



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale in Lavoro,
cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

—

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Maternità (im)possibili: il ruolo del Movimento per la Vita italiano ed il progetto “lo nasko” a Chioggia

Relatore

Prof.ssa Anna Rita Colloredo

Laureando

Federica Bozzato

Matricola 823010

Anno Accademico

2012/2013

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 4
---------------------------	--------

CAPITOLO 1 – IL CAMMINO VERSO LA 194/78 ED IL SUO IMPATTO NELLA SOCIETA’

1.1) Il panorama sociale nella battaglia per l’approvazione della legge 194/78.....	pag. 10
1.2) La legge 194/78: norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza.....	pag. 20
1.3) Epidemiologia del fenomeno a livello nazionale.....	pag. 25
1.4) Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza	pag. 28

CAPITOLO 2 – LA POSSIBILITA’ DI VIVERE LA SESSUALITA’ RESPONSABILMENTE

2.1) I mutamenti nella vita sessuale e riproduttiva e l’approvazione della legge 405/1975	pag. 36
2.2) La contraccezione mancata: adolescenti una fascia a rischio.....	pag. 42
2.3) I consultori familiari al servizio degli adolescenti.....	pag. 49
2.4) Donne immigrate ed il problema emergente dell’aborto.....	pag. 53

CAPITOLO 3 – INTERROMPERE UN PERCORSO DI MATERNITA’: ESPERIENZA SUL CAMPO NEL CONSULTORIO FAMILIARE DELL’ULSS 14

3.1) L’interruzione volontaria di gravidanza: l’interruzione di un progetto.....	pag. 59
3.2) I diversi perché dell’interruzione di gravidanza.....	pag. 69
3.3) Il sostegno professionale nei confronti della donna: il ruolo dell’assistente sociale	pag. 74
3.4) I traumi psicologici post aborto.....	pag. 78

CAPITOLO 4 – PORTARE AVANTI UNA GRAVIDANZA: L’IMPORTANTE SOSTEGNO DEL MOVIMENTO PER LA VITA

4.1) Il Movimento per la Vita italiano ed i Centri di Aiuto alla Vita.....	pag. 88
4.2) Il servizio telefonico SOS vita.....	pag. 98
4.3) Il Telefono Rosso per l’informazione sui fattori di rischio riproduttivo.....	pag. 102

4.4) Il progetto Gemma: un'adozione a distanza ravvicinata..... pag. 105

CAPITOLO 5 – IL CENTRO DI AIUTO ALLA VITA DI CHIOGGIA ED IL PROGETTO “IO NASKO”

5.1) Il progetto Gemma ed il nuovo progetto “Io nasko”: presentazione ed obiettivi prefissati..... pag. 111

5.2) La ricerca sul campo: storie di vita per comprendere.....pag. 117

CONCLUSIONI..... pag. 130

ALLEGATI

6.1) Interviste ai professionisti del consultorio familiare dell'ULSS 14..... pag. 135

6.2) Interviste alle utenti del CAV di Chioggia..... pag. 152

RINGRAZIAMENTI..... pag. 179

BIBLIOGRAFIApag. 181

INTRODUZIONE

Molti cambiamenti hanno segnato l'ultimo trentennio, ma tra questi vanno indubbiamente ricordate le trasformazioni nel campo della riproduzione, della gravidanza e della nascita che sono state influenzate dai nuovi sviluppi tecnologici e scientifici.

La questione dell'interruzione volontaria di gravidanza, è da sempre presente nelle società umane ed è mutata con il passare degli anni seguendo le nuove scoperte scientifiche, i diversi interessi politici e sociali, le interpretazioni etiche e le diverse regolamentazioni giuridiche.

Al giorno d'oggi, le società sono però consapevoli, che nonostante gli ampi dibattiti, il fenomeno continuerà a mutare ed essere percepito diversamente in base ai cambiamenti contingenti; proprio per questo motivo quindi, risulta ancora alquanto problematico creare delle teorie definitive sulla questione.

Le discussioni sull'aborto si sono intensificate soprattutto quando la sessualità è stata separata per la prima volta dalla procreazione grazie *“al progresso dei mezzi di contraccezione e [...] delle tecniche di procreazione medicalmente assistita”* a cui si è potuto *“avere libero accesso, aperto a tutti senza discriminazioni.”*¹

Nei diversi periodi storici sono stati molti i dibattiti sulla questione e solo nel 1978 si è arrivati in Italia ad una prima legge che tutela la donna in quanto soggetto di diritti sia nel caso in cui scelga di portare a termine una gravidanza, sia nel caso in cui invece scelga di ricorrere ad una sua interruzione.

Dopo trentacinque anni dalla sua approvazione, la legge però è ancora al centro di molti dibattiti morali, etici, politici, legislativi e culturali poiché viene percepita da chi è totalmente contrario all'aborto come uno strumento di contrasto delle nascite.

¹ L. Boltanski , *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Feltrinelli, Milano, 2007, pag 108

In realtà l'obiettivo della 194/78 è proprio quello di tutelare la donna con interventi a sostegno della maternità, un obiettivo nobile che verrà analizzato in questo mio lavoro di tesi in cui si studierà il percorso che compie una donna quando sceglie di interrompere o portare avanti una gravidanza.

È possibile affermare quindi che la redazione di questo lavoro ha proprio lo scopo di dimostrare come in realtà la legge 194/78, nonostante i contrasti degli oppositori, ha proprio il fine di tutelare con tutti i mezzi disponibili la maternità di ogni donna.

Il primo capitolo si apre con un'analisi storica del difficile percorso che ha portato all'approvazione della legge 194/78, che verrà in seguito analizzata attentamente per comprendere l'attuale quadro legislativo in materia all'interno del nostro paese. Verrà analizzato il ruolo previsto per lo Stato, le Regioni e per i consultori familiari che hanno il compito di analizzare con la donna le possibili strade da percorrere nel rispetto della sua autodeterminazione.

Si cercherà poi di comprendere il procedimento che la donna deve seguire per la richiesta dell'interruzione volontaria di gravidanza; importante diventa il rispetto di certi limiti temporali imposti dal legislatore e fondamentale il ruolo dei consultori familiari e delle strutture ospedaliere che, una volta accertate le condizioni della donna, devono rispettare il suo diritto di scelta. Particolare attenzione viene dedicata alla richiesta di donne con un'età inferiore ai diciotto anni.

L'obiezione di coscienza poi, è un importante diritto garantito al personale sanitario ed ausiliario per non eseguire le attività dirette ad effettuare l'interruzione della gravidanza; anche questo articolo, come vedremo, è stato e continua ad essere ampiamente dibattuto dagli individui appartenenti a diverse correnti ideologiche.

Per completare la cornice generale, verranno analizzati infine i dati sull'interruzione di gravidanza in Italia aggiornati all'anno 2006 forniti dalla relazione della Camera dei Deputati. Grazie a questo studio, sarà

infatti possibile confermare come la legge 194/78 sia una legge efficace per quanto riguarda l'obiettivo prefissato; dall'inizio degli anni '80 dello scorso secolo infatti, anche se con differenze regionali, il ricorso all'interruzione di gravidanza è progressivamente diminuito.

Nel secondo capitolo, verrà affrontato il tema molto attuale della contraccezione attraverso l'analisi dei cambiamenti avvenuti all'interno della società. Al giorno d'oggi il tema della sessualità viene discusso, in modo più o meno consapevole, anche dagli adolescenti che iniziano molto precocemente la loro attività sessuale. Purtroppo però, non sempre l'informazione viene diffusa correttamente e ancora oggi vi sono giovani ragazze ma anche donne adulte che rimangono incinta a causa di un rapporto sessuale non protetto o a causa della scorretta assunzione dei metodi anticoncezionali. Nel capitolo si tenterà di analizzare il fenomeno dando particolare rilievo al tema della prevenzione.

Il terzo capitolo, sarà invece dedicato alla scelta delle donne che decidono di interrompere la gravidanza; come prima cosa si cercheranno di analizzare le motivazioni che portano ad interrompere un progetto di maternità. Fondamentali per analizzare il fenomeno all'interno del Comune di Chioggia, le interviste condotte al ginecologo, all'ostetrica, alle psicologhe e all'assistente sociale che prestano servizio all'interno del consultorio familiare dell'ULSS 14.

Scegliere di interrompere la gravidanza non è un percorso facile e proprio per questo motivo la donna ha bisogno di essere accompagnata e seguita anche nel periodo successivo. I traumi post-aborto infatti possono essere molteplici ed anche quando questo è una scelta volontaria la donna può provare nei periodi successivi pentimenti e sensi di colpa per la decisione presa sentendo la necessità di elaborare la propria perdita. Non tutte le donne quindi, reagiscono allo stesso modo e proprio per questo i professionisti che operano nel campo devono creare un rapporto profondo per rispondere alla richiesta di aiuto in modo multidimensionale.

Nel quarto capitolo invece, viene analizzato l'importante ruolo svolto dal Movimento Per la Vita nel nostro paese; sono molte le forme di sostegno alla maternità pensate da questo tipo di organizzazione ma senza dubbio il contributo più importante è svolto dai numerosi Centri di Aiuto alla Vita distribuiti in tutto il nostro paese.

Questi centri, svolgono un ruolo attivo nella prevenzione dell'interruzione della gravidanza grazie al sostegno economico e materiale che forniscono alle donne in difficoltà.

Nel capitolo inoltre verranno illustrati gli altri servizi creati dal Movimento Per la Vita: importanti le due linee di sostegno telefonico alla maternità come il servizio SOS Vita (che offre sostegno psicologico alle madri e svolge poi un ruolo di ponte con i diversi servizi di volontariato) ed il Telefono Rosso (un servizio a disposizione delle donne che temono possibili complicazioni nella gravidanza a causa per esempio dell'assunzione di farmaci o dell'esposizione a radiazioni).

Da non dimenticare infine il progetto Gemma, un sistema di adozioni a distanza da parte di volontari che ha permesso la nascita di molti bambini che sono sfuggiti così all'aborto.

In questo capitolo si vuole dimostrare quindi che grazie ai numerosi interventi offerti dal Movimento Per la Vita è possibile prevenire l'aborto e per questo queste iniziative devono essere sostenute e incentivate.

Il quinto e ultimo capitolo infine, esplora i progetti di tutte quelle donne che nonostante le difficoltà attuali, scelgono di portare avanti la propria gravidanza.

Diventando madre ogni donna sceglie di iniziare un viaggio molto lungo in cui potrà essere accompagnata dalle persone che la amano oppure camminare da sola.

Il fenomeno delle madri single e delle ragazze madri infatti è sempre più diffuso e se nel passato poteva essere considerato un disonore, oggi viene visto invece come un cammino personale in cui la

protagonista sceglie di amare incondizionatamente il proprio figlio nonostante le avversità.

All'interno del mio lavoro ho voluto dare molta importanza alla dimensione locale del fenomeno e proprio per questo ho scelto di condurre una ricerca sul campo ed analizzare le possibilità di sostegno che vengono date alle madri in difficoltà all'interno del Comune di Chioggia.

Con il progetto "Io Nasko", infatti, grazie al contributo del Comune di Chioggia, viene dato un sostegno economico mensile alle donne che desiderano proseguire la gravidanza ma che potrebbero essere costrette ad interromperla a causa di difficoltà socio- economiche.

Grazie alla disponibilità di alcune donne che aderiscono al progetto, ho potuto raccogliere delle importanti storie di vita che dimostrano come i progetti a sostegno della maternità, soprattutto nel periodo attuale di forte crisi, siano molto importanti e debbano essere implementati.

Accanto al progetto "Io Nasko" il Centro Aiuto alla Vita di Chioggia promuove altri importanti progetti che prevedono il sostegno della madre anche dopo il parto, importanti progetti che dimostrano come all'interno della società grazie alla collaborazione di diverse istituzioni nessuno viene lasciato solo.

Fondamentale sottolineare che in tutti questi interventi, l'autodeterminazione della donna viene messa in primo piano: i professionisti infatti, nello svolgimento delle loro attività, non hanno l'obiettivo di imporre alla donna un comportamento corrispondente ai loro valori personali, bensì quello di guidarla verso la miglior decisione nel rispetto dei suoi desideri.

Ricordiamo infine che nell'erogazione degli interventi la dimensione locale e la sussidiarietà orizzontale sono due principi fondamentali che devono essere garantiti ad ogni cittadino: proprio per questo motivo quindi è fondamentale adottare un approccio bottom-up facendo partire i progetti dal basso per poi svilupparli e diffonderli anche ad un livello macro nell'interesse della collettività.

Il sostegno alla maternità è un obiettivo molto importante soprattutto al giorno d'oggi poiché l'attuale situazione di crisi è indubbiamente poco favorevole per portare avanti un progetto genitoriale

Si vuole dimostrare in conclusione che nonostante ciò diventare madre in un periodo in cui le certezze economiche sono assenti ed il futuro è altamente instabile, è ancora possibile ed è proprio grazie ai piccoli interventi che si sviluppano ogni giorno all'interno delle nostre società che sarà possibile in un futuro prossimo creare una rete sempre più vasta che sostenga ogni donna ed ogni famiglia nel proprio cammino verso la genitorialità.

CAPITOLO 1 – IL CAMMINO VERSO LA LEGGE 194/78 ED IL SUO IMPATTO ALL'INTERNO DELLA SOCIETA'

1.1) Il panorama sociale durante la battaglia per l'approvazione della legge 194/78

Fino alla metà del XV secolo, l'embrione non veniva ancora considerato come un individuo autonomo, era visto semplicemente come un'appendice del corpo della madre, come *“un frutto che, finché non diventa maturo , non si può concepire separatamente dalla pianta, giacché solo in virtù della maturazione diviene un'entità autonoma.”*²

È solo grazie alle prime scoperte scientifiche che si cominciarono ad avanzare alcune ipotesi secondo le quali già dalla fecondazione erano presenti nel seme maschile e negli ovuli femminili tutte le parti necessarie alla formazione dell'essere umano nei nove mesi di gestazione.

La conoscenza dello sviluppo fetale quindi è stata fondamentale per iniziare a considerare l'embrione ed il feto come entità autonome rispetto al corpo della madre che dovevano essere rispettate.

Scegliere di interrompere una gravidanza quindi porta ad un conflitto tra il diritto della madre ad autodeterminarsi e quello del nascituro a vivere, un conflitto che però è stato percepito diversamente a seconda del periodo storico.

Fino alla seconda metà del 1900 il feto veniva maggiormente tutelato rispetto alla madre, mentre con il passare degli anni si è arrivati all'attuale visione in cui oltre al diritto alla vita di ogni essere umano, è necessario garantire alcuni diritti fondamentali anche alla madre dandole la possibilità di autodeterminarsi.

Ricordiamo che nel nostro paese l'aborto è rimasto a lungo una pratica illegale e punita dalla legge e proprio per questo motivo la maggior parte degli interventi venivano eseguiti di nascosto da personale non qualificato in condizioni igienico-sanitarie molto precarie.

² G. GALEOTTI, *Storia dell'aborto. I molti protagonisti e interessi di una lunga vicenda*, Il Mulino, Bologna, 2003, pag 10

Solo a partire dagli ultimi decenni del XX secolo, grazie anche all'evoluzione delle scoperte mediche e alla maggiore consapevolezza dimostrata dai cittadini nel richiedere i propri diritti, la pratica dell'aborto è stata ufficialmente legalizzata in molti contesti europei ed extraeuropei.

Prendendo in considerazione il contesto italiano, sarà necessario attendere la fine degli anni '70 per vedere l'approvazione della legge 194/78 intitolata "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

Per comprendere a fondo le dinamiche che hanno portato all'approvazione di una legge relativa alla regolazione della questione dell'aborto sarà però necessario analizzare il clima presente all'interno della società nel periodo storico antecedente la sua approvazione.

In Italia, tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60, come anticipato, erano sempre più diffusi i casi di aborto procurato in modo rudimentale dalle cosiddette *mammane*³: in questo modo, ragazze troppo giovani o madri con già troppi figli ricorrevano ad aborti effettuati con mezzi rudimentali che spesso portavano al loro decesso. Il problema però veniva nascosto e solo una minima parte degli aborti, per cui il ricovero ospedaliero era inevitabile, veniva denunciata. L'interruzione volontaria di gravidanza era considerata un reato punibile anche con la reclusione di chi cagionava o subiva l'atto e proprio per questo la sua esecuzione è rimasta a lungo nascosta.

Tra gli anni '50 e '60 dello scorso secolo inoltre, la Chiesa svolgeva ancora un ruolo predominante contrastando ogni possibile iniziativa per promuovere un'educazione sessuale.

Gli unici metodi anticoncezionali ammessi erano quelli naturali ed in particolar modo il metodo Ogino-Knauss che si basava sull'astinenza periodica durante i periodi fertili. Il 29 ottobre 1951 infatti in un discorso rivolto all'Unione cattolica italiana delle ostetriche

³La *mammanna* nella tradizione rurale del nostro paese era una figura tipica soprattutto della cultura meridionale. Era una donna non troppo giovane che aiutava le donne gravide a partorire ma era anche la persona a cui ci si rivolgeva per effettuare gli aborti.

il papa Pio XII dichiarò che solo "*l'osservanza dei tempi infecondi può essere lecita sotto l'aspetto morale*".⁴

Non solo la Chiesa ostacolava una sessualità consapevole ma anche la legislazione del periodo risultava inadeguata: fino al 1971 era legalmente vietato l'uso dei metodi anticoncezionali (in particolare modo della pillola) e l'aborto era considerato un crimine dal codice penale.

In questo modo anziché intervenire e prevenire il fenomeno degli aborti clandestini, si contribuiva alla loro diffusione: non utilizzando metodi anticoncezionali efficaci le gravidanze indesiderate erano un fenomeno molto esteso ed erano altrettante le donne impossibilitate a portare avanti una gravidanza che accettavano di mettere a rischio la propria vita ricorrendo a tecniche poco sicure.

A partire dagli anni '50 dello scorso secolo invece negli altri paesi Europei (soprattutto in Francia e negli Stati Uniti), si cominciava a riflettere sulla problematica dell'aborto con un'impostazione laica dando particolare importanza all'autonomia di scelta della donna. Nel panorama generale sembrava affermarsi la volontà di legalizzare un tipo di aborto terapeutico che poteva essere richiesto in caso di difficoltà fisiche, psicologiche e sociali della gestante.

In Italia invece, per avere i primi sviluppi in materia, si dovranno aspettare i movimenti di emancipazione femminile verso la fine degli anni '60 quando il Movimento di Liberazione della Donna inserì "*tra le sue battaglie prioritarie per l'affermazione dei diritti civili in Italia, la liberalizzazione dell'aborto, senza distinzione di stato e necessità medica, con la creazione di apposite strutture sanitarie.*"⁵

Solo l'11 febbraio 1973 verrà presentato ufficialmente in Parlamento il primo disegno di legge formale sull'aborto; in questo contesto il socialista Fortuna proponeva la possibilità di interrompere la gravidanza quando si verificasse un rischio grave per la salute fisica o

⁴ http://www.storiaefuturo.com/it/numero_27/articoli/1_famiglia-contraccezione-ogino-knaus-vaticano~1440.html#2

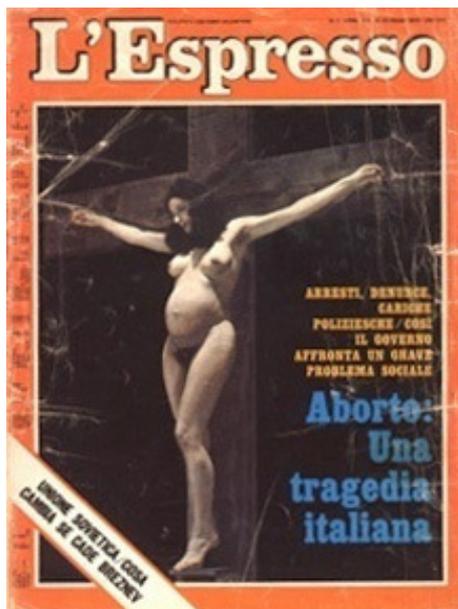
⁵ G. SCIRE', *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008, pag 25

psichica della donna ed inoltre in caso di gravi malformazioni del nascituro.

La società italiana era in rapido cambiamento e risentiva delle influenze provenienti dal mondo esterno; erano presenti differenti ideologie e molte limitazioni provenienti proprio dai testi di legge come il codice penale, civile e di famiglia risalenti anche al lontano periodo del fascismo.

La riforma del diritto di famiglia del 1975, è stata un altro passo fondamentale che ha introdotto principi importanti come la parità giuridica tra i coniugi, l'obbligo reciproco di fedeltà, l'importanza dell'assistenza morale e della coabitazione e venivano istituiti i primi consultori familiari.

Questi ultimi hanno ricoperto un ruolo fondamentale emergendo inizialmente come strutture idonee all'assistenza psicologica e sociale della maternità e della sessualità: la loro organizzazione era basata sul principio fondamentale del decentramento amministrativo con cui si volevano trasferire la responsabilità e la gestione di alcuni servizi pubblici agli organi di governo locale. Questo processo molto importante è stato affermato con la legge di riforma sanitaria



833/1978 che ha istituito le Unità Sanitarie Locali classificate come le principali strutture per l'erogazione di servizi socio-sanitari alla cittadinanza.

Nonostante quest'aria di rinnovamento, però lo scontro effettivo tra le ideologie della Chiesa e dei partiti politici, non era ancora avvenuto e bisognerà aspettare la metà degli anni '70 per osservare un inevitabilmente punto di rottura.

Nel gennaio del 1975 infatti la copertina del famoso settimanale "L'Espresso" fece aprire ufficialmente il dibattito che portò all'approvazione della legge 194/78. La copertina

del giornale, riportava l'immagine di una donna nuda ed incinta crocifissa: indubbiamente il gesto voleva essere una provocazione nei confronti della Chiesa che appunto impedendo di prevenire o interrompere gravidanze indesiderate portava ad una morte certa troppe donne che ricorrevano all'aborto clandestino. La questione doveva essere affrontata.⁶

Dalla metà degli anni '70 il panorama cambia molto velocemente: il 18 febbraio 1975 la Corte Costituzionale con una sentenza dichiara parzialmente illegittimo l'articolo 546 del codice penale sottolineando la prevalenza del diritto alla vita e alla salute della madre. In questo modo, per la prima volta molte donne hanno potuto ricorrere all'aborto in modo legale all'interno di strutture sanitarie seppur rispettando i precisi vincoli normativi. Anche se non era ancora possibile parlare di una piena liberalizzazione dell'aborto la strada verso la 194/78 era ormai stata spianata.

