologa 1: Eh...allora, tenga conto che io ho visto soltanto donne giovani...cioè come dire...donne dai venti ai trentacinque anni, sono quelle che io vedo. Poche ne hanno di più, sa? Di queste che sì...o che passano per i servizi sanitari. Quello che posso dire è che vedo gravidanze molto più precoci, questo sì. Cioè la donna straniera rimane incinta in maniera...in età molto più giovane rispetto le gravidanze italiane che seguiamo, questo sì.

Psicologa 1: Mah, forse non hanno una grande consapevolezza che il corpo...come dire...è anche una risorsa che va anche riguardata e rispettata.

Inoltre, soprattutto per le donne appena arrivate in Italia, ci sono problemi molto più importanti e pressanti che il pensare alla loro bellezza o alla loro salute. La situazione in cui si trovano le spinge ad avere altre necessità e priorità, quali ad esempio il lavoro e il denaro per mantenere la famiglia.

Intervistatrice: E per quel che riguarda la cura del loro corpo?

Ginecologa 3: (...) Tornando sempre alle Serbe, poco, niente. Perché loro qua vengono per lavorare. Quindi i soldi sono pochi. E se ci sono risparmiano per fare la casa nel paese d'origine, dove tornano...non prendono neanche la cittadinanza...

Ginecologa 2: ...ma no perché...non so...io posso dire in linea di massima che le donne italiane si curano molto di più ma proprio perché curano la propria immagine perché hanno piacere che la propria immagine sia di una certo tipo. Forse le donne immigrate meno ma proprio perché non hanno la possibilità perché ci sono tante altre cose più importanti, cosa dar da mangiare, eccetera...(.)...io credo sia una cosa un po' contingente alla situazione in cui

queste si trovano...appunto non hanno la possibilità di...per questioni di denaro...cioè non ci sono tanti soldi e ci sono delle cose prioritarie...vestire il bambino piuttosto che comprarsi lo smalto per le unghie...non so...

Psicologa 2: Non mi sembra che sia una cultura molto radicata, onestamente. Però neanche molte donne italiane lo fanno, per cui...credo che loro abbiano delle urgenze, delle priorità maggiori...come dire...di integrazione, di sopravvivenza, di lavoro, forse in un ordine di gerarchia e conoscenze anche diverse.

Psicologa 1: Quelle appena arrivate veramente non si pongono il problema, mi pare. Sono sì...sono in situazioni veramente di povertà...non credo solamente economica, proprio...totale. Non mi pare abbiano questa attenzione.

Quando invece cominciano ad ambientarsi e a conoscere i servizi italiani, molte immigrate iniziano a fidarsi di più e cambiano atteggiamento, integrando le loro usanze e abitudini con quelle che vedono in Italia.

Intervistatrice: E tra le donne appena arrivate in Italia rispetto quelle che vi risiedono da più tempo?

Ginecologa 2: Ma io direi di sì...perché in fondo in fondo un po' di...della nostra...cultura...insomma, come vogliamo chiamarla...la raccolgono qualche cosa e quindi si modificano certi atteggiamenti. Penso di sì. Però non saprei darle una risposta proprio categorica. Perché sono tante le variabili.

Psicologa 2: (...) Però le donne che sono da più tempo qua quando cominciano a conoscere i servizi, a fidarsi, mi sembra che siano quelle che vengano con una certa regolarità.

Secondo l'Assistente Sociale l'attenzione che una persona dà a se stessa, dipende molto dall'educazione ricevuta.

Anche l'istruzione gioca un ruolo fondamentale nel rielaborare i valori tradizionali appresi e nel creare un'indipendenza mentale da questi. Le immigrate laureate pare infatti che abbiano una maggiore consapevolezza di loro stesse e della loro importanza come donne.

Assistente Sociale: ...ma...non saprei...si prendono cura del proprio corpo...qualcuno sì, qualcuno è molto trascurato. Perché quando uno fa dieci aborti e gli devi ancora correre dietro, braccare la persona per portarla al pronto soccorso per fare un'analisi, mi sembra...un'analisi nel senso di vedere che non abbia già qualche malattia, mi pare che non ci sia proprio cura del proprio corpo. Dipende dalla provenienza delle persone, credo, e anche dal tipo di cultura. Io ho visto donne serbe culturalmente molto disagiate e ho visto persone culturalmente molto...non so...ho visto una signora architetto che aveva una buona posizione nel suo paese d'origine...insomma con delle professioni molto importanti che magari sono venute qua per il discorso della violenza...(...)...Quelle culturalmente più avanzate hanno una consapevolezza maggiore...

Un problema tuttavia che colpisce tutte le fasce generazionali e sociali è quello del fumo. Secondo la Ginecologa 1 infatti, le donne provenienti dai Balcani, fumano una quantità di sigarette per noi ormai inconcepibile. Ciò che però meraviglia è che queste donne non hanno neppure la consapevolezza che il fumo potrebbe causare dei danni alla loro salute e anzi si infastidiscono alle raccomandazioni dei medici italiani. Sembra quasi che in patria questo problema non venga né sentito né discusso.

Ginecologa 1: (...) Diciamo che la salute, dove vedo ancora un'assoluta arretratezza, potrei dire, ma che è la stessa nostra di trenta-quaranta anni fa, è il fumo. Cioè la quantità di sigarette fumate, anche in gravidanza, per esempio...dove anche tra le nostre più accanite fumatrici, adesso...io vedo un minimo di "mi rendo conto che al bambino può far male, quindi magari limito, eccetera...", qui no. Quindi, diciamo, come salute del proprio corpo il fumo è ancora qualcosa di molto lontano come problema di salute. Questo è un dato che riscontro e che penso sia proprio così. Sul tipo di alimentazione quello è un discorso, penso, più complicato nel senso che molte popolazioni...come dire...mangiano comunque molta carne, poche verdure, l'uso del burro, assolutamente ignorato quello dell'olio...per cui...sì, un po' di problemi di questo tipo ci sono, insomma. Però penso che non possono essere cambiati così...(...)...ripeto, la differenza secondo me non sta nella...apparte in queste abitudini alimentari e il fumo...ecco non è che abbia visto maggiore obesità, per esempio, o maggiore trascuratezza di salute...(...)... il problema grossissimo del fumo, che le

donne Serbe e Bosniache hanno, che è altissimo come problema...gente che fuma venti-trenta-quaranta sigarette al giorno ma senza...quando io dico alle donne italiane “signora lei è matta”, queste mi guardano come per dire “sì lo so che sono matta”, “sì, so che non dovrei, me l’ha già detto il medico curante”...c’è tutto un lavoro dietro, che comunque non porta risultati, intendiamoci, ma di conoscenza. Le donne serbe no. Cioè, mi guardano come se fossi...se dicessi delle cose nuove a loro, insomma. Quindi vedo che quel problema di salute è fortissimo.

Le operatrici ad ogni modo notano delle differenze tra le ragazze e le signore più mature. Pare infatti che le giovani facciano maggiore attenzione a loro stesse e per cercare di assomigliare di più alle Italiane, partono proprio dal loro aspetto fisico. Per la Ginecologa 2 quindi questo non è da imputare ad un fatto culturale, quanto piuttosto a una questione generazionale. Spesso infatti e in tante società, la ragazza giovane tende a curarsi maggiormente, mentre la donna sposata “si prende meno cura di sé, da tutto per scontato”.

Psicologa 1: Sì, sì le più giovani mi sembrano più attente, comunque. Più attente e più rispettose di sé. Direi di sì.

Ginecologa 3: Certo. C’è una bella differenza. Perché quelle giovani ormai cercano di inserirsi. Inserirsi, sia curare il corpo. Modo si vestirsi, di parlare, di comportarsi,...vedo che è diverso. Vedo che, tra virgolette, “cercano di assomigliare di più a voi”. Questa è la mia opinione.

Ginecologa 2: Sì, sicuramente le giovani prendono più cura di sé stesse. Senza dubbio. Ma questo penso che valga un po’ anche per altre culture, cioè la donna sposata, sposata per intendere che ha una vita stabile, forse si prende meno cura di sé, da tutto per scontato di più.

Per quel che riguarda la **prevenzione** si è voluto sapere dalle operatrici quanto spesso e con quale regolarità le immigrate si fanno visitare da loro. Le ginecologhe mi raccontano che raramente le immigrate di cultura serba fanno delle visite regolari di prevenzione, soprattutto se hanno una certa età. Questo perché nel loro paese non c’è questa cultura. Si va infatti dal ginecologo



esclusivamente quando ce n'è bisogno e queste donne si portano dietro le abitudini che avevano in patria.

Molte donne hanno modificato i loro costumi ma c'è da fare ancora un grosso lavoro per arrivare a cambiare gli atteggiamenti di tutte.

Ginecologa 3: Allora, sempre tornando e parlando delle donne serbe...loro non hanno questa mentalità di prevenzione...assolutamente. Anche quando fanno un'interruzione della gravidanza, poche tornano per fare una visita di controllo. Se tornano, tornano perché sono di nuovo incinte, o hanno qualche problemino.

Intervistatrice: Quindi non fanno controlli regolari?

Ginecologa 3: No. Assolutamente. Poche. Adesso forse di più. Perché sono meglio informate...(...)...non si controllano. Non vanno a controllarsi. Proprio quando stanno male male loro vanno dal medico. Vanno quando sono in gravidanza...neanche quello probabilmente, e al momento del parto. Basta. Devo dire che un ginecologo non vede una donna durante la gravidanza. Non esiste...parlo sempre prima della guerra, quindi prima di 12-14 anni fa...non esiste la mentalità della prevenzione...come non esisteva una volta neanche qua. Questo vuol dire che se uno non ha i soldi, non è organizzato come dovrebbe essere organizzato,...adesso magari in Croazia e in Slovenia va un po' meglio, in Bosnia dipende dove sei, in Serbia è sicuro peggio. In questo momento.

Ginecologa 1: Sì, tendono a tornare. Non tutte però. Quindi c'è ancora una fascia ma che non è molto differente da quella italiana, che non torna dopo l'interruzione di gravidanza, per esempio. E questo è un punto che però ripeto, abbiamo anche con le donne italiane. Una cosa è interrompere, ritornare per cominciare un discorso di contraccezione quindi mettere un punto su questa esperienza. Questo con molte donne riesce, non posso dir di no, ma con altrettante ancora no...per cui usano il servizio, poi se ne vanno e spariscono, questo sì succede.

(...)

Intervistatrice: E vengono regolarmente a fare dei controlli?

Ginecologa 1: Regolarmente...qua potremmo discutere di cosa voglia dire regolarmente...qualcuna no, ma le ripeto non so la differenza con le donne italiane. Qualcuna ha visto il ginecologo quando ha partorito vent'anni fa poi non l'ha più visto, ma da noi non è molto diverso. E...se però si indica, così, che l'idea

di fare un controllo ginecologico che ne so...se si sta bene, si può fare anche ogni due-tre anni, non occorre mica farlo ogni sei mesi...quindi...probabilmente la visita ginecologica non ha una priorità perché queste donne, penso, che arrivano qua, hanno altre priorità che non la visita ginecologica. Bene è che abbiano quella di tipo contraccettivo e di tipo...inquadramento della loro fertilità, questo sarebbe l'obiettivo principale d'avere. Speriamo di facilitarle in questo...

Anche le mediatrici e l'assistente sociale confermano ciò sostenuto precedentemente dalle ginecologhe: dal medico si va "a prestazione", quando si sente la necessità, quando subentrano dei problemi. Ciò accade soprattutto tra le donne più mature mentre tra le ragazze giovani sembra che imparino più velocemente a fare prevenzione.

Intervistatrice: È usuale andare dal ginecologo in Serbia?

Mediatrice 1: Se posso dire, per abortire più che altro, dal ginecologo.

Intervistatrice: Non per fare visite di controllo e prevenzione?

Mediatrice 1: Pochissimo, da quello che io ho potuto capire lavorando con loro, pochissimo...(...)...le donne che io conosco, qui vengono o per mantenere la gravidanza, che sono le donne giovani, appena sposate, oppure quelle donne di media età che hanno già avuto figli, vengono per interrompere la gravidanza. Allora, "quanto spesso vanno"...quando devono interrompere la gravidanza. E mi raccontano, perché faccio colloqui, mi raccontano proprio così.(...) Le donne più giovani, che sono le ragazze perché si sposano a 18-19-20 anni, loro sono molto più aperte ad accettare il modo italiano perché...anche perché quelle ragazze ho la possibilità di conoscerle di più, perché quando mi viene la ragazza 19-20 anni con la prima gravidanza, lei la porta avanti. Non interrompe la gravidanza. E così nel corso della gravidanza, ci conosciamo, io sempre approfitto delle attese, non so, per parlare, spiegare, della contraccezione, della prevenzione,...di tutte queste cose...del...della progettazione del nucleo familiare, insieme col marito...e molto spesso, ci sono anche i mariti. Magari la seconda volta viene anche lui ad ascoltare...così parliamo...

Assistente Sociale: (...) Secondo me vanno dal ginecologo molto a prestazione. Cioè vanno nel momento del bisogno, forse. Però è un'impressione, non è una cosa che ho verificato.

Intervistatrice: È usuale andare dal ginecologo in Serbia?

Mediatrice 2: Eh...quando c'è necessità, credo.

(...)

Intervistatrice: E qui in Italia vanno dal ginecologo?

Mediatrice 2: Sì, dopo che fanno interruzione di gravidanza.

Tuttavia c'è una fascia di donne che, anche se non regolarmente, fa dei controlli, torna dal ginecologo e questo grazie soprattutto all'aiuto delle mediatrici.

Come già spiegato infatti, tra mediatore e paziente si instaura un legame particolare che crea confidenza e credito. Viene però anche ribadito il concetto che non chiunque può avere questo ruolo perché è necessaria una preparazione che spazi in diverse direzioni.

Intervistatrice: Una volta che vengono qui in consultorio, tendono poi a tornare?

Ginecologa 1: Sì. Direi di sì anche perché c'è un ottimo lavoro dei mediatori culturali...anche le cercano...fanno un grande lavoro di tessitura per il servizio e l'utenza.

Ginecologa 2: Noi quasi sempre diamo già l'appuntamento per la visita di controllo, in modo da...devo dire ci aiutano molto anche le mediatrici culturali perché non le mollano...nel senso che una che è venuta qui poi la mediatrice prima o poi te la riporta e le dai una contraccettione, e sono disponibili. (...) Io direi...non posso dire la totalità...però in linea di massima tornano anche proprio perché c'è questa mediatrice che gli rompe insomma, per capirci!

Assistente Sociale: Sì. Sono molto utili per comprendere l'influenza dei fattori culturali. Bisogna stare attenti...cioè come operatrice devo...però questo è un fatto che riguarda i mediatori culturali...la preparazione che il mediatore ha di non...cioè, esprime quello che l'altra persona dice, spiegando i fattori culturali e non condirli con le proprie impressioni. Mi sono trovata in questa difficoltà: il mediatore culturale che nell'esporre quello che la persona dice mette delle cose sue...(...)...Devono assolutamente avere una preparazione perché se no diventa un disastro. Un disastro perché esprimono delle cose loro. Cioè, loro non devono

esprimere i loro pareri dentro. Devono far da ponte. Questa penso che sia la difficoltà del mediatore.

Le operatrici intervistate hanno confermato le mie supposizioni per quel che riguarda la **contraccezione** fatta dalle immigrate serbe.

Dalle loro riflessioni sembra che le donne conoscano tutti i diversi metodi contraccettivi ma che preferiscano in assoluto la spirale. Pare che questa preferenza sia dovuta a un forte passaparola tra le donne, forse suggestionato da informazioni ricevute in patria a loro volta influenzate da una determinata politica sanitaria.

Come già detto quindi, il metodo preferito pare essere la spirale soprattutto tra le donne sposate e che hanno già avuto figli. E questo vale non solo per le Serbe ma è generalizzabile a tutte le donne provenienti dall'Est Europa.

Sulla pillola invece ci sono molte diffidenze e paure. Si temono innanzitutto gli effetti degli ormoni che queste contengono e quindi queste donne "la vivono più invasiva" della spirale perché la pillola "modifica qualcosa al livello del corpo".

Il profilattico raramente viene usato soprattutto perché non viene accettato dal marito. Sembra infatti che queste donne non abbiano il potere e la forza di indurre il compagno a scegliere questo contraccettivo.

Pare infine che il coito interrotto sia il sistema più comune anche se, secondo la Ginecologa 1, questo è il metodo più usato in tutto il mondo, sebbene tutti ne conoscono i limiti.

Anche in questo caso, le ragazze giovani e le donne più istruite sembrano avere un diverso atteggiamento: le prime infatti danno maggiore ascolto ai consigli dei medici e dei ginecologi e le seconde dimostrano di usare i vari metodi contraccettivi e di saperli scegliere in maniera più razionale.

Intervistatrice: Dalle interviste che ho fatto mi è sembrato di capire che secondo il punto di vista di queste donne è meglio usare la spirale perché le pillole fanno male alla salute...

Ginecologa 2: Eh sì, perché la pillola sono ormoni, quindi interferiscono a vari livelli...interferiscono anche a livello psichico. Ci sono delle donne che possono andare in controfenomeni un po' depressivi con l'uso della pillola, ti cambia il

ciclo mestruale, ti si gonfia un po' il seno,...allora le donne...dipende come vivono. Alcune vivono male un po' questa cosa qui. È molto più semplice mettere una spirale che agisce solo a livello dell'utero e non a livello di tutto il corpo. E forse la vivono meglio nel senso che...inconsciamente eh...perché chiaramente è più invasivo mettere una spirale nell'utero che prendere una pillola...però la vivono più invasiva la pillola perché modifica qualcosa al livello del corpo. Diciamo che in linea di massima le Serbe preferiscono la spirale soprattutto se hanno già avuto figli o aborti, eccetera. (...)...però qualcuno anche la pillola...

Ginecologa 1: Sì. Per esempio l'est...le Serbe, Bosniache e l'Est europeo, mettiamo anche per le donne rumene, eccetera,...sembrano volere e conoscere soltanto la spirale, per esempio. E questo è anche un passaparola, eh. O forse anche nel loro paese è usato di più. Questo potrebbe essere. Molte donne conoscono il metodo e hanno paura del farmaco che di fatto è la pillola, insomma. (...) Molte, poi, discutendo e parlando accettano la pillola contraccettiva o tutte le sue varie somministrazioni adesso ultime che ci sono, che accettano con tranquillità, insomma. Però sicuramente come prima scelta la spirale...(....) Profilattico...come dire...nessun uomo del mondo vuole usare il profilattico e questo è il dato di base. Il secondo dato è che pochissime donne, se ancora nei nostri paesi riusciamo, come dire, a porlo ogni tanto o a trovare qualcuno disponibile a capire l'importanza, queste donne mi sorridono...anzi proprio si mettono a ridere quando parlo del profilattico. Della serie "ma si figuri se mio marito lo usa"...quindi è quasi un metodo improponibile. Eh, questo sì...(....)il coito interrotto è anche il metodo più usato in Italia, se è per questo...come no! Quindi il coito interrotto, che non è un metodo contraccettivo ma che comunque fa parte di quelle cose che è meglio che niente, questo è il metodo più diffuso dappertutto. Cioè la gente sa che può rimanere incinta, lo sanno le donne, lo sanno gli uomini. Allora, ci sono quelli che se ne fregano completamente, e qua abbiamo...ho visto popolazioni con sei-sette-quindici aborti a donna. L'est europeo, non Le faccio la divisione, ma comunque l'est europeo è così...(....)ha problemi grossissimi da questo punto di vista...

Mediatrice 2: Bé, la pillola è...sono tutte spaventate perché ingrassano...perché secondo loro è meglio ingrassare...(....)I medici consigliano dopo il parto mettere la spirale. E i preservativi fanno schifo...(....)e poi si vergognano anche comprare

preservativi...(.)...sì perché è vergognoso comprare preservativi in farmacia...non scherzo...queste sono robe che mi hanno detto loro...

Intervistatrice: In Serbia si fa uso dei contraccettivi?

Mediatrice 1: ...da quello che io ho incontrato qui...dalle testimonianze...pochissimo. Coito interrotto...ecco, quello è il modo per proteggersi...(.)...il profilattico proprio raramente...(.)...Sì, sì...bé, la spirale la vogliono tutte. La spirale va benissimo a tutte...però non tutte la possono mettere...insomma...no? (...) ...tutte conoscono i metodi, tutte conoscono la pillola, tutte conoscono la spirale e anche il profilattico...cioè, non è che ne non hanno mai sentito parlare. Però (...) per la pillola secondo me c'è una grande anti-propaganda, perché dicono che non va bene, che rovina il lavoro degli ormoni, che fa ingrassare, e la pillola è vista malissimo. La spirale è vista molto più bene però non è che la usano. Raramente riesco nei colloqui a parlare con le donne per...magari dopo l'ennesimo aborto...di parlare con la ginecologa per vedere se si può usare. (...) ...le più giovani che hanno avuto magari un figlio...qui con noi, e abbiamo anche le pazienti che hanno avuto due figli con noi, regolarmente si mettono la spirale dopo. Sì...sì...le donne più giovani sotto i trent'anni sto parlando.

Intervistatrice: E i preservativi?

Mediatrice 1: No assolutamente, non si parla...cioè, la risposta è "il mio non lo farebbe mai"...il mio uomo...assolutamente non viene accettato...(.)...Eh no...le donne che sono più istruite, loro hanno un altro approccio ai contraccettivi. Però ti dico, quelle le conoscono poco. Sono più o meno...quasi tutte contadine che arrivano qui. Invece posso dire che non ho conosciuto una diplomata o laureata che non usa contraccettivi, quello sì...quello sì...

Quando chiedo il perché del non uso dei contraccettivi tra molte immigrate mi viene data da due operatrici una spiegazione simile. Molte donne non usano alcun metodo contraccettivo perché vedono poco il marito e quindi spendere soldi per un anticoncezionale sembra loro superfluo. Questi racconti mi fanno venire in mente la storia di Istina, di Ljubav e di Kiša, le quali mi avevano spiegato che loro non usavano o non avevano usato un contraccettivo proprio perché avevano rapporti sessuali sporadici.

Secondo la Psicologa 2 invece, il problema di molte donne è che non capiscono qual'è la loro funzione come donne, ma di questo argomento parleremo in seguito. La Psicologa 2 aggiunge poi che probabilmente in certi periodi difficili non fosse neppure facile reperire dei metodi contraccettivi in quei paesi.

Psicologa 2: ...dipende dal perché non hanno usato un contraccettivo fino a quel momento. Non so...mi viene in mente una signora cinese che siccome suo marito era poco presente a Trieste, lei quelle poche volte erano protette ma non pensava di prendere la pillola perché le sembrava esagerato per quei pochi rapporti. Credo che suo marito non abbia mai pensato di proporre un contraccettivo.

Ginecologa 3: (...) Dopo magari dice "Sì, perché devo prendere la pillola quando..."...magari comincia a prendere la pillola, dopo il marito va via, "perché devo continuare a prenderla?". Dopo sei mesi vede la prima volta suo marito, non è che loro stiano proprio attenti...e rimangono incinte...anche questo. Magari la donna rimane nel paese suo, il marito viene in Italia per lavoro, in quel periodo quando lei è sola non prende niente, si vedono una-due volte all'anno e...

Intervistatrice: È comune questa situazione?

Ginecologa 3: Abbastanza. Abbastanza.

Intervistatrice: Secondo Lei, tra queste donne ci sono delle idee errate sui vari metodi contraccettivi?

Psicologa 2: Ah, ci saranno sicuro, perché basta vedere le nostre ragazze, le nostre donne...non oso pensare cosa...sicuramente. Anche sulla...ma non solo sui sistemi contraccettivi; sulla propria funzione. (...) Poi bisogna anche capire se in questi paesi ci sono alternative. Perché ci possono essere posti dove per esempio non c'è nessun accesso ai medicinali, non arrivano i profilattici...cioè, forse in certe situazioni al di là di una banale conta dei giorni...che però funziona, come no...non so...Ecco, io non conosco quei paesi però posso pensare che in una...durante la guerra dei Balcani, credo che forse la pillola contraccettiva, i profilattici, non fossero una delle cose più semplici da trovare.

Se alle immigrate avevo domandato da chi avessero appreso le informazioni in loro possesso, dalle operatrici ho voluto sapere quale tipo di conoscenza a loro sembra che le donne immigrate abbiano sui metodi contraccettivi.

Tutte concordano nel ritenere che queste donne arrivano per la prima volta da loro senza una grande preparazione. Sono disinformate e se hanno delle idee queste sono errate, scorrette o banalizzate. Le convinzioni che posseggono sono molto labili e imprecise.

Nessuno si sente di dare la colpa ai ginecologi del paese di provenienza di queste donne. Qualcuno ipotizza che i medici “forse insistono poco”. Altri li difendono, sostenendo che sono capaci e preparati, ma che se la donna ha l’abitudine di andare a farsi visitare solo per problemi urgenti, il medico non ha neppure l’occasione di parlare con la donna di certi argomenti.

Il mezzo infatti attraverso il quale sembra più comune apprendere notizie e informazioni è il passaparola tra le amiche e i familiari. Viene quindi confermato ciò osservato durante le interviste che ho fatto con le immigrate.

Bisogna però sottolineare che per la Ginecologa 3 molto dipende anche da dove provengono le donne. È infatti impensabile paragonare l’educazione ricevuta da una donna di Belgrado a quella di una donna di provincia, magari di un piccolo paesino. E la maggior parte delle immigrate presenti a Trieste giungono proprio da questi paesi di campagna, in particolar modo dalla zona di Požarevac e dintorni.

Ginecologa 1: Hanno delle idee errate, questo sì. Cioè...quindi...se il profilattico non lo usano, ma perché non è uno strumento che possono...per il profilattico bisogna avere un equilibrio e anche una forza all’interno della coppia per poterlo pretendere, e questi rapporti di coppia molto spesso sono molto sbilanciati, insomma, in questo senso. Mentre informazioni sugli ipoprogestinici sì, direi che sono abbastanza banalizzate e scorrette le informazioni. Poi uno potrebbe anche dire, decidere di non prendere la pillola ma le informazioni giuste non le hanno...(...)...Eh sì perché con questa scelta, come dire, direi quasi estrema sulla spirale vuol dire che o c’è stata una semplice pubblicizzazione delle spirali da parte delle industrie farmaceutiche nei paesi dell’Est, ed è andata così, cosa anche possibile, oppure c’è un’informazione, così, non adeguata direi, su quella che è la pillola contraccettiva che indubbiamente ha i contro ma anche i pro. Non si può vedere tumori e malattie dappertutto perché non è così.



Ginecologa 3: No. No. Loro non sono ben informate. Non sono bene informate. Non è che preferiscono la spirale perché loro conoscono meglio, stanno meglio con la spirale,...No. Loro sono poco informate. La pillola...sai che ti dicono? “Sì, però la mia amica mi ha detto che è ingrassata...” oppure “Ti può far male...” o “La mamma mi ha detto che puoi avere dei tumori se prendi la pillola...”. Questo è la loro...questo atteggiamento nei confronti della pillola, ecco. Poco informate, non sanno e bisogna lavorare con loro, in questo senso.

Intervistatrice: Quindi hanno delle idee sbagliate...

Ginecologa 3: Certamente.

Psicologa 1: Direi disinformazione...(...)...anche nel solito tam-tam da donna a donna. Ad esempio sulla spirale ho sentito delle cose che non stanno né in cielo né in terra...sulla pillola già un po' meno...anche sull'uso del profilattico, non sempre viene usato in modo corretto, quindi anche lì è come niente...cioè...ma magari, appunto, arrivano donne anche abbastanza grandi che non hanno...come dire...delle idee chiare su come si usa...