Arrivati all'ottobre 1976, è stata presentata alla Camera una proposta di legge intitolata "*Tutela sociale della maternità e interruzione volontaria della gravidanza*" che aveva l'obiettivo di ridurre il ricorso all'aborto clandestino, ma al tempo stesso anche di mettere in risalto la "*contraddizione in cui cadeva lo Stato nel momento stesso in cui, volendo porre rimedio al male, non sembrava avere altro mezzo che consentirlo a certe condizioni.*"⁷

All'inizio del 1977, è stata proposta una nuova legge sull'aborto approvata il 21 gennaio con 310 voti favorevoli rispetto ai 296 contrari intitolata "*Norme sull'interruzione di gravidanza*"; questa legge determinava per la prima volta una vittoria (anche se parziale) dei favorevoli all'aborto. L'aumento degli aborti clandestini infatti era sempre più preoccupante ed era necessaria l'approvazione di una legge che affrontasse la problematica.

⁶ L'accaduto è tratto da G. Scirè, *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008, in cui si raccontano passo dopo passo le vicende avvenute all'interno del nostro Paese per arrivare all'approvazione della legge 194/78.

⁷ G. SCIRE', *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008, pag 114

La legge del 21 gennaio affermava che la decisione di aborto era riservata alla donna; se questa era minorenni poteva effettuare comunque la richiesta ma la decisione finale spettava al medico. Importante era la variabile temporale infatti se la donna richiedeva l'interruzione di gravidanza prima del novantesimo giorno poteva rivolgersi ad un qualsiasi medico di fiducia ed invece se la richiesta veniva effettuata dopo il novantesimo giorno era necessario rivolgersi ad un ospedale pubblico specializzato. Era presente infine la possibilità dell'obiezione di coscienza per il personale per quanto riguarda l'esecuzione vera e propria dell'intervento.

Ovviamente questo testo legislativo contrastava i principi della Democrazia Cristiana e di altri partiti totalmente contrari all'aborto e proprio per questo motivo questi gruppi hanno tentato più volte di proporre degli emendamenti.

La situazione però continuava a peggiorare; alla fine del 1977 non erano ancora state prese decisioni definitive e l'aborto veniva concesso solo a particolari condizioni. Arrivati quindi nel gennaio del 1978 si aprivano due possibilità di azione: da un lato si poteva procedere con la discussione di una nuova legge esaminando al momento le obiezioni che erano state poste dagli antiabortisti, dall'altro si poteva invece percorrere una strada meno rischiosa cercando di esaminare le obiezioni sollevate prima della discussione in Parlamento per trovare una possibile mediazione ed evitare disguidi al momento della discussione.

Infine, nella primavera del 1978, dopo aver deciso di percorrere la strada più sicura, il nuovo testo di legge discusso ed unificato secondo le ideologie delle diverse classi politiche, è stato presentato alla Camera e al Senato per venire poi approvato il 22 maggio con il titolo *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.*

Con la sua approvazione per la prima volta veniva data molta importanza all'autodeterminazione della donna che diventava libera di

scegliere se portare avanti o interrompere la gravidanza e non poteva più essere perseguita penalmente se ricorreva all'aborto rispettando certe condizioni.

La legge 194/78 è basata su tre principi fondamentali che vengono affermati nel primo articolo; come prima cosa viene promosso il diritto ad una procreazione responsabile grazie al ricorso di metodi anticoncezionali, viene poi data molta importanza al valore sociale della maternità ed inoltre viene affermata l'importanza della vita umana sin dal suo inizio.

Con la nuova legge diventa possibile ricorrere all'aborto entro i primi 90 giorni dal concepimento quando la prosecuzione della gravidanza può essere rischiosa per la salute fisica o psichica della donna, ma anche quando essa non si senta in grado per qualsiasi motivo di portarla a termine.

La salute infatti viene percepita per la prima volta in modo multidimensionale e quindi anche le condizioni economiche o familiari precarie o la presenza di anomalie nel concepito diventano degli aspetti rilevanti per chiedere l'interruzione della gravidanza.

Le legge però, non deve essere intesa come una piena liberalizzazione dell'aborto bensì come una tutela per la salute e per l'autodeterminazione della donna; nella discussione del testo di legge infatti sono stati previsti interventi mirati alla salvaguardia della maternità come il documento che rilascia il medico al momento della richiesta in cui invita la donna a riflettere per una settimana sulla decisione presa prevedendo così la possibilità di cambiare idea.

La legge afferma inoltre che l'interruzione di gravidanza deve avvenire in una struttura pubblica proprio perché l'obiettivo è quello di ridurre o addirittura eliminare il caso degli aborti clandestini. La legge afferma infine che, superati i 90 giorni dal concepimento invece, l'aborto può essere praticato solo nel caso in cui la prosecuzione della gravidanza comporti un grave pericolo per la vita della donna o quando siano presenti nel feto delle gravi patologie o malformazioni.

L'anno 1978, quindi è stato un anno rivoluzionario per il nostro paese poiché ha visto l'affermazione di importanti diritti e l'approvazione di altre due leggi importanti per il welfare come la 180/1978 (la cosiddetta legge Basaglia) per la riforma dell'assistenza psichiatrica ed il superamento della logica manicomiale e la legge 833/1978 per la riforma del sistema sanitario e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

La battaglia però non era ancora del tutto terminata poiché rimanevano ancora aperte delle questioni per cui gli antiabortisti facevano sentire la loro voce; essi chiedevano al popolo cattolico *“la possibilità di contribuire alle firme per indire un referendum per l'abrogazione della legge 194”*⁸ che secondo il loro parere era ancora contraria a molti principi affermati dalla Chiesa.

A metà del 1980, sono state depositate le firme necessarie per poter indire il referendum che chiedeva l'abrogazione della 194/78.

Le questioni che dovevano essere esaminate dalla Corte Costituzionale erano diverse a seconda del partito o del gruppo da cui venivano proposte: i cattolici più radicali richiedevano ovviamente il divieto di aborto in qualsiasi caso a meno che non ci fosse stato un pericolo di vita per la donna. Questa soluzione però non appariva bilanciata rispetto al contesto storico-sociale dell'epoca e sicuramente non avrebbe fatto altro che accrescere il problema degli aborti clandestini; proprio per questo motivo la proposta è stata respinta e giudicata incostituzionale.

Sempre dal fronte cattolico, era arrivata anche un'altra proposta chiamata *“minimale”* che non prevedeva la totale soppressione dell'aborto bensì una sua riduzione; si proponeva di legalizzare il solo aborto terapeutico per preservare la salute della madre o per impedire lo sviluppo di un feto con gravi malformazioni o patologie.

⁸ G. SCIRE', *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008, pag 195

Nell'altro versante c'era invece una proposta dei favorevoli all'istituzione dell'aborto che miravano ad una sua completa liberalizzazione in vista dell'autodeterminazione della donna.

Negli anni '80 dello scorso secolo, il clima politico e sociale del nostro paese era profondamente mutato rispetto al passato, ma socialmente e geograficamente erano ancora presenti le classiche disuguaglianze tra la parte settentrionale e meridionale del paese; nel Mezzogiorno infatti la povertà era molto diffusa ed il problema degli aborti clandestini appariva ancora come una questione irrisolta.

Generalmente però è possibile affermare che la struttura della famiglia era radicalmente cambiata: l'istruzione era sempre più importante anche per la parte femminile della popolazione che acquistava sempre maggior autonomia e proprio per questo il classico modello di famiglia patriarcale stava ormai tramontando.

L'età media del matrimonio e della nascita del primo figlio erano aumentate e gli impegni familiari venivano posticipati di qualche anno per dare importanza alla carriera e alla stabilità economica.

La pressione della Chiesa però era sempre più forte e volta ad impedire l'affermazione di questi cambiamenti che portavano indubbiamente ad una maggiore libertà personale e quindi ad una minore dipendenza dalla Chiesa stessa.

Per questo le iniziative cattoliche che spingevano la popolazione a votare a favore dell'abrogazione della legge 194/78 erano sempre più numerose: in Calabria addirittura *“si moltiplicavano le processioni [...] con veri e propri comizi a favore del referendum proposto dal Movimento per la vita. In alcuni casi estremi anche la statua del santo patrono sfilava accompagnata da un cartello con su scritto Vota sì.”*⁹

Si arrivò infine al referendum con due diversi quesiti, uno proposto dal movimento dei cattolici radicali che proponeva un'abrogazione totale dell'aborto e l'altro proposto dal Movimento per la vita che invece voleva abrogare le giustificazioni possibili all'aborto e tutte le sue

⁹ G. SCIRE', *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008, pag 251

forme proposte dalla legge 194/78 e mantenere soltanto la possibilità di aborto terapeutico.

Il referendum atteso per il 17 e 18 maggio 1981 ha avuto esiti indiscutibili; l'85,5% dei votanti ha respinto la richiesta cattolica più radicale e ben il 67,9% aveva respinto anche l'altra proposta che voleva mantenere comunque dei vincoli per ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza. Grazie a questa conquista, negli anni '80 finalmente, anche nel nostro paese era stato fatto un importante passo avanti avvicinandosi così ai progressi raggiunti anche dagli altri stati europei; la Chiesa infatti ormai aveva perso il potere di dominio sulla popolazione che possedeva in passato.

Grazie alla legge 194/78, sono stati valorizzati alcuni diritti affermati nella nostra Costituzione come ad esempio *“la libertà personale, la dignità della persona e l'uguaglianza. [...] In questo senso l'autodeterminazione è un habeas corpus. In discussione è la dignità di persona della donna, che, con il divieto di aborto, viene obbligata a diventare madre. Per questo parliamo di autodeterminazione delle donna in tema di maternità.”*¹⁰

Oggi, dopo 35 anni dalla conclusione del lungo percorso che ha portato alla sua approvazione, è possibile affermare che nonostante le controversie ed i dilemmi, la legge 194/78 sembra funzionare: dopo un lieve aumento degli aborti nei primi due anni dall'approvazione della legge infatti, c'è stata una graduale riduzione del fenomeno che è continuata nel corso del tempo.

Ancora oggi però, scorrettamente, la legge 194/78 viene riconosciuta anche “legge sull'aborto” facendo così pensare ad uno strumento legislativo che ha per obiettivo la legalizzazione di questa pratica. Osservando con attenzione il suo nome ed i primi due articoli, invece, si può ben capire che i suoi obiettivi principali sono la tutela della maternità e della vita umana fin dal suo inizio.

¹⁰ C. D'ELIA, *L'aborto e la responsabilità. Le donne, la legge, il contrattacco maschile*, Ediesse, Roma, 2008, pag 132

Dopo l'approvazione della norma, si è continuato a lavorare per migliorare il raggiungimento degli obiettivi da essa fissati: oggi per esempio grazie alla creazione di un sistema di rilevazione del fenomeno molto più attendibile rispetto al passato vengono registrati i dati delle donne che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza nelle strutture ospedaliere pubbliche. Attualmente vengono compilate delle schede in cui si raccolgono i dati delle donne come *“l'età, lo stato civile, il numero degli aborti effettuati in precedenza, la condizione sociale, di istruzione, ecc. I dati confluiti vengono registrati e analizzati dall'Istituto Superiore della Sanità, dal ministero della Salute e dall'Istat.”*¹¹ È quindi proprio grazie alla presenza di questi sistemi e di questi nuovi strumenti che è possibile stilare delle statistiche ufficiali sull'andamento del fenomeno che permettono di affermare che gli obiettivi principali della legge, a 35 anni dalla sua approvazione, sono stati raggiunti anche se con molte diversità a livello territoriale.

1.2) La legge 194/78: norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza

La legge 194/78 ha rivoluzionato la percezione nei confronti della donna incinta: per la prima volta infatti viene riconosciuta l'importanza dell'autodeterminazione.

Ricordiamo però che la donna non viene vista come l'unica destinataria dell'intervento: l'attenzione infatti è focalizzata anche sull'embrione in quanto soggetto di diritti che devono essere garantiti e rispettati. Nella stesura della legge, è stato preso in considerazione l'articolo 32 della Costituzione che afferma al primo comma l'importanza del diritto alla salute dell'individuo anche nell'interesse della collettività, mentre al secondo comma afferma l'essenziale diritto all'autodeterminazione personale; nel testo costituzionale infatti possiamo leggere le seguenti parole: *“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento*

¹¹ G. SCIRE', *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008, pag 270

sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”¹²

L'articolo 32 quindi, rappresenta un piccolo capolavoro del nostro testo costituzionale poiché riesce ad affermare al tempo stesso l'importanza del diritto alla salute personale anche dei soggetti più vulnerabili e la necessità di garantire ad ogni individuo la possibilità di autodeterminarsi prendendo autonomamente le proprie decisioni.

La legge 194/78 si apre affermando il diritto alla procreazione responsabile e la tutela per la vita umana, proprio per questo motivo l'interruzione volontaria di gravidanza non deve essere vista come un mezzo per il controllo o la limitazione delle nascite.

Con il primo articolo quindi implicitamente si intende affermare che il controllo della fertilità oltre ad essere un diritto, deve essere anche un dovere di ogni cittadino.

All'articolo 2 si afferma il ruolo cruciale dei consultori familiari che devono assistere la donna durante la gravidanza e tenerla informata riguardo ai diritti ed ai servizi sociali, sanitari e assistenziali che le potranno essere garantiti.

All'interno del consultorio familiare inoltre la donna può trovare anche un supporto psicologico e materiale per discutere e superare le cause che la potrebbero portare ad interrompere la gravidanza. Fondamentale rimane l'autodeterminazione poiché l'obiettivo degli interventi non è quello di portare la donna verso un certo tipo di decisione bensì quello di aumentare la sua consapevolezza per prendere la decisione migliore.

Come scrive Fattorini infatti *“questo approccio valorizza il compito di assistere, di stare vicino, di essere accanto a chi faticosamente sta assumendo una decisione assolutamente rilevante per la sua vita.”*¹³

All'articolo 4 si introduce il procedimento che dovrà seguire la donna in stato di gravidanza da meno di 90 giorni per richiedere

¹² http://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32

¹³ G. FATTORINI, *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194*, Angelo Guerrini e Associati, Milano, 2008, pag 24

l'interruzione. Il termine di 90 giorni in questo caso viene fissato essenzialmente per motivi legati allo sviluppo del feto: è proprio in questo periodo infatti che si conclude la formazione dei principali organi e che quindi l'embrione si avvia a diventare un feto. Dopo 90 giorni di amenorrea inoltre i processi diventano più invasivi e più pericolosi per la donna ed il legislatore ha sentito quindi la necessità di prevedere delle diverse motivazioni (indubbiamente più gravi) per ricorrere all'interruzione di gravidanza. Nell'articolo 4 comunque si afferma l'importante compito assegnato al personale del consultorio familiare o al medico di fiducia che entreranno per primi in contatto con la donna con un primo colloquio. Il testo di legge afferma che in questi casi può essere richiesto l'aborto non solo a causa di gravi conseguenze per la salute fisica o psichica della gestante provocate dalla gravidanza, bensì anche in relazione alle difficili condizioni economiche, sociali e familiari o a causa di anomalie e malformazioni riscontrate sul feto.

L'articolo 5 però afferma al tempo stesso che il consultorio e le strutture socio-sanitarie hanno il compito *“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 [...] le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza , [...] di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.”*¹⁴

In questo contesto, quindi i professionisti dovranno discutere la situazione con la donna, consigliare e promuovere gli interventi disponibili al sostegno della maternità.

La legge afferma però che se comunque al termine della discussione la decisione di interrompere la gravidanza non è cambiata, il medico di fiducia o del consultorio familiare dovrà rilasciare un documento nel

¹⁴ Legge 22 maggio 1978 n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, articolo 5

quale si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta di interruzione; a partire dalla data di emissione del documento la richiedente avrà sette giorni per riflettere e ripensare sulla decisione presa dopodiché potrà ottenere l'intervento richiesto.

La 194/78 inoltre prevede la possibilità di ricorrere immediatamente all'aborto nel caso in cui la richiesta della donna sia urgente: di fronte a gravi rischi imminenti per la salute fisica o psichica della donna quindi potrà essere rilasciato un certificato che attesta la situazione e permette di ottenere quanto prima l'interruzione della gravidanza.

All'articolo 6 invece viene affermato che quando la gravidanza dura da più di novanta giorni la donna non può arbitrariamente decidere di ricorrere all'aborto ma questo è consentito solo nei casi in cui *“la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.”*¹⁵

Questi processi però non possono essere verificati semplicemente dal medico di fiducia o dal personale del consultorio familiare ma devono essere accertati dal medico del servizio ostetrico- ginecologico del servizio ospedaliero in cui avverrà l'intervento che potrà dare il consenso esclusivo all'esecuzione dell'intervento.

Nell'articolo 7 si aggiunge inoltre che quando il feto potrebbe sopravvivere autonomamente l'interruzione di gravidanza può essere autorizzata solo se sussistono gravi problemi per la vita della donna e non è sufficiente quindi che vi siano rischi per la salute fisica o psichica; in questo caso inoltre il medico dopo l'intervento, deve adottare ogni mezzo disponibile per salvaguardare la vita del feto.

All'articolo 8 si afferma che in qualsiasi caso l'interruzione di gravidanza dovrà essere eseguita da un medico del servizio ostetrico- ginecologico dell'ospedale o eventualmente all'interno di una casa di

¹⁵ Legge 22 maggio 1978 n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, articolo 6

cura autorizzata se la gravidanza è iniziata da meno di novanta giorni. Non tutti i medici quindi hanno la facoltà di eseguire questo tipo di intervento e le richiedenti devono recarsi presso strutture specializzate proprio per limitare il fenomeno degli aborti clandestini. Da non dimenticare la possibilità per il personale sanitario ed ausiliario dell'obiezione di coscienza affermata all'articolo 9: questa può essere presentata al medico provinciale o al direttore sanitario. Ricordiamo però, che la presentazione dell'obiezione di coscienza non esonera il personale dall'esecuzione di ogni compito legato all'interruzione della gravidanza: nel caso in cui l'intervento sia necessario per salvaguardare la salute della donna il personale dovrà intervenire rispettando la tutela per la vita. Inoltre non rientrano nell'obiezione di coscienza le prestazioni antecedenti e conseguenti l'intervento vero e proprio che devono sempre essere assicurate tenendo conto dei diritti personali della richiedente.

Infine importante ricordare che all'articolo 12 si afferma che la richiesta è personale e deve essere effettuata dalla donna stessa con alcune eccezioni: per esempio una donna con età inferiore ai diciotto anni deve ottenere il consenso di chi esercita su di essa la potestà o la tutela per ricorrere all'interruzione di gravidanza. Se questi individui negano il consenso, il medico in questione potrà inviare una relazione con il proprio parere ad un giudice tutelare che sentita la donna ed analizzate le motivazioni che la portano ad interrompere la gravidanza può autorizzarla a sottoporsi all'intervento.

Anche il caso di infermità mentale della gestante inoltre, costituisce una situazione particolare in cui la richiesta di interruzione di gravidanza può essere effettuata dal tutore legale o dal coniuge non separato.

La richiesta effettuata dovrà essere inviata ad un giudice tutelare che avrà il compito di analizzare la situazione e la condizione della gestante per prendere la decisione finale.

1.3) Epidemiologia del fenomeno a livello nazionale

Grazie alle *Relazione sull'attuazione delle legge concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza* della Camera dei Deputati del 2008 e la *Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza* del 2011 è stato possibile consultare dei dati aggiornati, che evidenziano il continuo decremento dell'aborto a partire dagli anni '80 dello scorso secolo.

Per la raccolta dei dati è fondamentale il sistema di sorveglianza creato in collaborazione con le Regioni che si basa sulla compilazione dei modelli D12 ISTAT in cui si raccolgono dati come l'età, la cittadinanza, lo stato civile, il livello d'istruzione, l'occupazione, la storia riproduttiva della donna, l'età gestazionale al momento dell'intervento, il luogo della certificazione e dell'intervento ed il tipo di intervento e di anestesia utilizzata, per creare delle stime complete e approfondite del fenomeno nel corso degli anni.

In base ai dati raccolti è possibile affermare che il primo periodo che ha seguito l'approvazione della legge 194/78 può essere classificato come il periodo dell'incremento. L'anno 1982 infatti è stato l'anno in assoluto in cui si sono verificate il maggior numero di interruzioni di gravidanza. Il fenomeno dipende dal fatto che i primi cinque anni di applicazione della legge hanno coinciso "*con il tempo necessario per fuoriuscire dall'epoca della clandestinità a quella della legalità man mano che l'organizzazione sanitaria andava attivandosi per rispondere alla domanda*".¹⁶

Nel 1982 a livello nazionale si sono registrate 234801 interruzioni volontarie di gravidanza: a partire da questo periodo poi gli interventi sono gradualmente diminuiti e alla fine degli anni '80 (1989) il numero era già sceso a 171684. L'interruzione volontaria di gravidanza aveva già avuto una riduzione del 26,9% rispetto a sette anni prima.

¹⁶ G. FATTORINI, *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194*, Angelo Guerrini e Associati, Milano, 2008, pag 64

A metà degli anni '90 il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza aveva raggiunto i 139549 casi portando ad una riduzione del fenomeno del 40,5% rispetto all'anno 1982.

All'inizio del nuovo millennio invece, il numero di aborti a livello nazionale è stato di 135133 ovvero ad una riduzione del 42,4% ed arrivati invece nel 2006 è stato di 131018 portando ad una riduzione del fenomeno del 44,2% rispetto ai dati del 1982. Infine gli ultimi dati disponibili risalenti al 2010 dimostrano che il numero delle interruzioni di gravidanza è arrivato a 115981 casi con un decremento del 53,3% rispetto al 1982.