Ginecologa 2: ...questa è una domanda un po'...in linea di massima direi che no, non hanno grosse convinzioni. Molto spesso per sentito dire ma non è che c'è una preparazione dietro. Credo proprio di no...

Intervistatrice: Quindi forse i ginecologi del loro paese hanno una certa responsabilità su questi atteggiamenti. Forse o non sono abbastanza preparati o magari se ne disinteressano...

Ginecologa 2: Ma no...sì...non credo che non siano preparati...ma...è un problema relativo per loro questo. Per cui...non so...forse insistono poco...non so trovare una causa...certo è che non hanno molte convinzioni...a meno che non abbiano già utilizzato un metodo prima, ma sono poche quelle che arrivano con un metodo...

Mediatrice 2: Per me sono state informate...dopo dipende quanto è arrivato al...alle cellule grigie...perché i medici non sono da buttare via, sono bravi i medici...solo che non hanno i modi...non hanno...come non ci sono i soldi, non ci sono tanti modi di fare tutto ma di sicuro sono sicuramente bravi come medici...(...)...perché non si riesce a fare capire alle donne che pillola non ingrassa come una volta, che non ti crescono i peli come una volta, che adesso sono con basso dosaggio...ma questo tutto dopo incontro con ginecologo...perché tutte

hanno la storia di una spirale che si è incarnata, che una donna che è morta,...tutte queste storie che trovano sempre un esempio...queste sono le paure e i pregiudizi che devi combattere...ma questa è l'istruzione loro...

Ginecologa 3: Non posso dire che il ginecologo ha responsabilità se lei non viene mai. Se donna non viene mai a controllarsi. Viene magari al momento del parto... basta. Oppure per fare un'IVG. Perché tenga presente che in un paese piccolo, come questi paesi da dove loro provengono, penso che tutt'ora non è ben vista una donna che va dal ginecologo...una ragazza di 18 anni o di 20 anni. Non è ben vista. C'è questa mentalità.

Intervistatrice: Però forse nelle grandi città è diverso?

Ginecologa 3: Certamente che è diverso. La sanità funziona, è ben organizzata...(...)Non può paragonare questi paesi piccoli vicino a Požarevac a Belgrado. A Belgrado una volta era capitale. La situazione era migliore rispetto a tutta l'ex-Jugoslavia...

(...)

Ginecologa 3: Una vergogna andare dal ginecologo. Non una vergogna da prendere (*un contraccettivo – inc. mio*). Perché se io vado dal ginecologo, vado a fare regolarmente i controlli, quindi le informazioni vengono, posso trasmetterti qualcosa. Però se io non ci vado, le mie informazioni sono nulle. E già una vergogna, se qualcuno mi vede dal ginecologo, per loro. Questo è già una vergogna. E facendo "interview", anche le signore mi dicevano così.

Nel capitolo 6 avevamo notato che la scelta del contraccettivo da usare non è sempre una scelta discussa e ponderata all'interno della coppia. Spesso infatti le donne decidono autonomamente senza neppure chiedere al **compagno**. Molte intervistate poi sottointendevano che al marito o al proprio ragazzo i discorsi sulla contraccezione poco interessavano e che quindi questo delegava alla compagna la decisione. Queste osservazioni vengono condivise e approfondite dalle riflessioni che seguono.

A parere della Psicologa 1 molte donne fanno ciò che il compagno desidera ma la scelta del contraccettivo è più spesso o una decisione comune, presa cioè assieme, discutendone, o una soluzione presa autonomamente dalla donna.

Psicologa 1: E bé, influisce. Non fanno niente che lui non voglia, secondo me...(.)...diciamo che c'è una scelta comune, c'è una scelta comune spesso. Non sempre però...insomma, dopo ci sono anche delle scelte autonome che fanno alcune donne, che non mettono al corrente il compagno. Però è molto più comune la condivisione delle scelte.

La Ginecologa 2 ha invece l'impressione che la scelta venga presa sempre e solo dalla donna. L'uomo "se ne lava le mani" e l'argomento pare sia un problema esclusivamente femminile.

Ginecologa 2: ...bé...io penso che influisca (...)...però non credo che sia decisivo. In fondo decide la donna questa...quasi sempre è così...cioè, più o meno come da noi...poiché poi il marito se si oppone...ma raramente si oppone...il più delle volte delega: "scegli tu, decidi tu"...(...)... no, comunque sicuramente è un problema di donne...ancora oggi è un po' lasciata...per quello Le dico penso che abbia un'importanza relativa quello che dice il partner. È più una scelta femminile direi.

Nessuna delle operatrici afferma che l'uomo obbliga la compagna ad usare un metodo contraccettivo piuttosto che un altro, ma l'influenza che questo esercita è molto più sottile.

Queste coppie infatti sono molto spesso disequilibrate. Le decisioni vengono prese dal compagno e la donna deve solo accettare in silenzio. Lei è abituata a concepire se stessa solo in funzione della famiglia e del marito. Non pensa neppure d'avere possibilità di scelta ed infatti il loro potere decisionale all'interno della coppia risulta nullo. La figura femminile è poco valorizzata e alla donna viene delegata l'intera conduzione della casa e la crescita dei figli anche se è l'uomo ad avere l'ultima parola nelle questioni più importanti. L'Assistente Sociale percepisce tra le immigrate che ha visto, una grande solitudine e nota all'interno delle famiglie molti casi di violenza.

Psicologa 2: (...) non ho una statistica proprio per dire...le Serbe sono in un certo modo...se no ragionerei in termini solo di stereotipi, onestamente. L'unica cosa che posso dire, ma a livello culturale, è che sono donne in particolare le Albanesi, poi sulle Serbe non lo so, che esistono nella misura in cui hanno un uomo vicino.

E questo è un limite nelle loro relazioni e nel loro anche potere familiare ed extra familiare. Le prime donne albanesi che sono...ho conosciuto io, e questo risale, allora sì agli anni 90, erano donne che avevano...erano quasi ubriache, inebriate dalla possibilità di scelta che prima non avevano. E non la sapevano utilizzare perché non erano mai state abituate a scegliere: né il marito, né il percorso di studi,...era tutto già determinato a livello statale e/o familiare. E quindi questo era un grosso problema perché erano le prime donne che ho visto...

Intervistatrice: Perché secondo Lei c'è ancora una famiglia patriarcale e allargata?

Assistente Sociale: Sì. Ma vedo anche che gli uomini sono molto assenti dalla famiglia, fuori di casa. Lavorano, poi vanno nei locali a bere, tornano a casa, menano la moglie, i figli...Mi sembra che siano donne anche molto sole, si devono arrangiare e hanno degli incarichi molto forti all'interno della famiglia. C'è tanta sofferenza...ecco, quando ho colloqui con queste donne sento che hanno...portano dei pesi enormi. Hanno anche poco rispetto forse dei figli quando diventano adulti. La donna è sempre poco valorizzata.

Mediatrice 1: (...) Tantissimo...tantissimo...il marito...perché da quello che ho capito lì è ancora il marito che gestisce tutto in famiglia...(...)...però lei non si sente obbligata...lei è abituata da piccola di non pensare con la propria testa. Lei fa quello che dice il marito e non lo porta come un peso, come un obbligo...non so se mi spiego...

In queste famiglie quindi è l'uomo che ha il controllo sulla coppia e sulla famiglia, e anche nel campo della contraccezione fa sentire la sua influenza.

La fertilità è una questione molto delicata perché mette in gioco il potere contrattuale che le due parti hanno all'interno della coppia.

La maggior parte degli uomini scaricano sulla compagna il problema ma condizionano indirettamente la scelta del contraccettivo. L'esempio più evidente è quello del profilattico, anticoncezionale non voluto dalla maggioranza degli uomini. Benché le motivazioni da questi apportate risultino ridicole ed inconsistenti, la gran parte delle pazienti viste dagli operatori sociali intervistati non usa il profilattico.

Il condizionamento, diretto o indiretto, e l'influenza che il compagno ha sul tema della contraccezione vengono ridimensionati notevolmente nel momento

in cui queste donne capiscono che anche loro possono avere la facoltà di scegliere. Quando cioè si rendono conto di essere delle persone, capiscono il loro valore e le loro potenzialità. Ne sono una dimostrazione l'atteggiamento delle donne che arrivano in Italia e che vedono come sono i rapporti uomo-donna nella nostra società, e le convinzioni di quelle che hanno fatto degli studi magari universitari. Queste hanno infatti allargato i loro orizzonti, si sono rese conto delle varie opzioni che la vita offre e hanno ottenuto una maggiore consapevolezza di loro stesse. Hanno quindi capito che la loro funzione come donne non è solo quella di essere madri e mogli.

Ginecologa 1: ...eh...penso che incida molto. Come incidere sulle donne italiane. Cioè, il controllo della fertilità, diciamo, il controllo sulla vita della donna, è da parte dell'uomo, in una struttura patriarcale della famiglia, altissimo, su questo non ci piove. È da questo che le dico che andare a scuola e aprirsi gli orizzonti facilita ad uscire da questi meccanismi...al massimo l'uomo se ne disinteressa quando va bene, no? Però disinteressarsi vuol dire anche "non parlarci di preservativi perché tanto non li userò mai". I preservativi si usano con le prostitute, questo è un altro luogo comune diffuso in tutto il mondo però. E quindi c'è un condizionamento sicuramente che tutte noi abbiamo subito ma in cui queste donne sono in pieno dentro adesso, questo sì.

Psicologa 2: Influenzate credo proprio di sì. Obbligate non lo so. Perché magari il compagno non vuole che le donne usino i metodi contraccettivi. Perché una donna che usa un metodo contraccettivo è una donna su cui non si ha più il controllo. È libera da un certo punto di vista. Magari non è detto che un uomo sia disposto...cioè, una donna che fa figli, è una donna che si controlla molto di più. Quindi bisognerebbe capire il grado di potere che viene giocato all'interno del ruolo di coppia. (...)... in altre magari c'è la possibilità di integrarsi anche attraverso un altro tipo di contraccezione. Dipende anche da chi è in famiglia che decide cosa si fa rispetto alla sessualità; se viene mantenuto un modello prettamente patriarcale è più facile che l'uomo pretenda o che sia la donna a prendere la pillola, oppure che decida lui quanti figli si debbano avere, che la donna debba fare i figli comunque, che la donna non abortisca di nascosto,...(...)... io credo che molte abortiscano senza che il marito lo sappia...

Assistente Sociale: Sì. Secondo me sì. Io non ho mai visto una donna serba venire in consultorio accompagnata dal marito per abortire. Anche se vivono assieme ed è un problema di tutti e due. Mi sembra forse in questa cultura è un problema solo della donna, sono affari suoi. (...) Non ho mai visto una persona venire insieme col compagno, col marito a informarsi rispetto questo problema della sessualità che riguarda la coppia.

Ginecologa 3: Loro, penso, sanno che esiste, profilattico. Però non lo usano.

Intervistatrice: E perché non lo usano?

Ginecologa 3: ...

Intervistatrice: Influisce forse un po' il compagno, in questa scelta?

Ginecologa 3: Sicuro. O non gli piace, o non vuole. Loro magari fanno un coito interrotto. Funziona e non funziona. Nella maggior parte non funziona...altrimenti non avrebbero fatto tutte queste interruzioni di gravidanza. Il profilattico, nel senso di prevenire qualche malattia sessualmente trasmessa, questo non esiste. Questo loro non sanno. Loro al massimo possono sapere che il profilattico gli serve solo per prevenire una gravidanza non voluta.

Mediatrice 2: (...) sui concezionali ci sono...ma come il solito...certi uomini che dicono che la spirale gli fa male a loro, che il profilattico fa schifo, ma anche tutti e due...e così e meglio fare aborto come anticoncezionale...ma questo è vero, non scherzo...

La parte focale dei colloqui è stata anche con le operatrici sanitarie, quella che trattava il tema dell'**interruzione volontaria di gravidanza**.

Molte delle intervistate hanno confermato i dati tratti dai diversi studi fatti in Italia: le donne provenienti dall'Est Europa mostrano un tasso maggiore di IVG rispetto ad altre nazionalità. Hanno tuttavia voluto precisare che la differenza è solamente d'ordine quantitativo.

La Ginecologa 2 ha poi riscontrato delle diversità tra le immigrate che provengono dall'ex-Jugoslavia e quelle appartenenti all'ex blocco sovietico. Se infatti per queste ultime l'IVG pare essere veramente un metodo per controllare le nascite, per la Serbia e il Montenegro, la Croazia, la Bosnia, la Macedonia e la Slovenia, il problema è di diverso tipo. In questi paesi infatti la sanità un tempo funzionava molto bene e il governo faceva un certo tipo di prevenzione ed

educazione tra la popolazione. Le guerre degli anni Novanta però hanno cambiato la situazione. Per quel che riguarda in particolare la Repubblica di Serbia e Montenegro, c'è stata infatti una grossa regressione. Per un lungo periodo era infatti difficile reperire i contraccettivi e la crisi economica non permetteva a tutte le donne di poterseli comprare.

Tuttavia ci sono anche altre variabili che entrano in gioco, anche e soprattutto culturali. Secondo più parti infatti, a condizionare la scelta di una donna subentrano le situazioni contingenti in cui una si trova a vivere ma ancor di più il proprio credo religioso e i valori appresi. Come abbiamo già dimostrato, ci sono infatti delle differenze tra l'educazione di una donna che proviene da un piccolo paese in cui la mentalità è più rigida, e quella di una Belgradese, che è sempre vissuta in una metropoli in cui la vita è più libera.

Bisogna infine sottolineare che la situazione non era diversa in Italia quando l'interruzione di gravidanza non era lecita o nei primi anni dopo l'approvazione della legge. Le cose sono poi cambiate ma dietro c'è stato un grosso lavoro di prevenzione ed informazione.

Ginecologa 1: (...) posso dirLe che dall'Est europeo vedo, oramai da 5-6 anni, donne con un numero di aborti che ormai in Italia non esistono più. La differenza è quantitativa, non qualitativa. Sì...cioè diciamo che Albania, Kosovo, e insomma tutto...ci sono donne che arrivano sui 10-15 aborti alle spalle. Che è il loro metodo contraccettivo. Questo è il problema. Ma anche direi all'interno di Bosnia e Serbia c'è questo problema, sì.

Intervistatrice: Secondo Lei c'era una situazione simile in Italia?

Ginecologa 1: Sicuramente prima della legge, eh mamma mia! Cioè quando non si poteva prendere la pillola contraccettiva la soluzione delle donne era questa.

Intervistatrice: Quindi sette aborti si vedevano anche in Italia...

Ginecologa 1: Sì che si vedevano anche in Italia, tranquillamente. Anche di più ma le donne neanche raccontavano perché c'era la paura del carcere...

Psicologa 1: Sì...fanno un numero di aborti incredibile, secondo me, rispetto le Italiane. Le Italiane ne fanno molti meno, insomma. Io ho sentito...non so...sei aborti, cinque aborti...sono cose che per noi...non esiste...oppure sono rare, ecco. Per quello dico, sembra un metodo di controllo delle nascite, la pratica abortiva.

Cosa che almeno da noi si spera, si tenta, si cerca...è anche cambiato nel corso degli anni...

Assistente Sociale: (...) intanto la scelta di interrompere una gravidanza è una scelta che riporta anche a dei valori di tipo culturale. Per esempio io vedo che le donne provenienti dai paesi dell'est hanno una facilità all'aborto incredibile. Molto spesso nei colloqui io sottolineo a queste persone che l'aborto non è un metodo contraccettivo, mentre per loro lo è. C'è gente che fa 9-10 aborti e non vale a niente che il ginecologo dica "Guardi signora che se lei fa ancora un intervento di interruzione di gravidanza l'utero...è ormai ridotto a un velo". Anche rispetto alla loro salute è una cosa non...è una cosa molto praticata nei paesi dell'est l'aborto ed è molto difficile culturalmente spiegare che se uno non vuole altri figli, ci sono anche altri metodi, insomma.

Ginecologa 2: Sì però...mentre gli altri...quelli che erano sotto il blocco sovietico...per capirci...la Russia e questi Paesi, Romania...no Romania no...hanno proibito l'aborto per un periodo...poi facevano gli aborti clandestini. Ceausescu aveva sospeso, perché diceva piuttosto fate tanti bambini. Bisognava avere almeno quattro figli. Però questi bambini poi finivano negli orfanotrofi dove poi si sono...sappiamo tutti cosa è successo...mentre in altri paesi...proprio quelli diciamo sotto il controllo sovietico, in un certo senso, l'aborto veniva usato come contraccettivo, cioè la donna che non voleva figli andava a farsi l'interruzione di gravidanza...cosa che invece in Jugoslavia non c'era...c'era più...era una cosa più controllata, anche perché c'era una contraccezione che si tentava di fare...poi chiaro, certi paesi...la cultura... Erano cose diverse ecco, però sicuramente la Jugoslavia era un'isola un po' a sé, faceva parte del mondo comunista però era un'isola a sé rispetto al resto del blocco sovietico o come vogliamo chiamarlo. E quindi anche nella sanità loro erano molto bravi. Adesso è andato un po' tutto...a farsi benedire...(.)...(in *Jugoslavia – inc. mio*) facevano anche un'attività di tipo promulgativo rispetto ai contraccettivi. Per esempio gli studenti in medicina, l'ultimo anno, passavano un mese sul territorio a spiegare alle donne come si usa una pillola, un profilattico, eccetera. Perciò poi crollato il sistema...già un po' prima devo dire...in certi paesi, soprattutto in Serbia dove c'è stata un po' di regressione, vuoi per i problemi con il Kosovo, eccetera, però sicuramente per queste persone improvvisamente non c'è stato più niente, hanno dovuto arrangiarsi...e la cosa più comoda è fare l'interruzione di gravidanza più che usare



il contraccettivo che nessuno ti fornisce. E che costa o che hai difficoltà di trovare...perché anche questo è un problema che c'è stato in Serbia...mancavano i farmaci...per cui la pillola una magari la prende e a un certo punto non la prende più perché non ci sono più. E poi sicuramente è una cultura anche...un po' più socialista, meno...meno religiosa. Perché per quanto in Jugoslavia non era facile abortire...bisognava andare di fronte...qui da noi basta venire da un medico, esporre le proprie ragioni, fare entro certi limiti di tempo...in Jugoslavia andavi di fronte una Commissione di medici e psicologi che decidevano. Quindi non era così...per cui non è una conseguenza di quel tipo di governo che hanno avuto. A differenza ad esempio della Russia, dove la contraccezione era l'interruzione di gravidanza...

Intervistatrice: Ci sono differenze nelle richieste di aborto tra le donne di diversa nazionalità?

Ginecologa 2: Non saprei...questa domanda mi mette un po' in crisi...perché non saprei dirle perché non abbiamo ancora una casistica tale da poter dire...da poter fare una vera casistica...io credo che sicuramente più che la nazionalità è il credo religioso che ti condiziona. Per quanto in Italia gli aborti si siano sempre fatti e quasi la totalità delle donne sono credenti...quindi...la scelta dipende anche dalla situazione in cui ti trovi, da varie variabili. Ecco non credo che sia tanto la nazionalità quanto più il credo religioso...e poi per i Serbi, e i Croati, e i mussulmani, i Bosniaci, è proprio lì la differenza, perché la razza è la stessa e poi hanno fatte scelte diverse di credo.

Intervistatrice: E per quanto riguarda il numero di aborti? Perché un unico aborto può capitare a chiunque, ma se gli aborti cominciano a essere cinque, sei, allora forse è usato come metodo contraccettivo...

Ginecologa 2: Tra le donne italiane raramente succede. Diciamo il secondo aborto può succedere ma ecco, superare i tre aborti è raro. Tra queste Serbe che vediamo qui...che poi però non sono le donne serbe di tutta la Serbia, bisognerebbe vedere anche lì come funziona...c'è facilità...c'è facilmente, diciamo, questa poliabortività...la tendenza ad avere più aborti...ma probabilmente perché nessuno le ha aiutate prima, perché tanto gli aborti li fanno con i privati, quindi pagano, il privato non ha interesse a non farli, perché ci guadagna e così anche lì...

Ginecologa 3: (...) tenga presente che Belgrado era sempre una metropoli rispetto ai paesini...un tenore di vita diverso. Ma funzionava. Però tant'è che durante la guerra in questi anni sono venuti a Belgrado anche tanti profughi. Quindi la mentalità è cambiata. È cambiata anche la struttura della città. Quanti sono andati via e quanti sono arrivati magari dai paesi piccoli, con una mentalità completamente diversa da una Belgradese. Secondo me è quella parte che ha aumentato il numero delle IVG. Le donne del posto, di Belgrado, sono rimaste come erano una volta. Però la mentalità e questo andazzo, se posso dire, delle IVG è aumentato perché c'è questa bella fetta dei profughi. Cioè le donne che sono arrivate dai paesi piccoli con una mentalità diversa.

Si è cercato di delinare il prototipo della donna che richiede l'interruzione di gravidanza.

Per quel che riguarda l'età, tutte le intervistate concordano nell'affermare che le richieste vengono maggiormente fatte da donne che sono sposate e che hanno già dei figli. Sono quindi donne sopra i trent'anni. La spiegazione è abbastanza lineare: le donne più giovani se restano incinte tengono il bambino perché è più facile per loro pensare di crearsi una famiglia; quelle più mature invece una famiglia l'hanno già, magari hanno anche dei figli adulti e l'idea di ricominciare pare essere una difficoltà, sia fisica che mentale.

Queste riflessioni concordano con i dati da me rilevati dalle interviste fatte a Trieste. Tutte e sette le donne serbe con le quali ho parlato e che hanno interrotto la gravidanza erano sposate al momento dell'intervento, per lo più avevano già dei figli e appartenevano alle fasce d'età sopra i trenta.

Naturalmente esistono casi di IVG in tutte le fasce d'età e la Ginecologa 1 vuole precisare che se una donna considera l'aborto un metodo contraccettivo, probabilmente lo userà a vent'anni così come a quaranta.

Ginecologa 2:...bella domanda...ma ecco...quello che posso escludere...non giovanissime...non giovanissime...neanche tanto giovani; più donne che hanno già una famiglia e che hanno già dei figli...quindi donne sopra...tra...ecco, sopra i 30 anni. Io vedo soprattutto donne dopo i 30 con più facilità. (...) Perché forse tra i 20 e i 30 anni decidi di tenerlo questo figlio...non so...dopo i 40 hai già figli quasi adulti...hai problemi di salute perché insomma, magari la pressione un po'

alta o le vene varicose,...non so...che mi viene in mente...quindi, hai più facilità di decidere per un'interruzione di gravidanza. Quello che posso dire non nelle giovanissime, neanche nelle giovani, diciamo le donne sopra i 30-35 anni...ecco, più comunemente quelle vedo...

Psicologa 2: (...) allora, statisticamente, ma noi siamo in linea con i dati nazionali, una donna che chiede l'interruzione di gravidanza è una donna sposata che ha già figli. E quindi, insomma, più o meno l'età potrebbe essere tra i 30 e i 40...anche un po' più di 40 ma insomma...mediamente potrebbe essere quella là...le vediamo dopo i 30 con più facilità. E sempre per una contraccezione mal riuscita, per qualche motivo. (...)

Ginecologa 1:...penso un po' più giovani delle Italiane. Quindi siamo attorno ai 30 mi pare, qua potrebbe essere attorno ai...(...)...potrebbe essere tra i 25 e i 30. Però poi sa, l'aborto è un problema che viene prima delle gravidanze ma anche dopo le gravidanze. Quindi l'arco d'età...non è che una abortisce a 18 anni perché è giovane. Se è il suo metodo contraccettivo, abortisce...continuamente, insomma...ogni volta che resta incinta, quindi...fino ai 50. Mi sembra di vedere più gravidanze in età giovane adesso, questo sì, rispetto alle Italiane ma questo è anche più giusto, siamo noi che siamo...che partoriamo troppo vecchie, questo sì.

Intervistatrice: Quindi le giovani piuttosto...

Ginecologa 1: ...un pochino l'età...un pochino più giovane rispetto al ricorso nostro; potrebbe essere tra i 25 e i 30...

Intervistatrice: Qual è l'età media delle donne che abortiscono?

Assistente Sociale: ...saranno sui...30 anni, 25-30 anni...

Intervistatrice: Donne sposate?

Assistente Sociale: Donne sposate e che hanno già figli e che non hanno la forza di accogliere un altro figlio, perché sanno che magari il carico è solo loro. E che hanno problemi economici e che magari hanno bisogno di lavorare.

Mediatrice 1: Mettiamo da 35 a 45 anni...che hanno già avuto...diciamo...figli, hanno finito con i figli...

Mediatrice 2: (...) si sposano con 15-16 anni...(...)...prima volta rimangono incinte e si sposano, dopo di che cominciano a fare aborti...

Psicologa 1:...media...non so che dirle...media...non so, guardi...saranno donne sui 30-32...media...possiamo avere 20 ma anche 40, 45...

Intervistatrice: Sopra i trenta quindi...

Psicologa 1: Sì.

Intervistatrice: E donne più giovani?

Psicologa 1: Donne fertili sì...

Intervistatrice: Anche sui 20 anni?

Psicologa 1: Ma no, sono più vecchiette quelle che abortiscono...vecchiette insomma...diciamo, la fascia tra i 30 e i 40.

Anche per il titolo di studio sembra ci sia una certa concordanza nelle risposte. Pare infatti che l'istruzione faccia la differenza. Le donne che interrompono la gravidanza sono più facilmente donne che hanno fatto solo le scuole dell'obbligo. Le laureate e quelle che comunque hanno un titolo di studio superiore sembrano meno propense a ricorrere all'IVG.

Intervistatrice: Qual è il titolo di studio in media delle donne che abortiscono più volte?

Assistente Sociale: Scuola media. Anche meno.

Intervistatrice: E il titolo di studio?

Psicologa 1: Scuole dell'obbligo di solito.

Mediatrice 2: Sempre media inferiore.

Ginecologa 2: L'ottava che sarebbe la terza media perché una volta facevano tutti almeno fino alla terza media in Serbia...oh dio, poi qualche volta ti scappa quella...ma laureate no. Direi in linea di massima media inferiore.

Ginecologa 3: (...) Anche lì loro, Le ho detto già, possono usufruire di posti pubblici, consultorio, ginecologo che è a disposizione 12 ore al giorno...e loro anche lì...non è che c'è questa usanza di contraccezione come prevenzione di una gravidanza non voluta...anzi, loro usano sempre l'IVG come metodo di contraccezione. Lì magari dicono non hanno tempo, perché bisogna lavorare a

casa, la terra,...però la mentalità è questa. Sono contadine. Loro sono contadine. Al massimo magari hanno fatto la scuola elementare...la scuola elementare sono 8 anni, non è come in Italia. Quello che la legge obbliga, ecco. Una mentalità molto primitiva, non so come spiegarLe. Io che sono anche dell'ex-Jugoslavia, però è una mentalità che non mi è vicina.

La Ginecologa 1 ha fatto una riflessione più articolata. Se da un punto di vista teorico le donne con poca istruzione interrompono la gravidanza più facilmente, da un punto di vista pratico non sempre è detto che sia così. Secondo la dottoressa infatti le condizioni contingenti difficili, in cui uno si trova a vivere, portano spesso a riconsiderare la propria vita e l'immagine che si ha di sé. Adattamenti faticosi possono quindi portare a cambi d'atteggiamento radicale. Queste riflessioni meglio si adeguano alle osservazioni che si possono trarre dalle mie interviste alle donne serbe. Su sette donne infatti che erano ricorse all'IVG, ben tre erano laureate e due avevano un diploma liceale. A tutte però in Italia il titolo di studio non è stato riconosciuto e qui hanno dovuto quindi adeguarsi a fare lavori umili.

Ginecologa 1: (...)...è un discorso complesso questo qui. È chiaro che l'istruzione, in questo caso ma questo per tutto...l'istruzione, gli strumenti, un posto di lavoro, la possibilità di gestirsi la propria vita, va di pari passo con un miglioramento della propria vita. Questo come schema teorico va bene. Poi al lato pratico delle cose...gente che arriva con laurea ma va alla pulizia delle scale...quindi adattamenti di vita estremamente pesanti e faticosi, portano anche magari ricombinazioni di coppie, che si sono create qua invece che fuori, nel loro paese d'origine, può portare a, come dire, a momenti anche emotivi di difficile...il senso della vita che cambia anche, perché scappano da una guerra, non si sa bene quale sarà il domani, tutta una serie di cose...può vacillare anche la capacità di controllare queste cose. Quindi come discorso teorico Le dico che un titolo di studio, un lavoro, e un livello culturale migliorano queste situazioni. Al lato pratico non sono così sicura che sia così.

Per quel che riguarda la provenienza, abbiamo già visto che le donne che più facilmente arrivano a Trieste provengono dai dintorni della città di Požarevac,

soprattutto dai paesini limitrofi. Secondo la Ginecologa 3 la mentalità delle persone provenienti da questi luoghi è molto intransigente ma antiquata. Ci si ricollega quindi al discorso dell'istruzione come fattore che influenza il ricorso all'IVG.

Sempre facendo riferimento alle donne che io ho visto e che sono ricorse all'intervento d'interruzione di gravidanza, solo due provengono da piccoli paesini. Tutte le altre sono di cittadine medio piccole o più grandi. Bisogna tuttavia sottolineare che le uniche due donne che hanno avuto più di tre IVG, provengono una da un villaggio di 800 abitanti vicino a Požarevac e l'altra proprio da questa città.

Ginecologa 3: Allora, io quando ho fatto la tesi, la maggior parte delle donne che ho visto sono serbe. Proprio di un paese...la maggior parte proviene sempre da un paese.

Intervistatrice: Požarevac?

Ginecologa 3: Sì. Požarevac. (...) Loro non sono neanche di questo paese, Požarevac. Loro provengono dai paesi piccoli intorno a Požarevac. Perché la sanità di Požarevac funziona bene. Siccome sono le donne che si sposano magari a 16-17 anni...praticamente le ragazze fanno figli. Certe volte neanche non si sposano; c'è questa usanza: fanno figli che rimandano in paese d'origine con i nonni e loro vengono qua a Trieste per guadagnare. Però sempre tornano lì. Sempre tornano lì.

Intervistatrice: Mi diceva che la sanità a Požarevac funziona...

Ginecologa 3: La sanità funziona. Solo che loro non sono bene informate. Un livello culturale e di educazione bassissimo. (...) Loro non sono bene informate e non devono essere bene informate, e non hanno tempo...(...)... Per esempio quello che...no a me non sorprende perché è la mentalità quella...una donna di Požarevac, che viene qua con la tessera sanitaria a fare tutti i controlli, eccetera, lei quando torna al paese, per farLe capire come è la mentalità, lei andrà privatamente da un ginecologo per farsi vedere che lei è una che guadagna qua.

Anche per quel che riguarda l'IVG, si è voluta sondare l'idea che i sanitari si sono fatti sulla preparazione delle donne immigrate da loro incontrate.

Prima però di passare a questa parte, vorrei brevemente ricordare, attraverso le parole di due ginecologhe, i danni fisici che più interruzioni volontarie di gravidanza possono causare. Per quel che riguarda le conseguenze psicologiche, il discorso è più complesso e quindi ritorneremo più avanti sul tema.

Intervistatrice: Quali sono le conseguenze fisiche e psicologiche che più aborti possono causare?

Ginecologa 2: ...bé, fisiche...la poliabortività può essere causa di sterilità futura, può essere causa di una sindrome che provoca grossi dolori uterini...perché l'utero diventa troppo mobile, in parole molte povere,...altre grosse cause...può dare un'infezione...ma non la poliabortività ma un aborto fatto male. Per quanto riguarda i problemi psicologici...cioè, una donna si sente sempre in colpa quando fa un'interruzione di gravidanza...e quindi è una cosa che deve in un certo modo digerire con il tempo...e che però tornerà fuori ogni tanto...non è facile...è legato secondo me al senso di colpa...

Intervistatrice: Cosa cambia dal punto di vista medico, se una donna abortisce prima o dopo i 3 mesi?

Ginecologa 2: Poco. Cioè...dipende...se tu abortisci nelle 12 settimane...non cambia granché; dopo dipende dall'epoca di gravidanza, perché lo vediamo per esempio nelle donne che fanno l'aborto terapeutico, quelle che si ritrovano con il bambino portatore di handicap e che decidono di non portare avanti la gravidanza...e lì...c'è tutto un problema psicologico perché hai un bambino che tu senti già, che si muove, magari...viene fatta molto tardi l'interruzione in questi casi...ma io credo che una che interrompe a 12, che interrompe a 15...cioè, i problemi che si ritrova sono gli stessi...i dubbi, eccetera...

Ginecologa 1: (...) in ospedale con tutte le attenzioni, sostanzialmente sono limitate, a parte il fatto che comportano il rischio di una anestesia generale, il rischio di un problema chirurgico...(...) ...I danni fisici sono relativi se siamo all'interno di un ospedale, ma non per questo va bene farli; i danni psicologici, penso, che siano molto legati a cosa una persona può aspettarsi da se stessa. Cioè quando si comincia ad avere una consapevolezza, queste cose si rifiutano, se no probabilmente in queste donne, come l'ultima dell'altra settimana, è visto come un destino. E quindi si vive in una sofferenza, in una accettazione, che forse, tra virgolette, fa meno danni psicologici, perché è vissuta come qualcosa di normale,

ecco questo non deve essere più, cioè dobbiamo lavorare in questo senso. Ma penso che...quando uno...avere 10 figli è normale, vive male ma pensa che questa sia la sua vita, insomma. Per cui il danno psicologico da certi punti di vista è relativo. Al limite minore che per noi che abbiamo una consapevolezza di chi siamo, in queste cose...

Veniamo quindi alle informazioni in possesso delle immigrate viste negli ambulatori consultoriali.

Come accadeva per la contraccezione, anche in questo caso sembra che le conoscenze in possesso delle donne siano molto limitate. È bene però fare delle distinzioni come si diceva precedentemente. Le donne che provengono da villaggi o piccoli paesi hanno infatti una preparazione molto diversa da chi ha sempre abitato in una metropoli. Bisogna quindi differenziare “i livelli culturali” e “i livelli di conoscenza”.

Inoltre è bene sottolineare che se si dedica del tempo a queste donne, molte cambiano atteggiamento, cominciano a capire quali sono i problemi e i danni che si possono causare con comportamenti errati e quindi, seppure con fatica, si adeguano alle raccomandazioni ricevute.

Ginecologa 1: (...) Dipende da che parte arrivano: le donne che arrivano dalla città, come in tutte le parti,...ma la stessa cosa sarebbe qui nel nostro Friuli, insomma. La donna che arriva dalla campagna presenta meno opportunità di conoscenza e siccome molta gente è scappata dalla guerra, i livelli culturali, i livelli di conoscenza sono molto diversi.

Intervistatrice: Secondo Lei, per quanto riguarda le conseguenze di un aborto, queste donne sono preparate?

Psicologa 1: Secondo me no. Secondo me no, e proprio di fronte a questo tipo di discorsi che incominciano ad accendere qualche lampadina. Cominciano ad ascoltare un po' in modo diverso e a vedere un po' quali possono essere i problemi per la propria salute.

Molte immigrate sono quindi contente di ricevere dei consigli, li seguono e cambiano anche il modo di vedere se stesse. Per molte altre non è così. Il



ragionamento è simile, quindi, a quello fatto per la contraccezione: se una parte delle donne ascolta e apprende, un'altra resta rigida nelle sue convinzioni, anche se si tratta di un argomento tanto importante e delicato come quello della poliabortività.

Modificare i propri atteggiamenti è molto difficile e avviene in maniera lenta. Non è così ovvio mutare i propri valori e le proprie certezze. Se per anni si è agito in un determinato modo, cambiarlo radicalmente, o solo concepire l'idea che a lungo si ha sbagliato, diventa spesso un'impresa molto ardua.

Subentrano poi diverse variabili. Come detto precedentemente l'elasticità mentale di una persona viene influenzata molto dalla vita che questa ha condotto. Dipende da dove è cresciuta, dal tipo di educazione impartita, dall'istruzione che ha ricevuto.

Se poi una donna ha sempre visto le persone a lei vicine avere un certo atteggiamento, a lei quell'atteggiamento sembrerà normale e quindi neppure riuscirà a capire perché è necessario cambiarlo. Bisogna infatti rimettere in discussione la propria condotta ma spesso anche i propri valori e se stesse.

Inoltre spesso le donne che si trovano a vivere in Italia hanno altri pensieri. "Il principale problema di queste persone è comunque la casa, il lavoro, tenere i figli, e quindi il modificare un atteggiamento che dica "il mio corpo prima di tutto il resto", quando il "tutto il resto" è vitale..." non è minimamente contemplato.

Molta speranza viene riposta dalle operatrici nelle ragazze giovani. Viene ribadito infatti ciò accennato precedentemente: queste giovani vengono viste per la prima volta durante la gravidanza e si riesce così ad instaurare con loro un rapporto di fiducia e confidenza, di modo che queste poi tornano nell'arco della loro vita e vengono quindi seguite in maniera continuativa.

Intervistatrice: Gli atteggiamenti che queste donne hanno, cambiano nel tempo? Se spiegate ad una donna che le abitudini che ha sono errate e le spiegate i problemi che causa al proprio corpo se fa molti aborti, poi segue i vostri consigli o resta nelle sue posizioni?

Ginecologa 2: Qualcuno è anche contento di sentirsi dire “Guarda, la prossima volta non devi fare una cosa così, vieni qua che ti mettiamo una spirale”, per esempio. Così può vivere in maniera...ma questo un po’ in linea di massima tutte quelle che abortiscono...cioè...non è una bella esperienza...ti mette in crisi come donna...perché in fondo uno dei suoi destini è quello di procreare...poi interrompi una gravidanza...poi se hai un retaggio culturale di tipo cattolico o cristiano ti mette doppiamente in crisi. Quindi sono abbastanza...certo, ti capita sempre quella che...però quella la trovi qua, la trovi là, non è questione di etnie, è proprio questione di modo di pensare.

Ginecologa 1: Bé, anche qua penso che dipenda dal...come dire...dal tipo di vita fatto precedentemente, insomma. Cioè, probabilmente una donna di città, anche con un titolo di studio e con una vita abbastanza autonoma prima, ha una certa facilità a fare certe cose, altre no...quindi...degli atteggiamenti modificati ne abbiamo visti, di donne che si sono convinte ad usare un metodo contraccettivo che non hanno mai usato precedentemente è un dato reale. Quindi sicuramente qualcosa incide anche nel cambiamento del loro modo di pensare. Che però non è così semplice.

Intervistatrice: Sono cambiamenti lenti...

Ginecologa 1: Sono cambiamenti lenti anche, perché, ecco, proprio pochi giorni fa una donna mi ha detto “ma mia mamma ne ha fatti 7-8 di aborti” quindi a lei che ne stava facendo il primo, il mio discorso, invece forte, di prevenzione, trovava un terreno un po’...è lei che si stupiva che faccio tante storie per un’interruzione. Ma non perché si divertisse a farla...perché era abituata in casa sua che così si faceva, insomma. Quindi probabilmente siccome era una donna giovane rifletterà su questo, rifletterà e probabilmente di fermerà, cosa che le auguro, a un aborto. (...) bisognerebbe stare attenti, penso, anche a esprimere giudizi su questi cambiamenti...cioè, cambiamenti culturali sono molto lenti...questo dappertutto. E io Le sto parlando quelli di ambulatori e di consultori che vedono donne da...che ne so...da sei-sette anni. In un primo periodo proprio di guerra, quindi si scappava; adesso la situazione è un po’ diversa, si viene via, forse, più per problemi lavorativi, insomma, in quelli per difficoltà a ricominciare nel proprio paese ma di minore emergenza, diciamo, che in precedenza, forse. Però il principale problema di queste persone è comunque la casa, il lavoro, tenere i figli, e quindi il modificare un atteggiamento che dica “il mio corpo prima di tutto il resto”, quando il “tutto il resto” è vitale, più che il proprio corpo in un certo

senso...non so come dire...io non vedo grandi cambiamenti. Posso dire però che c'è, che molte donne straniere continuano a venire...ecco, questo sì, questo è un dato che le do. Non è che vedo una donna una volta, partorisce e sparisce, no. Torna poi per la contraccezione, torna per qualche piccolo problemino che pur non essendo patologia... insomma... potrebbe... insomma per un consiglio... torna... giorni fa è tornata una per togliere una spirale, perché vuole un altro bambino e quindi l'ha distanziata in maniera...come voleva Lei...ecco, questo è un uso...sì (...) ...io propongo il pap-test che in molti paesi non veniva fatto...l'accettano tutte. Si spiega che è per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, che va fatto ogni tre anni...nessuna donna ha mai detto di no... (...) ...gravidanze che forse all'inizio arrivavano in età più tardiva: facevano la prima visita a 30-35 settimane, adesso la fanno con il test positivo. Ecco questo è un miglioramento sicuro. (...) Sì recepiscono. Ma, come dire, siccome ne hanno fatti sette-otto-nove e sono ancora vive, è un discorso che entra proprio nella condizione di vita della persona...quindi lo capiscono ma non è detto che lo facciano proprio. Questo, come dire...io ho visto molte donne che si sono liberate da sto dramma dell'aborto, e hanno cominciato una contraccezione, questo sì; ne ho visto anche altre che pur sapendo che non va fatto, continueranno a farlo probabilmente perché non ci sono gli strumenti per cambiare uno stile di vita così...forse se devono spendere 10-12 euro al mese per la pillola contraccettiva, ecco, riesce più difficile che non per le sigarette, questo è un dato di fatto!

Intervistatrice: Seguono i consigli dati dal ginecologo italiano?

Mediatrice 1: ...ancora non abbastanza. Seguono...pian piano. Alcune sì in pieno, alcune dicono di sì e dopo no...(.)...No, non noto grossi cambiamenti...(.)...Secondo me è un'abitudine. Cioè non è...è una cosa che si portano da casa. Perché io ho tanti problemi per convincerle di prevenire i problemi loro...non riesco. E anche sono molto preoccupata con i risultati perché non corrispondono agli sforzi miei. (...)...la cosa che mi preoccupa ancora...(.)...è come fare a convincerle tutte a prendere un metodo contraccettivo. E non riusciamo...soltanto il cinquanta per cento fino adesso...a convincerle di tornare dopo aborto, di parlare di questo...no...e le scuse sono sempre quelle: "ah, non posso, devo andare al lavoro, devo lavorare, ho tanti impegni,..."...però torna dopo un anno per un altro aborto...magari dopo due aborti comincia a pensare. (...)Le donne più giovani, che sono le ragazze perché si sposano a 18-19-20 anni, loro sono molto più aperte ad accettare il modo italiano perché...anche perché

quelle ragazze ho la possibilità di conoscerle di più, perché quando mi viene la ragazza 19-20 anni con la prima gravidanza, lei la porta avanti. Non interrompe la gravidanza. E così nel corso della gravidanza, ci conosciamo, io sempre approfitto delle attese, non so, per parlare, spiegare, della contraccezione, della prevenzione,...di tutte queste cose...del...della progettazione del nucleo familiare, insieme col marito...e molto spesso, ci sono anche i mariti. Magari la seconda volta viene anche lui ad ascoltare...così parliamo...

Psicologa 2: Ma io non do consigli nel mio lavoro...bisognerebbe parlare con qualcuno che dà indicazioni di tipo ginecologico. Io posso ascoltare i problemi delle persone e magari trovare delle soluzioni. Le persone serbe che ho visto io sono persone che hanno un'ottica abbastanza conservativa. Sono abbastanza chiuse, abbastanza rigide. Però voglio dire, non ha nessun valore dal punto di vista...non è un campione.

Intervistatrice: I consigli che come ginecologo vengono dati...

Ginecologa 3: Arrivano e non arrivano. Questo è il problema. Dipende chi hai davanti. Certe volte anche parlando e parlando tanto tempo, che la parola della vicina, della cugina è molto più forte di quello che tu le vuoi trasmettere...(.)...Sempre dipende chi hai davanti. Certe volte posso parlare un'ora e io so come lei esce da questa stanza...non è che non ha capito...è che non è cambiato niente nella sua mente (...) io certe volte ho avuto, Le ho detto già, la sensazione anche perdendo un'ora parlando, spiegando quanto le fa male se lei fa un'interruzione di gravidanza e di usare la pillola o la spirale...mi sembrava che le mie informazioni non arrivavano. Cioè, loro già hanno questa mentalità. Forse è brutto da dire, ma come nascono con questa mentalità.

Assistente Sociale: ...è difficile se uno ha questo tipo di esperienza che l'aborto è l'unico sistema per far fronte a un problema...si toglie il problema...poi sinceramente...a loro, venir qua e fare un colloquio mi sembra non interessi molto. Cioè, vogliono il certificato e andare. Quindi stare un'ora per spiegare...non è semplice. Ho questo tipo di impressione, adesso non ho fatto una statistica ma sì...insomma.

Importante è poi considerare come i consigli dati dai medici, dagli operatori italiani, si coniugano con la cultura della persona. Se infatti non si riesce a

capire il valore che ha per una donna usare un contraccettivo, interrompere una gravidanza o curare la propria persona, molti discorsi cadono nel vuoto. Per tutte queste tematiche quindi il mediatore, preparato e attento, può essere di grande ausilio. Al suo lavoro i medici devono però aggiungere tanta pazienza e caparbia. “In certi momenti si può lavorare nel senso della prevenzione, in altre situazioni bisogna lavorare nella riduzione del danno, quanto meno”. La speranza è che “se il cambiamento avviene in poche persone, è possibile che le stesse poi aiutino anche altre persone a cambiare. Per esempio qualcuna che ha capito le cose, poi porta le amiche. E questo è come un tam-tam che è molto utile.”

Psicologa 1: Non è automatico seguire i nostri consigli. Diciamo che dipende da quanta consapevolezza ha e da quanto...come dire...ci dà credito in quello che le diciamo, e di quanto anche, i nostri consigli stanno all'interno della sua cultura, perché se i nostri consigli sono molto lontani dalla sua cultura non li seguirà, questi consigli. Ad esempio sull'aborto, la contraccezione, cioè...far...come dire...avere un atteggiamento responsabile rispetto questa questione, non è facile, perché per molte di loro ancora l'aborto è un qualcosa...come dire...che significa avere un controllo...cioè, come un contraccettivo, quasi.

Assistente Sociale: A volte tornano, a volte no. Dopo te la ritrovi di nuovo a un'interruzione di gravidanza successiva. Dopodiché le ginecologhe fanno una bella lavata di testa. E dai e dai qualcuna ha anche capito. (...) ...cioè, secondo me se il cambiamento avviene in poche persone, è possibile che le stesse poi aiutino anche altre persone a cambiare. Per esempio qualcuna che ha capito le cose, poi porta le amiche. E questo è come un tam-tam che è molto utile. Cioè il fatto di spiegare le cose, non è tempo perso. Certe volte sembra che certi discorsi vada in vuoto ma in realtà non è così. Per noi che lavoriamo in un servizio che ha come scopo principale la prevenzione, lo spiegare le cose e prevenire nel senso di spendersi affinché non accadano certe cose, è un lavoro molto importante. Io ho avuto il rimando di questo che dico proprio con questo incontro con le queste donne del Cir<sup>125</sup>. Io ho spiegato delle cose, mi hanno fatto delle domande...per questo...se uno fa delle domande vuol dire che segue e che capisce...allora se una

---

<sup>125</sup> Centro Italiano Rifugiati

persona anche con un certo tipo di esperienza, non so, dieci aborti, arriva qua, capisce quello che stai spiegando, prende questo nuovo sapere e ne fa buon uso per il futuro, è una risorsa per gli altri. Infatti sono andate via molto contente e secondo me questi del Cir fanno un ottimo lavoro perché questo gruppo di persone era inserita in un discorso di alfabetizzazione, cioè s'incontravano per la lingua italiana; poi in accompagnamento alla lingua italiana queste venivano portate in giro per la città a conoscere i servizi. E questo era uno dei servizi. Allora, cogliere l'occasione per fare questo lavoro di prevenzione, è molto utile. In certi momenti si può lavorare nel senso della prevenzione, in altre situazioni bisogna lavorare nella riduzione del danno, quanto meno.

Ginecologa 2: Certo! Servono le raccomandazioni e mantenere i contatti. Per questo queste mediatrici culturali fanno un buonissimo lavoro perché te le riportano, anche se non vogliono in un certo modo te le riportano...(...)...anche per il problema aborto...perché...insomma, io ho visto per esempio qui in questo consultorio, che le mediatrici culturali ti riportano la donna...secondo me, se no, avremmo un maggior numero di persone che non si rifanno vedere dopo aver fatto l'interruzione, che tende a sparire...cioè, serve a mantenere anche dei legami. E questo vale anche per le gravide per esempio...si cerca di metterle insieme in maniera che si possa parlare con tutte assieme, eccetera...

Psicologa 2: (...) Io credo che il mediatore sia fondamentale perché aiuta veramente a tradurre non solo le parole, ma il significato che alcune questioni assumono rispetto alle quali se non è possibile andare avanti: è inutile proporre a una donna un contraccettivo se non si capisce che senso ha per lei il contraccettivo e quali sono le resistenze ad utilizzarlo.

Intervistatrice: Ma la presenza di un mediatore, in una seduta psicologica, non potrebbe essere un fattore di fastidio?

Psicologa 2: Sì, sicuramente può essere, però del resto molte volte è anche un fattore d'aiuto. Diciamo che non si può fare una psicoterapia con un mediatore. Però si può fare un sostegno, un supporto, quindi può essere molto utile. Io ho trovato un grande aiuto. Ho lavorato in alcune situazioni...ma guai se non ci fosse stata la mediatrice...perché non era...cioè proprio impossibile...

Intervistatrice: Va bene la presenza di questa figura (*mediatore – inc. mio*)?

Psicologa 1: Certo è molto utile nel riuscire a mettere in contatto il professionista con la persona. Bisogna stare attenti che non traduca a modo suo e che non

interpreti a modo suo però direi di sì, è utile. Sarebbe meglio non aver bisogno di mediatori però è bene che ci siano e se ci devono essere che siano anche preparati in modo...come dire...che sappiano gli argomenti che si affrontano. Quindi non è...non basta una conoscenza linguistica, non è traduttore, è mediatore; ed è un'altra questione, insomma, più complessa.

Le operatrici mi raccontano che le donne che arrivano in consultorio spesso confessano loro di non aver mai avuto informazioni o consigli dai medici del loro paese, cosa che mi avevano riferito anche Istina, Igra, Ruža e Kiša.

La Mediatrice 1 sostiene che i medici serbi forse fanno poca attenzione alle loro pazienti e non danno un giusto peso all'intervento di interruzione di gravidanza. Secondo la Psicologa 2 i cambiamenti che si possono indurre in una persona, sono più profondi e veloci se esiste un rapporto di confidenza tra medico e paziente. Le grandi campagne teoriche servono relativamente. Più utili sono invece i piccoli suggerimenti e i consigli dati dal proprio medico, di cui ci si fida e sul quale si sa di poter contare se si hanno dei problemi.

Mediatrice 1: (...)...è l'aborto un contraccettivo...praticamente. Viene visto così. Però secondo me lì manca perché...le donne dicono tutte "nessuno mi ha mai spiegato". Allora il medico, il ginecologo che lavorerà, che sta davanti alla donna, non dà un peso a questo intervento. "Facciamo o non facciamo?"...è come togliere o mettere un anello. Questo manca.

Intervistatrice: Secondo Lei, i ginecologi del loro paese hanno una qualche responsabilità sul numero di aborti che le donne fanno?

Psicologa 2: ...ma io credo che ognuno di noi abbia un po' di responsabilità...nel senso che quando si fa una cultura del cambiamento, inutile fare grandi campagne teoriche...credo nel rapporto che si fa con le persone, nel tipo di impatto che si può introdurre con ognuno dei piccoli cambiamenti...

Come vivono queste donne l'interruzione volontaria di gravidanza? Esistono delle diversità nell'animo di una donna dell'Est Europa rispetto a un'Italiana? Abbiamo già accennato che è molto difficile parlare delle conseguenze psicologiche che un'IVG può avere su una donna. Molto infatti dipende dalla

concezione dell'esistenza che ha una persona, e soprattutto da come questa vive la propria gravidanza e il valore che dà ai propri figli.

In molte culture i figli sono una ricchezza nel senso che forniscono forza lavoro per la famiglia. Nel momento in cui un figlio non è più necessario per sostenere economicamente i propri cari, allora potrebbe essere considerato più un peso che un bene. Ciò potrebbe accadere per alcune immigrate che arrivano in Italia. I minorenni nel nostro paese non possono lavorare e quindi fino alla maggiore età i figli potrebbero essere considerati un impegno gravoso e la gravidanza un onere troppo grande per il futuro.

Bisogna poi considerare le idee che una persona si fa sulla gravidanza. Nella nostra cultura occidentale e fortemente pregna della tradizione cattolica, essere incinta per molte persone significa avere in grembo una vita umana. Ricorrere all'IVG viene quindi visto da più parti come un omicidio. Inoltre "noi facciamo riferimento a una cultura che lavora molto sul senso di colpa". Ciò non è detto che accada anche in altre culture che potrebbero avere diverse filosofie di vita. Secondo la Psicologa 2 infatti, le donne Cinesi non sembrano avere sensi di colpa come invece donne di altre nazionalità. Non è quindi possibile generalizzare e bisognerebbe fare un'analisi caso per caso.

Psicologa 2: Dipende da come la donna vive queste cose. Nel senso che dipende dalle fantasie che questa donna fa sulla gravidanza (...) Io credo che l'interruzione di gravidanza sia una questione molto delicata. Molto delicata e dipende molto dal periodo della vita in cui una persona l'affronta, dal significato che dà a questa interruzione,...ci sono delle donne per esempio, che lo farebbero con più facilità e più coscienza da giovani...dal momento in cui hanno avuto figli e sanno cosa vuol dire questo, l'idea di interrompere la gravidanza...non ce la fanno più. E viceversa ci sono donne per cui la prima gravidanza si è risolta in un aborto perché erano troppo giovani e questo le segna all'interno dei rapporti sessuali per il resto della loro vita.

Intervistatrice: È una cosa molto soggettiva...