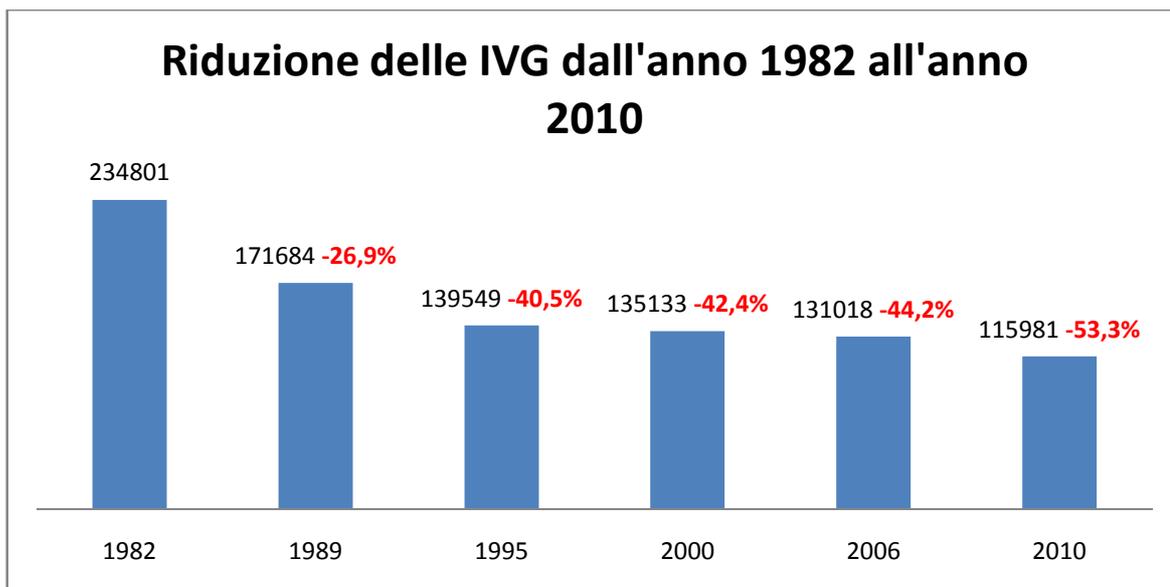
Possiamo notare come nel primo periodo preso in considerazione ci sia stata una diminuzione molto marcata del fenomeno: si è passati infatti dai 234801 casi di aborto del 1982 ai 139549 del 1995 con un totale di 95252 interruzione volontarie di gravidanza in meno.

Il fenomeno, poi è continuato a diminuire in modo meno evidente rispetto al decennio precedente passando dai 139549 casi del 1995 ai 131018 del 2006, per arrivare ai 115981 dell'anno 2010.

Facendo riferimento al tasso di abortività che corrisponde al numero di aborti effettuati tra 1000 donne tra i 15 ed i 49 anni, è possibile affermare che nell'anno 2010 questo era pari a 7,8 per 1000 con un decremento totale del 54,7% rispetto all'anno 1982 in cui era pari a 17,2 per 1000.¹⁷

In seguito troviamo un grafico rappresentativo della diminuzione del fenomeno nel contesto nazionale.

¹⁷ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1824_allegato.pdf - Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza.



Esaminando approfonditamente il fenomeno però, bisogna ricordare che la diminuzione dell'interruzione di gravidanza (anche clandestina) non deve essere solamente collegata all'approvazione della legge 194/78: il fenomeno è stato anche influenzato dalla progressiva liberalizzazione dei metodi anticoncezionali che hanno permesso di programmare la maternità e vivere la sessualità in modo più responsabile.

La riduzione degli aborti inoltre deve anche essere collegata al progressivo calo della nuzialità e della fecondità e alle difficoltà che incontra la popolazione nella gestione della vita di tutti i giorni a causa dell'assenza di adeguate politiche familiari offerte dal welfare. Ricordiamo inoltre che questa diminuzione deve venire collegata anche alla commercializzazione avvenuta negli ultimi anni, delle pillole abortive del giorno dopo (Norlevo), dei cinque giorni dopo (Ellaone) e del mese dopo (Ru486) che permettono di abortire in una fase precoce della gravidanza non facendo rientrare l'intervento nelle stime nazionali dell'interruzione di gravidanza.

Da non dimenticare infine il numero non quantificabile di donne che ricorrono ancora ad un aborto clandestino provocato da dosi massicce di Cytotec, un farmaco gastro-protettore, indicato nei casi di ulcera allo stomaco che viene assunto per provocare forti contrazioni uterine.

In conclusione ricordiamo che il fenomeno dell'interruzione di gravidanza assume dimensioni differenti tra donne con diverse condizioni economiche e sociali: con il tempo diventa sempre minore tra le più istruite, occupate e coniugate che quindi riescono a programmare in modo più consapevole la loro vita.

Proprio per questo motivo quindi la legge 194/78 è necessaria per poter garantire alle donne che scelgono l'aborto, perché si trovano in difficoltà, le condizioni di salute migliori e la tutela necessaria.

La legge 194/78 è quindi importante ed è possibile affermare che modo grazie alla sua presenza, con il passare degli anni, l'aborto non verrà più visto come un metodo per il controllo delle nascite bensì come una "soluzione marginale di emergenza" a cui ricorrere in situazioni impreviste e non altrimenti risolvibili.

1.4) Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

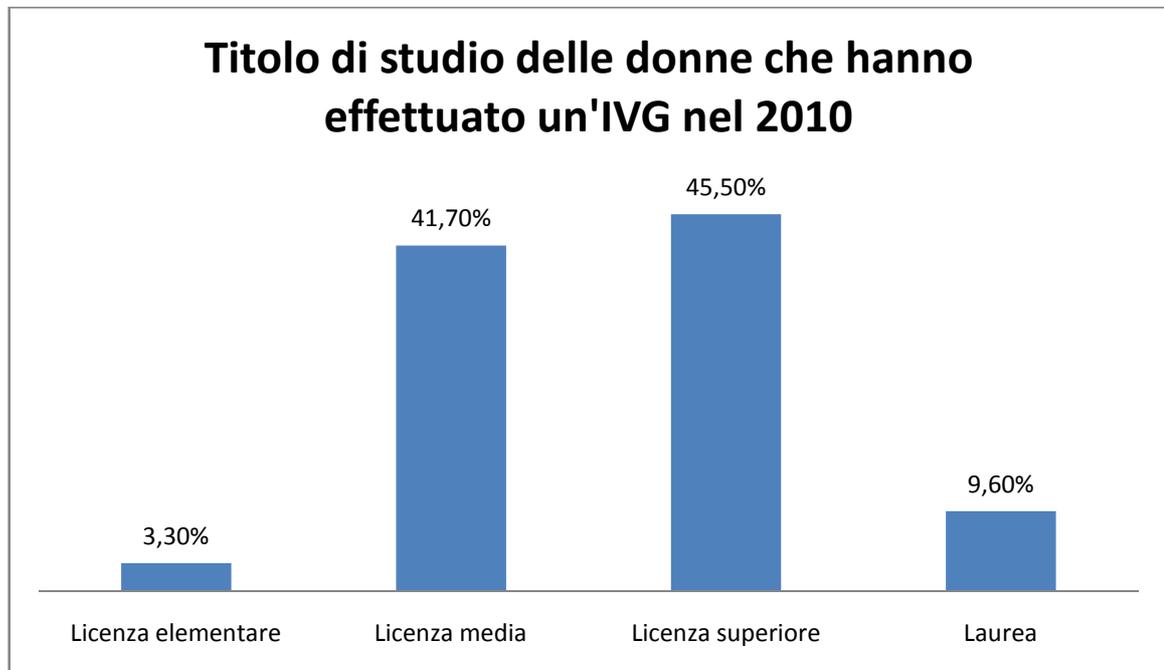
Come osservato dai precedenti dati, è quindi possibile confermare che a partire dagli anni '80 dello scorso secolo il ricorso all'interruzione di gravidanza è continuamente diminuito soprattutto tra le donne con un alto livello di istruzione, un buon lavoro e generalmente coniugate.

Questa situazione dipende dal fatto che grazie al buon livello di istruzione e alla loro posizione sociale, queste donne sono ben informate sui diversi metodi contraccettivi e per questo conducono una vita sessuale responsabile. Inoltre, in caso di una gravidanza non programmata dispongono di un buon grado di stabilità economica e familiare che permette loro di affrontare un progetto genitoriale.

Importante è quindi osservare questi indicatori poiché riflettono fedelmente la condizione sociale delle donne che in caso di una gravidanza imprevista scelgono di continuarla.

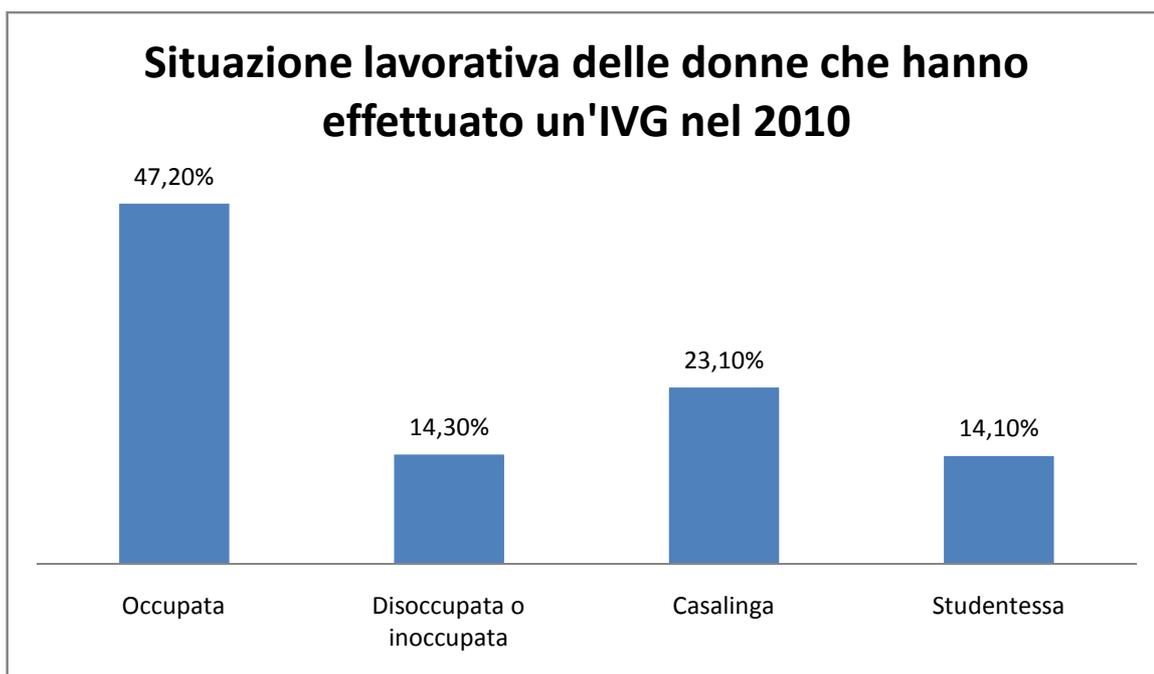
Come vediamo nel grafico seguente invece, la maggior parte di donne che richiede l'interruzione di gravidanza, ha un titolo di studio medio basso: il 41,7% è in possesso del diploma di scuola media inferiore mentre il 45,5% possiede il diploma di scuola media superiore; la

percentuale di aborti invece si abbassa drasticamente al 9,6% tra le donne in possesso di una laurea poiché queste sembrano essere più informate e consapevoli delle modalità per vivere una sessualità responsabile



Per quanto riguarda invece la situazione lavorativa vediamo che il 48,5% delle donne che richiedono l'intervento sono occupate e scelgono di ricorrere all'aborto proprio perché gestire la maternità e conciliare anche un lavoro, soprattutto in assenza di aiuti da parte di un compagno o di una rete familiare, risulterebbe molto difficile.

Il 14,3% delle donne invece sono disoccupate o inoccupate ed per questo dichiarano di essere impossibilitate a continuare una gravidanza senza avere una sicurezza economica. Il 23,1% delle donne invece sono casalinghe ed evidenziano soprattutto difficoltà di tipo economico perché magari sono già madri di altri figli ed il reddito mensile non sarebbe sufficiente ad accoglierne un altro. Infine il 14,1% delle donne sono ancora studentesse e quindi tendenzialmente giovani; in questi casi il loro progetto di vita non è ancora stato scritto e non si sentono in grado di iniziare un'esperienza impegnativa come quella della maternità.



Osservando la fascia d'età in cui si ricorre maggiormente all'aborto possiamo notare come la maggior parte di donne ha un'età compresa tra i 20 ed i 34 anni. Il gruppo di donne che ricorre maggiormente all'aborto è quello in cui l'età oscilla tra i 20 ed i 24 anni: in questo caso il tasso di abortività è pari a 14 donne per mille e la decisione viene giustificata proprio per la loro giovane età e per i loro progetti di vita ancora troppo instabili.

Il tasso scende leggermente a 13,60 donne per mille nella fascia d'età compresa tra i 25 ed i 29 anni: anche in questo caso il fenomeno è da attribuire alla giovane età e all'instabilità economica legata al prolungamento medio degli anni di studio necessari per trovare un'occupazione.

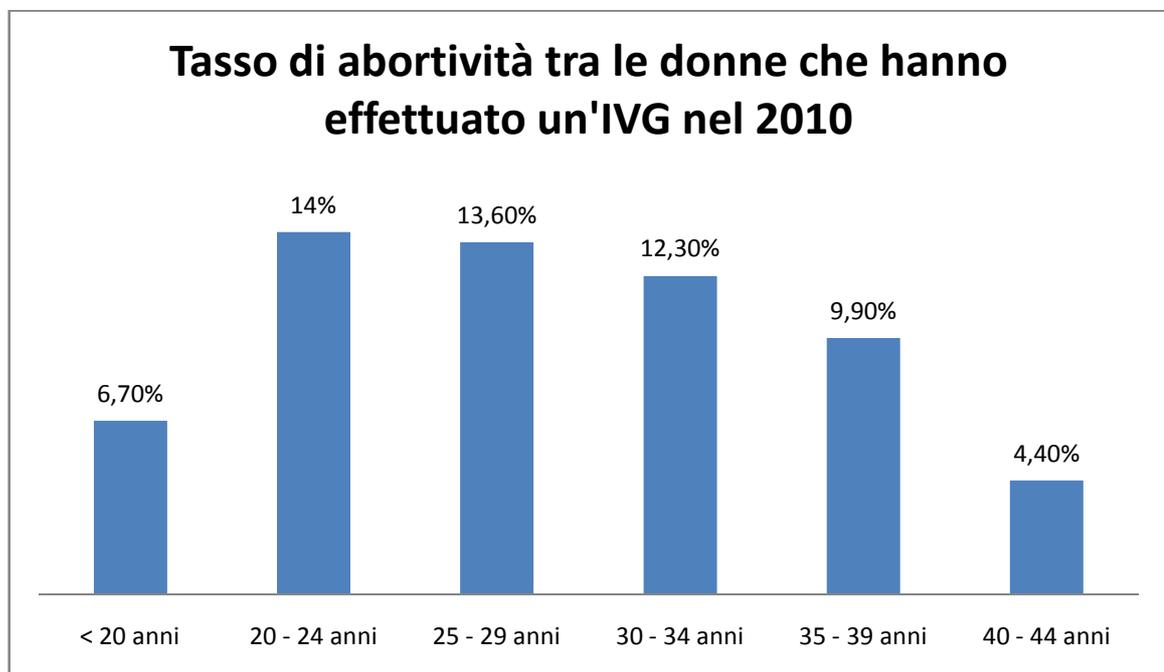
Le donne tra i 30 ed i 34 anni presentano invece un tasso di abortività di 12,3 donne per mille e confermano condizioni simili a quelle dei due gruppi appena presentati.

Il tasso di abortività scende invece a 9,90 donne per mille tra quelle con un'età compresa tra i 35 ed i 39 anni: questo grazie alla maggiore stabilità economica e delle relazioni. A quest'età solitamente una donna ha terminato il proprio percorso di studi, è occupata ed in una

buona parte dei casi anche coniugata. La situazione di queste donne è quindi abbastanza stabile e permette di far fronte anche ad una gravidanza imprevista.

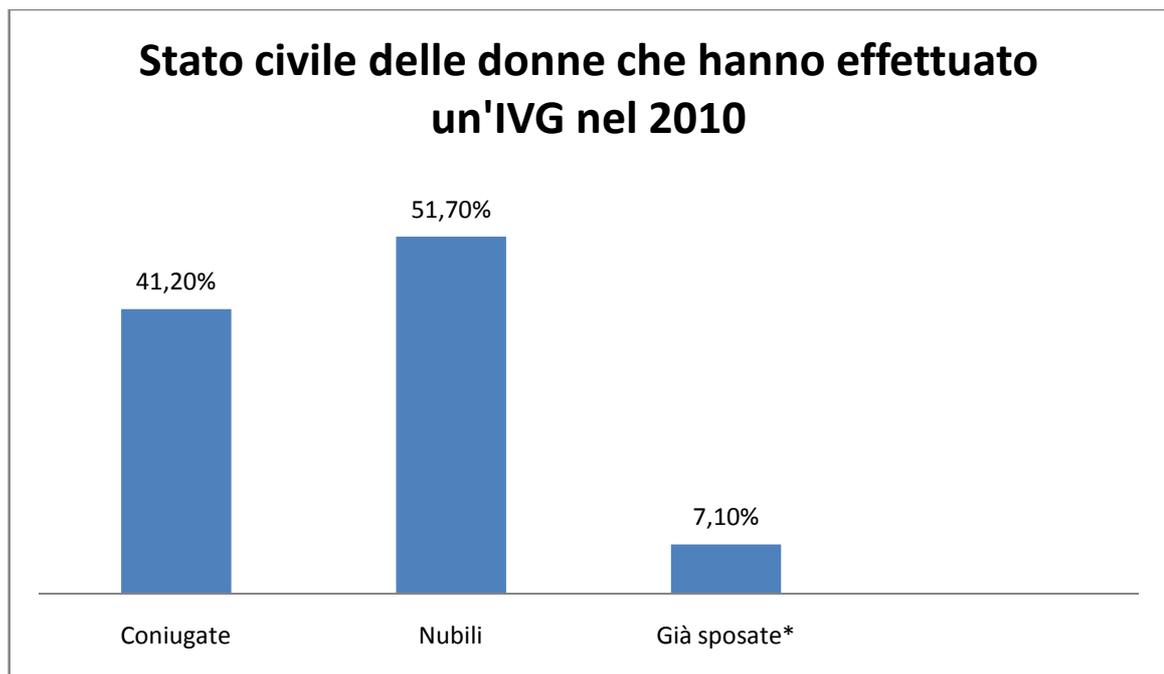
Anche tra le donne con un'età compresa tra i 40 ed i 45 anni il tasso di abortività è molto più basso e costituisce il 4,40 donne per mille poiché anche queste dispongono di una relativa stabilità.

Infine il tasso di abortività, come possiamo vedere nella seguente tabella, è molto basso anche tra le ragazze con un'età inferiore ai 20 anni che costituiscono 6,70 donne per mille.



Per quanto riguarda invece lo stato civile, possiamo affermare che nel corso degli anni successivi all'approvazione della legge 194/78, è cambiato il gruppo di donne che ricorre all'interruzione di gravidanza. Se nei primi periodi dopo l'approvazione, la maggior parte di donne che richiedeva l'intervento era coniugata, negli ultimi anni si è riscontrata un aumento delle interruzioni di gravidanza proprio tra le donne nubili. Ovviamente questo dato è giustificato dai cambiamenti sociali avvenuti negli ultimi trent'anni: un tempo infatti la sessualità era strettamente collegata alla sfera matrimoniale ed era raro per una donna avere rapporti al di fuori di una relazione stabile. Oggi invece,

la sessualità viene vissuta in modo più libero ed è proprio per questo motivo che spesso le gravidanze indesiderate sono frutto di relazioni instabili ed occasionali. La percentuale delle donne nubili tra quelle che hanno effettuato un aborto nell'anno 2010 sono state ben il 51,7% mentre le donne coniugate il 41,2% del totale. La percentuale restante pari al 7,1% è costituita da donne che sono attualmente separate, divorziate o addirittura vedove.



Infine, non bisogna dimenticare che la massiccia presenza delle donne straniere nel nostro paese, contribuisce a rallentare la diminuzione delle interruzioni di gravidanza. Il fenomeno migratorio infatti, è ormai presente anche in Italia da più di mezzo secolo ed ormai anche le migrazioni femminili sono diventate un avvenimento consolidato e permanente.

Le donne con cittadinanza straniera, infatti ricorrono all'interruzione di gravidanza in maniera più marcata rispetto alle cittadine italiane presentando quindi un tasso di abortività anche tre o quattro volte maggiore (soprattutto per le più giovani) rispetto alle autoctone. Per questo motivo è possibile affermare che contribuiscono a rallentare la diminuzione degli aborti nel nostro paese. La fascia d'età più coinvolta

è quella che include donne straniere tra 20 ed i 24 anni: il fenomeno è sicuramente legato alle loro scarsa conoscenza in materia di procreazione responsabile poiché spesso non utilizzano metodi anticoncezionali o li utilizzano scorrettamente ed inoltre non sono in grado di individuare il loro periodo fertile. Infine queste donne, venute a conoscenza della gravidanza decidono di interromperla poiché hanno già raggiunto il numero di figli desiderato ed inoltre per problemi di natura economica.

Vista la massiccia presenza di donne straniere con una scarsa consapevolezza dei metodi anticoncezionali all'interno delle nostre società, è necessario investire sulla formazione degli operatori socio-sanitari che devono tutelare la salute sessuale e riproduttiva di queste donne sapendo però rispettare le diverse tradizioni socioculturali e coinvolgendo le diverse comunità di donne immigrate.

Percorrendo storicamente il percorso verso l'approvazione della 194/78 ed osservando statisticamente la sua applicazione nel corso degli ultimi 35 anni, è stato possibile creare una cornice generale per collocare il tema della ricerca in un contesto ben preciso.

Abbiamo compreso come l'autodeterminazione della donna sia un diritto fondamentale ed inviolabile e per questo motivo le diverse figure professionali che l'accompagnano nel suo percorso decisionale, devono mantenere un atteggiamento non giudicante cercando di personalizzare gli interventi di aiuto e supporto in base alle diverse situazioni.

Nel testo della legge 194/78 viene citato come primo professionista il medico di fiducia che può essere inteso come il medico di base della donna o anche come un medico diverso da quello cui essa si rivolge solitamente per i classici problemi di salute.

Anche gli operatori dei consultori, svolgono un ruolo fondamentale nell'accompagnamento della donna nel percorso che ha deciso di intraprendere; questi hanno seguito diversi percorsi formativi nel campo della psicologia, pedagogia ed assistenza sociale e per questo

hanno il compito di seguire la donna facendo attenzione alla multidimensionalità dei suoi bisogni: il percorso che porta all'interruzione o alla prosecuzione della gravidanza rappresenta in qualsiasi caso una dura prova e proprio per questo la donna dovrà essere accompagnata fase dopo fase.

Gli operatori avranno specifici obblighi nei confronti della gestante ma indubbiamente come prima cosa saranno tenuti a informarla riguardo alle possibilità che si prospettano per valutare la prosecuzione della gravidanza; solo in questo modo la donna potrà prendere una decisione consapevole facendo valere il principio dell'autodeterminazione.

I servizi socio-sanitari quindi, devono assicurare *“interventi finalizzati alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, nonché di sostegno durante l'eventuale prosecuzione della gravidanza e persino dopo il parto”*¹⁸ che permettano alla donna di esaminare le diverse possibilità anche se l'intenzione iniziale è quella di interrompere la gravidanza.