Psicologa 2: Eh sì...molto. Ci sono donne per cui un'interruzione di gravidanza è stata pesantissima, e ci sono donne che vengono in consultorio a chiedere d'interrompere come andare...non so...a prendere un appuntamento per...qualsiasi altra cosa...per un'estrazione dentale...non so come dire...dove sì



c'è una preoccupazione, c'è un certo dolore, ma insomma...passata è finita... (...)  
Certe situazioni dove i figli non sono preziosi come da noi, perché comunque avere tanti figli vuol dire anche povertà,...(...)...bisognerebbe capire cosa ne pensano della vita e della morte...(...)...io credo che dipenda proprio da dove si colloca la persona e il livello di filosofia di vita...da come vive suo figlio, o il futuro concepimento, da che referenti ha a livello sociale, da che cosa...perché io penso, una donna orientale...è difficile...noi non possiamo misurarla con criteri occidentali, bisogna capire in quel contesto, cosa vuol dire per lei...per cui, io credo che ci siano situazioni in cui magari le donne non vivano con conflittualità questa cosa. Io ho visto delle donne che secondo me non avevano nessun tipo di conflittualità. Ma va bene perché pensano che non ci sia un bambino...chissà che fantasia hanno...che grado di consapevolezza...Io credo che nella cultura occidentale, quello che dice la dottoressa sia molto aderente (*che un aborto ha sempre e su qualunque donna conseguenze psicologiche – inc. mio*)...probabilmente è così...però noi facciamo riferimento a una cultura che lavora molto sul senso di colpa...cioè, l'Europa, sia nord che sud, est e ovest, insomma, è comunque un'Europa che seppur laica ha molto cattolicesimo nella tradizione, nella cultura, nella trasmissione del sapere, con tutta una serie di concetti,...bisognerebbe capire per esempio per una Cinese, cosa vuol dire...non so...la cultura orientale è invece molto più impregnata sul senso di vergogna...bisognerebbe capire questo come gioca: se è più vergognoso avere figli non voluti oppure liberarsi di un figlio che non si voleva...per dire, solo a livello di menopausa, una donna cinese rispetto a una donna occidentale, vive la menopausa come una tappa ambita, anelata perché in quel momento la donna può partecipare a tutta una serie di situazioni che prima le erano precluse perché era fertile. E quindi può diventare...non so...una donna che all'interno del suo paese, della sua città, partecipa a situazioni di governo della città, del paese, cosa che prima non poteva fare. Quindi acquista potere. Nella nostra cultura che invece è una cultura in cui la donna vale nella misura in cui è giovane, è carina, è bella e quindi è una merce sessualmente appetibile, solo in questa misura ha potere, rispetto al maschile, la menopausa è una dimensione che viene vissuta come una dimensione esclusivamente di perdita...perché non può più aver figli, non può più essere carina e attraente, non può più avere un certo tipo di potere rispetto alla relazione con gli uomini...quindi tutta un'altra...per quello dico non è possibile, io credo dal mio punto di vista, generalizzare. Dipende molto dalle culture.

Intervistatrice: Quindi Lei non nota sensi di colpa in tutte le donne...

Psicologa 2: Mah...per dire...nelle signore cinesi che io ho visto, no.

Intervistatrice: E tra le donne che provengono dai Balcani?

Psicologa 2: Bé, in alcune persone ho visto situazioni più combattute. Però...a me sembra che le donne cinesi siano...mi viene in mente le cinesi perché ce n'è...mi sembra che ci sia una maggiore diversità a livello culturale...hanno un modo proprio di vivere l'interruzione di gravidanza come un sistema contraccettivo.

In molte culture pare che interrompere la gravidanza sia considerato un metodo normale e comune per controllare le nascite. Sottoporsi quindi a più IVG nella propria vita “viene giudicato dalla loro cultura, dal loro ambiente come uno dei modi...come per noi prendere la pillola”. Quindi “c'è un mezzo culturale che giustifica questo” e che rende pensabile e accettabile usare l'aborto come metodo anticoncezionale. L'IVG viene quindi concepita in maniera diversa da come viene considerata dalla cultura occidentale.

Secondo la Psicologa 1, le richieste di molte immigrate sono molto razionali e pragmatiche. Non è che non esiste un aspetto emotivo nella donna, ma dal momento che l'interruzione di gravidanza è sempre stata considerata un mezzo di controllo delle nascite, i propri sentimenti ed emozioni vengono messi da parte a vantaggio dell'aspetto più pratico.

Psicologa 1: Bé, sì, sicuramente è una richiesta molto più...come dire...razionale, messo su un piano poco emotivo, secondo me...il risvolto emotivo è poco evidente. È molto più evidente la parte più pragmatica, più razionale, più motivazionale razionale...cioè, la partecipazione emotiva è meno forte, meno sentita...(.)...viene fatta anche in modo un po' meccanico, meccanicistico...(.)...perché...come dire, c'è una separazio...come...l'aspetto emotivo della persona, l'aspetto proprio emotivo non viene assolutamente né visto né considerato...(.)...perché viene giudicato dalla loro cultura, dal loro ambiente come uno dei modi...come per noi prendere la pillola. Cioè...come dire...c'è un mezzo culturale che giustifica questo: è un modo...come dire...che le donne hanno da secoli di sottrarsi all'obbligo di far nascere i bambini che se no nascevano una volta. Adesso lo fanno...come dire...di diverso dal loro posto, ecco lo fanno in ospedale, magari qui lo fanno gratis, fuori pagavano. E quindi tutto là.

Per quel che riguarda nella fattispecie le donne serbe, la Ginecologa 3 reputa che le immigrate da lei visitate non stanno male dopo un'intervento di IVG, che non hanno rimorsi.

In base tuttavia alle interviste che ho condotto con alcune donne, mi sento però pronta a confutare queste affermazione. Ben cinque donne su sette che avevano vissuto l'esperienza dell'IVG, hanno avuto molta difficoltà a parlarne, tanto che per due è stato impossibile continuare il colloquio.

Per le altre due il discorso è più sottile.

Istina infatti ha sostenuto che un'interruzione di gravidanza non ha conseguenze psicologiche. Nel momento in cui però le ho chiesto quante volte aveva abortito, ha risposto con un generico "tante volte" e ha voluto spiegarmi da dove derivava la sua scelta, quasi dovesse giustificarsi con me.

Kiša mi ha detto di non aver avuto traumi dopo l'intervento. Ha affermato che "quella volta non pensavo tanto...solo bisogna fare, non avevo la scelta secondo me...volevo fare...". La scelta è stata quindi obbligata e non è stata assolutamente meditata. Kiša ha fatto tutto da sola, non si è fidata di nessuno. Per anni poi non si è confidata con nessuno. Conclude infine con queste parole "Ho detto mai più, mai più non faccio quelle cose...(...) È stata una brutta esperienza e sapevo che devo proteggermi, ma prima...finché non succede...hai visto...non crede che succede...". Non credo che queste parole si riferiscano solo ai dolori fisici da questa sofferiti, ma credo che indirettamente facciano riferimento a un'esperienza complessiva vissuta a quel tempo in maniera poco cosciente ma che in seguito è stata riconsiderata con maggiore consapevolezza e maturità.

La Ginecologa 3 sostiene poi che le donne serbe usino anche loro l'interruzione di gravidanza come metodo di controllo delle nascite. Anche su questo punto non mi trovo d'accordo. Nessuna delle donne da me intervistate pare infatti che usasse sistematicamente l'IVG per regolare le gravidanze. Molto più spesso queste donne usavano una qualche protezione e pensavano che il coito interrotto fosse sufficiente. Le gravidanze non volute venivano quindi considerate "incidenti" e non conseguenze naturali del loro comportamento. Aggiungerei che l'uso dell'IVG tra queste donne, deriva da una poca consapevolezza delle loro azioni e da un'informazione carente su come usare i

metodi anticoncezionali, più che da un'abitudine normale e comune di contraccezione.

Ginecologa 3: (...) Ad esempio le Serbe...hanno una mentalità molto particolare. Le donne che fanno...che usano IVG come un metodo di contraccezione. Hanno 5-6-7 interruzioni di gravidanza. E non stanno male per questo motivo.

Intervistatrice: Cioè psicologicamente...

Ginecologa 3: No...la maggioranza non sta male. (...) Non vedo rimorsi perché ha fatto l'IVG. Da noi dopo si sta male perché ha fatto l'IVG una volta. Però ho visto anche quelle che hanno fatto 5-6-7...10 IVG. Non hanno questi rimorsi. Una mi ricordo quando ho fatto l'anamnesi mi ha detto 20...le ho detto forse non ho capito bene...20...aveva forse 44 anni...

Ho reputato importante chiedere ai sanitari da me incontrati quali fossero le cause che inducevano alcune immigrate ad abortire così spesso. Credo infatti che data la loro esperienza più o meno lunga, si siano fatti delle idee a questo riguardo.

A parere di molte operatrici, il problema di base è la politica sanitaria dei paesi d'origine. A causa di motivi sia economici che sociali infatti, lo Stato non fa un'adeguata pubblicità sui metodi contraccettivi. Se tuttavia nelle grandi città le informazioni passano e girano, nei piccoli paesi in cui le opportunità sono inferiori, l'istruzione delle donne resta limitata.

Nel momento in cui la sanità funziona male anche i medici non vengono controllati. In Serbia, ad esempio, c'è stato un regresso generale dei servizi offerti in quanto i soldi sono pochi, le attrezzature limitate e le paghe basse. Una parte del personale è poi costretto a fare un secondo lavoro in nero per poter guadagnare quel minimo per sopravvivere. I medici, disillusi, perdono quindi la voglia di fare bene il loro lavoro e prestano poca attenzione alle informazioni che devono essere trasmesse alle pazienti.

Dal momento poi che il settore pubblico ha molte disfunzioni, la gente preferisce rivolgersi ai medici privati che fanno però ciò che i pazienti desiderano senza grandi problemi dal momento che sono da questi retribuiti.

Intervistatrice: Facevo una riflessione: forse tra le donne serbe si abortisce tanto perché è troppo facile; intendo dire che in Serbia si prende un appuntamento e il problema è risolto.

Ginecologa 2: Sì, sì da loro adesso è così, perché c'è l'anarchia completa. Non esiste una legge come esisteva prima che era sotto controllo, quindi adesso uno decide da solo e va ad abortire...sono anche medici privati che lo fanno, magari a vivo, senza anestesia...sentire le cose che raccontano ti si rizzano i capelli...utilizzando anche cose che ormai non si utilizzano più...però esiste questa chance, sicuramente...

Ginecologa 1: Eh, penso...che non è una mia opinione, è proprio un dato di fatto perché non c'è politica su questo. Quindi se non c'è una politica sanitaria che mi dà la possibilità di accesso ai servizi, e mette...fa una pubblicizzazione adeguata dei metodi contraccettivi, li promuove, li mette a prezzi accessibili, e...non regola con una legge l'interruzione di gravidanza, è chiaro che questo per una donna è impossibile. Cioè, mi dicevano le donne albanesi che non si trovavano neanche i preservativi da poter comprare. Quindi diciamo era una problema grossissimo...(...)... Non è che noi siamo più brave perché ne facciamo di meno. Abbiamo conquistato una legge buona, che bisogna tutelare continuamente oltretutto perché sono temi che creano contrasti trasversali poi a tutti i partiti politici, che ha fatto sì che potessimo calare enormemente; tanto la piaga dell'aborto non la elimineremo mai. Come dire, quando finiranno di esistere uomini e donne non ci saranno più gli aborti ma...finché esistiamo ci accompagnano. Il problema grosso è limitarli al massimo, questo è il punto.

Ginecologa 3: (...) Dipende sempre come funziona sanità. Sicuro dipende da questo. Come è organizzato, quanta pubblicità si dà anche a questo,... La mentalità di un paese piccolo e una città grande è sicuro diversa. La mia opinione, quella che è la mia esperienza, è anche questa: una donna con laurea, oppure che ha fatto la scuola superiore, ha una diversa cultura rispetto a quella che ha fatto solo una scuola elementare...ripeto, sono sempre 8 anni di scuola. È una donna più colta sicuro. Tra loro sono poche che usano...magari le sposate, con dei figli...che usano l'IVG come metodo di contraccezione...come anche in Italia. Diciamo poche. O prendono la pillola o hanno la spirale. Però questa fetta proprio, queste Serbe che provengono da lì (*paesini – inc. mio*), hanno una mentalità particolare. Una mentalità particolare, però una mentalità che

comunque può più o meno rispecchiare la mentalità del paese piccolo nella ex-Jugoslavia. Sia in Serbia, sia...forse in Kosovo ancora peggio, oppure Bosnia, in Croazia, in Slovenia...anche lì siamo più o meno così...(...)...Secondo me si lavorava poco con la paziente. Perché da noi, ad esempio, un medico di base non poteva prescrivere la pillola. Quindi per forza dovevi andare dal ginecologo. E hai i ginecologi disponibili 12 ore nei consultori. Parliamo dell'ospedale. In una città grande, ogni...quartiere, direi così...la città era divisa nei quartieri...aveva suo policlinico con ginecologo. Quindi volendo non hai problemi. Però uno che abita, magari, 50 km lontano da Sarajevo...ecco, parlo della mia città...e deve lavorare tutto il giorno, non credo che veniva a fare la prevenzione, le visite di controllo. Magari quando sta male male veniva a farsi controllare. Così funziona penso anche in qual paese lì.

Molto spesso per i medici è molto difficile poi arrivare alle donne prima che facciano un'interruzione di gravidanza. Queste infatti tante volte non si fanno vedere se non in caso di bisogno urgente. Abbiamo già sottolineato precedentemente infatti, che per molte donne andare dal medico significa "ho un problema, è necessario che veda un dottore". C'è dietro quindi un'educazione sulla prevenzione che manca.

La scuola dovrebbe essere il veicolo principale d'informazione. Spesso però nei paesi di provenienza delle immigrate l'educazione sessuale non viene fatta. Le notizie quindi vengono apprese attraverso i consigli della madre o più spesso delle amiche. Intuibile quindi che se esistono idee errate anche queste passano da una persona all'altra.

Ginecologa 2: ...mah, secondo me perché sono lasciate sole perché non hanno...un po' come da noi...non si arriva ad arrivare a loro prima che facciano l'aborto. Noi arriviamo quando la donna ha già deciso di abortire. Cioè non la vediamo prima e questo manca sicuramente in Serbia...ma manca anche da noi perché tante cose si potrebbero fare e non si fanno. Per esempio andare nelle scuole...noi andiamo da anni nelle scuole e siamo riusciti a cambiare alcune cose...ma nessuno ha cambiato il mondo perché ci sarà sempre, diciamo, una zona in cui non sei riuscito ad arrivare, una zona in cui c'è uno zoccolo duro e non ti permettono di arrivare...loro proprio non hanno questa cultura, a scuola non va nessuno a parlare di contraccezione, per esempio...cosa che sotto il precedente

regime si faceva...poi, i risultati sono abbastanza relativi perché tutto sommato se uno in quel momento non recepisce, non serve un granché.

Importante è poi il “grado d’integrazione nel tessuto sociale”. Se una donna fa parte infatti di una comunità molto chiusa, sarà per lei più difficile riuscire a venire a contatto con altre realtà e modificare quindi le sue convinzioni. Se tutti infatti agiscono così, è facile pensare che quello sia il modo giusto e non lo si mette neppure in discussione.

Psicologa 1: Bé, sicuramente le Cinesi usano l’aborto come un sistema contraccettivo. Le altre.. sono...sì, forse...si fanno meno problemi nel senso che pensano che se una resta incinta poi abortisce. Altre persone...mah, forse...forse dipende anche dal grado d’integrazione nel tessuto sociale l’idea che hanno del sistema contraccettivo più adatto. Nel senso che più uno resta chiuso nella sua cerchia etnica, più mantiene il convincimento del paese d’origine. Penso che sia una cosa abbastanza scontata. E siccome la realtà cinese è molto chiusa, tanto che queste donne cinesi, anche se stanno qua diversi anni, non sempre sanno parlare bene l’italiano, viceversa ci sono delle signore balcaniche, adesso non ho presente bene che nazionalità, ma che dopo non tanti anni parlano una lingua...cioè, c’è un desiderio d’integrazione diverso. E penso che questo giochi poi nella disponibilità ad avere delle risorse anche da questo punto di vista.

Situazioni contingenti gravose possono poi cambiare la vita delle persone. Coloro infatti che sono in Italia da immigrati, devono affrontare difficoltà di vario tipo, prime tra tutte quelle economiche e d’integrazione. Questi problemi spesso non permettono a molte donne di trovare lo “spazio mentale” necessario per accogliere un figlio. Nel paese d’origine c’è il sostegno e l’aiuto della propria famiglia, madri e suocere in primo piano, mentre qui bisogna fare tutto da sole e risulta quindi faticoso affrontare il peso anche di un bambino.

Assistente Sociale: La difficoltà di tipo economico e l’assoluta mancanza di uno spazio mentale d’accoglienza per un figlio...un peso in più...cioè, viene vissuto come una difficoltà in più...dove non c’è lo spazio mentale per l’accoglienza...(...)...Il problema più grande e che ovviamente porta loro via molte energie e quello dell’integrazione in una cultura diversa. Quindi c’è questa foga

anche di mettersi al pari con gli altri, soprattutto da un punto di vista economico. E quindi se uno mette tutte le energie in quell'ambito, dopo non ha le energie di lasciare quello lo spazio mentale di cui parlavamo prima per crescere un altro figlio...(...)...Io penso che in patria vengano molto aiutate dalla famiglia allargata...(...)...È un fatto culturale, come ho già spiegato. La risoluzione al problema gravidanza, è l'aborto. Se uno abortisce 10 volte vuol dire...che è un fatto di tipo culturale...

Mediatrice 1: ...no...no...le cause per me sono più o meno uguali: io ho fatto tot figli che ho voluto fare e non li faccio più...uno...due: se la donna è qui sola, e magari il marito con i figli è rimasto a casa, molto spesso succede che per la solitudine, per la disperazione, gli uomini sono sempre quelli, i corteggiatori che...non si accontentano mai...e lei rimane incinta con uno che dopo non vuole più sapere di lei. È sposata, ha figli, è rimasta incinta con uno in Italia...suo compaesano eh...certo che fa aborto, dove va con 'sto figlio...no?...però non ha pensato di prevenire...

Un ruolo fondamentale lo svolge poi la propria condizione esistenziale e la propria apertura mentale. Molte donne infatti sono state abituate fin da piccole a pensarsi in un determinata maniera. Reputano che la loro vita debba svolgersi in un certo modo e non riescono neppure ad immaginare di avere altre possibilità. "Ci sono perfino situazioni in cui le donne pensano di non potersi permettere una situazione migliore, di dover restare in una situazione difficile...forse non sanno, non riescono a capire che cosa ci può essere di meglio, di più". Come abbiamo già visto, molte donne si considerano solo madri e mogli e delegano al compagno tutte le scelte più importanti da prendere all'interno della coppia. E ciò vale anche per il controllo della fertilità e della sessualità. Non riescono a capire che loro sono "responsabili del proprio corpo" e che devono loro prendersi cura di se stesse. La scelta di controllare la fertilità è sicuramente "un discorso che in qualche modo incide anche nei rapporti, nelle dinamiche relazionali tra uomo-donna" ma queste donne "non hanno la coscienza della propria persona" e non pensano che "facendosi carico responsabilmente della propria fertilità ci si può...riscattare dal...controllo di questo da parte...dell'altro genere". Molte donne, o per "mancanza di libertà



mentale” derivata dal “modello culturale” appreso, o per “poca istruzione”, o per mancanza di “coscienza della propria persona”, o ancora per poco amore verso se stesse, delegano in toto al compagno la gestione della sessualità della coppia e non capiscono che “il sistema contraccettivo serve a migliorare la qualità della vita”.

Ginecologa 2: Secondo me non hanno capito ancora una cosa di base, cioè che sono responsabili del proprio corpo e della propria fertilità e delegano in toto al proprio compagno la scelta di avere o non avere figli e di anche quindi viverli la sessualità via dal discorso di gravidanze indesiderate. Quindi io credo che...sì...non è ancora...come dire...stato...come dire...valutata appieno la portata di libertà che una donna...che può avere la pratica contraccettiva. Quindi viene delegato al compagno il controllo sul proprio corpo, sulla propria fertilità. Questo proprio, secondo me, per cultura di base. Non hanno ancora capito che facendosi carico responsabilmente della propria fertilità ci si può...come dire...riscattare dal...sì...dal controllo di questo da parte del...del proprio...dell'altro genere.

Intervistatrice: Da dati statistici si è osservato che qui in Italia le donne provenienti dai Balcani fanno più aborti di donne provenienti da altre aree. Mi confermi questo dato?

Mediatrice 2: Sì ho scoperto anch'io...ma solo da una parte di Serbia...di paesi meno sviluppati dei Balcani, no tutti. Perché la Voivodina no perché è ricca e non si può dire, Belgrado, zona di Belgrado no, stessa roba per Slovenia che è sempre...Zagabria...delle parti ricche no, le parti povere e rurali sì...

Intervistatrice: Le cause principali quindi secondo te sono...

Mediatrice 2: La poca istruzione...che non hanno la coscienza...(...)...non fanno la prevenzione, non hanno la coscienza della propria persona,...non accettano il suo corpo...non ci pensano neanche...(...)...donne pensano che tutto decidono...loro, loro chi non si sa, un altro...“perché sai com'è”...queste sono le famose parole, “sai com'è”, “sai come sono gli uomini”, e non capiscono che loro sono prime, che si devono più difendere, che devono prendersi cura da sole...non capiscono...

Psicologa 1: ...bé...allora...io credo che molte donne abbiano bisogno di verificare se sono in grado di vedere che funzionano. E si mettono in questa situazione paradossale per cui restano incinte ma poi decidono di non tenere i bambini. E

quindi...questo accade spesso nelle adolescenti, uno dei motivi per cui restano incinte, ma io credo anche in altre situazioni. E...poi perché forse, il discorso contraccettivo è un discorso che in qualche modo incide anche nei rapporti, nelle dinamiche relazionali tra uomo-donna...e quindi io credo che non in tutte le culture sia così scontato che il sistema contraccettivo serva a migliorare la qualità della vita, la sessualità. Ci sono perfino situazioni in cui le donne pensano di non potersi permettere una situazione migliore, di dover restare in una situazione difficile...forse non sanno, non riescono a capire che cosa ci può essere di meglio, di più. Credo che ci siano delle motivazioni molto complicate rispetto questa questione della contraccezione. E secondo me sarebbe anche molto interessante capire...se il modello culturale di un certo tipo piuttosto che un altro, permette di esercitare una certa libertà mentale...

Mi sono chiesta cosa si potrebbe fare di concreto per aiutare queste donne e per evitare che ricorrano in maniera così sistematica all'interruzione di gravidanza. Partendo da ciò che già si fa in Italia, ho chiesto se a parere dei sanitari la legge italiana vada bene. La risposta di tutti è che l'iter che bisogna seguire nel nostro paese è molto utile per varie ragioni.

La nostra legge infatti ha già ottenuto dei risultati in quanto "ha portato a un netto calo del ricorso all'aborto" tra le donne italiane. Ciò innanzitutto perché si dà un peso all'intervento. Si fa insomma capire alle donne che fare un'IVG o togliersi un dente non è la stessa cosa.

In secondo luogo si danno alle pazienti degli ausili di vario tipo. La legge infatti prevede che sia fatto un colloquio tra la donna e uno psicologo o un assistente sociale al fine di poterle fornire tutti gli aiuti economici o emotivi a questa necessari. Si cercano quindi di trovare i motivi che portano la donna a fare tale scelta, e se possibile, si cercano delle soluzioni.

Infine, almeno per quel che riguarda nello specifico le operatrici sanitarie da me intervistate, si cerca di coinvolgere la donna che si presenta in consultorio con una domanda di IVG. Le si dà infatti un appuntamento post intervento per far in modo che la donna torni e che si cominci così un discorso di prevenzione.

In certe situazioni tuttavia può accadere che tutto l'iter e gli aiuti che si offrono non servano perché come afferma la Psicologa 2 "una persona può usufruire di

qualcosa che viene offerto se sente di averne bisogno. Se si sente di non averne assolutamente bisogno...” è come niente.

Intervistatrice: Da noi per abortire, c'è un iter da seguire. A Suo parere è utile per far prendere loro coscienza di cosa stanno per fare e delle conseguenze che possono causare al loro corpo?

Ginecologa 2: Ci pensano di più, certo...per quanto io non sono dell'idea che bisogna...come dire...peggiore le pene per ottenere... non serve assolutamente a niente. Ma sicuramente l'iter diverso... e anche probabilmente l'accompagnamento, perché probabilmente per queste donne anche lì venivano un po' più controllate, non lasciate di nuovo sole ad arrangiarsi...

Ginecologa 1: (...) il grosso lavoro che si può fare, se si riesce a lavorare in termini di prevenzione, e questo soprattutto sulle donne (...) il fatto di dire “gestitevi comunque la vostra contraccezione” (...) noi abbiamo una legge ormai da 25 anni in Italia sull'interruzione di gravidanza, che ha portato a un netto calo del ricorso all'aborto. (...) più restrittiva è la legge, più è clandestino il fenomeno, non so come dire...ma è identico in tutti i paesi. Quindi forse nelle leggi più buone, come la nostra è...quella italiana è una delle migliori, sicuramente, europee...c'è la possibilità di lavorare bene anche perché...perché la donna viene informata e usufruisca dei metodi contraccettivi. (...) I consultori fanno un iter, a mio avviso corretto. I medici privati probabilmente abbreviano tutte le tappe che la legge prevede. Diciamo che il consultorio cosa fa: si fa un colloquio anche con la psicologa, su questo, che non è un colloquio inquisitorio, è un colloquio in cui vengono esplicitati i motivi, il ricorso, eccetera...e molto spesso viene vissuto dalla donna anche come liberatorio. Questo sia dalle donne italiane che dalle donne straniere. Quindi al primo momento non vogliono magari fare un colloquio, poi si spiega loro che è previsto dalla legge...raccolgere le motivazioni per cui la richiesta viene fatta. E questo scambio con la psicologa o con l'assistente sociale, o talvolta anche direttamente solo con la ginecologa però che dura anche mezz'ora, tre-quarti d'ora, riesce a grattare un pochino delle motivazioni per il ricorso all'aborto e già impostare la consapevolezza.

Assistente Sociale: Secondo me è molto utile la nostra legge perché noi oltre che fare questo colloquio prima di fare il certificato medico per l'intervento, diamo già

l'appuntamento alla persona, dopo l'intervento. Quindi vengono qua e si riprende il discorso e si cerca di prevenire le recidive. Si rifanno i discorsi, si fa, se necessario, una presa in carico anche psicologica della persona...sui problemi psicologici se si ritiene necessario. Perché bisogna far capire che non è come andare a togliersi un dente... (...) ...bisogna rilevare, far emergere il tipo di motivazione per cui la donna ha fatto una scelta di questo tipo. Vedere se le motivazioni che la persona porta sono riconducibili a situazioni, ad ostacoli che possono essere rimossi (...) Allora bisogna vedere se questa è una scelta consapevole, oppure se la donna è stata forzata a questo tipo di scelta, se è una scelta sua, se ci sono per esempio ostacoli di tipo economico...ecco, se uno dice "io questo figlio vorrei tenerlo ma non posso perché non riesco a mantenerlo", ci sono tante soluzioni, se il problema è di tipo prettamente economico. Esistono dei servizi che ti aiutano a mantenere il figlio. Per esempio il Centro di Aiuto alla Vita ha dei progetti...il "progetto Gemma" dove ci sono delle persone che danno dei soldi...tipo adozione a distanza per mantenere il bambino finché è necessario, finché il genitore non può provvedere...senza sapere chi è questo bambino. Sono persone che si sentono di fare questa cosa qua. Ci sono delle soluzioni. Oppure uno dice "non posso perché sono immigrata e devo lavorare"; una gravidanza per me significa tornare alla fame. Allora...magari dice "questo figlio io lo vorrei ma in una situazione di questo tipo non lo posso fare". Esistono delle soluzioni, volendo, anche per questo perché ci sono delle famiglie affidatarie diurne. In un momento particolare della vita possono accompagnare un'altra famiglia, mettersi in parallelo per aiutare la persona a lavorare. Abbiamo tante donne che sono sole e che sono aiutate con affidamenti diurni per le ore che sono assenti per lavoro e non possono occuparsi dei figli. Allora il tipo di colloquio mio è di comprendere le situazioni e vedere se la donna è anche al limite disponibile...allora, si fa una lettura della domanda, si vedono le motivazioni, si cercano di capire i problemi, si specifica come certi problemi possono essere affrontati e risolti. Allora se la donna ha recepito e dice "non sapevo che posso avere un certo tipo di aiuto". Comunque la decisione poi spetta alla donna perché è sempre la responsabilità della persona. Se uno mi dice "mi hai detto tutte queste cose, ho capito che posso risolvere, ma non puoi fare niente, io voglio abortire lo stesso", lo fa...