In tutto questo percorso, i professionisti hanno poi ovviamente il dovere di mantenere il segreto professionale; soprattutto l'identità della donna e del padre del concepito infatti, non possono essere rivelati ai colleghi ed ai conoscenti poiché gli interventi devono rispettare la persona e la dignità degli individui.

Nel percorso di accompagnamento della donna, infine ogni professionista avrà delle specifiche responsabilità disciplinari e deontologiche e dovrà conoscere e comprendere le norme che riguardano l'interruzione di gravidanza.

È possibile affermare quindi che non dovranno venire espresse considerazioni di tipo moralistico ma al contrario dovrà essere mantenuto in tutto il percorso un atteggiamento non giudicante nei confronti della persona in stato di bisogno.

Ricordiamo infine che per una buona riuscita degli interventi e per garantire all'utente i propri diritti il lavoro d'équipe diventa

¹⁸ P. BENCIOLINI, A. APRILE, *L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità*, Liviana Editrice, Padova, 1990, pag 21

fondamentale: al tempo stesso questo può risultare problematico e difficile da gestire e potrà essere utilizzato in modo produttivo solo se sarà mantenuto il rispetto verso gli altri colleghi e vi sarà il riconoscimento dei propri limiti. Gli interventi infatti devono essere erogati senza far emergere atteggiamenti di superiorità nei confronti degli altri professionisti poiché solo in questo modo, sarà possibile perseguire *“l’unico scopo di contribuire a tutelare la salute della donna, in tutte le sue ricordate dimensioni.”*¹⁹

In conclusione è possibile affermare che dopo 35 anni dall’approvazione della legge 194/78 i risultati raggiunti sono molto buoni: investire sulla responsabilità e sulla consapevolezza delle donne sembra essere il metodo corretto per promuovere una sessualità responsabile e ridurre ulteriormente il ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza.

L’Italia oggi infatti, è uno dei paesi industrializzati in cui si ricorre meno frequentemente all’aborto e nell’anno 2011 il tasso di abortività medio delle donne in età fertile tra i 15 ed i 49 anni è stato di 7,8 donne su 1000.

L’interruzione volontaria di gravidanza quindi non è più utilizzata come un mezzo per la regolazione della fertilità bensì come una soluzione di emergenza nel caso in cui siano falliti altri metodi (anche se poco sicuri) per evitare gravidanze indesiderate.

¹⁹ P. BENCIOLINI, A. APRILE, *L’interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità*, Liviana Editrice, Padova, 1990, pag 160

CAPITOLO 2 - LA POSSIBILITA' DI VIVERE LA SESSUALITA' RESPONSABILMENTE

2.1) I mutamenti nella vita sessuale e riproduttiva e l'approvazione della legge 405/1975

Al giorno d'oggi la vita sessuale di ogni donna non è più strettamente collegata a scelte di vita importanti come il matrimonio o la convivenza; nel XXI secolo ormai la donna è pienamente libera di vivere la propria sessualità senza vincoli relazionali con il partner. Rispetto al passato inoltre, la vita sessuale inizia molto precocemente e proprio per questo spesso troppo inconsapevolmente.

L'emancipazione sessuale femminile ha fatto il suo ingresso nelle società occidentali a partire dal secondo dopoguerra ma è emersa in Italia solo a partire dagli anni '60 dello scorso secolo. I promotori di questa rivoluzione sono stati sicuramente gruppi di ragazzi e ragazze molto giovani che protestando per la situazione retrograda della nostra società, hanno messo in discussione le vecchie istituzioni ed i precetti imposti dall'alto.

Negli anni '60 dello scorso secolo quindi, per la prima volta, grazie alle scoperte scientifiche e all'introduzione dei primi metodi anticoncezionali sicuri, primo tra tutti la pillola anticoncezionale, è stato possibile separare la sfera della procreazione dalla sessualità.

È possibile affermare quindi che *“la possibilità di controllare le nascite consentì alla donna di recuperare una sessualità indipendente dalla riproduzione, di rapportarsi in modo nuovo col proprio partner, di scoprire e conoscere il proprio corpo, affermandosi sempre più come soggetto autonomo e indipendente.”*²⁰

L'amore poteva essere vissuto in modo più libero, la passione faceva il suo ingresso nella vita di tutti i giorni grazie anche al ruolo del cinema, dello spettacolo e della musica. L'amore cantato e rappresentato era per la prima volta diverso da quello che portava al matrimonio, il

²⁰ <http://www.alpcub.com/storia/Riv%20sessuale3.pdf> – Articolo di Diego Giacchetti : Alle origini della rivoluzione sessuale

nuovo amore era un sentimento in cui l'attrazione fisica per il proprio partner era fondamentale.

Il processo di cambiamento è stato indubbiamente facilitato anche dalle nuove tendenze e prassi: la scolarizzazione di massa e la trasmissione di molte conoscenze rendevano i giovani più consapevoli del proprio corpo e delle modalità per vivere una sessualità responsabile. Anche la diffusione dei primi mezzi privati di trasporto come le macchine, è stata fondamentale per dare la possibilità ai giovani di vivere liberamente le proprie esperienze sessuali.

Il modo di vestire inoltre, è stato un inconfondibile segnale del desiderio di emancipazione soprattutto femminile: le ragazze da sempre sottomesse alla volontà del padre, non erano più disposte a seguire i vincoli imposti nella loro vita privata e per la prima volta iniziavano a scoprire le loro gambe sfoggiando le prime minigonne.

Come anticipato inoltre, la canzone è stata un'importante canale che ha permesso di affermare la volontà di sfatare alcuni usi e consuetudini come la preservazione della verginità fino al giorno del matrimonio o la sottomissione della donna nella coppia.

Patty Pravo nella canzone "La bambola", cantava le lamentele di una donna non più disposta ad essere sottomessa al proprio uomo che la trattava appunto come una bambola per poi abbandonarla.

Nella parte finale del testo la donna diventa consapevole della propria libertà ed afferma che non avrebbe lasciato la sua vita nelle mani di un ragazzo che dopo averla sfruttata l'avrebbe abbandonata come le precedenti partner.

La canzone si chiude infatti con la seguente affermazione:

*"Da stasera la mia vita, nelle mani di un ragazzo no, non la lascerò più.
No ragazzo no, tu non mi metterai, tra le dieci bambole, che non ti
piacciono più."*²¹

²¹ "La bambola" canzone pubblicata nel 1968, scritta da Franco Migliacci, Bruno Zambrini, Ruggero Cini ed interpretata dalla cantante Patty Pravo.

La rivoluzione, gli anni delle proteste e la rivendicazione di una maggiore libertà per i giovani sono state inoltre accompagnate da una richiesta di liberalizzazione dei metodi anticoncezionali che si stavano diffondendo in tutta Europa.

Particolare interesse veniva dimostrato per la pillola anticoncezionale che permetteva alla donna di regolare la propria fecondità inibendo l'ovulazione. Questo nuovo farmaco dava la possibilità alle donne di avere una vita sessuale al pari di quella dei loro compagni maschi potendo per la prima volta separare il piacere sessuale dal rapporto coniugale ed inoltre decidere quando avere un figlio.

La pillola anticoncezionale è stata commercializzata per la prima volta negli Stati Uniti nel 1962 ma il suo ingresso legale in Italia avverrà solo nel 1971.

Osservando la situazione degli anni '60 nel nostro paese, è possibile notare un cambiamento profondo rispetto al secondo dopoguerra: a distanza di una generazione il panorama sociale era profondamente cambiato e madri e figlie avevano ideologie completamente diverse riguardo la sessualità.

Le madri degli anni '60 infatti collegavano l'atto sessuale principalmente al matrimonio e alla procreazione mentre le giovani donne rivendicavano la sessualità come un diritto a cui non volevano rinunciare anche al di fuori del rapporto matrimoniale grazie all'uso della contraccezione che dava la possibilità di evitare gravidanze indesiderate.

In Italia però il percorso verso la liberalizzazione della contraccezione è stato molto complicato: la pillola anticoncezionale è stata bandita dal nostro paese fino al 1971 poiché considerata immorale ed illecita secondo i principi affermati dalla chiesa che ha sempre svolto una forte pressione nei confronti del contesto sociale e politico italiano.

Prima del 1971, le donne che desideravano utilizzarla infatti dovevano acquistarla di contrabbando facendola arrivare addirittura dall'estero o pagandola cifre molto elevate. Ovviamente questa situazione ha

penalizzato l'utilizzo di questo nuovo metodo anticoncezionale ed ha favorito invece l'utilizzo di altri metodi poco sicuri e di conseguenza la proliferazione di gravidanze indesiderate e di aborti.

Finalmente però, anche in Italia a partire dalla metà degli anni '70, grazie all'approvazione della legge 405/1975, ogni individuo ha avuto la possibilità di vivere consapevolmente la propria vita sessuale: fondamentale in questo processo l'istituzione dei consultori familiari.

Queste nuove strutture sono nate a favore del cittadino, della coppia, della famiglia e quindi della comunità intera avendo tra i tanti obiettivi anche quello di prevenire il ricorso all'aborto tramite la promozione di una contraccezione efficace.

I consultori quindi, a partire dalla metà degli anni '70, sono diventati fondamentali oltre che per l'assistenza psicologica e sociale del cittadino, anche per *“la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelta dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle condizioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti.”*²² e per *“la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.”*²³

In questo modo, la contraccezione è diventata diritto per ogni individuo che aveva la possibilità di ricevere delle prestazioni specifiche e dei consigli per individuare il metodo anticoncezionale più adatto alle proprie esigenze fisiche, psicologiche ed etiche.

Per la prima volta diventarono fondamentali in tutto il territorio specifiche attività come l'informazione alla cittadinanza, la somministrazione su richiesta dei metodi per prevenire la gravidanza, le iniziative di educazione sessuale rivolte soprattutto ai giovani, l'assistenza medica, sociale e psicologica della donna che decideva di interrompere la gravidanza, la preparazione al parto, l'assistenza alla madre ed al neonato fin dai primi giorni dalla nascita e l'assistenza

²² Legge 29 luglio 1978, n. 405 Istituzione dei consultori familiari, articolo 1, II comma

²³ Legge 29 luglio 1978, n. 405 Istituzione dei consultori familiari, articolo 1, IV comma

sociale e psicologica alla coppia ed alla famiglia anche in relazione a problematiche con i minori.

Queste prestazioni sono garantite da diverse figure professionali presenti all'interno della struttura: tra queste non manca quella del medico (preferibilmente specializzato in ginecologia), dell'ostetrica, del/la psicologo/a e dell'assistente sociale che lavorano promuovendo il lavoro d'èquipe e forniscono assistenza sanitaria e sociale agli utenti.

Ogni consultorio familiare inoltre, può anche avvalersi della collaborazione di professionisti esterni nel caso in cui sia necessario affrontare situazioni particolari che richiedono specifiche competenze professionali. Ecco quindi che la collaborazione tra professionisti è fondamentale per assicurare interventi integrati che rispondano in modo unitario ai bisogni presentati dall'utenza.

Il consultorio familiare è quindi una struttura essenziale che deve essere presente in tutto il territorio nazionale per assicurare la giusta assistenza sociosanitaria alla cittadinanza; purtroppo però al giorno d'oggi, quest'istituzione non è ancora potenziata e valorizzata come dovrebbe essere.

In ogni regione inoltre possiamo trovare un diverso numero di professionisti all'interno delle strutture: tendenzialmente al nord troviamo una buona varietà di professionisti che riesce ad affrontare la situazione multiproblematica dell'utente tenendo conto del concetto globale di salute. Al sud e nelle isole in molti casi il numero di professionisti è carente ed i bisogni degli utenti vengono affrontati spesso con un'ottica assistenziale anche se nell'ultimo periodo la situazione sta lentamente cambiando.

Si conferma dunque, la necessità di una maggiore valorizzazione dei consultori in tutto il territorio nazionale visto il loro ruolo importante nella tutela della salute globale della cittadinanza e nel caso specifico anche per la prevenzione del fenomeno dell'aborto.

Come abbiamo visto infatti, oggi l'aborto non rappresenta più un metodo per il controllo delle nascite bensì un piano estremo a cui

ricorrere in determinati casi; proprio per questo motivo il ruolo della prevenzione è fondamentale.

Ma come è possibile sensibilizzare e coinvolgere la popolazione in tematiche così intime e delicate? All'interno della società, con il passare degli anni, sono stati promossi diversi programmi da parte dei consultori al fine di coinvolgere diverse fasce d'età.

Per quanto riguarda la fascia dell'adolescenza, per esempio, importanti sono i programmi di informazione ed educazione sessuale effettuati all'interno delle scuole e negli appositi spazi per i giovani. Solitamente in questi programmi si illustra il funzionamento degli organi genitali maschili e femminili, si spiegano le diverse fasi del ciclo mestruale ed il significato del periodo fertile, si approfondisce il funzionamento di un rapporto sessuale, si illustrano i diversi metodi contraccettivi disponibili per evitare gravidanze indesiderate il tutto facendo attenzione ai significati relazionali ed affettivi.

Per raggiungere invece la fascia della popolazione adulta, fondamentali sono i programmi di promozione presentati all'interno dei percorsi nascita con le gestanti per far in modo che subito dopo il parto vivano la sessualità in modo consapevole. Anche in questi casi si illustra il funzionamento degli organi genitali maschili e femminili, ma si punta soprattutto alla spiegazione dei diversi metodi anticoncezionali in modo che possano essere assunti immediatamente con la ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto.

Un'altra forma di intervento importante per ridurre il rischio di aborto, sembra essere il colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'intervento: spesso infatti le richiedenti risultano impaurite per gli sviluppi futuri della situazione ma soprattutto non a conoscenza delle possibilità e dei sostegni offerti dalle istituzioni del territorio. Un approfondito colloquio, in cui si analizzano con i diversi professionisti le possibilità che possono essere garantite, rappresenta un buon metodo per favorire la maternità e tranquillizzare la donna in un momento molto difficile.

È possibile affermare che la sessualità responsabile sembra essere la prima arma per la prevenzione dell'interruzione di gravidanza e proprio per questo motivo è necessario promuoverla all'interno della società partendo dalle istituzioni e dai luoghi in cui è possibile coinvolgere la cittadinanza.

In seguito ad una buona informazione, ogni persona ed ogni coppia, potrà controllare la propria sessualità semplicemente con l'uso e con la prescrizione medica di metodi contraccettivi efficaci ed adeguati, che potrà avvenire nei consultori familiari e nelle strutture sanitarie. Importante il fatto che la prescrizione è consentita anche alle minorenni: l'obiettivo della legislazione infatti è quello di prevenire gravidanze indesiderate e proprio per questo quindi gli interventi devono essere rivolti ad ogni donna che decide di iniziare un'attività sessuale indipendentemente dal raggiungimento della maggiore età.

2.2) La contraccezione mancata: adolescenti una fascia a rischio

Al giorno d'oggi l'età del matrimonio si sta spostando sempre più avanti, ma al tempo stesso i primi rapporti sessuali avvengono sempre più precocemente con il conseguente rischio di gravidanze indesiderate e di malattie sessualmente trasmissibili.

Per questo motivo, è ormai condivisa l'idea che la prevenzione deve essere usata come arma: è importante che vengano create delle iniziative per promuovere l'uso dei metodi anticoncezionali tra la popolazione attiva sessualmente, soprattutto tra le fasce più giovani. In questi progetti, particolare attenzione deve essere riservata alla fascia degli adolescenti che hanno un'età compresa tra i 12 ed i 19 anni d'età, poiché sembra essere proprio questo il momento della vita in cui avvengono i principali cambiamenti e le prime scoperte della sessualità che portano alla transazione verso l'età adulta.

Il problema più rilevante legato ai rapporti sessuali in adolescenza, riguarda il fatto che i giovani non usano nella loro vita sessuale un metodo contraccettivo o non lo utilizzano in modo efficace; infatti *“secondo l'Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e i*

*Comportamenti Contraccettivi della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, in Italia [...] la prima volta è senza precauzioni per un'adolescente su tre" e nei successivi rapporti sessuali "il 30% continua a sfidare la sorte, senza utilizzare alcun metodo contraccettivo oppure facendo affidamento sul coito interrotto (20%)."*²⁴

Solo una piccola percentuale di adolescenti usa contraccettivi ormonali mentre la maggior parte sceglie il preservativo (scelta che risulta però positiva per quanto riguarda la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili).

Ricordiamo che una gravidanza indesiderata in un'adolescente può portare allo sviluppo di situazioni precarie: la giovane ragazza infatti molto raramente inizia un percorso d'aiuto in collaborazione con i servizi del territorio ed al contrario vive spesso una condizione di alienazione ed isolamento. L'adolescente in questo periodo della vita non ha ancora raggiunto una piena maturità psicologica e quindi di conseguenza non sono ancora presenti le classiche competenze della figura genitoriale.

Spesso un'adolescente con una gravidanza indesiderata parte già da una condizione di disagio che può essere ad esempio un conflitto con la propria famiglia, una condizione economica precaria, un scarso rendimento scolastico o ancora delle carenze affettive.

In alcuni casi una gravidanza in età precoce può essere vissuta felicemente ma nella maggior parte dei casi viene percepita come un'esperienza negativa che può sfociare in un aborto. Per una ragazza adolescente in piena fase di cambiamento, inizialmente risulta difficile concepire il suo stato attuale; la diagnosi della gravidanza viene spesso ritardata il più a lungo possibile cercando di dimenticare anche alcuni sintomi evidenti come l'assenza del ciclo mestruale, il gonfiore al seno o le continue nausee.

²⁴ <http://www.sceglitu.it/>

Proprio per questo motivo le adolescenti che decidono di ricorrere all'aborto subiscono l'intervento più tardivamente rispetto alle altre donne: essendo giovani sono anche molto inesperte ma soprattutto impaurite dalla reazione che potrebbero avere le altre persone.

Indubbiamente la paura è uno dei primi sentimenti a manifestarsi; la ragazza teme di essere lasciata sola dal padre del bambino, è terrorizzata soprattutto dalla possibile reazione dei propri genitori, preoccupata per il modo in cui affronterà la vita futura e terminerà il percorso di studi. Proprio per questo motivo, come anticipato, le troppe insicurezze, possono portare all'interruzione di gravidanze con i relativi problemi a livello psicologico.

Negli ultimi anni è possibile riscontrare un aumento delle interruzioni di gravidanza soprattutto tra le ragazze adolescenti, ma al tempo stesso è possibile osservare una tendenza a portare avanti la gravidanza soprattutto tra le madri adolescenti con un'età più elevata. Le madri adolescenti con un'età uguale o maggiore di 17 anni portano a termine la gravidanza più spesso di quanto avviene tra le madri adolescenti di 14 anni.

In sostanza sono presenti alcune differenze significative, tra le madri adolescenti che scelgono di interrompere la gravidanza e quelle che invece scelgono di portarla avanti. Queste ultime infatti, come anticipato, seppur molto giovani hanno un'età leggermente più avanzata rispetto all'altro gruppo di adolescenti; inoltre chi porta avanti una gravidanza in età adolescenziale solitamente ha una relazione abbastanza stabile con un compagno coetaneo che (almeno inizialmente) decide di stare vicino alla giovane madre.

Una gravidanza in età adolescenziale rimane comunque un grosso impegno e comporta un cambiamento totale nello stile di vita della ragazza; anche se un'adolescente decide di portare a termine la gravidanza infatti è difficile che questa sia pronta a livello psicologico ad assumere il ruolo di madre. La ragazza stessa ha ancora bisogno della figura materna per il processo di maturazione personale e per

questo motivo può assumere un ruolo secondario nei confronti del neonato lasciando le vere responsabilità alla propria madre.

La genitorialità è una dimensione complessa che prevede la dedizione totale nei confronti un altro individuo fragile e bisognoso di attenzioni; per diventare genitori non è sufficiente portare a termine una gravidanza ma è necessario aver completato un processo di maturazione che consente di mettere al mondo un figlio in modo consapevole.

Nella maggior parte dei casi invece, una madre adolescente, non sembra in grado di assumersi le responsabilità nei confronti del neonato; la ragazza spesso si sente inadeguata e ancora bisognosa di cure, ma si vede intrappolata in un corpo adulto che porta i segni della gravidanza.

Proprio per questo motivo, in seguito alla gravidanza possono insorgere nell'adolescente problematiche di tipo psicologico come la depressione ed inoltre difficoltà relazionali con il padre del bambino o con la propria famiglia.

Da non sottovalutare anche le problematiche legate all'inserimento nel mondo del lavoro poiché le madri adolescenti interrompono e spesso non concludono il percorso di studi: in questo modo non avendo alcuna qualifica non riescono a trovare una buona occupazione.

Le problematiche non insorgono però solo nella vita della madre adolescente ma anche il neonato può avere delle conseguenze negative: vi è infatti una maggiore probabilità di nascita prematura o con un peso molto basso e con la crescita il bambino può sviluppare più frequentemente difficoltà relazionali, bassa autostima ed un minor rendimento scolastico. Partendo da una situazione familiare disagiata infatti il bambino, potrà avere relazioni scadenti con i propri compagni ed un maggior rischio di essere escluso dal gruppo dei pari. Le problematiche si protraggono poi anche nell'età adolescenziale dove a loro volta questi ragazzi tendono ad avere rapporti sessuali non protetti ed una maggiore incidenza di gravidanze indesiderate.

Infine anche la relazione tra madre e bambino tendenzialmente risulta più debole rispetto a quella che può instaurarsi tra una donna adulta che ha completato il processo di maturazione ed il proprio bambino.

Dopo la nascita del bambino, le madri adolescenti tendono a loro volta ad intensificare la loro relazione con la madre nonostante le avversità iniziali legate allo shock della gravidanza; in questo periodo di forte cambiamento la giovane madre spesso sente anche il bisogno di attirare l'attenzione per ricevere quelle cure che magari non ci sono state durante il periodo dell'infanzia.

Ribadiamo dunque che per evitare lo svilupparsi di queste problematiche, una buona contraccezione sembra essere la soluzione vincente; è fondamentale quindi che i giovani vengano avvicinati ai temi della sessualità e della contraccezione in modo sereno senza sentirsi giudicati. Un atteggiamento giudicante infatti comporterebbe l'effetto opposto poiché il ragazzo probabilmente sceglierebbe di non utilizzare alcun contraccettivo per non dover affrontare una relazione con il professionista incaricato a consigliarlo.

Abbiamo visto che approcciarsi al tema della sessualità e della contraccezione con i ragazzi adolescenti non è semplice; un contraccettivo adatto per un adolescente inoltre deve avere alcune caratteristiche sicuramente diverse da un metodo che può essere consigliato ad una coppia stabile.

Come prima cosa è importante trasmettere all'adolescente il valore della prevenzione dalle malattie sessualmente trasmissibili: gli adolescenti infatti spesso cambiano diversi partner e proprio per questo motivo l'uso del profilattico è essenziale per proteggersi da questo pericolo.

Fondamentale però è anche la prevenzione di gravidanze indesiderate quindi, le ragazze attive sessualmente, dopo precisi accertamenti sul loro stato di salute, dovrebbero iniziare un metodo ormonale a basso dosaggio per essere doppiamente protette.

La doppia contraccezione quindi risulta il metodo migliore per la fascia di adolescenti a rischio e dovrebbe essere promossa con l'organizzazione di apposite iniziative.

Ricordiamo però che in ogni contesto devono essere analizzate le diverse situazioni personali ed essere consigliato un metodo anticoncezionale che risponda alle specifiche esigenze personali.

I metodi contraccettivi ormonali per esempio hanno il vantaggio di essere generalmente semplici da assumere, di essere reversibili, di migliorare la condizione di dolori durante il ciclo mestruale, l'irregolarità legata anche all'ovaio policistico, l'acne ed i sintomi dell'endometriosi. Vi sono però anche degli svantaggi legati alla tollerabilità del metodo, all'insorgenza di tromboembolismo venoso e di secchezza vaginale dopo l'uso per periodi prolungati.

Un'alternativa potrebbero essere i metodi ormonali come il cerotto trans dermico o l'anello vaginale che sono più facilmente gestibili: il cerotto però potrebbe non aderire perfettamente mentre l'anello vaginale richiede una buona confidenza con il proprio corpo. Per questo motivo, come anticipato, il preservativo è uno dei metodi più utilizzati dagli adolescenti soprattutto perché semplice da acquistare (vista la sua reperibilità anche in distributori automatici all'esterno delle farmacie) ed inoltre perché non necessita di alcuna prescrizione medica. Il preservativo inoltre ha il vantaggio di essere un metodo con scarsi effetti collaterali ma soprattutto idoneo a proteggere dalle malattie sessualmente trasmissibili. Purtroppo però spesso l'uso di questo metodo ha anche degli svantaggi legati ad una scorretta conservazione, al danneggiamento con unghie o anelli o ancora alla rottura a causa dell'uso di lubrificanti non compatibili con il lattice.

Negli ultimi anni infine, in alcuni casi vengono prescritti mezzi contraccettivi intrauterini anche in giovani ragazze che non hanno ancora avuto gravidanze precedenti; questi hanno il vantaggio di essere molto efficaci e di non aver bisogno di controlli potendo rimanere posizionati per diversi anni. Gli svantaggi in questo caso

invece sono legati alla possibile espulsione del dispositivo o alla comparsi di algie pelviche.

In conclusione quindi indipendentemente dal contraccettivo assunto dall'adolescente, sarà necessario fornire informazioni precise sul funzionamento, sull'utilizzo, sulla protezione da gravidanze e malattie sessualmente trasmissibili e sui benefici ed effetti collaterali che lo stesso può avere.

L'educazione alla sessualità svolge quindi un ruolo essenziale all'interno dei programmi di prevenzione all'aborto e deve essere promossa in tutti gli ambienti tradizionalmente frequentati dai giovani attraverso la distribuzione di materiale informativo ed incontri programmati in cui si illustrano le diverse tematiche.

Fondamentali anche i questionari da somministrare ai giovani per comprendere il loro livello di conoscenza sul funzionamento degli organi sessuali maschili e femminili, sul ciclo mestruale ed il periodo fertile, sui metodi contraccettivi e sulle malattie sessualmente trasmissibili; è proprio poi dai risultati emersi che si potrebbero iniziare nuovi percorsi formativi per colmare le lacune degli adolescenti.

In conclusione come viene affermato dal centro Reproductive Health and Research del World Health Organization: *“Various government sectors – health, education, social welfare, justice, etc. – need to work together to address the needs and problems of adolescents. The Ministry of Health has a central role in making this happen. [...]The Ministry of Health should chart out appropriate evidence-based policies to guide the work of the health and other sectors.”*²⁵

Fondamentale per prevenire gravidanze indesiderate è quindi la prevenzione primaria ovvero quell'insieme di atti ed interventi che hanno come obiettivo la promozione delle scelte di maternità consapevole.

²⁵ <http://www.who.int/child-adolescent-health> - Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents

Solo grazie ad un contributo condiviso delle diverse istituzioni che si occupano di promuovere la salute della popolazione come i servizi socio-sanitari, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni, il welfare state e l'importante ruolo della famiglia, sarà quindi possibile arrivare ad una maggiore tutela anche di quelle fasce più deboli come gli adolescenti per fare in modo che vivano una sessualità responsabile ed evitino gravidanze indesiderate.

2.3) I consultori familiari al servizio degli adolescenti

I giovani sono consapevoli che la diffusione dell'informazione sessuale è fondamentale e proprio per questo motivo sono loro stessi ad essere favorevoli alle nuove attività di informazione soprattutto all'interno delle istituzioni scolastiche ma anche all'interno dei servizi territoriali dove è possibile coinvolgere anche chi ha scelto di interrompere gli studi. Più della metà degli adolescenti tra i 12 ed i 19 anni ormai ha avuto un rapporto sessuale completo senza però avere un'informazione completa e corretta sui metodi per evitare gravidanze indesiderate e per proteggersi dalle malattie sessualmente trasmissibili.

Da un'analisi condotta tra il mese di settembre e novembre 2012 su 1370 conversazioni sulla contraccezione presenti in diversi forum del web, gli adolescenti risultano *“affamati di informazioni, bisognosi di confrontarsi con i coetanei, e non solo, per ricevere dritte sulle soluzioni da prendere, ma anche rassicurazioni che li sollevino dall'ansia di aver commesso errori irreparabili.”*²⁶ Troppo spesso questi ragazzi dopo rapporti sessuali a rischio navigano nel web per cercare online le risposte ai loro dubbi e alle loro ansie, ottenendo però l'effetto opposto causato dalla miriade di informazioni (anche imprecise) presenti in rete.

Come afferma la WHO è fondamentale quindi *“promoting contraceptive use in adolescents globally [...] to prevent early and unintended pregnancies, and the health and social consequences of such*

²⁶ http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=15142

pregnancies. Accurate and ageappropriate sexuality education must be combined with respectful contraceptive service provision, which acknowledges the unique needs and preferences of adolescents. [...] A variety of approaches will be needed to reach different adolescent groups, and particular attention should be paid to ensure that marginalized and vulnerable adolescents are not excluded.”²⁷

Come anticipato, il consultorio familiare sembra essere proprio il servizio per eccellenza in cui queste tematiche possono essere affrontate con i giovani attraverso la creazione di appositi spazi di dialogo e di incontro. In queste occasioni sarà necessario dedicare del tempo al tema della sessualità e delle sue conseguenze come le gravidanze indesiderate e le malattie sessualmente trasmissibili che possono essere facilmente evitate con l'utilizzo dei metodi contraccettivi.

Anche l'aspetto psicologico e relazionale dovrà essere valorizzato, e per questo la collaborazione di uno psicologo è fondamentale per rispondere a tutti i bisogni e alle domande dei giovani utenti.

Negli ultimi anni, per rispondere ai bisogni di questa fascia della popolazione a rischio, all'interno di quasi tutti i consultori familiari, viene garantito il servizio “Spazio Giovani” dedicato a tutti i ragazzi adolescenti. Il servizio è totalmente gratuito e tendenzialmente disponibile nel pomeriggio per dare la possibilità ai ragazzi di rispettare gli impegni scolastici, inoltre può essere frequentato liberamente senza la necessità di appuntamenti.

Lo “Spazio Giovani” garantisce innanzitutto un'assistenza di tipo psicologico grazie alla presenza di professionisti che si occupano di eseguire colloqui con giovani che si trovano in un periodo difficile della vita o per esempio in conflitto con i coetanei.

Vengono garantite poi prestazioni sanitarie come le visite ginecologiche, consulti in cui si discute della contraccezione e della

²⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75160/1/WHO_RHR_HRP_12.21_eng.pdf - Articolo online: From Evidence to Policy: Expanding access to contraceptive services for adolescents.

sessualità ed inoltre possono essere intraprese le procedure per l'interruzione di gravidanza.

Molti consultori familiari inoltre negli ultimi periodi, hanno creato un servizio di consulenza gratuita online tramite l'invio di un'e-mail o un messaggio in un forum: in questo modo viene data la possibilità di porre ai professionisti domande sulla sessualità, contraccezione e problemi personali, nel pieno rispetto della propria privacy.

Queste nuove modalità di promozione ed informazione a diretto contatto con i professionisti o tramite l'uso del computer, sembrano adatte a rispondere alle esigenze degli adolescenti che spesso temono un confronto con gli adulti riguardo questi argomenti.

Iniziando un rapporto tramite lo scambio di messaggi vi è poi la possibilità di proseguire la relazione all'interno del consultorio familiare abbattendo l'imbarazzo e costruendo una fiducia reciproca tra operatore ed utente.

Ribadiamo ulteriormente che sono proprio i consultori familiari quindi le strutture più adatte a raggiungere ogni fascia della popolazione soprattutto le fasce più a rischio; come sappiamo però le persone più a rischio sono anche quelle più difficili da raggiungere a causa della loro scarsa visibilità sociale legata a condizioni economiche e sociali molto precarie.

I consultori familiari quindi, nell'ottica della promozione della salute pubblica e di migliori condizioni di vita soprattutto per le fasce più deboli della popolazione, dovrebbero iniziare un percorso di riqualificazione per affermarsi maggiormente in tutto il contesto nazionale.

Una buona iniziativa per l'aumento della visibilità dei consultori familiari, è il Progetto Obiettivo Materno infantile, uno strumento legislativo fondamentale che ha l'obiettivo di garantire un'uniformità di assistenza durante la gravidanza e dopo la nascita a tutte le madri ed i neonati grazie al supporto territoriale fornito dai consultori familiari.

Il progetto infatti, assegna un ruolo fondamentale ai consultori che in quanto strutture vicine al cittadino, devono operare tenendo conto delle necessità e dei bisogni del territorio promuovendo progetti specifici volti all'empowerment degli utenti.

Il consultorio viene definito quindi una struttura di primo livello che ha l'obiettivo di promuovere la salute in particolare della donna integrandosi con gli altri servizi del territorio. In questi ultimi anni in cui lo sviluppo tecnologico è accompagnato dall'intensificarsi della richiesta di beni e servizi, è fondamentale che queste strutture si adattino alla situazione contingente. Anche il consultorio familiare quindi, dovrebbe garantire una buona continuità assistenziale al cittadino soprattutto nel campo della salute sessuale e riproduttiva.

Le attività nel settore materno-infantile, devono essere volte alla prevenzione di possibili situazioni di disagio e devono promuovere la salute della madre e del neonato. Indubbiamente per il professionista non sarà semplice coinvolgere alla stessa maniera i diversi individui in stato di bisogno, ma nella relazione con l'utente l'obiettivo sarà quello di trasmettere i sentimenti dell'empatia e dell'accoglienza.

Fondamentale ancora prima di risolvere situazioni problematiche è la prevenzione ovvero: *"l'insieme di azioni finalizzate ad impedire o ridurre il rischio, ossia la probabilità che si verifichino eventi non desiderati. Gli interventi di prevenzione sono in genere rivolti all'eliminazione o, nel caso in cui la stessa non sia concretamente attuabile, alla riduzione dei rischi che possono generare dei danni."*²⁸

Per quanto riguarda il tema dell'interruzione di gravidanza, il gruppo di popolazione più a rischio è costituito indubbiamente dalle donne che hanno da poco partorito e dalle adolescenti. Per il primo gruppo di donne, come abbiamo visto, molto utili saranno i colloqui nei mesi successivi alla nascita del bambino in cui si potrà illustrare la fisiologia della riproduzione e si potrà discutere riguardo l'assunzione di un metodo contraccettivo efficace. Per quanto riguarda le adolescenti

²⁸ <http://it.wikipedia.org/wiki/Prevenzione>

invece, fondamentali saranno i corsi di educazione sessuale (eventualmente anche in collaborazione con le scuole) e l'offerta effettiva di consulenze e colloqui con i professionisti.

2.4) Donne immigrate ed il problema emergente dell'aborto

Un altro fenomeno emergente nel nostro paese, riguarda la maggiore incidenza di interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne straniere sempre più presenti vista la recente crescita del fenomeno migratorio.

L'immigrazione in Italia è un fenomeno abbastanza recente; tradizionalmente la nostra penisola è sempre stata un paese di migranti e solo a partire dagli ultimi decenni è diventata un paese in cui arrivano consistenti flussi migratori.

Il bilancio demografico dell'ISTAT ha rilevato al 31 dicembre 2011 la presenza di 4053599 immigrati regolarmente registrati, ma ricordiamo che a queste cifre vanno aggiunti anche gli immigrati irregolari che non possono essere inseriti nelle statistiche.

La composizione della popolazione immigrata, è andata modificandosi con il passare degli anni: negli anni '70 dello scorso secolo infatti i primi flussi migratori erano caratterizzati dalla presenza di giovani uomini celibi che arrivavano con un progetto migratorio temporaneo con la previsione del ritorno in patria una volta accumulata una cifra di denaro consistente.

Oggi invece è presente nel nostro paese una popolazione immigrata molto eterogenea composta circa dalla stessa percentuale di popolazione femminile e maschile.

Le donne immigrate anzi sono presenti in numero leggermente maggiore rispetto ai compagni maschi ed arrivano in Italia in seguito a ricongiungimenti familiari o per iniziare una vita autonoma ed indipendente grazie al lavoro svolto soprattutto nel settore della cura e dell'assistenza.

La provenienza di queste donne “è molto varia, in prevalenza da paesi ad economia meno avanzata: 27% dall’Europa dell’Est, 20% dall’Asia, 19% dall’Africa e 13% dall’America Latina. In particolare negli ultimi anni vi è stato un grosso aumento delle donne provenienti dai paesi dell’Europa orientale.”²⁹

Ma quali sono le caratteristiche di queste nuove migranti? Esse sono tendenzialmente donne giovani con un età compresa tra i 19 e di 40 anni e quindi donne nel pieno della propria vita riproduttiva con un titolo di studio medio-basso.

Negli ultimi anni, è aumentata velocemente la loro presenza all’interno dei servizi socio-sanitari soprattutto per quanto riguarda prestazioni legate alla gravidanza e all’aborto: è possibile affermare infatti che le donne immigrate ricorrono all’aborto molto più spesso rispetto delle donne autoctone arrivando ad un tasso anche tre-quattro volte superiore.

Un elemento interessante riguarda la fascia d’età delle donne immigrate che richiedono un’interruzione di gravidanza: le autoctone che ricorrono maggiormente all’aborto hanno tendenzialmente un’età compresa tra i 20 ed i 35 anni mentre le immigrate che richiedono quest’intervento sono più giovani ed in molti casi addirittura minorenni.

Una differenza evidente può essere notata anche nella ripetizione dell’interruzione di gravidanza: le donne straniere tendono ad avere più aborti ripetuti rispetto alle autoctone. Rispetto alle autoctone inoltre, le donne immigrate che ricorrono all’aborto sono prevalentemente coniugate o conviventi con il proprio partner e nella maggior parte dei casi già madri di almeno un figlio: queste decidono quindi di ricorrere all’intervento perché hanno già raggiunto un numero elevato di figli.

²⁹ <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/ivg/convegno-pdf/Spinelli.pdf>

Ci sono però altri motivi che spingono le donne immigrate a ricorrere più frequentemente all'interruzione di gravidanza rispetto alle autoctone?

Nell'analisi del fenomeno in primo luogo bisogna ricordare le cause legate alle scarse conoscenze della fisiologia del corpo femminile: non tutte le donne immigrate infatti sono in grado di individuare il proprio periodo fertile, anzi risulta che meno del 50% sia in grado di farlo. Nella maggior parte dei casi quindi le immigrate affidano al compagno il compito della contraccezione ricorrendo semplicemente al metodo poco sicuro del coito interrotto.

Una volta venute a conoscenza della gravidanza, queste donne devono confrontarsi con i problemi lavorativi ed economici che non permettono l'inizio di un progetto genitoriale: spesso le donne immigrate hanno un lavoro molto precario legato al settore delle cura e dell'assistenza o comunque al settore terziario e per questo motivo non riescono a programmare la propria esistenza in base alle esigenze di un figlio.

In altri casi invece, soprattutto se arrivate in Italia con un ricongiungimento familiare, non hanno un'attività lavorativa e si limitano a riprodurre nella nuova società il classico ruolo di mogli e madri svolto nel contesto di origine. In questi casi quindi, arrivate in Italia, dovranno accudire i figli già presenti all'interno della famiglia e di conseguenza rinunciare ad una nuova gravidanza per problemi pratici ma anche economici.

Anche la mancanza della propria famiglia allargata rimasta nel paese d'origine, contribuisce a far scegliere alle donne immigrate la strada dell'aborto; in questi casi le immigrate non possono disporre di un sostegno nell'accudimento del neonato per esempio nei momenti di lavoro o in quelli in cui devono occuparsi degli altri figli ed anche per questo quindi scelgono (o forse sono costrette) a ricorrere ad un'interruzione di gravidanza.

Da ultimo però non bisogna sottovalutare un altro fattore che incide sul loro maggior ricorso all'aborto: osservando i tassi di abortività di alcune nazioni da cui provengono le immigrate è possibile comprendere come i tassi al loro interno siano abbastanza elevati.

In Romania per esempio negli ultimi anni il tasso di abortività ha raggiunto il 78 per 1000, a Cuba invece il 77 per 1000, nella Federazione Russa il 68,4 per 1000, in Ucraina ancora il 57,2 per 1000 ed in Bulgaria il 51,3 per 1000.³⁰

Questi alti tassi di abortività quindi rafforzano l'ipotesi che il maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate non sia legato solamente alla loro attuale condizione precaria nella nuova società bensì anche alle pratiche sociali diffuse nei loro paesi in cui si ricorre maggiormente all'aborto rispetto all'Italia.

Questa situazione ha ovviamente ripercussioni sullo stato di salute della donna immigrata che rispetto alle autoctone vive una condizione di emarginazione: le donne immigrate trovano delle difficoltà nella fruizione dei servizi disponibili nella società soprattutto per problemi legati all'integrazione e alla scarsa conoscenza della nuova lingua.

I diritti ed i servizi che possono essere garantiti non sono conosciuti da queste donne e troppo spesso all'interno della società questa situazione di emarginazione viene sottovalutata dal resto della cittadinanza.

Per evitare le conseguenze negative, sarebbe quindi necessario equiparare la condizione delle nuove arrivate a quella delle autoctone garantendo il rispetto dei diritti legati all'essere donna e creando nuovi percorsi di integrazione volti all'empowerment.

Quando un immigrato arriva nel nuovo paese infatti, non possiede informazioni dettagliate sul nuovo contesto e per colmare queste lacune spesso i compagni già presenti intervengono con un passaparola di informazioni che però non è sicuramente sufficiente a fornire un'informazione corretta e dettagliata.

³⁰ Questi dati sono tratti da un'indagine dell'Alan Guttmacher Institute una fondazione tedesca che studia le politiche riproduttive.

Ecco perché a questo punto l'intervento dei servizi territoriali diventa fondamentale per un aumento delle competenze della nuova popolazione che diventando consapevole dei propri diritti e doveri, risulterà anche più integrata e consapevole della propria posizione all'interno della nuova società.

Tra questa serie di diritti, la possibilità di una procreazione consapevole deve essere garantita ad ogni individuo attraverso la prevenzione delle gravidanze indesiderate ed il ricorso dei diversi metodi anticoncezionali. In questo caso, il consultorio familiare in quanto struttura di base vicina alla cittadinanza, può essere il servizio indicato per fornire queste informazioni grazie anche alla collaborazione di mediatori linguistici-culturali.

Diffondere informazioni delicate come quelle legate alla contraccezione non è semplice a maggior ragione se sono presenti barriere legate alla scarsa conoscenza della nuova lingua e soprattutto alla diversa percezione della sessualità in base alla cultura d'appartenenza.

Per questo motivo, un buon strumento che può essere utilizzato per sensibilizzare soprattutto la popolazione femminile immigrata è il materiale informativo contenente nozioni sulla salute sessuale e riproduttiva e sulla prevenzione dell'aborto.

Il materiale ovviamente dovrà essere redatto in lingua italiana ma anche tradotto nelle principali lingue parlate dai nuovi immigrati. La traduzione dovrà essere effettuata in base alle etnie maggiormente presenti in Italia e quindi in lingua albanese, romena, cinese, ucraina, araba ed eventualmente anche in inglese come lingua comune.

Il materiale informativo dovrà essere accessibile per la popolazione immigrata e quindi collocato negli ambienti tradizionalmente da loro frequentati; inoltre anche alcuni incontri con gli operatori come l'esecuzione di una visita di controllo, il corso pre-parto o una visita dopo la nascita del figlio sono delle buone occasioni per la diffusione del materiale.

In questo percorso volto all'integrazione è fondamentale anche la formazione degli operatori coinvolti che devono avere una conoscenza di base delle diverse culture e tradizioni delle persone immigrate per rispettare le diverse credenze e personalità dei soggetti coinvolti. L'accesso alle informazioni relative ai propri diritti è fondamentale anche per i cittadini immigrati: solo garantendo un'equità d'accesso ai servizi ed eliminando le discriminazioni quindi potranno essere garantite la "pari opportunità".

Dalle diverse esperienze, è possibile affermare che tendenzialmente i percorsi di integrazione ed i progetti dedicati alle donne immigrate, hanno esiti positivi all'interno della società poiché le informazioni comunicate vengono recepite e seguite. Le donne immigrate che dopo un'interruzione di gravidanza hanno avuto informazioni sui metodi contraccettivi infatti, hanno assunto un atteggiamento responsabile iniziando ad utilizzare un metodo contraccettivo più sicuro almeno per i primi periodi.

Al giorno d'oggi, si spera quindi che la situazione delle donne straniere possa seguire il percorso delle autoctone dopo l'approvazione della 194/78: con il passare del tempo infatti queste, avendo a disposizione più informazioni sui servizi e sui diritti loro garantiti in materia di procreazione responsabile sono state in grado di utilizzare sempre con più successo i metodi contraccettivi. Il ricorso all'aborto, come abbiamo visto costituisce ormai per le autoctone l'ultima alternativa in caso di fallimento o uso scorretto di metodi contraccettivi.

L'obiettivo che si desidera raggiungere in un futuro non troppo lontano è quindi una riduzione consistente del ricorso all'aborto anche tra le donne immigrate.