Mediatrice 1: (...) Perché qui l'aborto non lo fa come lo fa a casa, no? Fa la spesa, fa un salto invece che dal macellaio va dal ginecologo, si fa aborto, torna dal macellaio a prendere la carne e va a casa. Invece qui...a me personalmente piace

molto com'è stato impostato la strada per arrivare all'aborto...la fanno camminare bene...(...)...Perché si dà un peso a questo aborto...a me personalmente piace. Perché anch'io sono straniera e ho vissuto..boh...qui a Pola...là sulla prevenzione si lavora molto di più però comunque ancora oggi i medici, i ginecologi non danno il peso a un intervento così. E tutte le donne pensano che non è un granché fare un aborto...ecco...ma ancora qui ti parlo di Pola...

Psicologa 1:Io ritengo che rispetto la modificazione degli atteggiamenti, anche dei cambiamenti dei comportamenti, sia utile invece il colloquio con lo psicologo. Direi di sì perché è un colloquio che approfondisce le motivazioni che sono alla base di una scelta e proprio su quelle motivazioni che si va...si cerca poi di incidere, anche innescando degli elementi di riflessione, di critica.

Psicologa 2: Per certe situazioni sì, in altre è assolutamente indifferente. Non è...allora, una persona può usufruire di qualcosa che viene offerto se sente di averne bisogno. Se si sente di non averne assolutamente bisogno...

“Perché la maggioranza mi dice che non sono trattate bene. Nel senso che sentono che il medico non ha tempo di parlare con loro, di spiegare, o non ha tempo o non vuole, o dà questa cosa per scontata perché pensa che lei già sa tutto quindi non occorre di perdere tempo in questo senso”. Anche Kiša aveva espresso le stesse considerazioni. Lei infatti pensava che i medici italiani avessero poco tempo da perdere e che quindi si infastidissero se una paziente non capiva bene quello che spiegavano. La Psicologa 2 aveva affermato di credere nei “piccoli cambiamenti”, “nel rapporto che si fa con le persone”. Ritorniamo quindi al discorso della fiducia e della confidenza. Molte immigrate tornano in consultorio perché hanno instaurato un bel rapporto con le mediatrici culturali. Io l'ho visto con i miei propri occhi durante lo stage presso l'ambulatorio stranieri. C'erano donne che tornavano e cercavano la mediatrice “tal dei tali”. Se non c'era se ne andavano e tornavano un altro giorno perché solo con lei volevano parlare.

Per queste persone che si trovano in un altro paese, con usi e costumi diversi, è importante avere qualcuno su cui contare, qualcuno che dia loro delle certezze.

Questo tuttavia non deve essere solo il compito del mediatore ma bisognerebbe che gli stessi medici dedicassero più tempo a queste donne e avessero più pazienza con loro. Bisogna dare loro delle spiegazioni, informarle sul come e sul perché delle cose ma è necessario anche cogliere il momento giusto. Molte donne non tornano a fare le visite di controllo dopo l'intervento di IVG, e quindi bisogna "perdere" del tempo con loro nel momento della dimissione. Serve insomma maggiore flessibilità, una bella porzione di perseveranza e fermezza ma soprattutto umanità, che Dunja aveva fatto intendere manca in molti medici italiani.

Ginecologa 3: Dipende quanto si dedica il tempo a queste signore. Bisogna parlare con loro, bisogna...allora, come loro...quello che posso vedere io, perché io sono sicuro più vicina a loro che Lei, riesco anche a capire, riesco a entrare anche nella loro ottica, nella loro, tra virgolette, "mentalità"...loro parlando con me si esprimono diversamente...magari a Lei possono dire "Sì mi va tutto bene, mi piace tutto quanto" però quando io parlo con loro non è così. Loro accettano il modo di vestirsi, come la gente si veste in Italia,...non credo che accettano la cucina italiana, comunque continuano a mangiare quello che hanno mangiato prima. Non accettano le vostre abitudini; magari cercano di adattarsi a qualcosa, non a tutto. E se io voglio ottenere qualcosa in senso positivo, quindi devo anche lavorare con loro: parlare dedicando un po' di tempo di più. Una donna che ha fatto l'IVG al Burlo e non mi torna a fare la visita di controllo, io devo sapere quella non mi torna. Però magari se io perdo un po' di tempo al momento della dimissione, forse cerco anche di trasmettere anche qualcosa di più. Di cercare di farle capire che è importante fare questa visita di controllo. Quando lei mi torna a fare la visita di controllo, quindi io ho lo spazio e il tempo di dirle che bisogna fare una volta all'anno una visita di controllo, non solo quando io sto male, quando ho problemi. Perché la maggioranza mi dice che non sono trattate bene. Nel senso che sentono che il medico non ha tempo di parlare con loro, di spiegare, o non ha tempo o non vuole, o dà questa cosa per scontata perché pensa che lei già sa tutto quindi non occorre di perdere tempo in questo senso. Devono telefonare, prendere appuntamento, anche questa era la risposta...in consultorio le liste d'attesa sono lunghe, dopo come qualsiasi donna...particolare...forse a modo loro...se io devo aspettare 3 mesi dopo anche mi dimentico dell'appuntamento che ho preso...(...)...Devono lavorare. Lei non viene neanche a fare una visita di

controllo perché deve prendere permesso dal suo datore di lavoro, perderà lavoro, o ha dei figli...dove lasciare i figli,...quindi secondo me bisogna...brutto da dire...catturare il momento se ti vengono una volta.

Mediatrice 2: Secondo me quando uno fa aborto deve essere istruito, gli devi dare le robe scritte, e gli devi anche dire “adesso se si fa o non si fa...succede questo o questo...”...(...)... e anche questo nostra mediazione, mia mediazione non vuol dire che io adesso gli spiego cosa deve fare...quelle tre quattro ore gli devo riempire la testa per non fare mai più queste robe...e veramente dopo...per adesso...sono venute a fare la visita dopo, hanno deciso per anticoncezionali,...questo vero metodo vuol dire...terapia-urto...se no, non entra in testa...(...)... accompagnamo le donne che devono fare interruzione, e...il giorno quando devono fare tutte le visite,...tuo lavoro non è solo di spiegare a questa donna che...non deve...deve fare...prelievo del sangue, che deve fare ...no! è anche che tu devi spiegare a questa donna che nessun metodo è...non può contare i giorni fertili, non fertili, perché neanche non sa cos'è ovulazione...tante di loro sanno neanche questo...dopo chiedere la conferma dei medici perché non è mio di dire questo...chiedo sempre...e dopo dirgli che deve fare la visita dopo, che non deve fare questo,...devi spiegarle queste robe...(...)... anche questo...dire subito dopo il parto “non devi fare questo, ma devi fare...”...una piccola cosa che posso fare io ma dopo sempre con la conferma del medico...importantissimo...

Intervistatrice: Parlano liberamente con voi?

Psicologa 1: Insomma...penso di sì fino a un certo punto, sapendo che è un colloquio che fa parte della procedura. Quindi qua sta nella bravura della professionista, nella disponibilità della donna ad andare oltre la routine, ad andare oltre la obbligatorietà delle cose.

Intervistatrice: Voi psicologi, che tipo di colloquio avete con le donne che vogliono abortire?

Psicologa 2: Dipende...allora, c'è uno standard che dovrebbe essere usato, in realtà cerco di adattarmi alle varie situazioni perché magari cerco di capire se la persona è agganciabile, se possiamo vederci dopo...perché molto spesso in quel colloquio lì c'è l'urgenza di risolvere il problema...allora magari cerco di instaurare un rapporto di fiducia, per cui magari la persona se pensa di aver il piacere di tornare, sa che qua c'è qualcuno che sta ad aspettarla. In linea di

massima per i criteri di legge bisogna andare a vedere se si possono rimuovere le cause per cui una donna decide d'interrompere. Se non si può fare, allora si può proporre alla donna, nel caso per esempio ci sia un problema economico si trovano con la persona delle soluzioni alternative, magari la si manda a parlare con una collega che si occupa di minori, per capire dei sussidi, degli aiuti,...oppure ci sono delle persone più fragili, come per esempio possono essere persone con minore capacità...diciamo...contrattuale con i servizi, come le persone immigrati, i minorenni,...allora si può anche offrire un accompagnamento reale all'interruzione di gravidanza. In questi casi io so che le mediatrici vanno fisicamente a portare le persone, ad accompagnarle. Questa è una cosa che può fare anche il consultorio dove ovviamente se c'è un problema di lingua no, ma se c'è un adolescente che non ha nessuno, il consultorio la può accompagnare...

L'importanza di una buona informazione vede dei risultati su due fronti. Innanzitutto la donna prende "l'abitudine a pensare di avere dei diritti" e quindi inizia ad avere maggiore rispetto di se stessa. Da qui poi cominciano ad innescarsi riflessioni e cambiamenti.

Abbiamo già visto poi che il mezzo più usato dalle immigrate per avere informazioni è quello del passaparola. Si apprendono delle cose e si usano dei servizi perché qualcun altro della comunità ci è già passato, ne ha avuto una buona esperienza e quindi riferisce ai conoscenti il proprio vissuto. E della parola dell'amico ci si fida più che di un volantino trovato per strada. Se quindi una persona è rimasta soddisfatta di ciò che ha trovato e delle prestazioni ricevute, allora consiglierà all'amica quello stesso posto. Il passaparola è essenziale quindi per la conoscenza e l'informazione, ma un "passaparola...di chi si è trovato bene nel servizio", che è poi il "modo di diffondere più convincente", per riprendere le già citate parole della Ginecologa 1.

Assistente Sociale: (...)...Secondo me, quello che serve di più, è cercare di spiegare e di modificare dei modi di fare radicati di tipo culturale. Cioè, per loro l'aborto è un metodo contraccettivo. E quindi è un fatto culturale che va modificato...E va modificato dall'esperienza, quindi noi cerchiamo di tenerle legate nel senso di controlli, di parlare, di spiegare,...(...)...Io anche spiegando a delle donne che sono



state accompagnate da un'operatrice del Cir, perché venisse loro spiegato come funzionava un consultorio,...erano donne che avevano fatto aborti prima...alle spiegazioni...ho visto dei cambiamenti in persone che sono venute poi qua per diverso tempo. Cioè, nel senso che comprendono di più quello che stai spiegando, e anche il valore delle cose. E anche il rispetto di se stesse, ecco questo mi sembra un po'...mi sembra una cultura assai violenta all'interno delle famiglie, dove l'uomo picchia forte...cioè, vedo questi uomini che bevono e picchiano le donne...vedo questo...quindi la donna non ha per sé...non ha voce in capitolo...neanche l'abitudine a pensare di avere dei diritti. Il problema del rispetto non mi sembra sia tanto rilevante...(...)...Bisogna farsi carico nel cercare di non lasciarla andare via così. Noi abbiamo questo tipo d'attenzione quando vengono qua facciamo dei colloqui molto approfonditi dove si spiega e dopo si cerca di tenere la persona facendo magari altri controlli più ravvicinati per dare l'occasione di spiegare, di far capire le cose. Finché a questa persona non hai spiegato e questa ha capito, è difficile prevedere un cambiamento...(...)...Allora, spiegare e rispiegare questo penso che sia molto utile per una consapevolezza maggiore. Il recedere da certi comportamenti culturali è più difficile perché sono cose molto radicate...(...)...Qui in consultorio c'è un discorso che dura da parecchio tempo, questo della prevenzione. Quindi questo lavoro dell'informazione che fa prevenzione è molto importante perché dopo c'è questo tam-tam all'interno della comunità perché sono le donne che si accompagnano tra di loro. Sanno che qui c'è questa risorsa, l'hanno capita e sanno rispiegare che cosa si può ottenere qua. L'informazione è molto importante, una buona informazione approfondita...(...)...la nostra competenza consultoriale privilegia l'informazione e la prevenzione. Fare informazione, una buona informazione significa prevenire, perché più una persona ha conoscenze, ha un bagaglio di conoscenze, più ha capacità di scegliere. Se non conosce... uno fa così...

Vorrei concludere questa mia ricerca per forza di cose non completa né esaustiva, con le parole della Ginecologa 1.

Poniamo una domanda un po' provocatoria: Perché aiutare queste donne? Perché far in modo che facciano meno IVG, se i danni psicologici possono essere limitati, quando l'aborto è visto come una soluzione normale per non avere figli, e i danni fisici possono essere nulli se si fa l'intervento in una struttura sanitaria?

Io non ho voluto prendere una posizione in questo mio lavoro. Non ho neppure voluto fare riflessioni teologiche o etiche. Credo tuttavia che le parole della dottoressa diano una spiegazione completa ed esaustiva a queste mie domande. Io le riassumerei semplicemente così: perché ogni donna deve poter essere libera di fare le proprie scelte senza alcun tipo di condizionamento esterno.

Ginecologa 1: (...) cioè, il fatto che io come persona in qualsiasi parte del mondo sia, abbia la dignità di essere umano per cui divento madre quando assieme ad un'altra persona lo decido, riesco ad avere una parità all'interno della famiglia, e quindi dividiamo tutta una serie di compiti, questo è l'obiettivo ultimo che l'umanità si deve porre...sia proprio la parità. E quindi qua possiamo andare nei diritti umani come principio base di tutto questo. Fare aborti comunque è una sofferenza. Il problema è che questa sofferenza sembra essere ineliminabile; cioè io sono donna e quindi io mi devo tenere questa sofferenza, questo è sbagliato, questo non è vero, questo impedisce per esempio tutta una produttività e una capacità di espressione che la donna può avere nel mondo proprio come soggetto protagonista. Passo lì tutta la vita a lavorare come una pazza nei campi, a lavar pannolini per i figli finché ce la faccio...è questa è la mia vita? Questa non è vita. Allora il fatto di emergere da questo e vedere nuovi aspetti...e torniamo al discorso che faceva Lei: la cura del mio corpo...cioè il mio corpo non deve essere anestetizzato, raschiato o riempito di quella che diventa una gravidanza che io non desidero solo perché la natura è così. Ecco questo è il problema...(...)...minore risposta sanitaria si dà, maggiore è la condizione negativa della donna che la vive...(...)...E poi, se Lei vuole, io non sono religiosa, ma mettiamo un discorso anche etico su questo...cioè io penso che se preveniamo, qualsiasi situazione di...come dire...ognuno può dare il significato che vuole, i Cattolici integralisti lo danno esasperato, altri lo danno forse eccessivamente scientifico, andiamo da un estremo, che ne so, dai Radicali agli integralisti cattolici...al di là di tutto questo però penso che forse decidere per una vita umana, per un qualcosa che prima o poi diventerà una vita umana, se abbiamo una possibilità di decidere a priori, perché non farlo, insomma. Mi sembra rispettoso di tutto.

# CONCLUSIONI



F. Kahlo, *“Henry Ford Hospital o Il letto volante”*, 1932

Vari sono stati i punti toccati dalla ricerca. Vorrei ora tirare le somme di questo mio lavoro. Sono ben cosciente, come ho d'altronde ripetuto diverse volte, che le riflessioni che trarrò difficilmente potranno essere generalizzabili a tutta la popolazione serba, né tanto meno a quella immigrata. Il mio scopo è stato tuttavia quello di iniziare una ricerca che dovrà poi essere ampliata, approfondita e migliorata. Sarebbe poi interessante poter avere un campione di Italiane simile a quello di questa ricerca, per poter analizzare similitudini e differenze tra queste donne.

Il metodo di ricerca da me utilizzato è stato quello dell'intervista libera. Si volevano infatti toccare diversi punti, ma il pensiero dell'intervistata doveva muoversi autonomamente e quindi veniva lasciata libera d'esprimere le sue riflessioni e considerazioni.

Riassumiamo ora in maniera più precisa tutto ciò che è stato osservato durante le interviste.

Siamo partiti, per l'appunto, dal presupposto che le donne provenienti dall'Est Europa sembrano sottoporsi a diverse interruzioni volontarie di gravidanza, molte di più rispetto ad altre nazionalità. Attraverso appunto delle interviste, limitate a quindici donne serbe presenti a Trieste e a otto operatori sanitari, ho tentato di ricercarne le cause.

Sebbene il fulcro della ricerca è la poliabortività, ho voluto prendere in considerazione anche altre tematiche che riguardavano queste donne.

Le immigrate intervistate mi hanno raccontato che spesso erano emigrate dal loro paese perché la situazione generale in cui vivevano non era più sostenibile. Il problema maggiormente sentito è sembrato essere quello della difficoltà di trovare un lavoro nel loro paese.

Molte inoltre hanno raggiunto il proprio marito che già si trovava in Italia e che in questo paese aveva trovato una certa sicurezza economica. L'esperienza della migrazione è stata per tutte alquanto difficile. Molte donne avrebbero preferito restare nel loro paese e ora ne sentono la nostalgia.

Altre poi hanno dovuto adattarsi a dei grossi cambiamenti, primi tra tutti quelli lavorativi. Il loro titolo di studio infatti non è riconosciuto all'interno dell'Unione Europea e quindi hanno dovuto rinunciare alla loro carriera lavorativa e adeguarsi a svolgere dei lavori più umili e talvolta poco retribuiti. Spesso poi devono sopportare l'irregolarità di un lavoro in nero, senza sicurezze presenti né future.

In Italia la vita è molto più costosa ed inoltre bisogna fare i conti con un modello di vita differente da quello al quale erano abituate. L'integrazione è un passo difficile e per molti mai raggiunto. Spesso infatti o ci si aggrappa alle proprie certezze, rifiutando radicalmente quelle della nuova società, o si rinnegano le proprie origini e tradizioni per assumere quelle del nuovo paese e non sentirsi più diversi e stranieri.

L'integrazione ha però bisogno di passi lenti, di riflessioni meditate e di una graduale accettazione dei cambiamenti subiti in sé e nella propria vita, per riuscire infine a coniugare armoniosamente ciò che di meglio presentano le due culture. Ed invece per lo più bruciano le tappe. Il problema più sentito dagli immigrati è infatti quello del riscatto sociale. Si vuole non apparire diversi e per questo ci si conforma nel modo più facile, adeguandosi cioè ai valori consumistici occidentali. Si cerca di vestirsi come gli Italiani, di avere le stesse cose e gli stessi divertimenti, di seguire le stesse mode.

Ma spesso per raggiungere certi standard è necessario uno sforzo enorme, soprattutto in termini economici. Non sempre ci si riesce e molti si sentono così sempre su un gradino più in basso degli Italiani. Ciò può portare a grandi problemi sia interiori che relazionali.

Il tutto si aggrava se si hanno dei figli. Innanzitutto perché i ragazzi si integrano e adattano in maniera molto più veloce degli adulti, rifiutando spesso le abitudini dei propri genitori, e poi perché, per loro, il confronto con i coetanei è molto più sentito e pressante e quindi le loro esigenze e richieste sono spesso molto consistenti e onerose per i genitori.

Parlavamo dei figli. Se questi possono risultare un peso per chi se li porta dietro dal proprio paese, per chi non li ha il problema è di diverso tipo. I figli sono

considerati dalle donne intervistate una ricchezza, un bene, un tesoro. Il matrimonio senza figli pare essere considerato non completo, mancante di una parte fondamentale. Per le ragazze giovani quindi, il non avere figli è sentito come una mancanza ma il tenore di vita in Italia pare non aiutarle nel prendere una decisione in questo senso. Molte ragazze infatti mi raccontavano che molto probabilmente se fossero rimaste in Serbia sarebbero già mamme. Qui invece ci sono molti problemi da affrontare, primi tra tutti quelli lavorativi e d'adattamento, e quindi non si ha la forza di affrontare un impegno così importante come un bambino può comportare. Se per le ragazze giovani avere un figlio in terra d'immigrazione pare essere un problema, le donne più mature, che ne hanno già avuti in passato, reputano che non esista differenza tra l'avere un figlio in Italia o in Serbia. Credo infatti che queste donne avessero degli altri standard di vita e che quindi reputassero sufficiente per crescere un figlio poche cose essenziali, quali avere una casa dignitosa, trovare il cibo per nutrirli e abiti per vestirli. Le ragazze più giovani invece, abituate alla vita in Italia, hanno altre esigenze e probabilmente le cose ritenute necessarie per la crescita di un figlio sono diverse da quelle considerate dalle donne più avanti negli anni.

Molte donne quindi trovano difficoltoso fare figli in Italia. Ma queste stesse donne sanno quali aiuti possono avere dallo stato italiano? Conoscono le leggi per la donna immigrata in gravidanza? Da quanto ho potuto constatare dalle interviste, le informazioni in loro possesso sono poche o nulle. Se per alcune pare che il problema non le riguardi, altre si lamentano che nessuno fornisce loro informazioni.

Bisogna tuttavia sottolineare che i canali d'accesso che le immigrate utilizzano per trovare informazioni sono spesso informali. Ciò significa che sono poche quelle che si rivolgono ad uffici o enti pubblici. Il più delle volte è il passaparola tra amici o conoscenti il mezzo di cui ci si fida e al quale si fa più spesso riferimento. La conoscenza che queste donne dimostrano d'avere, è quindi una conoscenza di tipo pratico e pragmatico. È necessario rimarcare però che spesso il passaparola può essere utile ma nel momento in cui le informazioni che si passano sono errate, inesatte o pregiudiziali, possono sorgere diversi problemi.

Il tema del passaparola come fonte di credenze difettose, è sorto nelle interviste anche in altri campi, primo tra tutti quello della contraccezione.

Si è notato che le donne dell'Est Europa in generale, e le serbe in particolare, hanno delle preferenze comuni rispetto ad un metodo contraccettivo rispetto che un altro. Le donne sposate e che hanno dei figli, sembrano conoscere e preferire infatti solo la spirale. Tutte poi diffidano dalla pillola. Le motivazioni tuttavia che vengono date a queste preferenze, sono macchiate da pregiudizi e stereotipi. Le informazioni in loro possesso, a detta anche di molti operatori sociali, sono carenti o imprecise. Manca insomma una preparazione di base. Quando ho chiesto da chi avessero avuto informazioni sugli anticoncezionali, la maggioranza delle donne ha, per l'appunto, nominato le proprie amiche, per lo più coetanee. Le più giovani avevano parlato anche con la propria madre, cosa non comune per le più mature in quanto ai loro tempi non si poteva nemmeno accennare a certi argomenti in famiglia.

Le stesse riflessioni sono state fatte per la conoscenza sulle conseguenze di più interruzioni di gravidanza.

Abbiamo visto quindi che il canale primo d'informazione è quello dei conoscenti, ma ne esitano degli altri? Da quanto ricavato dalle interviste pare che la sessualità non sia un tema così usuale nella quotidianità serba. A scuola non esiste l'educazione sessuale e sembra che il sesso venga trattato solo all'interno delle ore di biologia ma, a detta di molte intervistate, in maniera insufficiente al fine di rendere maggiormente consapevoli del proprio corpo i ragazzi.

Di contraccezione nei media se ne parla. Molte donne hanno appreso ciò che sanno dai giornali o da programmi televisivi. Secondo Kiša, se una donna voleva sapere, trovava i mezzi. Dell'interruzione volontaria di gravidanza invece poco si discute.

Pareri discordanti ho avuto sui medici serbi. Se infatti molte donne hanno sostenuto che i medici del loro paese erano bravi, validi, ben preparati, da altre ho avuto risposte diametralmente opposte. Alcune intervistate si sono infatti lamentate della poca attenzione che i sanitari del loro paese dedicavano alle

pazienti e della superficialità delle spiegazioni ricevute. Le operatrici sanitarie non se la sono sentita di additare i sanitari serbi, ma le mediatrici, riportando le riflessioni sentite dalle pazienti da loro incontrate, affermano che spesso anche loro sentono lamentele sul poco peso che i medici serbi danno a certe tematiche, come ad esempio quella dell'IVG.

Questi problemi sono però da imputare non alle persone in sé, ma alla situazione difficile in cui versa la sanità serba. La crisi economica vissuta da quel paese colpisce anche questo settore. Tutte le immigrate da me intervistate hanno infatti sottinteso questo problema, affermando che i mezzi e il materiale reperibili negli ambulatori e negli ospedali è talvolta insufficiente.

Le cose sembravano invece funzionare diversamente un tempo, ma dopo le ultime guerre degli anni Novanta, nel paese c'è stata una regressione totale su più fronti e anche la sanità ne ha risentito.

Vista la situazione della sanità in Serbia, molte donne preferiscono farsi curare qui in Italia. Molte risultano soddisfatte dei servizi offerti, servizi che non sempre esistevano nel loro paese. Gli operatori, dal canto loro, cercano di adeguarsi alle varie problematiche che possono sorgere nell'incontro con persone di culture diverse. Si cerca, ad esempio, di rendere il servizio accessibile a tutti posizionandolo in zone nevralgiche della città, si tenta di facilitare lo spostamento nei vari ambulatori creando percorsi facilitanti, ci si impegna a far arrivare informazioni anche a chi non parla l'italiano con la diffusione di brochures informativi tradotti in varie lingue, si soddisfano le richieste di essere visitate solo da medici donne,... L'aiuto maggiore che viene però offerto, è l'uso dei mediatori culturali che fanno da veicolo tra due lingue ma soprattutto tra due stili di vita e concezioni diverse. È necessario a questo punto aprire una breve parentesi. Da parte di più operatori si è sentito il bisogno di sottolineare la necessità che i mediatori siano persone istruite e competenti. Non tutti possono infatti assumere questo ruolo così delicato. Il mediatore deve avere una certa sensibilità ma soprattutto deve essere in possesso di certe informazioni base, senza le quali potrebbe lui stesso creare malintesi o pregiudizi tra paziente e medico.



Molte donne quindi si trovano bene nel servizio sanitario italiano. Molte altre tuttavia riscontrano vari problemi, primo tra tutti quello linguistico. Più immigrate da me intervistate hanno infatti sottolineato la loro difficoltà a farsi capire in una lingua non loro. Temono di non capire e di non riuscire a farsi capire dai medici italiani e preferiscono quindi andare a farsi visitare nel loro paese d'origine.

Secondo una ginecologa invece, questo è causato, più che dai problemi concreti che queste donne possono incontrare in Italia, dalla loro poca fiducia verso i medici italiani. Dal suo punto di vista infatti queste donne si fidano solo ed esclusivamente dei sanitari del loro paese.

Mi trovo più d'accordo tuttavia con le considerazioni di una della mediatrici. Queste donne non è che non si fidano dei medici italiani, è che non sanno ciò che possono trovare nei servizi. C'è poca informazione e molta diffidenza. Quando però vanno per la prima volta da un medico italiano e capiscono come funzionano i servizi, rimangono soddisfatte, cominciano ad acquistare fiducia e poi tornano. Molte poi raccontano alle loro amiche che si sono trovate bene, spiegano loro cosa possono trovare e questo passaparola crea una catena che aumenta il numero di accessi. Più operatori hanno infatti sostenuto che le grandi campagne teoriche sono relativamente utili. Molto di più si ottiene con il rapporto che si riesce a instaurare tra medico e paziente, un rapporto basato sulla fiducia e la confidenza. Lo stesso rapporto che spesso si crea tra lo stesso paziente e il mediatore culturale. Per ottenere ciò bisogna tuttavia essere pazienti, disponibili, tenaci e dimostrare un interesse sincero verso chi si ha davanti.

Molte operatrici mi hanno tuttavia raccontato che molte donne, soprattutto le più giovani, seguono i loro suggerimenti e i loro consigli. Le più mature invece sembravano neppure ascoltarle. Si suggerisce loro di ritornare all'ambulatorio più spesso, di farsi controllare, di usare un contraccettivo, ma tante donne poi non si fanno più vedere e tornano solo nel momento in cui hanno di nuovo un bisogno urgente.

Non è facile cambiare gli atteggiamenti di una persona se questa ha sempre agito nella sua vita in un certo modo e se ha sempre creduto che quello fosse il

solo modo giusto di fare le cose. Cambiare i propri valori e le proprie abitudini significa molte volte rimettere in discussione la propria vita e anche se stesse. Modificare il proprio modo di pensare richiede tempo, costanza, pazienza.

I risultati migliori che le operatrici hanno ottenuto sono stati appunto con le ragazze. Forse perché hanno un'altra visione della vita, forse perché hanno maggiore elasticità mentale forse, soprattutto, perché si riesce a seguire queste donne in maniera costante e regolare. Infatti le ragazze arrivano in consultorio quando sono in gravidanza e si crea così con loro quel rapporto di fiducia e confidenza di cui si diceva prima.

Con le donne più mature è invece più difficile. Ho chiesto alle immigrate intervistate quante volte in teoria una donna dovrebbe andare dal medico e dal ginecologo. Mi hanno risposto sostenendo che una volta all'anno è sufficiente, per qualcun'altra sarebbe meglio due, ma se subentrano dei problemi, allora sarebbe meglio andarci più spesso. Ho voluto quindi sapere da loro quante volte effettivamente ci andavano. Alcune effettivamente rispettavano quello sostenuto precedentemente. Le giovani, soprattutto, andavano dal ginecologo abbastanza regolarmente. Altre invece dimostravano di non farsi visitare molto spesso. Le donne più mature, in particolare, sembrano utilizzare il ginecologo e il medico solo per i casi urgenti. Questo è stato riscontrato anche dalle operatrici sanitarie. Sembra infatti che tra molte donne non esista la cultura della prevenzione, del fare controlli regolari. Solo quando subentra un problema di salute allora ci si fa visitare dal medico.

Le scuse che apportano per giustificare questo loro comportamento sono sempre le stesse: il lavoro, la casa, il poco tempo libero, la presunta salute del proprio corpo...

Sembra inoltre che queste donne non facciano molta attenzione a se stesse. Anche quando ho chiesto loro cosa facessero per curare il loro corpo, ho notato delle notevoli differenze tra ragazze giovani e donne con più di 30 anni.

Le ragazze facenti parte della fascia d'età 20-29, infatti, prestavano molta attenzione al loro corpo, facendo ginnastica, o cercando di mangiare cose salutari, o ancora comprandosi creme, profumi o cosmetici.

Diverso l'atteggiamento delle donne sui 40 anni. Tralasciando quelle che sono arrivate da giovani per sposare un italiano e che hanno sempre vissuto in Italia, tutte le altre pare siano un po' rassegnate e trascurino il loro aspetto. Sembra infatti che abbiano altri pensieri più pressanti e importanti, primi tra tutti il lavoro e la gestione familiare.

Le donne tra i 30 e i 39 anni sembrano essere in una fase di transizione tra i due gruppi precedenti. Queste infatti prestano attenzione a loro stesse, ma sembra che la loro famiglia diventi il depositario delle attenzioni che un tempo rivolgevano al proprio corpo. Loro sono infatti felici quando in casa tutto funziona bene. Dedicano del tempo a loro stesse ma loro vengono sempre dopo i figli e il marito.

Secondo molte operatrici sanitarie, sembra che in molte culture, compresa quella serba, la figura femminile sia molto svalutata. "Ci sono perfino situazioni in cui le donne pensano di non potersi permettere una situazione migliore, di dover restare in una situazione difficile...forse non sanno, non riescono a capire che cosa ci può essere di meglio, di più" (Psicologa 2). Molte donne sembra infatti che nascano con una vita già decisa a priori in cui il loro compito principale è quello di sposarsi, fare dei figli e curare la casa e la famiglia. La comunità, la famiglia allargata e il marito sembrano influire in maniera molto forte sulle scelte delle donne. Esistono dei valori, degli impegni, delle tradizioni che bisogna rispettare. E le donne non mettono neppure in discussione questo disegno, non pensano d'avere altre possibilità e dimostrano così una certa mancanza di libertà mentale relativamente al tema della fertilità.

Questo discorso tuttavia presenta varie sfaccettature. Non è possibile infatti generalizzare un discorso così complesso. Diverse sono le variabili che influenzano la vita e l'elasticità mentale di una persona.

Da più parti è stata spesso ribadita la differenza tra una donna nata in un piccolo paese da quella sempre vissuta in una città. Quest'ultima ha probabilmente avuto una maggiore libertà e più possibilità di accedere a diversi tipi d'informazione. In un ambiente rurale invece la mentalità è molto più rigida

e il controllo della comunità più forte. La propria indipendenza è quindi limitata.

Un'altra variabile importante pare poi essere l'educazione ricevuta e i valori appresi all'interno della propria famiglia. Più tradizionale e ferrea è la condotta trasmessa, meno concepibile pare essere l'idea di essere artefici della propria vita.

Un grande ruolo sembra infine giocare l'istruzione. Una donna infatti laureata o che comunque non si è fermata alle scuole dell'obbligo, pare maggiormente capace di pensarsi in maniera più libera e di fare delle scelte autonome e maggiormente razionali.

Se tutte queste variabili paiono importanti, bisogna tuttavia considerare anche le situazioni contingenti in cui uno si trova a vivere e i cambiamenti che questi possono portare nella vita di una persona.

Adattamenti di un certo tipo, come possono essere quelli degli immigrati in un nuovo paese, possono quindi portare le persone a rivedere il loro modo di vivere e i loro valori. E ciò sia in senso positivo che negativo.

La vita in un nuovo paese presenta spesso vari problemi, come abbiamo già precedentemente detto. Il non riconoscimento del proprio titolo di studio, il doversi adeguare a fare un lavoro che non piace e per il quale si è mal pagati, i problemi di adattamento, quelli d'integrazione, i pensieri per la propria famiglia e per il futuro,... possono infatti portare una persona a cambiare l'immagine che ha di se stessa.

Altre volte invece il venire a contatto con un'altra realtà può far nascere un diverso modo di pensare. L'assistente sociale, mi aveva infatti raccontato la storia di una donna che dopo l'arrivo in Italia, aveva capito che la suocera aveva troppo potere nelle decisioni sue e di suo marito. Si era quindi rivolta a un consultorio familiare per poter ottenere un aiuto e cercare quindi di ricostruire la sua famiglia in base ad altri criteri. Per altre donne invece, il riconsiderare se stesse e la propria esistenza è nato dopo l'incontro con delle ginecologhe italiane. Queste hanno fatto capire loro l'importanza di una buona contraccezione, anche e soprattutto per poter decidere autonomamente della

propria fertilità ed essere quindi libere e autonome nella progettazione della propria vita.

Dopo tutte queste considerazioni, è possibile ora trattare il tema principale della ricerca, e cioè l'interruzione volontaria di gravidanza. Dalle considerazioni appena fatte è possibile trarre delle conclusioni che rivedano in parte le ipotesi dalle quali si era partiti, senza tuttavia pretendere che siano complete ed esaustive. Ci limiteremo infatti al materiale raccolto, coscienti che altre e più approfondite ricerche devono essere fatte per poter integrare e probabilmente correggere le deduzioni che seguono.

La prima domanda da porre è: Esiste veramente il problema della poliabortività tra le donne serbe? Dai dati tratti risulta di sì, ma bisogna fare delle distinzioni. Dalle interviste che ho condotto sia con le immigrate serbe che con gli operatori sanitari, il problema dell'IVG è stato rilevato da diverse parti. Tuttavia si è anche sottolineata la differenza tra le donne più giovani e quelle più mature. Coloro che infatti ricorrono maggiormente all'IVG sono donne che hanno più di 30 anni, che sono sposate e hanno già dei figli. Donne che si sono già costruite una loro famiglia e che non hanno più la forza né fisica né mentale per affrontare una nuova gravidanza. Infatti anche tra le immigrate che ho intervistato le IVG erano state fatte solo da donne con più di 30 anni. I casi tuttavia di poliabortività che ho rilevato sono solo quattro e di questi, solo due avevano alle spalle più di tre interruzioni. Questi ultimi due erano interventi fatti appunto da donne di 40 e 50 anni.

La seconda domanda è: Quali sono le cause di tutte queste gravidanze non desiderate? Il discorso in questo caso è più complesso.

Vorrei innanzitutto confutare un'ipotesi che è stata sollevata da più parti. Non credo infatti che le donne serbe usino l'interruzione volontaria di gravidanza come un metodo di controllo della nascite. Nelle interviste alle immigrate, nessuna di loro ha infatti sostenuto che l'IVG è un metodo usato per controllare la propria fertilità. Le gravidanze non volute erano state considerate "incidenti". Queste donne usavano infatti una qualche protezione, sebbene rischiosa come

può esserlo il coito interrotto. Nessuna di loro ha mai considerato l'IVG come una soluzione normale per gestire la propria sessualità. Oltretutto, nel raccontare la propria esperienza, queste donne esprimevano tutto il loro dolore, la difficoltà incontrata nel prendere quella decisione e spesso l'impossibilità di affrontare i propri ricordi a questa legata. Per alcune è stato troppo doloroso raccontarmi il loro vissuto e io non ho voluto insistere oltre. Altre hanno parlato con più scioltezza ma sempre con grande disagio, dimostrando un coraggio e una forza d'animo ammirevole.

L'IVG è quindi vista come una soluzione estrema da prendere in situazioni in cui non c'è altra via d'uscita.

Ma allora, quali sono le cause di questa poliabortività?

Innanzitutto la poca informazione. Esistono pregiudizi, preconcetti, idee errate o inesatte sui vari metodi contraccettivi. E lo stesso vale per le conseguenze sul corpo causata dalla poliabortività. Molte delle donne intervistate parevano infatti poco preparate. Molte di loro hanno citato il problema della sterilità ma qualcuna ha concluso che è sufficiente non interrompere la gravidanza prima di aver avuto tutti i figli desiderati.

Abbiamo già visto che la sessualità non pare essere un tema molto dibattuto in Serbia. Le informazioni che le donne hanno, sono state apprese prevalentemente tramite il passaparola tra le amiche. Nei media i temi trattati sono soprattutto politici e tutti gli altri vengono accantonati. Nelle scuole non si dedica abbastanza tempo all'educazione sessuale dei ragazzi.

Molti dei loro medici poi sembrano non prestare sufficiente attenzione a temi importanti quali la contraccezione e le conseguenze della poliabortività. Non forniscono infatti tutte le informazioni necessarie alle loro pazienti e danno poco peso all'intervento. In Serbia non esiste un iter come quello italiano, che prevede un colloquio della donna, sia con un medico che con uno psicologo o un assistente sociale, e che lascia il tempo necessario alla paziente per riflettere sulla sua scelta. Mancando un'attenzione puntuale verso la donna e la sua decisione, probabilmente l'IVG non è percepita da molte persone nella sua problematicità ma viene considerata come un normale intervento medico.

Non voglio sottintendere una scarsa preparazione dei medici ma credo che tutta questa scarsa diligenza sia imputabile a disfunzioni del sistema sanitario serbo, causati dalla situazione economica dello stato. A ciò si ricollega poi anche un'altra mancanza. Credo infatti che in Serbia non esista un'attenta e adeguata politica sanitaria sui temi della contraccezione e dell'interruzione volontaria di gravidanza. Manca quindi un lavoro di informazione adeguato che crei quella cultura della prevenzione che infatti pare non esistere in molte parti del paese. Perché poi c'è anche questo problema. Molto spesso infatti i medici non riescono ad arrivare alla donna prima che interrompa la gravidanza. Abbiamo già notato infatti che per molte donne andare dal ginecologo o dal medico significa solo risolvere un problema che si ha in quel dato momento e non farsi controllare con regolarità per evitare di avere dei problemi più gravi in futuro.

Una seconda causa che influenzerebbe la scelta di molte donne, deriva da certi valori della società in questione. Abbiamo già osservato che spesso, in questa cultura, la figura femminile è molto svalutata. La donna pare spesso che nasca con una vita già programmata nella quale il suo compito principale è quello di essere madre e moglie. Molte accettano questa vita quasi con fatalità e non hanno la consapevolezza che la loro funzione non può essere ridotta a ciò. Se quando sono giovani curano il loro aspetto e cercano di piacere e piacersi, quando raggiungono una certa età, diciamo dopo i trent'anni, cominciano a considerare se stesse e la loro vita solo in funzione appunto della loro famiglia. Danno tutto per scontato, si rassegnano, accettano con passività la loro esistenza, senza credere d'avere altre possibilità. E quindi si trascurano, non si attribuiscono il giusto valore che dovrebbero invece darsi e non reputano più il loro corpo una risorsa da salvaguardare. Sembra poi che abbiano poca consapevolezza delle loro azioni ed è come se vivessero passivamente un'esistenza decisa da altri.

La scelta del contraccettivo da usare è in alcune coppie presa assieme, discutendo e ponderando la decisione.

Altre volte però l'uomo "se ne lava le mani" in quanto considera la questione una scelta puramente femminile. Le donne devono arrangiarsi. Se vogliono o

non vogliono proteggersi sta in loro. Tuttavia come aveva precisato una ginecologa: “...disinteressarsi vuol dire anche “non parlarmi di preservativi perché tanto non li userò mai”...”(Ginecologa 1). E quindi anche se indirettamente, l'uomo può condizionare le scelte della compagna.

Altre volte invece la sua influenza è molto più evidente. Sempre secondo la stessa ginecologa: “Il controllo della fertilità, diciamo, il controllo sulla vita della donna, è da parte dell'uomo, in una struttura patriarcale della famiglia, altissimo, su questo non ci piove” (Ginecologa 1). E una psicologa aggiunge: “Perché una donna che usa un metodo contraccettivo è una donna su cui non si ha più il controllo. È libera da un certo punto di vista. Magari non è detto che un uomo sia disposto...cioè, una donna che fa figli, è una donna che si controlla molto di più.” Avevamo visto precedentemente infatti che in questa società c'è spesso un grosso disequilibrio all'interno della coppia che porta la donna a delegare in toto al compagno le decisioni più importanti. Ciò accade anche per le questioni che riguardano la sessualità. La donna accetta in silenzio e non capisce che deve essere lei ad avere cura del suo corpo. La fertilità è una questione molto delicata perché mette in gioco il potere contrattuale che le due parti hanno all'interno della coppia. Spesso però la donna non ha la forza per imporre le proprie scelte e quindi si adegua alle preferenze del compagno.

Il condizionamento, diretto o indiretto, e l'influenza che il compagno ha sul tema della contraccezione viene ridimensionato notevolmente nel momento in cui queste donne capiscono che anche loro possono avere la facoltà di scegliere, che la loro vita non è già decisa a priori, che la possono programmare razionalmente, e che usare un metodo contraccettivo serve per migliorare la qualità della loro vita.

Già precedentemente avevamo tuttavia commentato che grandi differenze tra le donne derivano dall'educazione impartita, dall'istruzione ricevuta e dalla vita vissuta da queste. Esistono infatti “livelli culturali e di conoscenza” molto diversi che influenzano in maniera diversa gli atteggiamenti delle persone.

Le operatrici intervistate hanno infatti sostenuto che le donne che ricorrono più frequentemente all'IVG, sono sì donne con più di trent'anni, ma sono spesso anche donne che hanno frequentato solo le scuole dell'obbligo, che sono



cresciute in paesini per lo più agricoli in cui la mentalità è alquanto rigida e antiquata e che vivono in contesti sociali in cui esiste un forte controllo da parte della comunità.

“E poi sicuramente è una cultura anche...un po’ più socialista, meno...religiosa” nella quale, “per quanto in Jugoslavia non era facile abortire” (Ginecologa 2), sicuramente l’interruzione volontaria di gravidanza era considerata in maniera diversa da come era vista in un paese di tradizione cattolica quale può essere quello italiano. Infatti le considerazioni fatte sull’IVG dalla maggior parte delle donne intervistate, prescindono da qualsiasi riferimento di tipo religioso. La propria etica e morale sembra non dipendere da posizioni altrui, ma da riflessioni elaborate personalmente.

L’IVG pare per molte donne che ho intervistato infatti una soluzione estrema ma normale in certe situazioni. Il risvolto emotivo viene spesso accantonato a favore di una richiesta più pragmatica e razionale.

Infine si è notato che molte immigrate non conoscono i servizi e le leggi italiane. Nelle interviste alle donne serbe, avevo notato che soprattutto le ragazze giovani consideravano la possibilità di avere un figlio in Italia un impegno molto gravoso e problematico. Spesso però non erano a conoscenza degli aiuti che erano loro riservati e quindi accantonavano l’idea senza pensarci troppo.

Come queste donne, molte altre non sono a conoscenza dei mezzi, dei sussidi e delle protezioni che possono avere in Italia nel momento in cui restano incinte. È indispensabile quindi riuscire ad arrivare a tutte le donne straniere che vivono nel nostro paese perché abbiano tutte le informazioni necessarie per poter prendere una scelta veramente razionale.

Ultima domanda. Cosa si può fare per aiutare queste donne?

Fornire loro i mezzi per avere un’informazione il più possibile completa e corretta, sia sul fronte sanitario che su quello dei servizi in generale. E ciò lo si può fare in vari modi. Si possono continuare a stampare brochures in varie lingue, si possono organizzare degli incontri tematici all’interno dei consultori per parlare con loro di determinate problematiche e risolvere così i loro dubbi,

ma è soprattutto necessario dedicare loro del tempo nel momento in cui queste donne arrivano in ambulatorio. Abbiamo visto che molte di loro si presentano dal medico solo in casi urgenti. Risolto il problema spariscono. Ebbene, è necessario approfittare di quel momento. Bisogna dimostrare loro un reale interesse e riuscire in quel poco tempo, a gettare le basi per un rapporto di fiducia tra medico e paziente. Bisogna insomma far di tutto perché queste donne tornino.

Queste donne devono capire prima di tutto che il loro corpo è una ricchezza da salvaguardare e tutelare. In secondo luogo devono conoscere tutti gli aiuti che possono trovare nella nuova società. Infine devono cambiare il loro modo di vedersi. Si cominceranno ad avere dei cambiamenti nel momento in cui queste donne potranno maturare la percezione di una maggiore autonomia di pensiero e dello svilupparsi di un dialogo paritario tra loro e il compagno. È una questione di libertà sia della donna come tale che all'interno della coppia.

Credo infine che queste donne abbiano bisogno da parte nostra, prima di tutto di rispetto. Il rispetto si esprime in diverse maniere ma in questo caso particolare ha un significato più forte che altri: non giudicare. Non permettiamoci di considerarci superiori, più civilizzati, più "buoni". Cerchiamo invece di capire cosa c'è dietro a certi atteggiamenti e se possiamo, ascoltiamo quello che hanno da raccontarci queste donne. Forse apprenderemo di più che non solo sentenziando ciò che è giusto e ciò che è sbagliato.

Ho già affermato di non aver condotto una ricerca generalizzabile a tutta la popolazione serba né tanto meno straniera. Ho già spiegato che molti punti devono essere ripresi e rielaborati. Ho già ammesso i miei limiti.

Tuttavia, seppure nella sua incompletezza, questo studio, che mi ha impegnata per più di un anno, mi ha dato grandi soddisfazioni per il semplice fatto che al termine di ogni colloquio mi sono sentita più ricca. Da molte delle mie intervistate serbe ho infatti ricevuto in regalo la loro intimità che nel tempo si è trasformata in amicizia, e da altre, viste solo una volta, ho ricevuto comprensione, disponibilità ma anche affetto. Molte donne infatti non mi avevano mai vista e quindi io mi sono sentita molto a disagio a far domande su

questioni così personali. Ma siamo riuscite tutte a sentirci a nostro agio, e loro hanno risposto alle mie domande con semplicità e pazienza, hanno dedicato del tempo prezioso a me e si sono sforzate di farsi capire in una lingua non loro.

Mi sono spesso chiesta se anch'io sono riuscita a ricambiare tutto ciò che loro hanno dato a me. Durante il lavoro ho potuto lentamente capire che forse anche solo l'ascoltare con pazienza e partecipazione, può essere un aiuto importante. Spero di cuore sia stato così.

## **Appendice 1.**

### **LEGGE ITALIANA DEL 22 MAGGIO 1978, n. 194 NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA**

Articolo 1. Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non e' mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Articolo 2. I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405 , fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

- a. informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;
- b. informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;
- c. attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);
- d. contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile e' consentita anche ai minori.

Articolo 3. Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405 , e' aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo. Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

Articolo 4. Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui e' avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405 , o a una struttura socio-sanitaria a cio' abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

Articolo 5. Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto. Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie. Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.

Articolo 6. L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

- a. quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

- b. quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Articolo 7. I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico e' tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico e' tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

Articolo 8. L'interruzione della gravidanza e' praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132 , il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta. Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

- a. la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;
- b. la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione.

Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati. Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione. Il certificato rilasciato ai sensi del terzo

comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Articolo 9. Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non e' tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento e'indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

Articolo 10. L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386 . Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica. Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

Articolo 11. L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento e' stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito da' notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale e' avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna. Le lettere b) e f) dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, sono abrogate.

Articolo 12. La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge e' fatta personalmente dalla donna. Se la donna e' di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza e' richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza. Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Articolo 13. Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

Articolo 14. Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque



essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Articolo 15. Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

Articolo 16. Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro. Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

Articolo 17. Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà. Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

Articolo 18. Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

Articolo 19. Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punito con la reclusione sino a tre anni. La donna è punita con la multa fino a lire centomila. Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni. La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi. Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà. La donna non è punibile. Se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

Articolo 20. Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

Articolo 21. Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

Articolo 22. Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato. Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale. Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.

## **Appendice 2.**

### **LAW 30 JUNE 1977 THE ACT CONCERNING THE CONDITIONS AND PROCEDURES FOR THE TERMINATION OF PREGNANCY**

#### *I. The basic provisions.*

Article 1. This law provides for the realization of the right to decide freely on the birth of children through termination of pregnancy, and for the limitation of this right for the sake of the protection of health of the pregnant woman; this law describes the conditions and the procedures for the execution of the termination of pregnancy as a form of special surgical intervention.

Article 2. Termination of pregnancy shall be performed upon [the oral] request of the pregnant woman within ten weeks form the day of conception.

Article 3. After expiration of the period of ten weeks, but before expiration of the period of twenty weeks from the date of conception, the termination of pregnancy may be performed upon the request of the pregnant woman, but only with the authorization of the Commission for the Termination of Pregnancy under the conditions described in this Act.

Article 4. The termination of pregnancy of someone who is either a juvenile or a person under guardianship may be performed only with the consent of the parents or guardian respectively.

Such consent may also be given by the organ of guardianship if the consent of the parent or guardian cannot be secured because of their absence or because of some other impediment.

#### *II. The termination of pregnancy.*

1. Termination of pregnancy within a period of ten weeks counting from the day of conception.

Article 5. The pregnant woman who desires to terminate her pregnancy within the period of ten weeks from the date of conception must submit an oral request to the specialist in obstetrics and gynaecology in the medical establishment in which such terminations of pregnancies are performed, as well as determinations of whether there is a pregnancy and how long it has lasted.

Article 6. The medical specialist in obstetrics and gynaecology must explain to the pregnant woman the danger and possible damaging consequences of the termination of pregnancy to her health; he must especially do so in cases of termination of a first pregnancy and in cases of repeated termination of pregnancy. Furthermore, he must inform the woman about means and methods of contraception; and he must advise her to see a social worker or a psychologist should that become necessary.

Article 7. The pregnant woman who requests the termination of pregnancy must, in the medical organization of associated labour in which the termination is going to be performed, give her signed consent to the termination of pregnancy.

The medical organization of associated labour in which the termination of pregnancy will be performed shall also perform the examination of the blood group, Ph and Rhesus factor of the pregnant woman insofar as it does not yet have such data.

Article 8. The termination of pregnancy may be performed if it is established that the health of a pregnant woman could be damaged thereby.

The medical specialist in obstetrics and gynaecology will decide independently, and if need be in consultation with specialists from other branches of medicine, whether there is a danger that the termination of pregnancy could result in damage to the health of the pregnant woman.

If the pregnant woman insists on having her pregnancy terminated in spite of the danger established according to the provisions of the second paragraph of this Article, she must submit a written request according to the rules and procedures as described in this law concerning the termination of pregnancies longer than ten weeks from the day of conception.

2. The termination of pregnancy after the expiration of ten weeks from the date of conception.

Article 9. Upon the request of the pregnant woman, the termination of pregnancy may be performed even after the expiration of the period of ten weeks from the date of conception, but not later than twenty weeks after the date of conception, with the authorization of the Commission for the Termination of Pregnancy, but only in the following cases:

1. when it is established on the basis of medical indications that the life or health of the pregnant woman is seriously endangered and cannot be preserved during the pregnancy, during the delivery, or after the delivery unless the pregnancy is terminated;
2. when there are indications that the child will be born with serious physical or mental handicaps;
3. whenever the conception is due to a criminal act of rape, sexual act with an incompetent person, sexual act with a juvenile, sexual act connected with an abuse of official position, sexual act of seduction, or incest;
4. whenever the pregnant woman would, during her pregnancy or after the childbirth, encounter serious personal, family-related or material problems.

Article 10. In exceptional cases, the termination of pregnancy on the basis of Article 9, subsection 1 of this law may be performed because of medical indications without regard to the time expired since conception.

Article 11. In cases provided for in Article 9, subsection 1 of this Act, when it is impossible to wait for the official processing of the request for the termination of pregnancy by the Commission because the termination of pregnancy is urgent, such termination may be performed without a prior decision of the Commission upon the authorization of the director of the medical establishment, or the physician substituting for him.

### *III. Commissions for the Termination of Pregnancy, their composition and their jurisdiction.*

Article 12. The authorization for the termination of pregnancy after the expiration of ten weeks from the day of conception is given by the Commission for the Termination of Pregnancy.

Such Commissions for the Termination of Pregnancy are: the Commission of First Instance for the Termination of Pregnancy and the Commission of Second Instance for the Termination of Pregnancy.

Article 13. The Commission for the Termination of pregnancy will be constituted by the Self-Management Interest Community of Medical Insurance having jurisdiction in the particular area.

Article 14. The Commission for the Termination of Pregnancy is composed of the president and two members.

The president of the Commission shall be a medical specialist in obstetrics and gynaecology and the members of the Commission shall be a general medical practitioner or a specialist in internal medicine and a social worker or a psychologist.

Article 15. The termination of pregnancy after the expiration of ten weeks from the date of conception shall be allowed by the Commission of First Instance for the Termination of Pregnancy.

Article 16. The Commission of Second Instance for the Termination of Pregnancy shall make decisions concerning the termination of pregnancy in cases where an appeal is taken from the decision of the Commission of First Instance.

Article 17. The Commissions of First Instance and Second Instance may be formed within a medical organization of associated labour that meets all the conditions for the performance of the terminations of pregnancy described in this Act.

#### *IV. Proceedings for the termination of pregnancies before the Commissions.*

Article 18. The proceedings accompanying the request for the termination of pregnancy shall be treated as urgent, and during said proceedings, secrecy as well as the utmost respect for the personality and dignity of the pregnant woman must be guaranteed.

Article 19. The pregnant woman must submit her request for the termination of pregnancy to the Commission of First Instance for the Termination of Pregnancy of that Self-Management Interest Community of Medical Insurance where she resides at the time of that request or according to her own choice.

If the pregnant person is a juvenile or a person under guardianship, the request for termination of pregnancy may also be submitted by the parent or guardian, or an organ of guardianship, respectively.

Article 20. The request for the termination of pregnancy must be accompanied by a written opinion of the medical specialist of the respective branch of medicine within which falls the illness of the pregnant woman or the illness of the parents [pursuant to Article 9, subsections 1 and 2 of this Act]; an affidavit of the public prosecutor having jurisdiction over the matter certifying that a criminal investigation has been initiated [pursuant to Article 9, subsection 3 of this Act]; or an opinion of the Service of Social Protection of the proper county or centre for social work concerning the serious nature of the applicant's problems [pursuant to Article 9, subsection 4 of this Act].