In conclusione si spera che anche le nuove arrivate siano più consapevoli e responsabili in materia di procreazione evitando di ricorrere all'interruzione di gravidanza in modo così frequente.

CAPITOLO 3 – INTERROMPERE UN PERCORSO DI MATERNITA': ESPERIENZA SUL CAMPO NEL CONSULTORIO FAMILIARE DELL'ULSS 14

3.1) L'interruzione volontaria di gravidanza: l'interruzione di un progetto

Arrivata a questo punto del mio percorso, ho scelto di analizzare il percorso intrapreso dalle donne che manifestano la volontà di interrompere un progetto di maternità.

Ho scelto di affrontare la questione non solo basandomi sulla conoscenza teorica derivante dallo studio del testo di legge e della bibliografia, bensì avvalendomi della disponibilità di alcuni operatori del consultorio familiare dell'ULSS 14.

Mi è stato possibile intervistare due psicologhe: la Dott.ssa Ciampalini e la Dott.ssa Tiozzo, un'assistente sociale: la Dott.ssa Morini, un'ostetrica: la Dott.ssa Boscolo ed infine un ginecologo: il Dott. Bonetti.

Lo strumento utilizzato è quello dell'intervista semi-strutturata con cui ho potuto esplorare il percorso seguito dalle gestanti che si presentano al consultorio con l'intenzione di interrompere la gravidanza; particolare attenzione è stata data soprattutto alle motivazioni che portano le utenti ad esporre quest'intenzione.

Come sappiamo, la donna che sceglie di interrompere la gravidanza prima di prendere la decisione definitiva, vive un periodo difficile in cui si alternano sensazioni positive e negative.

In questo periodo di forte pressione, essa prova sentimenti contrastanti: da un lato sperimenta un senso di pienezza grazie al figlio portato in grembo ma dall'altro invece avverte un diffuso sentimento di inquietudine legato proprio alla gravidanza stessa.

La situazione inoltre, è doppiamente difficile soprattutto per le donne che scelgono di interrompere la gravidanza a causa di un compagno che non accetta l'impegno della paternità, di una condizione economica precaria o ancora a causa della giovane età; queste infatti, provano un

profondo senso di smarrimento per essere costrette a prendere una decisione di cui non sono pienamente convinte.

Diversa invece la situazione della donna che sceglie consapevolmente di interrompere la gravidanza: in questi casi infatti è proprio la donna che sceglie di rifiutare questa nuova esperienza nonostante l'assenza di ostacoli esterni, poiché non risulta compatibile con il proprio attuale progetto di vita.

Nonostante le diverse motivazioni e situazioni che portano ad un'interruzione di gravidanza, questa rappresenta comunque una decisione molto difficile: anche solo comunicare la notizia dell'aborto ad altre persone è sempre un compito molto problematico e per questo le donne cercano di coinvolgere nel loro percorso un numero molto ristretto di persone intime che le accompagneranno in ogni fase.

Come vedremo, nel Comune di Chioggia, il consultorio familiare, garantisce alle donne che presentano la richiesta di interruzione di gravidanza, un percorso di sostegno personalizzato per ogni donna tramite l'attività di diversi professionisti.

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti infatti, il consultorio familiare risulta una delle strutture più vicine alla cittadinanza: proprio per questo sembra essere la struttura più idonea ad accompagnare le utenti che necessitano di un sostegno per riuscire a prendere consapevolmente decisioni per la propria vita futura.

In alcuni casi però, la donna in gravidanza ancora prima che rivolgersi al consultorio contatta il proprio medico di fiducia che, dopo un primo incontro, la indirizza al consultorio familiare dove potrà iniziare il suo percorso essendo seguita da professionisti appositamente preparati.

Come risulta dalle interviste condotte ai professionisti del consultorio familiare, quando le donne si rivolgono a questa struttura, solitamente sono già certe del fatto di voler interrompere la gravidanza anche se non mancano i casi in cui, grazie al sostegno professionale, queste scelgono di rinunciare all'intervento.

Il fine ultimo dell'attività di sostegno quindi, non è quello di dissuadere l'utente dalle proprie decisioni ed evitare così il ricorso all'aborto bensì quello di accompagnarlo nella presa di una decisione autonoma.

Nell'ambito delle interviste rivolte ai professionisti, ho avuto l'occasione di approfondire il percorso delle utenti che scelgono o che vengono inviate a questa struttura come punto di riferimento per comprendere come si sviluppa la relazione d'aiuto.

Il primo colloquio con l'utente risulta fondamentale poiché è proprio in questo contesto che si pongono le basi per la decisione futura riguardo alla gravidanza in corso; l'incontro con l'utente ha carattere conoscitivo perciò dopo una prima presentazione verranno illustrati alla donna i possibili interventi attivabili a sostegno della maternità.

I consultori familiari infatti, hanno il compito di rimuovere grazie ad appositi interventi soprattutto le cause di natura economica e sociale che porterebbero la donna a scegliere l'interruzione volontaria della gravidanza.

È possibile affermare quindi che il primo colloquio rappresenta il momento in cui la donna esprime tutte le proprie preoccupazioni davanti ad una persona qualificata che la sostiene lasciandole comunque la possibilità di autodeterminarsi.

In altre parole il percorso che si intraprende è volto all'empowerment della donna che grazie al sostegno offerto potrà passare dalla condizione di assistita a quella di soggetto autonomo. I professionisti in questi casi, non prendono infatti decisioni per l'utente bensì lo coinvolgono direttamente come interlocutore e soggetto responsabile delle proprie decisioni.

La Dott.ssa Ciampalini, parlando del percorso seguito dalle utenti infatti afferma che:

"Durante il primo colloquio solitamente tendiamo ad ascoltare molto la persona che abbiamo di fronte. Cerchiamo di capire il modo in cui viene

posta la domanda, cerchiamo di capire perché nella situazione specifica non è possibile tenere il bambino.

Fondamentale è capire le dinamiche familiari e lo status sociale della famiglia, la storia di vita della donna è importante perché in questo modo si possono analizzare le dinamiche profonde che portano a scegliere un'interruzione di gravidanza. Dopo questa prima fase si raccolgono comunque dei dati oggettivi per esempio riguardo all'ultima mestruazione, sull'età.

Importante fornire alle donne le informazioni sui termini di legge e sul suo funzionamento, sui diritti che vengono garantiti e sulle possibilità che vengono date.

Nel primo colloquio inoltre, si cerca di far capire che il professionista ha il compito di sostenere la scelta dell'utente sia nel caso in cui decida di interrompere la gravidanza sia nel caso in cui decida di non interromperla. Oltre a tutte le informazioni che vengono fornite in questa fase, è fondamentale anche l'informazione sulla contraccezione. Si invita dal punto di vista psicologico l'utente a riflettere sul perché si è verificata una gravidanza. Nella maggior parte dei casi infatti, non c'è consapevolezza che in realtà dietro la gravidanza indesiderata si nasconde un desiderio inconscio di maternità.

In ogni colloquio bisogna ricordare che la contraccezione è fondamentale perché spesso dopo una prima interruzione di gravidanza, c'è una volontà di riparare al danno causato rimanendo nuovamente incinta ed andando quindi incontro ad una nuova interruzione di gravidanza. Quest'aspetto però è molto delicato da trattare perché le donne che vengono a chiedere un'IVG non sono nel momento giusto per ascoltare, sono loro che invece devono essere ascoltate. [...]

Dopo un primo colloquio di un'ora circa, vi è un confronto con il ginecologo nel quale solitamente illustro i punti critici della situazione. L'obiettivo è quello di comunicare il cuore della motivazione che porta ad interrompere la gravidanza per poter svolgere un lavoro in sinergia e collaborare per il benessere dell'utente. È importante per l'utente infatti avere un aiuto non giudicante per essere consapevole delle proprie decisioni."

I professionisti del consultorio quindi come anticipato, accompagnano la gestante nella decisione e la seguono successivamente anche nel

caso in cui venga scelta l'interruzione di gravidanza occupandosi delle pratiche che le permettono di sottoporsi all'intervento.

Come sappiamo, la legge 194/78 garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile che corrisponde a quella desiderata dalla donna; ricordiamo però che non per questo, l'aborto deve essere inteso come un sistema per il controllo delle nascite.

Grazie all'approvazione del testo di legge, indubbiamente l'interruzione di gravidanza è diventata una pratica legalizzata e sono aumentati con gli anni i casi in cui la donna può richiedere l'interruzione della stessa.

Il procedimento dell'aborto, viene oggi regolato in base alla durata della gravidanza stessa: fino al novantesimo giorno di amenorrea infatti la donna può decidere di richiedere l'aborto anche a causa di problemi per la sua salute fisica o psichica legati per esempio alle precarie condizioni economiche, sociali, familiari, o ancora a causa delle circostanze in cui è avvenuto il concepimento (per esempio se è avvenuto in seguito ad una violenza), oppure infine anche a causa di anomalie o malformazioni nel concepito.

In questi casi quindi la donna può prendere la decisione in modo autonomo senza presentare particolari giustificazioni per la decisione presa ma soprattutto mettendo in primo piano il proprio diritto all'autodeterminazione: secondo il testo di legge infatti anche semplici cause sanitarie come ad esempio il timore del parto o cause sociali legate ad una precaria situazione familiare possono essere sufficienti a minare la salute fisica o psichica della donna che può quindi rifiutare la gravidanza in corso.

Nel caso in cui la gravidanza sia iniziata da meno di 90 giorni, quindi dopo che il professionista ha accertato la motivazione per cui viene richiesta l'interruzione, il passo successivo è quello di accertare l'identità della donna tramite un valido documento d'identità per verificare se l'età dell'utente rientra nei limiti per richiedere l'intervento.

In questa fase inoltre il medico dovrà accertare lo stato di gravidanza e la durata della stessa tramite ecografia per poter determinare se questa è iniziata da un'epoca inferiore ai 90 giorni per poter richiedere l'interruzione in base a quanto previsto dall'articolo 4 della legge 194/78.

Solo nel caso in cui la gravidanza sia iniziata da meno di novanta giorni, quindi, si procederà con la compilazione del certificato che dovrà essere sottoscritto dal medico in questione e dalla richiedente.

Nel certificato dovranno comparire alcune informazioni come la data delle ultime mestruazioni ed i dati relativi all'ecografia compresa l'età gestazionale del feto.

Nel certificato si attesta che la donna chiede l'interruzione di gravidanza in base all'articolo 4 della legge 194/78 nonostante siano state analizzate tutte le possibili soluzioni al problema. Ottenuto il certificato però la donna viene invitata a soprassedere sulla decisione presa per sette giorni, trascorsi i quali potrà recarsi con il certificato ottenuto in una delle sedi autorizzate per ottenere l'intervento.

Fondamentale nel certificato la presenza della data dell'incontro, poiché da questa dovrà trascorrere una settimana in cui la donna avrà il compito di riflettere sulla decisione presa per poi decidere definitivamente se rivolgersi ad un centro autorizzato per l'interruzione della gravidanza.

Nell'intervista il Dott. Bonetti spiega:

“Dopo un'analisi della situazione e dopo un'ulteriore richiesta di interruzione di gravidanza allora si procede con il percorso.

In questo caso la donna si presenta in ambulatorio con la prova della gravidanza magari tramite test oppure con un'ecografia e dopo avere accertato la sua identità si procede con la certificazione.

Nella certificazione si attesta che l'utente si è presentata al Consultorio per chiedere l'interruzione di gravidanza in base all'articolo 4 della legge 194/78.

Si attesta inoltre che sono stati compiuti gli accertamenti necessari del caso: si cita la data dell'ecografia e l'età dell'embrione o del feto e si afferma che sono state esaminate con la richiedente tutte le soluzioni al suo problema.

Con questo certificato, firmato dal ginecologo e dalla donna, la richiedente dopo aver soprasseduto per sette giorni, nel caso in cui non abbia cambiato idea potrà recarsi presso un ospedale da lei scelto per poter eseguire l'intervento."

Come si evince dal testo di legge però, la procedura del rilascio del certificato in caso di urgenza segue un percorso diverso: in questi casi i professionisti hanno la facoltà di rilasciare un certificato che attesta la necessità di un intervento urgente a causa di gravi problemi per la salute della donna o nella maggior parte dei casi a causa della scadenza imminente del termine di 90 giorni per ottenere l'interruzione di gravidanza.

In questa situazione quindi, la donna non ha l'obbligo di attendere sette giorni dall'emanazione del certificato per poter procedere con l'intervento.

La Dott.ssa Boscolo infatti spiega che:

"In altri casi invece può essere compilato un certificato che attesta l'urgenza dell'intervento che nel 99% dei casi viene compilato perché la donna si presenta al consultorio con la propria richiesta essendo vicina ai 90 giorni di gestazione e quindi deve effettuare l'intervento il prima possibile per non uscire dal periodo concesso dalla legge".

Ricordiamo che oltre alla possibilità di interrompere la gravidanza entro i primi 90 giorni, la legge 194/78 permette di ricorrere all'interruzione anche nel secondo trimestre di gestazione: in questi casi però le disposizioni diventano più rigide e la donna non può scegliere arbitrariamente e per qualsiasi motivo legato alla sua salute fisica o psichica di interrompere la gravidanza.

All'articolo 6 del testo di legge infatti si afferma che se la gravidanza dura da più di 90 giorni, la donna può richiedere l'intervento solo se si presenta un grave pericolo per la sua vita legato per esempio ad una malattia incurabile in gravidanza o quando invece siano state riscontrate gravi anomalie e malformazioni nel nascituro.

La richiesta di interruzione di gravidanza in questo caso, deve essere inviata direttamente al medico del servizio-ostetrico ginecologico che, dopo aver accertato lo stato di gravidanza ed il pericolo per la vita della madre o gravi malformazioni nel nascituro, dovrà eseguire direttamente l'intervento.

La Dott.ssa Boscolo afferma:

“Come saprai prima dei 90 giorni la donna può scegliere di interrompere la gravidanza per motivazioni legate alla sua salute psico-fisica con una procedura che risulta più semplice.

Dopo i 90 giorni invece le motivazioni presentate devono essere più serie e devono essere legate ad un pericolo grave per la salute fisica o psichica della donna.

Ci sono molti casi di donne che per esempio non riescono a sopportare la malformazione del feto e quindi la loro salute mentale per questo è messa a rischio e la situazione potrebbe portare anche al suicidio; in questo caso in collaborazione con il CSM si può rilasciare il certificato per l'intervento. Ti devo dire che queste situazioni sono molto ma molto rare ma se si presentano come dicevo deve essere iniziato un rapporto con il Centro di Salute Mentale ed è anche la figura dello psichiatra che deve accertare il fatto che la vita della donna è messa in pericolo a causa della gravidanza.

Gli altri casi in cui si può rilasciare il certificato dopo i primi 90 giorni sono i casi in cui la problematica è legata ad una grave patologia fisica o alla necessità di un intervento chirurgico immediato per salvare la vita della donna.”

Nell'articolo 7 della legge 194/78 inoltre, si parla della possibilità di interruzione di gravidanza anche quando vi sia la *possibilità di vita autonoma del feto*; in questo caso però l'intervento può essere

concluso solo quando *“la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna.”*³¹

Questo intervento costituisce a tutti gli effetti un parto prematuro che viene provocato allo scopo di salvare la vita della madre: proprio per questo motivo il medico che esegue l'intervento dovrà cercare con ogni mezzo disponibile di salvaguardare la vita del feto determinando però caso per caso la possibilità di sopravvivenza del feto in base ai mezzi di assistenza neonatale disponibili.

È possibile affermare che: *“gli interventi terapeutici devono essere proporzionati alla situazione oggettiva del paziente [...] che va preservato dal dolore, dalla sofferenza e da trattamenti inutili o dannosi e da trattamenti che prolungano il processo del morire.”*³²

L'intervento deve essere quindi proporzionato alla reale possibilità di sopravvivenza del feto per evitare di sconfinare nell'accanimento terapeutico che risulta rischioso ed improduttivo.

Il Dott. Bonetti durante la sua intervista racconta che:

“ In certi casi l'aborto terapeutico è più che altro un parto pretermine provocato e proprio per questo molti feti anche di 450 grammi sono sopravvissuti alla procedura presentando però gravissimi danni psicofisici nel resto della loro vita.

Proprio per questo le motivazioni che portano a questo tipo di intervento devono essere veramente serie perché parliamo di un intervento su di un vero e proprio neonato potenzialmente in grado di sopravvivere. Per la madre inoltre il fatto di dover partorire un feto con la consapevolezza che questo andrà incontro alla morte è un evento traumatico e se come ti ho già detto un aborto può lasciare una cicatrice per tutta la vita in questo caso la cicatrice sarà ancora più profonda.”

³¹ Legge 22 maggio 1978 n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, articolo 7, III comma

³² G. FATTORINI, Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194, Angelo Guerrini e Associati, Milano, 2008, pag 125

Bisogna ricordare però, che al giorno d'oggi, la percentuale di aborti effettuati nel secondo trimestre di gravidanza rappresentano solo una minima percentuale del totale degli aborti e sono ulteriormente in diminuzione grazie ai nuovi mezzi di diagnosi precoce di alcune importanti patologie.

Nonostante ciò, questo tipo interventi non è ancora scomparso e proprio per questo è lecito chiedersi a partire da quando si può parlare di vita autonoma del feto e quindi a partire a quando i medici sono tenuti a salvaguardare in ogni modo la vita del feto.

La legge italiana purtroppo non determina un periodo preciso a partire da cui il feto è potenzialmente in grado di sopravvivere autonomamente ma da diversi e ripetuti studi scientifici risulta che la sopravvivenza è molto critica prima della 24esima settimana gestazionale: in base a queste considerazioni quindi è possibile considerare tendenzialmente la 24esima settimana di gestazione come il periodo a partire dal quale nel caso estremo di aborto (o per meglio dire parto prematuro provocato) i professionisti sono tenuti ad utilizzare ogni mezzo per salvaguardare la sopravvivenza del feto.

Arrivati a questo punto, abbiamo quindi delineato le diverse possibilità consentite dalla legge in materia di interruzione di gravidanza che come afferma l'articolo 12 deve essere richiesta personalmente dalla donna visto che la decisione ultima non può essere presa da altri soggetti contro la sua volontà.

Nonostante ciò, il legislatore ha previsto anche alcuni casi particolari in cui la decisione finale non viene presa direttamente dalla gestante: questi sono per esempio i casi di richiesta di aborto da parte di una minorenne o di una donna interdetta incapace di intendere e volere. Nel caso in cui la richiedente sia minorenne, fondamentale come prima cosa è determinare se la gravidanza è iniziata da più di novanta giorni: in questo caso infatti il procedimento segue esattamente quello previsto tradizionalmente dalla legge e quindi la gravidanza potrà essere interrotta solo in caso di grave rischio o pericolo per la vita

della madre o in caso di gravi malformazioni del feto anche solo con il parere della minore.

Nel caso in cui invece non siano trascorsi ancora novanta giorni dall'inizio della gravidanza, per concludere l'operazione è necessario il consenso dei genitori o dei tutori legali della donna che se non concesso porta ad un allungamento del procedimento necessario per ottenere l'intervento.

Nel caso in cui manchi il consenso dei genitori o dei tutori legali, il professionista responsabile del caso dovrà inviare ad un giudice tutelare, entro sette giorni dalla richiesta della minore, una relazione in cui esprime il proprio parere in merito alla situazione generale.

A questo punto sarà il giudice tutelare, dopo aver sentito la minore ed aver analizzato la relazione del medico ad autorizzare o meno l'interruzione della gravidanza.

Ricordiamo infine che la legge 194/78 infine prevede anche alcune regolamentazioni per quanto riguarda la pratica dell'intervento in una donna interdetta; in queste situazioni la richiesta d'aborto può essere presentata dalla donna stessa sentito il parere del tutore legale oppure dal tutore o dal marito con l'assenso della donna.

Anche in queste situazioni, il medico dovrà trasmettere una relazione al giudice tutelare che deciderà infine se accettare o meno la richiesta di interruzione di gravidanza.

3.2) I diversi perché dell'interruzione di gravidanza

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, nel primo trimestre di gravidanza le motivazioni per cui una donna può richiedere un'interruzione di gravidanza possono essere legate a problemi di qualsiasi tipo per la sua salute psico-fisica.

Nell'ambito delle interviste rivolte ai professionisti del consultorio familiare, ho scelto quindi di analizzare le principali motivazioni presentate dalle utenti per comprendere quali sono le variabili che le scoraggiano a portare avanti la gravidanza.

Come prevedibile, le motivazioni presentate sono molto diverse tra loro ma senza dubbio è possibile affermare che lo status sociale e lo stile di vita della gestante giocano un ruolo fondamentale in questa scelta.

A prescindere dalle diverse caratteristiche delle richiedenti però, l'interruzione di gravidanza avviene sempre in seguito al fallimento o addirittura al non utilizzo di metodi contraccettivi. Al giorno d'oggi infatti in Italia ancora il 9,4% delle coppie non usa alcun metodo contraccettivo mentre il 31,6% utilizza metodi poco sicuri come il coito interrotto che ha un'altissima percentuale di fallimento e non può essere propriamente considerato un metodo contraccettivo.

La percentuale degli italiani che usa un metodo contraccettivo sicuro invece è relativamente bassa: il preservativo infatti viene utilizzato dal 28,4% della popolazione, la pillola viene utilizzata solo dal 20,9% ed infine la spirale dal 3,2%.

Il restante della popolazione sceglie invece di ricorrere a metodi naturali poco affidabili. Ricordiamo però che anche i mezzi anticoncezionali più sicuri spesso vengono utilizzati in modo scorretto: i preservativi per esempio vengono danneggiati e la pillola non viene assunta regolarmente soprattutto dalle ragazze più giovani facendo aumentare inevitabilmente il numero delle gravidanze indesiderate.

Dalle interviste condotte, le donne che ricorrono all'aborto a causa del non utilizzo o dell'utilizzo scorretto di un metodo anticoncezionale, si sentono poi in colpa per aver avuto dei rapporti sessuali non protetti che hanno provocato la gravidanza.

Come ricorda la Dott.ssa Ciampalini quindi, è difficile parlare di un vero e proprio fallimento di metodi contraccettivi ma piuttosto di un loro utilizzo scorretto o nullo:

"Dipende da cosa intendiamo per metodi contraccettivi; a mio parere la principale motivazione per cui si ricorre all'IVG è il non utilizzo di alcun metodo contraccettivo."