It shall be presumed that the request for the termination of pregnancy contains the consent of the person submitting such request within the meaning of Article 24 of the Law concerning Medical Protection and Medical Services.

Article 21. While the Commission is discussing the request for the termination of pregnancy, the pregnant woman herself, as well as her spouse or the person with whom she lives in an extra-marital household, may be present, as well as the parents or guardians of the juvenile for whom the termination of pregnancy is to be performed.

Article 22. During the procedure for the termination of pregnancy, the Commission processing such a request must inform the persons present, pursuant to Article 21 of this Act, of the possibilities and methods of contraception.

The Commission must point out the damaging influence of termination of pregnancies insofar as the health of the pregnant woman is concerned, especially whenever the termination involves the first pregnancy or a greater number of terminations of pregnancy.

Article 23. The decision of the Commission of First Instance will be communicated to the persons submitting the request for the termination and

the record containing the decision will be distributed immediately after the Commission's session.

Article 24. Oversight of the professional work of the Commission for the Termination of Pregnancy and of the medical organizations of associated labour in which terminations of pregnancies are performed falls under the provisions of the Act concerning Medical Protection and Medical Services.

Article 25. If the applicant for the termination of pregnancy is not satisfied with the decision of the Commission of First Instance, she has the right to request an appeal before the Commission of Second Instance.

The applicant may, on the occasion of the communication of the decision by the Commission of First Instance, immediately ask that the request and the documentation be transferred without delay to the Commission of Second Instance, which will be construed as an appeal to the Commission of Second Instance.

In the case described in the previous paragraph, the Commission of First Instance must submit all the documentation and the request to the Commission of Second Instance.

The Commission of Second Instance must decide the case within seven days following the receipt of the request.

The decision of the Commission of Second Instance is final.

Article 26. The functioning of the Commission will be described in the record and a special register will be kept.

The record of the materials concerning the work of the Commission will be guarded in a special archive of the medical organization of associated labour within which the Commission functions.

Article 27. The Commission must file a yearly report of its work to the Self-Management Interest Community of Medical Insurance having jurisdiction over the Commission.

#### *V. The Medical Organization of Associated Labour in which termination of pregnancies may be performed.*

Article 28. Terminations of pregnancies may be performed in those medical organizations of associated labour which:

1. have the consulting services for pregnant women and for family planning;
2. have a special programme of medical education concerning family planning and the development of humane and responsible relationships between men and women;

3. have hospital services for the medical protection of women along with a medical specialist obstetrician and gynaecologist, proper equipment, and a special room for the performance of terminations of pregnancy;
4. have within the organization a social worker or psychologist;
5. have a special service for the transfusion of blood; and
6. have a special operating room.

The Republic's Secretariat for Health and Social Policy may, under exceptional circumstances, give consent to the terminations of pregnancy in medical organizations which do not meet the preconditions listed in subsection 1 of this Article, if they have:

1. a consultation service for pregnant woman and for family planning;
2. a special programme of medical education concerning family planning and the development of humane and responsible relationships between men and women;
3. a medical specialist obstetrician and gynaecologist;
4. a special room for the termination of pregnancies with proper equipment, instruments and medicine;
5. a special room for short-term rest; and
6. guaranteed transfer via ambulance connecting this organization to the nearest hospital having a special gynaecology service.

The medical organization of associated labour described in paragraph 2 of this Article may only terminate pregnancies within a period of ten weeks from the day of conception.

Article 29. After the termination of pregnancy, the woman is guaranteed medical supervision.

Medical supervision is guaranteed either in the medical organization of associated labour or in the home of the pregnant woman through the visiting nurse service, or in any other appropriate manner.

Medical supervision will be carried out especially in those cases where the termination of pregnancy is performed after ten weeks from the day of conception or where the pregnant woman already has an illness which was not the reason for the termination of the pregnancy.

Article 30. If suspicion of criminal activity is raised by the completion of a termination of pregnancy that has already begun, the medical organization of associated labour in which the termination of pregnancy was completed must, without delay, inform the public prosecutor having jurisdiction over the matter.

## *VI. Penal provisions.*

Article 31. A fine of up to twenty thousand dinars will be imposed on a medical organization of associated labour for the following violations:



1. if it performs a termination of pregnancy without the authorization of the Commission for the Termination of Pregnancy [under Article 3 of the Act];
2. if it performs a termination of pregnancy of a juvenile person without the consent of the parents or guardians, or the organ of guardianship, respectively [under Article 4];
3. if it does not preserve the secrecy of the work of the Commission deciding on the termination of pregnancy [under Article 8];
4. if it does not insure the existence and proper documentation of the record and the register of the work of the Commission deciding on termination of pregnancies [under Article 26];
5. if it terminates pregnancies without satisfying the conditions described in Article 28, subsection 1);
6. if it terminates pregnancies without the authorization of a superior authority [under Article 28, paragraph 2]; or
7. if it does not notify the public prosecutor having jurisdiction as required by Article 30. A fine of one thousand dinars will be imposed on the responsible person in the medical organization of associated labour for violations described in paragraph 1 of this Article and for violations described in paragraph 3, a fine of one thousand dinars will be imposed on the person taking part in the work of the Commission.

### **Appendice 3.**

#### **LEGGE 30 GIUGNO 1977 SULLE CONDIZIONI E PROCEDURE PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA**

##### **Articolo 1.**

Questa legge stabilisce le condizioni per realizzare il diritto di decidere liberamente sulla nascita del bambino attraverso l'interruzione di gravidanza e sulla limitazione di tale diritto per la salvaguardia della salute della donna incinta; questa legge descrive le condizioni e le procedure per l'esecuzione dell'interruzione di gravidanza come speciale intervento chirurgico.

##### **Articolo 2.**

L'interruzione di gravidanza deve essere effettuata dopo la richiesta orale della donna entro le 10 settimane dal concepimento.

##### **Articolo 3.**

Dopo il termine delle 10 settimane ma prima del termine delle 20 settimane dalla data del concepimento, l'interruzione della gravidanza deve essere effettuata sotto richiesta della donna incinta ma solo con l'autorizzazione della Commissione per l'Interruzione di Gravidanza con le condizioni descritte in questa legge.

##### **Articolo 4.**

L'interruzione di gravidanza di un soggetto minorenne o sotto tutela, deve essere effettuata solo con il consenso dei genitori e del tutore.

##### **Articolo 5.**

La donna incinta che desidera interrompere la gravidanza entro le 10 settimane dalla data del concepimento deve fare richiesta orale a uno specialista in ginecologia e ostetricia nell'istituzione medica nella quale si vuole effettuare l'interruzione di gravidanza, così come si deve ivi stabilire se esiste la gravidanza e il periodo della stessa.

##### **Articolo 6.**

Il medico specialista in ostetricia e ginecologia deve spiegare alla donna incinta il pericolo e le conseguenze per la sua salute a seguito dell'interruzione di gravidanza; deve in particolar modo fare ciò nel caso sia la prima interruzione di gravidanza della donna e nel caso di ripetizione della stessa. Inoltre deve informare la donna sui vari metodi contraccettivi e consigliarle di veder un assistente sociale o uno psicologo nel caso sia necessario.

##### **Articolo 7.**

La donna incinta che richiede l'interruzione di gravidanza deve, nell'istituzione sanitaria in cui verrà eseguita l'interruzione di gravidanza, dare il suo consenso scritto e firmato per l'intervento.

##### **Articolo 8.**

L'interruzione di gravidanza deve essere effettuata se si stabilisce che la salute della donna potrebbe essere altrimenti in pericolo.

Il medico specialista in ginecologia e ostetricia deciderà indipendentemente, e se necessario si consiglierà con specialisti di altre branche mediche, se c'è pericolo per la salute della donna incinta nel caso d'interruzione della gravidanza.

Se la donna incinta insiste per interrompere la gravidanza malgrado il pericolo stabilito secondo il comma 2 di questo articolo, deve presentare una richiesta scritta secondo le regole e le procedure descritte in questa legge concernenti l'interruzione di gravidanza oltre le 10 settimane dal concepimento.

#### Articolo 9.

Sotto richiesta della donna incinta, l'interruzione di gravidanza deve essere eseguita anche oltre il termine delle 10 settimane dalla data del concepimento, ma non oltre le 20 settimane dalla data del concepimento, con l'autorizzazione della Commissione per l'Interruzione della Gravidanza, ma solo nei casi seguenti:

5. quando si stabilisce in base a indicazioni mediche che la vita o la salute della donna incinta è in serio pericolo e che non può essere salvaguardata durante la gravidanza, il parto o dopo il parto a meno che la gravidanza non venga conclusa;
6. quando ci sono segni che il bambino nascerà con seri handicap fisici e mentali;
7. se la gravidanza è il risultato di una violenza sessuale, un atto sessuale con una persona incapace di intendere e volere, un atto sessuale con una minorenne, un atto sessuale risultante da un abuso della propria posizione, un atto sessuale dovuto a seduzione o incesto;
8. se la donna incinta dovrà affrontare, durante la sua gravidanza o dopo la nascita del bambino, seri problemi personali, familiari o materiali

#### Articolo 10.

In casi eccezionali, l'interruzione della gravidanza in base all'articolo 9, comma 1 di questa legge, può essere effettuata in base a indicazioni mediche, senza far riferimento al tempo trascorso dal concepimento.

#### Articolo 11.

Nei casi previsti dall'articolo 9, comma 1 di questa legge, quando non è possibile attendere per eseguire il procedimento ufficiale per la richiesta dell'interruzione di gravidanza dalla Commissione perché l'interruzione è urgente, l'interruzione può essere effettuata senza la decisione della Commissione ma con l'autorizzazione del direttore dell'istituto medico o del medico generico facente le sue veci.

#### Articolo 12.

L'autorizzazione per l'interruzione di gravidanza dopo il termine delle 10 settimane dalla data del concepimento è data dalla Commissione per l'Interruzione di Gravidanza.

Tale Commissione per l'Interruzione di Gravidanza è composta dalla Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza e dalla Seconda Istanza per l'Interruzione di Gravidanza.

Articolo 13.

La Commissione per l'Interruzione di Gravidanza è costituita dalla Società di Partecipazione Auto-Gestita dell'Assicurazione Medica che ha giurisdizione in quest'area speciale.

Articolo 14.

La Commissione per l'Interruzione di Gravidanza è composta da un presidente e da due membri.

Il presidente della Commissione deve essere un medico specialista in ginecologia e ostetricia e i membri della Commissione devono essere un medico generico professionista o specialista in medicina interna, e un assistente sociale o uno psicologo.

Articolo 15.

L'interruzione di gravidanza dopo il termine delle 10 settimane dalla data del concepimento deve essere autorizzata dalla Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza.

Articolo 16.

La Commissione di Seconda Istanza per l'Interruzione di Gravidanza deve decidere sull'interruzione di gravidanza nei casi in cui ci si appella per la decisione della Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza.

Articolo 17.

Le Commissioni di Prima e Seconda Istanza per l'Interruzione di Gravidanza devono essere composte all'interno dell'organizzazione medica dell'associazione del lavoro che incontra tutte le condizioni per l'esecuzione dell'interruzione di gravidanza descritte della presente legge.

Articolo 18.

I procedimenti che accompagnano la richiesta per l'interruzione di gravidanza devono essere trattate come urgenti e durante questo processo deve essere garantita la segretezza così come il massimo rispetto per la dignità e la personalità della donna incinta.

Articolo 19.

La donna incinta deve presentare la sua richiesta per l'interruzione di gravidanza alla Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza della Società di Partecipazione Auto-Gestita dell'Assicurazione Medica dove lei risiede nel momento in cui fa la richiesta o in base alla sua scelta personale.

Se la donna incinta è minorenni o sotto tutela, la richiesta d'interruzione di gravidanza può essere presentata rispettivamente anche dal genitore o dal tutore, o da un organo tutore.

#### Articolo 20.

La richiesta di interruzione di gravidanza deve essere accompagnata da un'opinione scritta di un medico specialista della branca medica in cui rientra la malattia della donna incinta o dei genitori (conformemente all'Articolo 9, comma 1 e 2 di questa legge); una dichiarazione del pubblico ministero che ha giurisdizione in materia, che certifichi che è stata promossa un'indagine penale (conformemente all'Articolo 9, comma 3 di questa legge); o un'opinione del Servizio di Protezione Sociale della propria provincia o del centro per l'assistenza sociale concernente la seria natura dei problemi della richiedente (conformemente all'Articolo 9, comma 4 di questa legge).

Si deve ritenere che la richiesta per l'interruzione di gravidanza contenga il consenso del soggetto che ha presentato questa richiesta secondo il significato previsto dall'Articolo 24 della Legge concernente la Protezione Medica e i Servizi Medici.

#### Articolo 21.

Mentre la Commissione discute la richiesta d'interruzione di gravidanza, la donna incinta stessa così come suo marito o la persona con la quale vive in unità extra-coniugale, possono essere presenti, così come i genitori o il tutore della minorenni sulla quale deve essere eseguita l'interruzione di gravidanza.

#### Articolo 22.

Durante la procedura per l'interruzione di gravidanza, la Commissione che ha vagliato la richiesta, deve informare le persone presenti, conformemente all'Articolo 21 di questa legge, delle possibilità e metodi di contraccezione.

La Commissione deve indicare l'influenza dannosa dell'interruzione della gravidanza dal momento che concerne la salute della donna incinta, specialmente se l'interruzione è fatta sulla prima gravidanza o a seguito di molte interruzioni precedenti.

#### Articolo 23.

La decisione della Commissione di Prima Istanza per l'Interruzione di Gravidanza deve essere comunicata alle persone richiedenti l'interruzione e il documento contenente la decisione sarà consegnata immediatamente dopo la sessione della Commissione.

#### Articolo 24.

La tutela del lavoro professionale della Commissione per l'Interruzione di Gravidanza e della struttura medica dell'associazione del lavoro ove l'interruzione di gravidanza viene fatta, ricade sotto le condizioni della legge concernente la Protezione Medica e i Servizi Medici.

#### Articolo 25.

Se la richiedente l'interruzione di gravidanza non è soddisfatta della decisione della Commissione di Prima Istanza, ha il diritto di fare richiesta d'appello prima della Commissione di Seconda Istanza.

La richiedente può, nel momento in cui viene comunicata la decisione della Commissione di Prima Istanza, chiedere immediatamente che la richiesta e la documentazione siano trasferite senza proroga alla Commissione di Seconda Istanza che saranno analizzate in appello dalla Commissione di Seconda Istanza.

Nel caso descritto nel paragrafo precedente, la Commissione di Prima Istanza deve presentare tutta la documentazione e la richiesta alla Commissione di Seconda Istanza.

La Commissione di Seconda Istanza deve decidere del caso entro sette giorni da quando la richiesta è presentata.

La decisione della Commissione di Seconda Istanza è definitiva.

#### Articolo 26.

Il funzionamento della Commissione sarà descritta nell'atto pubblico e sarà tenuto un registro speciale.

L'atto pubblico del materiale concernente il lavoro della Commissione sarà custodito in un archivio speciale della struttura medica dell'associazione del lavoro in cui la Commissione lavora.

#### Articolo 27.

La Commissione deve presentare un rapporto annuale del suo lavoro alla Società di Partecipazione Auto-Gestita dell'Assicurazione Medica avente giurisdizione sulla Commissione.

#### Articolo 28.

Le interruzioni di gravidanza possono essere effettuate nelle organizzazioni mediche dell'associazione del lavoro che:

1. possiedono servizi di consulenza per la donna incinta e per la pianificazione familiare;
2. possiedono uno speciale programma di educazione medica concernente la pianificazione familiare e lo sviluppo di relazioni umane e responsabili tra uomo e donna;
3. possiedono servizi ospedalieri per la protezione medica delle donne assieme a un medico specializzato in ostetricia e ginecologia, la strumentazione adatta e una stanza speciale per l'intervento d'interruzione di gravidanza;
4. possiedono all'interno dell'organizzazione un assistente sociale o uno psicologo;
5. possiedono un servizio speciale per la trasfusione di sangue;
6. possiedono una speciale sala operatoria

Il Segretariato per la Salute e la Politica Sociale della Repubblica può, in casi eccezionali, dare il permesso per l'interruzione di gravidanza in organizzazioni mediche che non rispondano alle condizioni descritte nel comma 1 di questo articolo, se esse possiedono:

1. servizi di consulenza per la donna incinta e per la pianificazione familiare;
2. uno speciale programma di educazione medica concernente la pianificazione familiare e lo sviluppo di relazioni umane e responsabili tra uomo e donna;
3. un medico specializzato in ostetricia e ginecologia;
4. una stanza speciale per l'interruzione di gravidanza con l'attrezzatura adatta, gli strumenti e i farmaci;
5. una stanza speciale per il day-hospital;
6. un trasferimento garantito con l'ambulanza che colleghi questa struttura all'ospedale più vicino che disponga di un servizio speciale in ginecologia.

La struttura medica dell'associazione del lavoro descritta nel paragrafo 2 di questo Articolo può fare interventi d'interruzione di gravidanza solo entro 10 settimane dalla data del concepimento.

#### Articolo 29.

Dopo l'interruzione di gravidanza, deve essere garantita alla donna la sorveglianza medica.

La sorveglianza medica è garantita o nelle strutture mediche dell'associazione del lavoro o in casa della donna incinta per mezzo di un servizio infermieristico a domicilio o in un altro modo appropriato.

La sorveglianza medica sarà effettuata specialmente nel caso in cui l'interruzione di gravidanza viene effettuata dopo 10 settimane dalla data del concepimento o se la donna incinta è già colpita da una malattia non risultante dall'interruzione di gravidanza.

#### Articolo 30.

Se con il completamento dell'interruzione di gravidanza si sospetta che l'intervento sia già stato iniziato, e quindi clandestinamente, la struttura sanitaria dell'associazione del lavoro in cui è stata effettuata l'interruzione di gravidanza, deve senza proroga informare il pubblico ministero avente giurisdizione in materia.

#### Articolo 31.

Con un multa fino a 20.000 dinari verrà punita la struttura medica dell'associazione del lavoro per le seguenti violazioni:

1. se compie l'intervento d'interruzione di gravidanza senza l'autorizzazione della Commissione per l'Interruzione di Gravidanza (conforme all'Articolo 3 di questa legge);
2. se compie l'intervento d'interruzione di gravidanza su una minorenne rispettivamente senza il consenso dei genitori o del tutore, o dell'organo tutore (conforme all'Articolo 4);

3. se non mantiene il segreto professionale della Commissione che decide sull'interruzione di gravidanza (conforme all'Articolo 8);
4. se non comunica l'esistenza e la documentazione appropriata dell'atto e il registro del lavoro alla Commissione che decide sull'interruzione di gravidanza (conforme all'Articolo 26);
5. se sottopone a interruzione di gravidanza senza soddisfare le condizioni descritte nell'Articolo 28, comma 1;
6. se sottopone a interruzione di gravidanza senza l'autorizzazione di un'autorità superiore conforme all'Articolo 28, paragrafo 2);
7. se non notifica al pubblico ministero avente giurisdizione come richiesto dall'articolo 30.

Con un multa di 1.000 dinari verrà punito il responsabile della struttura medica dell'associazione del lavoro per le violazioni descritte nel paragrafo 1 di questo Articolo e per le violazioni descritte nel paragrafo 3 verrà punita con un multa di 1.000 dinari la persona che prenderà parte al lavoro della Commissione.



## **Appendice 4.**

### **ZAKON O POSTUPKU PREKIDA TRUDNOĆE U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI (Objavljen u "Sl. glasniku RS", br. 16/95)**

#### **Član 1.**

Ovim zakonom uređuju se uslovi i postupak prekida trudnoće, kao hirurške intervencije, u zdravstvenoj ustanovi.

#### **Član 2.**

Prekid trudnoće može se izvršiti samo na zahtev trudne žene.

Za prekid trudnoće kod lica mlađeg od 16 godina i lica potpuno lišenog poslovne sposobnosti, potrebna je i pismena saglasnost roditelja, odnosno staraoca.

Ako se saglasnost ne može pribaviti od roditelja odnosno staraoca zbog njihove odsutnosti ili sprečenosti, potrebno je pribaviti saglasnost nadležnog organa starateljstva.

#### **Član 3.**

Prekid trudnoće ne može se izvršiti kada se utvrdi da bi se njime teže narušilo zdravlje ili ugrozio život žene.

#### **Član 4.**

Za postupak prekida trudnoće primenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti, ako ovim zakonom nije drugačije određeno.

#### **Član 5.**

Žena koja želi da prekine trudnoću obraća se usmenim zahtevom specijalisti akušerstva i ginekologije odgovarajuće zdravstvene ustanove.

Lekar specijalista akušerstva i ginekologije zdravstvene ustanove iz stava 1. ovog člana:

1. utvrđuje starost trudnoće;
2. pribavlja nalaze o krvnoj grupi trudne žene, RH faktoru i anamnestičke podatke o ranijim bolestima;
3. samostalno, a po potrebi i uz konsultaciju lekara specijaliste iz drugih grana medicine, utvrđuje da li postoji opasnost da se zbog prekida trudnoće zdravlje žene naruši;
4. ukazuje ženi na opasnost i posledice prekida trudnoće;
5. upoznaje ženu sa drugim metodama i sredstvima zaštite od neželjene trudnoće.

#### **Član 6.**

Prekid trudnoće može se izvršiti do navršene desete nedelje trudnoće.

Izuzetno, prekid trudnoće može se izvršiti i posle navršene desete nedelje trudnoće:

1. kada se na osnovu medicinskih indikacija utvrdi da se na drugi način ne može spasiti život ili otkloniti teško narušavanje zdravlja žene;

2. kada se na osnovu naučno-medicinskih saznanja može očekivati da će se dete roditi sa teškim telesnim ili duševnim nedostacima;
3. kada je do začeća došlo izvršenjem krivičnog dela (silovanje, obluba nad nemoćim licem, obluba nad maloletnim licem, obluba zloupotrebom položja, zavodjenje i rodoskrnavljenje).

#### Član 7.

Postojanje uslova za prekid trudnoće utvrđuje:

1. do navršne desete nedelje trudnoće - lekar specijalista akušerstva i ginekologije zdravstvene ustanove;
2. od navršene desete nedelje trudnoće do navršene dvadesete nedelje trudnoće - konzilijum lekara odgovarajuće zdravstvene ustanove;
3. posle navršene dvadesete nedelje trudnoće - etički odbor zdravstvene ustanove.

#### Član 8.

Predsednika i članove etičkog odbora imenuje na period od dve godine ministarstvo nadležno za poslove zdravstva na predlog odgovarajuće zdravstvene ustanove.

Broj, sastav i način rada etičkog odbora utvrđuje ministarstvo nadležno za poslove zdravstva.

#### Član 9.

Prekid trudnoće može se izvršiti kada trudna žena da pismenu saglasnost za prekid.

#### Član 10.

Prekid trudnoće do navršne dvadesete nedelje trudnoće obavlja se u zdravstvenoj ustanovi koja ima bolničku službu iz ginekologije i akušerstva, operacionu salu i službu transfuzije krvi.

Prekid trudnoće posle navršene dvadesete nedelje trudnoće obavlja se u: klinici, institutu, kliničko-bolničkom centru ili kliničkom centru.

Prekid trudnoće do navršne desete nedelje trudnoće može se obaviti i u domu zdravstva, odnosno lekarskoj organizaciji specijaliste iz ginekologije i akušerstva, koji imaju obezbeđenu zdravstvenu zaštitu žena i hitnu medicinsku pomoć.

Prekid trudnoće pod anestezijom obavlja se u zdravstvenoj ustanovi, odnosno lekarskoj organizaciji specijaliste iz ginekologije i akušerstva iz st. 1. do 3. ovog člana koja ima i specijalistu anesteziologije sa reanimatologijom.

Bliže uslove u pogledu kadrova, opreme, prostora i sadržaja rada lekarske ordinacije iz stava 3. ovog člana utvrđuje ministarstvo nadležno za poslove zdravstva.

Ispunjenost uslova za obavljanje prekida trudnoće iz st. 3. do 5. ovog člana utvrđuje ministarstvo nadležno za poslove zdravstva.

#### Član 11.

Zdravstvena ustanova je dužna da ženi kojoj je izvršen prekid trudnoće obezbedi kontrolu zdravstvenog stanja.

#### Član 12.

Zdravstvena ustanova u kojoj se vrši prekid trudnoće dužna je da vodi evidenciju i medicinsku dokumentaciju o izvršenim prekidima trudnoće i da propisane izveštaje dostavlja nadležnom zavodu za zaštitu zdravlja, pod uslovima i na način utvrđen zakonom.

Evidencija i dokumentacija iz stava 1. ovog člana imaju karakter lekarske tajne i čuvaju se u posebnoj arhivi zdravstvene ustanove.

#### Član 13.

Ako se pri prekidu trudnoće posumnja da je prekid započet van zdravstvene ustanove krivičnim delom, ovlašćeni lekar zdravstvene ustanove obaveštava o tome organ nadležan za unutrašnje poslove.

#### Član 14.

Odredbe ovog zakona koje se odnose na zdravstvenu ustanovu shodno se primenjuju i na lekarsku ordinaciju specijaliste akušerstva i ginekologije kada se u njoj obavlja prekid trudnoće, u skladu sa ovim zakonom.

#### Član 15.

Novčanom kaznom od 1.000 do 10.000 dinara kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova ako:

1. izvrši prekid trudnoće kod maloletnog lica suprotno članu 2. stav 2. ovog zakona;
2. izvrši prekid trudnoće suprotno čl. 6. i 9. ovog zakona;
3. vrši prekid trudnoće a ne ispunjava uslove iz člana 10. ovog zakona;
4. ne obavesti organ nadležan za unutrašnje poslove, u skladu sa članom 13. ovog zakona.
5. Novčanom kaznom od 500 do 5.000 novih dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. tač. 1) do 4) ovog člana i preduzetnik - osnivač lekarske ordinacije iz člana 10. stav 3. ovog zakona.
6. Novčanom kaznom od 500 do 1.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. tač. 1. do 4. ovog člana i zdravstveni radnik koji izvrši prekid trudnoće.
7. Novčanom kaznom od 500 do 1.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. ovog člana i direktor zdravstvene ustanove.

#### Član 16.

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće ("Službeni glasnik SRS" br. 26/77, 24/85 i "Službeni glasnik RS", broj 44/91).

#### Član 17.

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".

## **Appendice 5.**

### **LEGGE SULLE PROCEDURE PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA NELLE ISTITUZIONI SANITARIE (Pubblicata sulla "Gazzetta Ufficiale della RS", n. 16/95)**

#### **Articolo 1.**

Con questa legge si stabiliscono le condizioni e il procedimento per l'interruzione di gravidanza, come intervento chirurgico, nelle istituzioni sanitarie.

#### **Articolo 2.**

L'interruzione di gravidanza può essere eseguita solo su richiesta della donna incinta.

Per l'interruzione di gravidanza dei soggetti sotto i 16 anni o interdetti per infermità di mente, è necessaria l'autorizzazione dei genitori o del tutore. Se l'autorizzazione non può essere ottenuta dai genitori o dal tutore per via della loro assenza o impossibilità, è necessario ottenere l'autorizzazione da un organo tutore.

#### **Articolo 3.**

L'interruzione di gravidanza non può essere eseguita se si stabilisce che con l'intervento si andrà a ledere la salute o la vita della donna.

#### **Articolo 4.**

Per il processo dell'interruzione di gravidanza si applicano le normative della legge sulla Protezione della Salute se con la stessa legge non è stato stabilito diversamente.