Queste donne si lasciano coinvolgere dall'amore nei confronti del proprio partner e non vivono una sessualità responsabile rimanendo poi abbandonate da un uomo che non accetta la maternità. Se invece vogliamo inserire tra i metodi contraccettivi i metodi naturali o il coito interrotto allora possiamo dire che il fallimento dei metodi contraccettivi è una delle principali motivazioni.

I metodi contraccettivi da considerare sono il preservativo, la pillola e la spirale e se utilizzati correttamente la possibilità di gravidanze indesiderate è veramente minima. Certo ho conosciuto delle utenti a cui si è rotto il preservativo, altre che sono rimaste incinta con la spirale visto che come saprai è un metodo abortivo precoce. Mi sono capitate anche rare utenti rimaste incinta assumendo la pillola ma ecco questi sono casi limite, quindi a mio parere non si può parlare di fallimento di metodi contraccettivi.

Ricordiamo poi, che un'altra motivazione fondamentale che porta la donna a scegliere di interrompere la gravidanza è legata alla defaillance dell'uomo che una volta venuto a conoscenza della gravidanza decide di andarsene o chiede alla compagna di interromperla. Nella maggior parte dei casi purtroppo, le donne non se la sentono di intraprendere da sole un progetto di maternità ed in mancanza del partner quindi preferiscono interrompere la gravidanza. Ricordiamo però che in queste situazioni l'età gioca un ruolo fondamentale ed infatti nella maggior parte dei casi gli uomini che decidono di non accompagnare la donna in un progetto genitoriale sono giovani e non in grado di assicurare un futuro certo al proprio figlio.

La Dott.ssa Tiozzo infatti durante l'intervista ricorda che:

"La mancanza di un compagno è una delle prime motivazioni presentate: le donne parlano di relazioni affettive non stabili e quindi raccontano di trovarsi da sole a dover gestire un bambino e di non sentirsi in grado di farlo. La famiglia è ancora un'istituzione importante e quindi la mancanza del padre è fondamentale nella scelta di interrompere la gravidanza. Ragazze molto giovani spesso vengono abbandonate dal proprio ragazzo, ma

anche donne mature spesso si recano ai servizi in difficoltà proprio perché il partner ha imposto di scegliere o lui o il bambino in arrivo.

Nonostante l'appoggio fornito dalle istituzioni o dalla propria famiglia, la mancanza di un uomo al proprio fianco demoralizza la donna che non riesce a progettare una vita futura con il proprio bambino."

Anche la giovane età della madre però, è sicuramente un altro ostacolo al proseguimento della gravidanza: quando un'adolescente rimane incinta infatti non ha ancora completato il ciclo di studi e quindi non può ancora ritenersi autonoma ed in grado di crescere un figlio.

In questi casi ci sono molte variabili che spaventano l'adolescente, ma senza dubbio uno dei primi problemi è legato alla comunicazione della notizia alla propria famiglia che potrebbe reagire anche in modo molto negativo.

Durante i colloqui con i professionisti infatti, le ragazze risultano agitate e si sentono incomprese anche dal padre del bambino che spesso sottovaluta la portata del problema; queste giovani donne però non si sentono ancora pronte ad abbandonare il loro ambiente di vita e per questo, soprattutto se non supportate dalla famiglia, decidono di interrompere la gravidanza non programmata.

La Dott.ssa Tiozzo infatti, spiega che molte ragazze anche minorenni, proprio per l'età ed i progetti di vita incompiuti chiedono di poter interrompere la gravidanza:

"In alcuni casi inoltre anche la giovane età della ragazza porta ad interrompere la gravidanza; in queste situazioni si dovrebbero contattare i genitori per avere l'autorizzazione a procedere con l'intervento.

Può essere però che la ragazza scelga di non coinvolgerli in questo processo e quindi in questo caso bisognerà svolgere un lavoro più ampio contattando il Tribunale dei Minori e coinvolgendo un giudice tutelare. Il giudice tutelare dopo aver incontrato l'assistente sociale e la psicologa, e dopo aver sentito la ragazza avrà la decisione ultima in questione.

Le ragazze molto giovani, solitamente arrivano con qualche amica oppure con il ragazzo ma anche se arrivano con i genitori sono molto vulnerabili:

per questo bisogna cercare di comprendere se l'azione che stanno per compiere è volontaria o se sono portate a farlo magari perché pressate da altre persone soprattutto più grandi e responsabili della sua crescita."

Infine, anche la precarietà esistenziale ed economica sono alcuni dei principali motivi che spingono la donna a rinunciare ad una gravidanza non programmata.

Come vedremo nei prossimi capitoli però, le problematiche economiche sono anche una delle motivazioni relativamente più "semplici" da affrontare grazie alla molteplicità di sostegni alla maternità offerti dal territorio.

Molte donne in gravidanza quindi chiedono il supporto dei diversi professionisti per affrontare questa situazione di fragilità e riescono grazie agli aiuti offerti soprattutto dalle associazioni di volontariato, a portare a termine la gravidanza in modo sereno.

La Dott.ssa Ciampalini infatti spiega che:

"Certo anche la componente economica è fondamentale però è anche la più facilmente risolvibile. Quando una donna spiega che non se la sente di portare avanti un gravidanza per problemi economici in realtà non è convinta di interromperla.

In questi casi infatti si presentano tutte le soluzioni offerte dal territorio per sostenere economicamente l'utente in difficoltà e nella maggior parte dei casi grazie gli aiuti offerti dal Comune o dal CAV la gravidanza viene portata a termine.

Nei casi di problematiche economiche, inoltre il problema è legato soprattutto alla perdita di un lavoro non regolare che non garantisce alcun sussidio di maternità alle gestanti ecco perché attraverso un sostegno economico è possibile far vivere serenamente la gravidanza alla donna."

Dopo aver analizzato le diverse motivazioni che spingono la donna a scegliere di interrompere la gravidanza però, è possibile affermare che in ogni caso, la precarietà esistenziale, la fragilità delle relazioni sociali e le problematiche economiche, non costituiscono un buon

punto di partenza per accettare all'interno della propria vita l'arrivo di un figlio inaspettato.

Indubbiamente quindi la mancanza di un lavoro e di un reddito assicurati, la necessità di continuare il proprio percorso di studi o di carriera e l'assenza dell'altro partner portano quindi le donne a prendere decisioni molto difficili ma purtroppo inevitabili.

3.3) Il sostegno professionale nei confronti della donna: il ruolo dell'assistente sociale

Come abbiamo visto, la donna che intende interrompere la gravidanza o che ha molti dubbi ed insicurezze, contatta solitamente il consultorio familiare o in alcuni casi il medico di fiducia che la indirizza comunque verso il consultorio o la struttura ospedaliera per un colloquio più approfondito.

Abbiamo compreso che nel caso in cui la donna abbia già preso la decisione di interrompere la gravidanza, i professionisti non hanno assolutamente il compito di dissuaderla dalle proprie decisioni poiché nella legge 194/78 si afferma che l'autodeterminazione della gestante è un diritto fondamentale.

Diversa è invece la situazione nel caso in cui la donna non abbia ancora preso una decisione definitiva: è proprio in questo contesto che diventa fondamentale il supporto professionale. All'interno del consultorio familiare del Comune di Chioggia, nel caso in cui la gestante abbia seri dubbi sulla prosecuzione della gravidanza, soprattutto per problematiche socio-economiche, diventa fondamentale la figura dell'assistente sociale che attraverso un colloquio psicosociale accompagna l'utente guidandolo verso la decisione migliore per la situazione presentata.

La Dott.ssa Morini infatti spiega che:

"Solitamente incontro le utenti quando ci sono problematiche socio-economiche che impediscono di vivere serenamente la gravidanza.

In questi casi si programma un colloquio in cui si cerca di comprendere l'utente e le problematiche più profonde per iniziare un percorso d'aiuto a lungo termine a favore della maternità.

In tutti i colloqui comunque il ruolo dell'assistente sociale è quello di accompagnare l'utente nel percorso di decisione prospettando tutte le possibilità che il territorio può offrire.

L'obiettivo non è quello di far cambiare idea all'utente ma di accompagnarlo nella decisione. Solitamente però quando entro in contatto con le utenti è perché queste non sono certe di interrompere la gravidanza, anzi cercano un appoggio per poterla portare avanti. In questi casi è già avvenuto un primo colloquio con la psicologa in cui si è espressa la volontà di portare avanti la gravidanza nonostante le difficoltà. "

Nel primo incontro con l'utente quindi, l'assistente sociale avrà il compito di comprendere a fondo le ragioni dell'insicurezza della donna nei confronti della propria gravidanza.

Il professionista cercherà di capire se le difficoltà presentate dall'utente sono legate a problematiche socioeconomiche come per esempio l'assenza di una rete familiare o le precarie condizioni economiche che possono essere supportate attraverso specifici interventi.

In secondo luogo il professionista, compresa la situazione generale, dovrà informare la donna riguardo ai diritti spettanti in base alla legislazione nazionale e regionale.

Verranno presentati quindi gli aiuti territorialmente disponibili a sostegno della maternità sia per quanto riguarda l'assistenza del bambino sia per quanto riguarda la sfera economica. Il professionista, come sancisce il testo di legge, ha il compito di proporre *"ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto."*³³

³³ Legge 22 maggio 1978 n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, articolo 5

Se durante il primo colloquio la donna appare confusa e spaventata l'assistente sociale potrà inoltre proporre ulteriori colloqui di sostegno psicologico durante i quali la donna potrà condividere la propria situazione con un altro professionista appositamente preparato.

In alternativa, se a questo punto la donna manifesta la volontà di proseguire la gravidanza, l'assistente sociale potrà metterla in contatto direttamente con gli operatori del privato sociale e con i volontari dei Centri di Aiuto alla Vita locali che si occupano di sostenere le donne con problematiche socio-economiche.

La Dott.ssa Morini infatti spiega:

"In questi casi, si cerca di comprendere la storia personale dell'utente e di comprendere da dove partono le difficoltà incontrate. Si analizza quindi la condizione familiare e relazionale, lo status sociale della donna incinta e si cerca di comprendere quanto è presente una rete familiare.

Nella maggior parte dei casi queste donne sono sole, abbandonate dal compagno in una fase della vita molto delicata. Tendenzialmente però la rete familiare è sempre abbastanza presente infatti vengono spesso accompagnate al colloquio dalla madre o dalla sorella e vengono riaccolte a casa dopo la fine della relazione con il partner.

Questo dimostra che nonostante la povertà e le situazioni precarie, queste famiglie per quanto povere sono presenti al momento del bisogno.

Ai colloqui sono sempre molto agitate e pongono domande sconnesse tra loro. Nella mia esperienza ho incontrato principalmente donne mature che anche se sole non volevano ricorrere all'aborto bensì portare a termine la gravidanza perché veniva vista come un'ultima possibilità per diventare madre. Tutte le donne che ho incontrato non avevano un'occupazione stabile, svolgevano qualche lavoretto in nero come le pulizie oppure facevano le sarte, proprio per questo non potevano contare sui diritti che vengono garantiti a tutte le madri lavoratrici.

In seguito si illustrano tutti gli aiuti presenti nel territorio, si spiega il funzionamento e si inizia un progetto personale di sostegno che può prevedere incontri periodici con l'utente.

Questi percorsi però non vengono gestiti direttamente dal consultorio, solitamente il ruolo principale infatti è svolto dal Centro di Aiuto alla Vita che eroga un sussidio mensile durante la gravidanza ed aiuta poi materialmente le madri dopo la nascita del bambino.

Il mio lavoro quindi si svolge soprattutto con donne che non vogliono rinunciare al proprio bambino poiché nel caso contrario il processo viene gestito direttamente dal ginecologo assieme all'ostetrica."

Come ha spiegato la Dott.ssa Morini, è fondamentale fornire alla donna in difficoltà un quadro completo degli aiuti disponibili territorialmente.

Solo a questo punto, avendo un quadro completo della situazione, la donna potrà prendere una decisione responsabile mettendo al primo posto l'amore verso il figlio che porta in grembo.

Come vedremo nell'ultimo capitolo, all'interno del Comune di Chioggia, il ruolo di sostegno svolto dal Centro di Aiuto alla Vita è fondamentale ed è proprio grazie a questo importante contributo che vengono fatti nascere ogni anno molti bambini che si salvano quindi dall'aborto.

Ricordiamo infine che se anche dopo un percorso con l'assistente sociale, la donna rimane indirizzata verso la strada dell'interruzione di gravidanza, allora il professionista, nonostante i progetti di aiuto proposti, avrà il compito di illustrare le fasi successive del processo per l'interruzione di gravidanza e fissare l'appuntamento per la visita ginecologica in cui verrà determinata l'età gestazionale per poi procedere con l'intervento.

Come più volte ricordato infatti, il professionista non opera per dissuadere l'utente da una possibile decisione di aborto ma al contrario per accompagnarlo nel processo di decisione prospettando tutte le possibili soluzioni ed i diritti garantiti.

In questo modo, il processo di aiuto nei confronti della gestante, corrisponde allo spirito della legge 194/78 con la quale si afferma l'importanza dello stato di salute della donna, della sua

autodeterminazione ricordando però anche l'importanza della vita nascente.

Si ricorda infine che nel rispetto di tali disposizioni la collaborazione tra i diversi professionisti è fondamentale per supportare la donna nel suo processo decisionale.

Come afferma Fattorini *“un lavoro di gruppo, infatti, prevede sicuramente competenze certe, divisione dei ruoli chiari, gerarchie condivise, ma anche elasticità nell'interpretazione delle diverse parti e circolarità nel coinvolgimento emotivo e professionale.”*³⁴

Proprio per questo motivo, grazie all'intervento di diversi professionisti la gestante potrà vedere rispettati tutti i suoi diritti e vedere soddisfatti tutti i bisogni nel rispetto dell'autodeterminazione personale.

3.4) I traumi psicologici post-aborto

Dopo aver analizzato le diverse condizioni consentite dalla legge per l'interruzione di gravidanza, bisogna ricordare che indipendentemente dalle motivazioni e dal livello di convinzione della donna, l'esperienza dell'aborto è un percorso molto intenso che può avere ripercussioni negative per lunghi periodi e che si possono estendere anche dopo la nascita di altri figli.

Indubbiamente la situazione risulta maggiormente drammatica quando si presenta uno scarto tra le aspettative della donna e dell'uomo: in queste situazioni infatti i due individui non riescono a trovare un punto d'incontro e spesso l'aborto viene visto come un mezzo per risolvere alla radice la situazione problematica.

Nella maggior parte dei casi sono le donne ad incontrare una negazione da parte dell'altro soggetto; gli uomini infatti spesso di fronte ad una gravidanza inaspettata preferiscono evitare il problema allontanandosi dalla situazione.

³⁴ G. FATTORINI, *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194*, Angelo Guerini e Associati, Milano, 2008, pag. 199

Le donne lasciate sole quindi spesso scelgono con dolore di sottoporsi all'intervento elaborando però con difficoltà o addirittura non superando, la perdita del loro bambino.

Le ripercussioni dell'interruzione di gravidanza sulla salute psico-fisica della donna, sono molteplici ma purtroppo sono state ignorate nel nostro paese per troppi anni e solo negli ultimi periodi sono state seriamente prese in considerazione con la creazione di percorsi d'aiuto personalizzati per le donne che affrontano questa terribile esperienza. In Italia si è cominciato a dare rilevanza alla tematica delle conseguenze post-aborto solo a partire dall'inizio degli anni '90 dello scorso secolo quando era ormai evidente che l'intervento lasciava dei segni indelebili sulla vita delle donne.

Bisogna fare attenzione però a non generalizzare poiché il post-aborto non ha le stesse caratteristiche per tutte le donne: in alcuni casi infatti la donna riesce a superare positivamente i primi periodi e metabolizza l'esperienza in modo costruttivo imparando dai propri errori; fondamentale in questi casi, l'aiuto offerto dai professionisti ed il supporto della rete familiare ed amicale.

In altri casi invece purtroppo i traumi che derivano da un'interruzione di gravidanza sono più evidenti e possono avere ripercussioni sulla vita della donna in base alla loro intensità.

Il disturbo più lieve presentato da alcune donne, è lo stress post-aborto che può manifestarsi fino a sei mesi dopo l'intervento: in questi casi la donna appare nervosa, irritabile ed alterna momenti di serenità a momenti di tristezza profonda caratterizzati da crisi di pianto. Solitamente però questi sintomi perdurano per un periodo di tempo limitato dopodiché la situazione migliora e la donna comincia a reagire affrontando nuovamente la vita.

Diverso è invece il caso della psicosi post-aborto che può iniziare subito dopo l'intervento e perdurare anche oltre i sei mesi; in questo caso i sintomi sono soprattutto di origine psichiatrica come deliri, allucinazioni in cui ci si immagina di vedere il proprio bambino,

ossessioni che si sviluppano nei confronti degli altri neonati o per esempio incubi ricorrenti. Infine il caso più grave è rappresentato dalla sindrome post-abortiva che può insorgere subito dopo l'interruzione di gravidanza oppure rimanere latente anche per molti anni per poi scoppiare improvvisamente devastando totalmente la vita della donna. Questa può causare *“disturbi della comunicazione, disturbi dell'alimentazione, disturbi del pensiero (pensieri ossessivi), disturbi della relazione affettiva caratterizzata da un cospicuo isolamento, disturbi della sfera sessuale, disturbi del sonno (insonnia, irritabilità, incubi), disturbi fobico-ansiosi, flash backs dell'aborto (ri-esperienza del trauma, ricordi della passata esperienza).”*³⁵

Ricordiamo che in caso di sindrome post-abortiva, quando passa molto tempo tra l'aborto volontario e la comparsa dei sintomi, la situazione è particolarmente grave poiché la donna per molto tempo avrà cercato di sopprimere e negare la propria sofferenza fingendo di aver superato il trauma; in realtà in questi casi le donne ottengono l'effetto opposto poiché entrano in un circolo vizioso non condividendo il proprio dolore con le persona care.

La sindrome post-abortiva per questo, è il disturbo psicologico sul quale si concentrano le maggiori attenzioni dei professionisti che si occupano delle donne che hanno effettuato un aborto poiché questo problema può avere pesanti ripercussioni sulla vita della donna e della coppia.

Come abbiamo ricordato, in caso di sindrome post-abortiva, la donna passerà molto tempo da sola isolandosi anche dalla propria famiglia e dagli amici più cari; anche la relazione con il partner, nella maggior parte dei casi, si interrompe a causa di un punto di rottura che impedisce di recuperare il rapporto passato.

Una differenza fondamentale tra l'insorgenza dei diversi disturbi è legata al tipo di aborto scelto dalle donne per eseguire l'intervento; da

³⁵ La sindrome post-abortiva è ben descritta dalla Dott.ssa Enza Sansone specialista in ostetricia e ginecologia e nella psicoterapia della Gestalt e quindi molto attenta alle conseguenze psicologiche che l'aborto può avere sulla vita della donna. Il sito della dottoressa è <http://www.enzasansone.it/argomenti.asp>

alcuni studi infatti emerge che la sindrome post-abortiva si presenta soprattutto nelle donne che hanno deciso di effettuare un aborto farmacologico poiché in questi casi, le ripercussioni negative sulla propria vita sono spesso legate alla vista dell'embrione che può causare un forte impatto emotivo.

Quando l'aborto avviene con l'intervento chirurgico tramite la pratica dell'aspirazione, la donna viene anestetizzata ed al momento del risveglio l'intervento risulta già completato; anche se l'intervento rimane comunque molto traumatico in un certo senso la donna non è consapevole delle procedure svolte per interrompere la gravidanza.

Più che per la donna quindi, l'aspirazione dell'embrione o del feto può essere turbante per i professionisti che svolgendo l'intervento possono chiaramente vedere ciò che viene estratto dal corpo della donna.

Boltanski nella sua trattazione sulla condizione fetale infatti afferma che *“una delle particolarità della tecnica dell'aspirazione è quella di far sparire le forme di ciò che viene estratto. I resti del feto aspirato vengono inviati dalla macchina in un sacchetto amovibile. [...] È accaduto a volte che il sacchetto, troppo piccolo per contenere i resti di un feto più voluminoso, scoppiasse, disperdendo dei resti di cui era riconoscibile ad occhio nudo la forma umana.”*³⁶

Come anticipato, totalmente diversa è invece la questione dell'aborto farmacologico che avviene anche nel nostro paese con la somministrazione della cosiddetta pillola RU-486 composta da un insieme (mifepristone e prostaglandine) di farmaci che favoriscono il distacco dell'embrione facendo diventare l'endometrio inadatto a continuare una gravidanza e provocando contrazioni uterine.

Questo farmaco è stato sperimentato in Italia per la prima volta nel settembre del 2005, ma inizialmente è stato sospeso perché giudicato dal Ministro della Salute contrario all'articolo 8 della legge 194/78 in cui viene affermato che l'interruzione di gravidanza deve essere

³⁶ L. BOLTANSKI, *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Feltrinelli, Milano, 2007, pag 171

praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico in un ospedale o in una clinica autorizzata.

Il fatto che il processo potesse essere gestito quasi interamente nel domicilio dalla donna, che tornava poi in ospedale per la somministrazione del secondo farmaco e in seguito per il controllo di una corretta espulsione, è stato giudicato contrario a quanto affermato dalla legge.

L'interruzione della sperimentazione però non è durata a lungo poiché i sostenitori dell'aborto farmacologico hanno ricordato come sia proprio la stessa legge 194/78 ad affermare all'articolo 15 che il personale sanitario deve essere costantemente aggiornato *“sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione di gravidanza.”*³⁷

In base a queste considerazioni quindi le regioni Toscana ed Emilia Romagna hanno ripreso la sperimentazione e regolamentato per prime le modalità di gestione legale dell'aborto farmacologico: questo è stato ritenuto sicuro e meno traumatico rispetto all'aborto chirurgico ma è stato consentito entro e non oltre la settima settimana di amenorrea. Ricorrendo all'aborto farmacologico, la donna è pienamente consapevole del processo che avviene all'interno del proprio corpo e segue le diverse fasi che portano a quello che i medici paragonano ad un abbondante ciclo mestruale o ad un aborto spontaneo.

Al primo incontro con il medico per l'interruzione di gravidanza verrà verificata l'assenza di controindicazioni all'aborto farmacologico e verrà eseguita l'indagine ecografica per accertare l'età gestazionale dell'embrione.

Come anticipato dopo l'assunzione del primo farmaco, la donna potrà scegliere di gestire l'intero procedimento al domicilio per tornare all'ospedale dopo due giorni ed assumere, per via orale o vaginale, il

³⁷ Legge 22 maggio 1978 n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, articolo 15

farmaco che provocherà le contrazioni dell'utero e quindi l'espulsione. Dopo l'assunzione del secondo farmaco quindi la donna, si preparerà all'espulsione in una toilette o in un recipiente che verrà poi controllato dal personale sanitario (o dalla donna stessa) per confermare la riuscita dell'aborto.