#### **Articolo 5.**

La donna che vuole interrompere la gravidanza deve rivolgersi con al richiesta orale a uno specialista in ginecologia e ostetricia nelle istituzioni sanitarie.

Il medico specialista in ginecologia e ostetricia nelle istituzioni sanitarie del comma 1 di questo articolo:

1. stabilisce l'età della gravidanza;
2. deve essere a conoscenza degli esami del sangue della donna incinta, del suo gruppo sanguigno (RH) e dei dati anamnestici e delle sue malattie precedenti;
3. autonomamente, o se necessario consultando medici specialisti in altri rami della medicina, stabilisce se esiste il pericolo di ledere la salute della donna sottoponendola a intervento d'interruzione di gravidanza;
4. informa la donna sui pericoli e sulle conseguenze dell'interruzione di gravidanza;
5. informa la donna sugli altri mezzi per la protezione della gravidanza non voluta.

#### **Articolo 6.**

L'interruzione di gravidanza si può effettuare fino alla fine della 10° settimana.

In casi eccezionali, si può effettuare dopo la 10° settimana di gravidanza:

1. quando in base alle indicazioni mediche si stabilisce che in nessun altro modo si può salvare la vita della donna o evitarle danni alla salute;
2. quando in base a conoscenza scientifiche e mediche si prevede che il bambino nascerà con gravi mancanze fisiche e mentali;
3. quando la gravidanza è conseguenza di una violenza (violenza carnale, atto con un soggetto interdetta per infermità di mente, con un soggetto minorenne, usando la propria posizione, seduzione o per incesto)

Articolo 7.

L'esistenza delle condizioni per l'interruzione i gravidanza vengono stabilite :

1. fino alla 10° settimana da un medico specialista in ginecologia e ostetricia nelle istituzioni sanitarie;
2. dalla 10° settimana fino alla 20° dal consiglio dei medici dell'ente sanitario relativo;
3. dopo la 20° settimana dal consiglio etico dell'ente sanitario relativo.

Articolo 8.

Il presidente e i membri del consiglio etico vengono nominati per un periodo di due anni dal Ministero della Salute e su proposta della stessa istituzione sanitaria.

Il numero, la consistenza e il modo di lavorare è stabilito dal Ministero della Salute.

Articolo 9.

L'interruzione di gravidanza si può effettuare quando la donna incinta dà il suo consenso scritto per l'intervento.

Articolo 10.

L'interruzione di gravidanza entro la 20° settimana viene effettuata in una struttura sanitaria in possesso di un servizio ospedaliero in ginecologia e ostetricia, una sala operatoria e un servizio per la trasfusione di sangue.

L'interruzione di gravidanza dopo la 20° settimana viene effettuata: in una clinica, in un istituto, in un centro clinico ospedaliero o in un centro clinico.

L'interruzione di gravidanza entro la 10° settimana viene effettuata anche in una casa di cura, cioè in una struttura medica specializzata in ginecologia e ostetricia che può assicurare sia la protezione sanitaria delle donne che il pronto soccorso.

L'interruzione di gravidanza sotto anestesia si effettua in un ente sanitario, cioè in una struttura medica specializzata in ginecologia e ostetricia secondo il comma 1 fino al comma 3 di questo articolo che possiedono anche uno specialista in anestesia e rianimazione.

Le condizioni dettagliate su personale, strumentazione, spazi e contenuti degli studi medici del comma 3 di questo articolo, vengono stabiliti dal Ministero della Salute.

Le condizioni che sono state adempite per effettuare l'interruzione di gravidanza del comma 3 fino al comma 5 di questo articolo, vengono stabilite dal Ministero della Salute.

#### Articolo 11.

L'ente sanitario ha l'obbligo di assicurare la donna che si sottopone a interruzione di gravidanza.

#### Articolo 12.

L'ente sanitario in cui si effettuano le interruzioni di gravidanza, deve comunicare con l'apposita documentazione medica le interruzioni di gravidanza effettuate e spedire i modelli secondo legge all'ente amministrativo per la protezione della salute come previsto dalla legge.

La documentazione del comma 1 di questo articolo ha carattere di segretezza medica e viene tenuta nell'archivio speciale dell'ente sanitario.

#### Articolo 13.

Se nell'interrompere la gravidanza sorge il dubbio che l'interruzione sia già stata iniziata al di fuori delle istituzioni sanitarie, e quindi clandestinamente, il medico responsabile deve informare gli organi interni responsabili.

#### Articolo 14.

La normativa di questa legge che si riferisce all'ente sanitario, viene applicata ugualmente agli studi medici specializzati in ginecologia e ostetricia quando negli stessi vengono effettuate le interruzioni di gravidanza, come previsto da questa legge.

#### Articolo 15.

Con la multa da 1.000 a 10.000 dinari verrà punito l'ente sanitario:

1. se effettua l'interruzione di gravidanza di soggetto minore contrariamente all'articolo 2 comma 2 di questa legge.
2. se effettua l'interruzione di gravidanza contrariamente all'articolo 6 e 9 di questa legge;
3. se effettua l'interruzione di gravidanza ma non adempie alle condizioni dell'articolo 10 comma 3 di questa legge;
4. se non informa l'organo interno come nell'articolo 13

Con la multa da 500 a 5.000 dinari verrà punita per la violazione del comma 1 punto 1 fino al punto 4 di questo articolo anche il fondatore o imprenditore dello studio medico secondo l'articolo 10 comma 3 di questa legge.

Con la multa da 500 a 1.000 dinari verrà punita per la violazione del comma 1 di questa legge il direttore dell'ente sanitario.

Articolo 16.

Dal giorno di entrata in vigore di questa legge non è più in vigore la precedente legge sull'interruzione di gravidanza ("Gazzetta Ufficiale SRS" n. 26/77, 24/85 e "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Serba", n. 44/91)

Articolo 17.

Questa legge entra in vigore l'ottavo giorno dalla pubblicazione sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Serba".

## BIBLIOGRAFIA

### MATERIALE CARTACEO

1. André Jacques, “Inattualità della psicoanalisi – L’esempio della sessualità femminile”, articolo dalla conferenza tenuta all’Ateneo di Venezia nel mese di giugno 2004 all’interno del ciclo “Incontri con la psicoanalisi francese”
2. Ardigò Achille, “Società e salute – Lineamenti di sociologia sanitaria”, Milano, Franco Angeli, 1997
3. Atighetchi Dariusch, “Islam, musulmani e bioetica”, Roma, Armando, 2002
4. Bianco Carla, “Dall’evento al documento: orientamenti etnografici”, Roma, CISU, 1994
5. Burić Sunita, “Interruzione di gravidanza nelle donne immigrate”, Tesi di specializzazione, Università degli studi di Trieste - Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, anno 2003, relatrice dott. Federica Scrimin
6. Cannel Charles F., Kahn Robert L., “La dinamica dell’intervista” (titolo originale: *The Dynamics of Interviewing*) traduzione di Mimo Mancuso), Verona, Marisilio Editori, 1978 (III Edizione)
7. Caritas Roma, “Immigrazione Dossier Statistico 2003 – XIII Rapporto sull’immigrazione”, ed. “Nuova Anterem”, 2003
8. Cecilia Menjívar, “The Ties that Heal: Guatemalan Immigrant Women’s Networks and Medical Treatment”, in *International Migration Review*, vol. 36, n. 2, Summer 2002, pgg. 437-466



9. Chinosi Lia, "Sguardi di mamme – Modalità di crescita dell'infanzia straniera", Milano, Franco Angeli, 2002
10. "Cittadini dappertutto", Mensile di relazioni interculturali, n°32, marzo 2003
11. Cortelli Cristina, "Casa, amara casa – I canali d'accesso all'alloggio per gli immigrati nel Friuli Venezia Giulia", tesi di laurea Università degli Studi di Trieste - Facoltà di Lettere e filosofia – Corso di laurea in Scienze e Tecniche dell'interculturalità - Anno Accademico 2003- 2004
12. Dariusch Atighetchi, "Controllo delle nascite e aborto nella tradizione islamica", in *Aggiornamenti sociali: rivista mensile a schede*, A.46, fasc.9/10, 1995, pp.657-664
13. Dariusch Atighetchi, "Etica islamica e trapianti d'organo", in *Medicina e morale: rassegna bimestrale*, A.45, fasc.6, 1995, pp.1183-1208
14. Dariusch Atighetchi, "Il trapianto di organi nel mondo islamico", in *Aggiornamenti sociali: rivista mensile a schede*, A.47, fasc.4, 1996, pp.309-316
15. Dariusch Atighetchi, "Islam e aborto", in *Medicina e morale: rassegna bimestrale*, A.43, fasc.4, 1993, p.711-732
16. Dariusch Atighetchi, "Islam e AIDS", in *Medicina e morale: rassegna bimestrale*, A.50, fasc.6, 2000, pp.1179-1192
17. Dariusch Atighetchi, "Le leggi sull'aborto in alcuni stati musulmani : tra diritto islamico e diritto positivo", in *Medicina e morale: rassegna bimestrale*, A.48, fasc.5, 1998, pp.969-988
18. Fabietti Ugo, "Antropologia culturale : l'esperienza e l'interpretazione", Roma, GLF editori Laterza, 1999

19. Favaro G., Tognetti Bordogna M., "Donne dal mondo: strategie migratorie al femminile", Milano, Guerini e Associati, 1991 ristampa 1997
20. Foucault Michel, "Microfisica del potere : interventi politici", a cura di Alessandro Fontana e Pasquale Pasquino, Torino, Einaudi, 1977
21. Foucault Michel "Storia della sessualità: La cura di sé", Milano, Feltrinelli, 1985
22. Foucault Michel, "Storia della sessualità: La volontà di sapere", 2 ed, Trad. di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Milano, Feltrinelli, 1978
23. Foucault Michel, "Storia della sessualità: L'uso dei piaceri", Trad. di Laura Guarino, Milano, Feltrinelli, 1984
24. Fusaschi Michela, "I segni sul corpo : per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili", Torino, Bollati Boringhieri, 2003
25. Gil André, "Il corpo" da Enciclopedia Einaudi, Torino, Einaudi, 1978
26. Good Byron J., "Narrare la malattia – Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente" (titolo originale: *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*), Torino, Edizioni di Comunità, 1999
27. Grillparzer Franz, "Medea", a cura di M. Longo, traduzione di C. Magris, Venezia, Marsilio Editori, 1994
28. Héritier F., "Maschile e femminile – Il pensiero della differenza" (titolo originale: *"Masculin/Féminin. La pensée de la difference"*), « Editori Laterza », 2000

29. Istituto di ricerche economiche e sociali Friuli Venezia Giulia (a cura di), "Rapporto statistico dell'immigrazione nel Friuli Venezia Giulia – anno 2003"
30. Istituto Geografico De Agostini, "Calendario Atlante De Agostini 2003", Novara, 2002
31. Jacqueline Hogan, Nestor Rodriguez, Randy Copps, Nika Kabiri, "The Effects of Recent Welfare and Immigration Reforms on Immigrants' Access to Health Care", in *International Migration Review*, vol. 37, n. 2, Summer 2003, pgg. 444-463
32. Jacqueline L. Angel, Cynthia J. Buckley, Brian Karl Finch, , "Nativity and Self-Assessed Health among Pre-Retirement Age Hispanics and Non-Hispanic Whites", in *International Migration Review*, vol. 35, n. 3, Fall 2001, pgg. 784-803
33. Jovanović Miroslav, Naumović Slobodan (a cura di), "Gender Relations in South Eastern Europe – Historical Perspectives on Womanhood and Manhood in 19th and 20th Century", Belgrade-Graz, Čigoja, 2001
34. Kilani Mondher, "Antropologia : una introduzione", Bari, Dedalo, 1994
35. Krulic Josip, "Storia della Jugoslavia dal 1945 a oggi" (titolo originale: "Histoire de la Yougoslavie de 1945 à nos jours" traduzione di Maria Grazia Meriggi), Milano, Bompiani, 1997
36. Lauri Vuorenkoski, Varpu Penninkilampi, Hanna Ebeling, Irma Moilanen, "Hospital Admissions among Returning Migrant Children and Adolescents", in *International Migration Review*, vol. 35, n. 3, Fall 2001, pgg. 772-783
37. Longo Gioia, Morrone Aldo (a cura di), "Cultura Salute Immigrazione – Un'analisi interculturale", Roma, Armando Editore, 1994

38. Margaret E. Weigers, Margaret S. Sherraden, "A Critical Examination of Acculturation: the Impact of Health Behaviours, Social Support and Economic Resources on Birth Weight among Women of Mexican Descent", in *International Migration Review*, vol. 35, n. 3, Fall 2001, pgg. 804-839
39. Marta Y. Yog, , "Moderators of Stress in Salvadoran Refugees: the Role of Social and Personal Resources", in *International Migration Review*, vol. 35, n. 3, Fall 2001, pgg. 840-869
40. Ministero della Salute, "Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati preliminari 2001 – Dati definitivi 2000", 31 luglio 2002
41. Morini Enrico, "Gli ortodossi", Bologna, Il Mulino, 2002
42. Pandolfi Mariella (a cura di), "Perché il corpo : utopia, sofferenza, desiderio", Roma, Meltemi, 1996
43. Santipolo M., Tosini M., Tucciarone S., "Introduzione alla comunicazione interculturale in ambito socio-sanitario", UIL – FPL Regionale Veneto-Venezia, Novembre 2003
44. Sistema informativo dell'Azienda Servizi Sanitari n°1 Triestina, "Stranieri in Italia – Diritto alla salute e percorsi amministrativi", anno 2000
45. Stasa Zajović – Women in Black (Traduzione e introduzione a cura di Lorenzo Guglielmi), "Il fondamentalismo religioso e la repressione sui diritti e sulle identità sessuali"
46. Tahar Ben Jelloun, "La réclusion solitaire", Paris, Éditions Denoël, 1976

47. U.O. Rapporti con strutture pubbliche e private dell'Azienda Servizi Sanitari n°1 Triestina, "La salute degli immigrati nell'Azienda per i servizi sanitari n°1 Triestina – Relazione sanitaria al 1° semestre 2000"

48. U.O. Rapporti con strutture pubbliche e private dell'Azienda Servizi Sanitari n°1 Triestina, "La salute degli immigrati nell'Azienda per i servizi sanitari n°1 Triestina – Aggiornamento a ottobre 2001"

49. Zhang Weijun, Santiago-Rivera Azara, "Case commentaries" in Ivey Allen, Bradford Ivey Mary, "Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society", 5. ed. - Pacific Grove : Brooks/Cole, 2003

50. Žene u Crnom, "Abortus nije ubistvo, abortus je osnovno žensko ljudsko pravo! Nećemo da budemo mašine za rađanje! Nećemo da rađamo za naciju, državu, crkvu – mi rađamo ako hoćemo, sa kim hoćemo i kada hoćemo!"

51. Žene u Crnom, "Srpska Pravoslavna Crkva – abortus

#### MATERIALE INTERNET

1. "Abortion policy" in [www.un.org/esa/population/abortion/doc/yugoslavia.doc](http://www.un.org/esa/population/abortion/doc/yugoslavia.doc) aggiornato al 10.03.2004

2. "Abortion rates across Europe" in <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1869009.stm> aggiornato al 10.9.2004

3. "Aborto", in [http://www.vitadidonna.it/copia\\_di\\_vita\\_di\\_000007.html](http://www.vitadidonna.it/copia_di_vita_di_000007.html) aggiornato al 13.10.2004

4. “Aborto”, in [http://www.sapere.it/gr/ArticleViewServletOriginal?otid=GEDEA\\_aborto&orid=OMNIA\\_000116&todo=LinkToFree#TOP](http://www.sapere.it/gr/ArticleViewServletOriginal?otid=GEDEA_aborto&orid=OMNIA_000116&todo=LinkToFree#TOP) aggiornato al 16.08.2004
5. “Aborto legale”, in [http://www.babycare.it/contraccezione/aborto\\_legale.htm](http://www.babycare.it/contraccezione/aborto_legale.htm) aggiornato al 13.09.2004
6. “Argomenti di salute - Interruzione volontaria di gravidanza”, in <http://www.epicentro.iss.it> aggiornato al 05.04.2004
7. Ass. Soci, “Per una difesa del diritto di aborto”, in [www.portaledibioetica.it/documenti/000755/000755.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000755/000755.htm) aggiornato al 06.08.2004
8. Caritas Diocesana di Roma, “Migrazioni e salute in Italia”, Salvatore Geraci (a cura di), in [www.cestim.it](http://www.cestim.it) aggiornato al 17.04.2004
9. Carolo F., “L’allattamento delle donne immigrate – Il caso senegalese”, Tesina di approfondimento - Università degli Studi di Padova Facoltà di Lettere e Filosofia Master in Studi Interculturali, a. a. 2001/2002, in [www.lettere.unipd.it/intercultura/ricerca/tesine/tesine2002/carolo/carolo.htm](http://www.lettere.unipd.it/intercultura/ricerca/tesine/tesine2002/carolo/carolo.htm) aggiornamento al 16.04.2004
10. Centro di bioetica (Roma), “Sulla cosiddetta "contraccezione d'emergenza", in [www.portaledibioetica.it/documenti/000388/000388.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000388/000388.htm) aggiornato al 16.08.2004
11. Chiesa avventista, “Dichiarazione sull'aborto” (approvata nell'Ottobre 1992), in [www.portaledibioetica.it/documenti/001674/001674.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001674/001674.htm) aggiornato al 16.08.2004

12. Childbirth by Choice Trust, "Abortion in Law, History and Religion – TABLE OF CONTENTS - Former Yugoslavia - " in [www.cbctrust.com/abortion.html](http://www.cbctrust.com/abortion.html) aggiornato al 12.07.20004
13. "Cities in Serbia and Montenegro" in [en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_cities\\_in\\_Serbia\\_and\\_Montenegro](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_cities_in_Serbia_and_Montenegro) aggiornato al 15.12.2004
14. Cnel - Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – Gruppo di lavoro Salute e Immigrazione, "Accesso ai servizi sanitari", 2000, in [www.cnel.it/immigrazione](http://www.cnel.it/immigrazione) aggiornato al 24.06.2004
15. Congregazione per la dottrina della fede, "Dichiarazione sull'aborto procurato", in [www.portaledibioetica.it/documenti/000762/000762.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000762/000762.htm) aggiornato al 16.08.2004
16. "Commissione informativa sull'aborto", in <http://digilander.libero.it/peanolotta/documenti/aborto.htm> aggiornato al 16.08.2004
17. Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, "Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia - seconda parte; inserimento ed esclusione: un anno dopo", cap 2.3 LA SALUTE, 2000, in [www.cestim.org/integra2/integr2\\_d1.htm](http://www.cestim.org/integra2/integr2_d1.htm) aggiornato al 09.04.2004
18. Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati, "Sintesi del primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia", cap.4, 30/11/1999, in [www.lex.unict.it/dml-online/corrente/online/dossier/cap5/capitoloIV.htm](http://www.lex.unict.it/dml-online/corrente/online/dossier/cap5/capitoloIV.htm) aggiornato al 09.04.2004
19. De Toni Romina, "Nursing, donna immigrata e bisogni di salute", Tesi di diploma Università degli Studi di Verona - Facoltà di Medicina - Polo didattico di Vicenza- Diploma Univ. per Infermiere Anno Accademico 2000- 2001, in

[www.click.vi.it/sistemiculture/Romina%20De%20Toni.html](http://www.click.vi.it/sistemiculture/Romina%20De%20Toni.html) aggiornato al 03.04.2004

20. “Europe's terms for terminations” - Sunday, 2 June, 2002, 20:38 GMT 21:38 UK” in [www.news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1869009.stm](http://www.news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1869009.stm) aggiornato al 02.12.2004

21. Helsinki Committee for Human Rights in Serbia, “Annual Report 2001 - Human Rights in Transition – Serbia 2001”, in [http://www.helsinki.org.yu/report\\_contents.php?lang=en&idpub=35](http://www.helsinki.org.yu/report_contents.php?lang=en&idpub=35) aggiornato l'1.10.2004

22. Hughes M. Donna, Mladjenović Lepa, Mrsević Zorica, “Feminism Resistance in Serbia”, (tratto da European Journal of Women's Studies, Vol.2, No4, pp.509-532, 1995), in <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/femres.htm> aggiornato al 08.10.2004

23. “Interruzione volontaria di gravidanza – Argomenti di salute”, in <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/IVG/IVG.htm> aggiornato al 06.09.2004

24. ISTAT, “Cittadini stranieri. Popolazione residente per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2000”, Provincia di Trieste in [www.censimenti.istat.it](http://www.censimenti.istat.it) aggiornato al 06.12.2003

25. Kacarska Isidora, “Health for All, Health for Women in Macedonia”, marzo 2003, in [www.wgnrr.org/frame\\_fr.htm](http://www.wgnrr.org/frame_fr.htm) aggiornato al 03.07.2004

26. Kesic Vesna, “Violence against Women - The Status of Rape as a War Crime in International Law: Changes Introduced After the Wars in the Former ugoslavia and Rwanda”, abstract from Vesna Kesics M. A. Thesis, prepared for the Committee of Liberal Studies, New School University, dicembre 2001, in [www.wgnrr.org/frame\\_fr.htm](http://www.wgnrr.org/frame_fr.htm) aggiornato al 30.06.2004



27. “L’aborto” (ultimo aggiornamento 9 marzo 2003), in <http://www.uaar.it/documenti/laicita/05.html> aggiornato al 12.09.2004
28. Lenzi Pierluigi, “La pillola del giorno dopo è abortiva?”, in [www.portaledibioetica.it/documenti/000429/000429.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000429/000429.htm) aggiornato al 12.05.2004
29. Mantovano Alfredo, “L’aborto nell’ordinamento giuridico della Repubblica Italiana”, in [www.alleanzacattolica.org/idis\\_dpf/voci/a\\_aborto.htm](http://www.alleanzacattolica.org/idis_dpf/voci/a_aborto.htm)
30. Mollo M., “Immigrate di cultura islamica e interruzione volontaria di gravidanza: nuovi impegni per i servizi consultoriali”, Tesi di Diploma Università degli Studi di Roma "LA SAPIENZA" - Facoltà di Lettere e Filosofia DUSS 1999/2000, in <http://www.serviziosociale.com/tesi/mollo.doc> aggiornato al 04.05.2004
31. Mrsević Zorica, “FAMILY LAW REPORT: Jugoslavia” in [www.seeline-project.net/FamilyLaw/YugoslaviaFL.htm](http://www.seeline-project.net/FamilyLaw/YugoslaviaFL.htm) aggiornato al 10.10.2004
32. Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza (L.22 maggio 1978, n.194), in <http://www.bios.bologna.it/LEX/Legge%2022%20maggio%201978%2C%20numero%20194%2C%20Aborto.htm> aggiornato al 23.07.2004
33. Palmaro Mario, “L’aborto procurato e la violenza carnale: alcune considerazioni”, in [www.portaledibioetica.it/documenti/000218/000218.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000218/000218.htm) aggiornato al 18.09.2004
34. Palmaro Mario, “La pillola del giorno dopo nell’ordinamento italiano”, in [www.portaledibioetica.it/documenti/000183/000183.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000183/000183.htm) aggiornato al 09.12.2004

35. Pontificia Accademia per la vita, “Comunicato sulla cosiddetta pillola del giorno dopo”, in [www.portaledibioetica.it/documenti/000403/000403.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000403/000403.htm) aggiornato al 09.12.2004
36. Papić Zarana, “Women in Serbia: Post-Communism, War, and Nationalist Mutations”, in <http://www2.hi.is/page/RIKK-womeninserbia> aggiornato al 04.10.2004
37. Papić Zarana, “Women in Serbia: Post-Communism, War, and Nationalist Mutations”, (riassunto di Furuhashi Yoshie del 30 agosto 1999), in <http://archives.econ.utah.edu/archives/marxism/1999w35/msg00026.htm> aggiornato al 25.05.2004
38. Possenti Vittorio, “La questione della vita”, in [www.portaledibioetica.it/documenti/001142/001142.htm](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001142/001142.htm) aggiornato al 15.12.2004
39. Republic Statistical Office of Serbia, “Serbia in Figures 2003”, Belgrade, September 2003, in [www.statserb.sr.gov.yu/Pod/srb2003e.pdf](http://www.statserb.sr.gov.yu/Pod/srb2003e.pdf) aggiornato al 11.10.2004
40. “RU486”, in [http://www.vitadidonna.it/copia\\_di\\_vita\\_di\\_000055.html](http://www.vitadidonna.it/copia_di_vita_di_000055.html) aggiornato al 12.01.2004
41. “Serbia e Montenegro; Srbija-Crna Gora”, in [www.globalgeografia.com/europa/serbia\\_montenegro.htm](http://www.globalgeografia.com/europa/serbia_montenegro.htm) aggiornato al 3 dicembre 2004
42. “Serbia e Montenegro”, in [www.gov.yu](http://www.gov.yu) aggiornato al 3 dicembre 2004
43. “SERBIA. Law of 30 June 1977, the Act concerning the conditions of and procedures for the termination of pregnancy”, in

<http://annualreview.law.harvard.edu/population/abortion/SERBIA.abo.htm>

aggiornato al 30.11.2004

44. “Sex in Serbia”, da  
<http://www.beocity.com/surviving/english/97/11.phtml> aggiornato al  
29.05.2004

45. Spinelli A., Grandolfo M. “Aborto tra le immigrate: un fenomeno emergente”, relazione al convegno: “L’interruzione volontaria di gravidanza in Italia – studio delle tendenze e dei fattori di rischio”- 19 novembre 2003, in  
[http://www.simmweb.it/public/up\\_down/dbdownb.asp](http://www.simmweb.it/public/up_down/dbdownb.asp) da  
<http://www.epicentro.iss.it> aggiornato al 15.01.2004

46. “Stanovnici”, in [www.sumadija.org.yu](http://www.sumadija.org.yu) aggiornato il 18.12.2004

47. Tonolli C., “Donne immigrate in Italia: gravidanza e parto ovvero la loro esperienza di incontro/scontro con l’istituzione ospedaliera”, Tesina di approfondimento - Università degli Studi di Padova - Facoltà di Lettere e Filosofia Master in Studi Interculturali 2001/2002, in  
[www.lettere.unipd.it/intercultura/ricerca/tesine/tesine2002/carolo/carolo.htm](http://www.lettere.unipd.it/intercultura/ricerca/tesine/tesine2002/carolo/carolo.htm)  
aggiornato al 13.04.2004

48. United Nations Population Division - Department of Economic and Social Affairs “Abortion Policies – A Global Review” in  
[www.un.org/esa/population/publications/abortion](http://www.un.org/esa/population/publications/abortion) aggiornato al 10.12.2003

49. “Jugoslavia – Abortion policy” in  
<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/yugoslavia.doc>  
aggiornato al 10.09.2004

50. Vojvodina in [www.vojvodina.com](http://www.vojvodina.com) aggiornato al 13.12.2004

51. Women in Black, "ABORTION - Poll on the Occasion of the 28th May – The International Day of Action For Womaen's Health and Reproductive Rights" in [www.wgnrr.org/frame\\_fr.htm](http://www.wgnrr.org/frame_fr.htm) aggiornato al 26.08.2004
52. Women in Black (Ljilja, Nada, Stasa), "Serbia and Montenegro: Women Create Peace: Less Armaments, More Health and Knowledge", ottobre 2002, in [www.wgnrr.org/frame\\_fr.htm](http://www.wgnrr.org/frame_fr.htm) aggiornato al 26.08.2004
53. Zajovic Stasa, "Serbia – Childbearing and War (Or: how nationalism, militarism and sexism always go hand in hand)", luglio 2002, in [www.wgnrr.org/frame\\_fr.htm](http://www.wgnrr.org/frame_fr.htm) aggiornato al 26.08.2004