Dopo aver illustrato il procedimento per effettuare questo intervento, siamo ancora certi che l'aborto farmacologico, anche se avviene molto precocemente, sia meno traumatico dell'aborto chirurgico? Che ripercussioni può avere sulla donna la visione del materiale espulso sapendo che si tratta del figlio che è appena stato ucciso?

L'aborto farmacologico troppo spesso viene giudicato erroneamente un metodo facile ed innocuo: purtroppo però non vengono presi in considerazione i possibili effetti collaterali e le ripercussioni sulla vita della donna.

Con il tempo però, le diverse esperienze sono state condivise ed infatti la tragica esperienza di donne che hanno assunto la pillola RU486 per eseguire un aborto può essere ritrovata all'interno di molti forum online in cui le donne decidono di condividere i loro vissuti con compagne che magari hanno provato sulla loro pelle le stesse sensazioni.

Particolarmente toccante, la testimonianza di Lanterna79 che racconta nella sezione maternità del forum Alfemminile.com la sua esperienza con la RU486:

"Ciao a tutte, vorrei lasciare anch'io la mia esperienza di IVG farmacologica con RU486, per aiutare chi, come me, si trova a dover affrontare questa esperienza.

Sono già mamma di una bellissima bimba di 7 anni e mi sono accorta molto presto che i sintomi pre-ciclo avevano qualcosa di strano, nonostante non ci fossero buoni motivi per sospettare una gravidanza. Ho fatto comunque il test subito al 28 giorno del ciclo, che è risultato inequivocabilmente positivo.

Dopo i primi momenti di panico, io e il mio compagno abbiamo deciso, non senza sofferenza, di non portare avanti la gravidanza. Ho contattato una ginecologa [...] che mi ha fatto un'eco interna e ha confermato la gravidanza alla settimana 5+1.

Mi ha spiegato che, essendo ancora molto indietro, eravamo in tempo per scegliere un'IVG farmacologica, quindi senza raschiamento. Mi ha spiegato brevemente in cosa consisteva, consigliandomela anche dal punto di vista etico-emotivo, visto che non si vede ancora l'embrione ma solo la camera gestazionale.[...]

Alla settimana 6+1, 7 giorni dopo la visita dalla mia ginecologa, sono stata ricoverata nel reparto ostetricia-ginecologia.

In realtà non mi hanno dato una camera ma il personale dell'ospedale è stato molto disponibile e sempre sorridente. Dopo un po' ho fatto un ECG e poi mi sono messa in attesa su una panchina nel corridoio.

A quel punto, la capo-sala è venuta a consegnarmi le tre pillole di Mifégyne e una bottiglietta d'acqua. Mi sono sentita gelare avrei dovuto prenderle lì così in mezzo ad un corridoio. Oltretutto, al mio compagno era stato detto che era inutile che fosse presente quella mattina, quindi ero sola con il mio fardello. Cacciando in gola le lacrime, ho vissuto quel momento cruciale nella mia solitudine, senza la minima intimità.

Sono rimasta su quella panchina, tra donne incinte e altre che avevano visite di controllo, neonati e famiglie felici, con il cuore in gola e sola per altre tre ore.

Verso le 11.30 del mattino, trascorso il termine orario che per legge è obbligatorio restare in osservazione, mi hanno dimessa. La prassi prevederebbe di restare in ospedale per tre giorni, ma loro consigliano di firmare per andare a casa e rientrare il terzo giorno, perché restare sarebbe inutile e straziante.

Quel giorno non ho avuto nessun sintomo se non qualche doloretto. Il giorno dopo, nel primo pomeriggio ho avuto qualche perdita di sangue e le prime lacrime. La terapia stava funzionando. Ero al lavoro e anche lì è stata dura non potersi lasciare andare alle emozioni violente di quel momento.

La mattina seguente, io e il mio compagno ci siamo recati in ospedale alle 7.30 per il ricovero. Mi hanno dato un letto in una stanza e lui l'hanno fatto uscire dal reparto.

Dopo un'oretta circa mi hanno fatto un'ecografia di controllo, e alle 9,15 il ginecologo è venuto in stanza ad inserirmi l'ovulo che mi avrebbe provocato le contrazioni per pulire l'utero. Mi hanno detto di non alzarmi dal letto per due ore.

I nostri mariti/compagni, ai quali era stato detto di venire, sono dovuti rimanere fuori dal reparto praticamente tutta mattina, mentre noi eravamo sole per l'ennesima volta a vivere quei momenti di attesa snervante. Mi chiedo: ma se per un parto puoi essere assistita dal tuo uomo, a maggior ragione per un evento così traumatico e senza lieto fine com'è possibile che ti lascino ore e ore sola ?

Dopo circa due ore dall'inserimento dell'ovulo, ho cominciato ad avere dei dolori fortissimi, del tutto paragonabili alle prime ore di travaglio. Non sapevo in che posizione stare: quasi subito ho espulso dei coaguli, direi quattro o cinque. Dopo circa un'ora, sono andata dalla caposala a chiedere se potevo almeno bere o mangiare, ma lei mi ha risposto che se non avesse funzionato l'ovulo, avrebbero dovuto fare il raschiamento e quindi non potevo alimentarmi né bere. Il tempo era rallentato, ogni minuto sembrava mezzora. [...]

Sono stata visitata alle 17.20: l'ecografia andava bene, mi ha chiesto se avevo visto o sentito uscire qualcosa e gli ho detto di sì. Mi hanno dimessa, sono fuori da due giorni.

Dal punto di vista fisico, ho dolori forti più di un normale ciclo, perdite molto abbondanti e oggi anche qualche coagulo o simili. Pressione sotto i piedi, spossatezza.

Ieri l'ho passato a piangere. Tutte le lacrime che non avevo potuto lasciare andare quando dovevi tenere duro, quando dovevi andare avanti fino in fondo.

Non so se con la RU486 sia meglio che con il raschiamento. Posso dire che lo strappo, chiamiamolo così, è diluito su diversi giorni, non c'è un momento preciso in cui sai che il tuo bimbo non c'è più. Non so se sia meglio o peggio. So che in quel momento ho vissuto con sollievo la consapevolezza che stavo partorendo qualcosa e che quindi stava funzionando. Ma il giorno dopo sono stata tormentata da quella sensazione fisica di quel qualcosa che esce dal tuo corpo e dal dispiacere di esserne stata quasi felice in quel momento.

Non è una passeggiata, è quasi un parto, fisicamente ed emozionalmente. Ho dovuto piangere il mio bambino, forse più tardi rispetto a chi subisce un raschiamento. E il dolore fisico è sicuramente più lungo, visto che si prevedono 9/10 giorni di ciclo. Comunque, in tutto questo, avrei solo voluto che lasciassero la mano del mio compagno a stringere la mia, proprio come sta facendo ora.”³⁸

Dopo questa toccante testimonianza, mi sento di concludere il capitolo ricordando che indipendentemente dal metodo utilizzato, comunque l'aborto rimane un'esperienza traumatica ed indelebile nella vita di ogni donna.

Proprio per questo motivo è necessario che ogni donna venga seguita da professionisti preparati anche nel caso in cui scelga di procedere con l'intervento e soprattutto nel periodo difficile che lo segue.

Bisogna ricordare che indubbiamente anche in queste situazioni vi sono dei soggetti maggiormente a rischio a cui deve essere riservata maggiore attenzione: parliamo in questo caso di giovani adolescenti o donne in età avanzata o ancora donne che hanno subito da poco un grave lutto o un precedente aborto.

Ricordiamo inoltre che quando l'aborto avviene in seguito alla rottura di una relazione importante o quando non è una scelta pienamente condivisa può portare ad altrettante conseguenze negative per la donna.

In questo percorso quindi sono i servizi socio-assistenziali che devono svolgere il ruolo di protagonisti: come prima cosa subito dopo l'intervento, deve essere assicurata alla donna un'assistenza per prevenire le complicazioni e le infezioni post-aborto tramite periodiche visite di controllo.

Fondamentale poi l'attività educativa che porta la donna a prendere una decisione consapevole per la sua sessualità futura

³⁸ L'esperienza tratta dal forum online Alfemminile.com, racconta l'esperienza vissuta da una donna già madre, che ha scelto di interrompere una nuova gravidanza con il metodo farmacologico. Nel testo sono evidenti i segni della sofferenza provata e proprio per questo motivo è fondamentale non sottovalutare i rischi legati anche all'aborto farmacologico giudicato troppo superficialmente indolore e sicuro.

decidendo di utilizzare da subito il metodo contraccettivo più sicuro e adatto alla sua situazione, prevenendo così ulteriori gravidanze indesiderate.

Ricordiamo infine che è però soprattutto il supporto psicologico che non deve essere sottovalutato ed anzi deve essere garantito alla donna subito dopo l'intervento perché sono i primi periodi quelli più difficili e quelli in cui i sensi di colpa sono più forti.

Il dolore provato anche dopo un aborto volontario, è un dolore profondo che come ricorda il ginecologo Giovanni Fattorini: *“deve essere affrontato senza cadere in facili riduzionismi, senza generare sofferenza in più, aiutando la persona a guarire ossia a proiettarsi nuovamente verso il futuro che è novità di vita, non negazione di vita e distruttività”*.³⁹

Per seguire la donna rispettando i suoi bisogni è necessario quindi promuovere un'assistenza multidimensionale che tramite un approccio empatico dei professionisti, aiuti l'utente ad affrontare e superare questa difficile decisione rendendola una persona più forte ed in grado di autodeterminarsi per il proprio futuro.

³⁹ G. FATTORINI, *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194*, Angelo Guerini e Associati, Milano, 2008, pag 241

CAPITOLO 4 - PORTARE AVANTI UNA GRAVIDANZA: L'IMPORTANTE SOSTEGNO DEL MOVIMENTO PER LA VITA

4.1) Il Movimento Per la Vita ed i Centri di Aiuto alla Vita

La scelta di portare avanti una gravidanza non programmata costituisce un grande impegno per la donna o per la coppia che dovrà riprogrammare completamente la propria vita secondo le esigenze del figlio in arrivo.

Come abbiamo visto nel capitolo precedente in molti casi le motivazioni che portano ad interrompere una gravidanza possono essere di tipo economico o sociale: possono dipendere quindi da situazioni affrontabili grazie anche all'intervento e al sostegno di diverse organizzazioni che operano per la prevenzione dell'aborto.

Nel nostro paese in queste circostanze, è il volontariato, soprattutto legato alla Chiesa cattolica, a svolgere un ruolo essenziale attraverso diversi movimenti ed iniziative.

L'organizzazione più importante è senza dubbio il Movimento per la Vita, una federazione composta da 550 associazioni divise in tutto il territorio nazionale che vengono denominate diversamente nei diversi contesti geografici: in alcune zone infatti possiamo trovare i Centri di Aiuto alla Vita, mentre in altre i Movimenti per la Vita o ancora i Servizi di Accoglienza, ma l'obiettivo principale di queste associazioni rimane lo stesso.

Il tutto è partito nell'anno 1975 a Firenze con il primo "Centro di aiuto alla Vita": l'istituzione aveva l'obiettivo di supportare i progetti di maternità difficili e non programmati aiutando anche materialmente la madre a portare a termine la gravidanza e a tenere il bambino una volta nato. Il principio che veniva affermato infatti ribadiva il fatto che *"le difficoltà della vita non si superano sopprimendo la vita, ma superando insieme le difficoltà."*⁴⁰

⁴⁰ G. FATTORINI, Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194, Angelo Guerini e Associati, Milano, 2008, pag 191

Nel corso dei decenni, gli interventi svolti dal Movimento per la Vita nel nostro paese sono stati molto importanti e soprattutto si sono sviluppati in modo capillare coprendo a livello locale le esigenze delle donne in difficoltà.

Ricordiamo che la maggior parte delle donne che si rivolge a queste istituzioni appartiene ad un ceto sociale medio-basso: queste infatti presentano soprattutto problemi di tipo economico, situazioni di disoccupazione del compagno ma anche problematiche e conflitti familiari o situazioni di solitudine ed abbandono.

Il loro status e la loro situazione attuale sono quindi le motivazioni per cui pensano di interrompere la gravidanza: è proprio in questi momenti di difficoltà che queste donne entrano in contatto con il Movimento Per la Vita.

Le donne di un ceto sociale più alto e con condizioni economiche migliori invece, entrano raramente in contatto con il Movimento Per la Vita poiché scelgono di abortire per tutt'altre motivazioni legate essenzialmente al rapporto insoddisfacente o non stabile col partner o all'incompatibilità della gravidanza con i progetti di vita attuali. In questi casi quindi un sostegno economico o psicologico non servirebbe a portare avanti la gravidanza poiché la decisione non è legata a questo tipo di difficoltà.

Ecco perché il Movimento per la Vita dedica particolare attenzione alle donne costrette ad interrompere la gravidanza per forze di causa maggiore, donne che nel profondo del loro cuore vorrebbero portare a termine la gravidanza.

Come affermato nei capitoli precedenti, però le persone che necessitano maggiormente di sostegno sono proprio quelle meno facilmente raggiungibili a causa delle loro situazioni marginali e di esclusione sociale: per questo motivo risulta fondamentale una collaborazione tra i movimenti di volontariato e le Aziende sanitarie che hanno maggiori possibilità di venire in contatto con donne bisognose di supporto.

Le associazioni di volontariato spesso sono ancora poco conosciute: sarebbe invece importante pubblicizzarle a livello territoriale per intensificare i loro interventi nella prevenzione dell'interruzione di gravidanza.

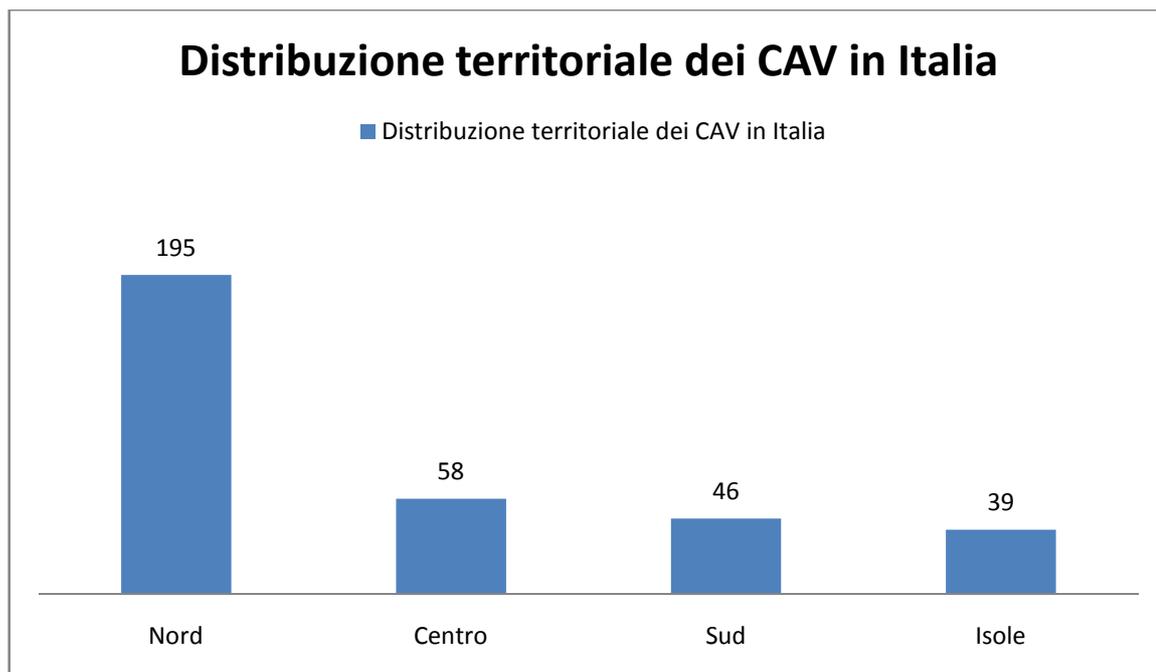
Da quasi 40 anni quindi il Movimento per la vita svolge un ruolo essenziale all'interno del nostro paese soprattutto grazie alle diverse associazioni di volontariato che si sono sviluppate; tra queste senza dubbio i Centri di Aiuto alla Vita (CAV) sono le più conosciute.

Queste associazioni hanno lo scopo di evitare il ricorso all'aborto in caso di una gravidanza non desiderata supportando la madre dal punto di vista economico e psicologico; al contrario i Movimenti per la Vita locali svolgono invece una funzione educativa-culturale e di proposta legislativa.

Analizzeremo ora, grazie ai dati elaborati dalla Segreteria Nazionale di Collegamento dei Centri di Aiuto alla Vita, la distribuzione territoriale dei Centri di Aiuto alla Vita.

Al 31 dicembre 2012, è possibile riscontrare la presenza di 338 CAV federati che seguono la distribuzione territoriale dei servizi socio-sanitari; anche queste strutture infatti sono ben diffuse nel nord della penisola ed invece scarsamente presenti nelle isole e al sud.

Al nord infatti possiamo trovare ben 195 CAV con una maggiore concentrazione nella regione Lombardia mentre nelle Isole ed al Sud se ne contano rispettivamente 39 e 46. Nel centro Italia invece ne troviamo 58.



A partire dal 1990 è stato creato uno strumento innovativo con il quale i CAV possono inviare le rilevazioni relative agli anni precedenti riguardo al numero di bambini nati, alle caratteristiche delle madri e agli aiuti forniti.

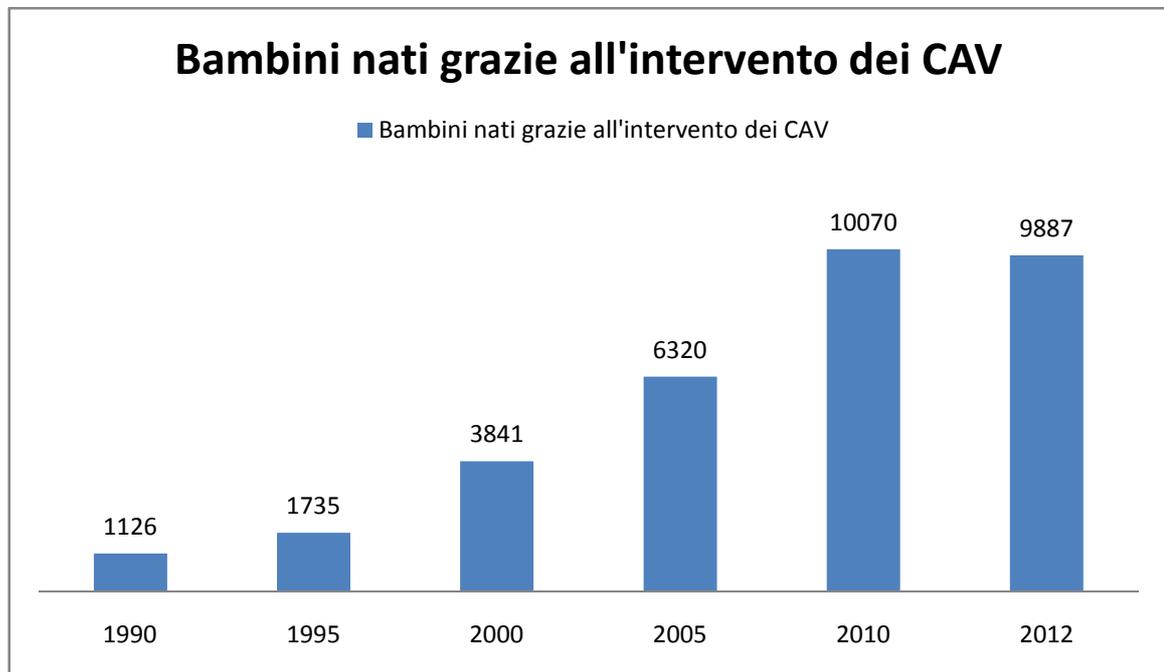
Purtroppo però la percentuale dei centri che restituisce la valutazione non è completa: nell'anno 2012 è stata restituita da 204 CAV che corrispondono al 60,3% del totale. Questa percentuale risulta comunque una buona quota per poter creare delle stime.

È possibile affermare che nei soli CAV che hanno inviato i dati nell'anno 2012 sono nati complessivamente 9887 bambini un numero cresciuto esponenzialmente se si tengono in considerazione i primi dati rilevati nel 1990 quando in totale sono nati 1126 bambini.

Il numero di bambini nati è andato continuamente crescendo con il passare degli anni e come possiamo notare è arrivato nel 1995 a 1735 bambini; negli anni 2000 invece sono nati grazie al supporto dei CAV 3841 bambini ed invece nel 2005 ben 6320. Nell'anno 2010 siamo arrivati invece a 10070 bambini nati ed invece è avvenuto nel 2012 un piccolo decremento con 9887 bambini nati.

Ricordiamo che la forte crescita del numero di bambini nati grazie all'intervento dei CAV è influenzata (come il maggior numero di aborti)

dal contributo delle donne straniere presenti sempre in maggior numero nel nostro paese.



I dati che però, aiutano a capire in concreto il ruolo importantissimo svolto dai CAV sono quelli che riguardano il comportamento delle donne che sono entrate in contatto con il centro quando erano già in possesso del certificato per l'interruzione di gravidanza.

Nell'anno 2012, tra le donne che si sono rivolte al CAV 829 erano già in possesso del certificato per procedere con l'aborto: dopo i primi incontri e l'inizio di un progetto di aiuto solo 118 di queste hanno effettuato realmente l'intervento mentre ben 711 hanno portato a termine la gravidanza.

È possibile affermare quindi che grazie al supporto dei CAV l'86% delle gestanti in possesso del certificato ha deciso di non utilizzarlo e di portare a termine la gravidanza. I dati dimostrano quindi che in più di tre casi su quattro *“la prevenzione dell'aborto è stata efficace sebbene*

l'I.V.G. fosse ormai programmata e prossimo il momento dell'intervento." ⁴¹

Osservando i dati raccolti quindi è possibile sfatare l'affermazione che la donna che richiede al medico del consultorio o dell'ospedale la certificazione per procedere con l'interruzione di gravidanza ha già preso in modo irreversibile la propria decisione; al contrario invece, come dimostrano i dati raccolti dai CAV la maggior parte delle madri in difficoltà grazie al sostegno offerto scelgono di portare avanti la gravidanza.

Proprio per questo motivo sarebbe necessario intensificare il rapporto tra le strutture socio-sanitarie e quelle di volontariato per fare in modo che un numero sempre maggiore di utenti in difficoltà vengano indirizzate ai Centri di Aiuto per la Vita dal medico che segue il caso.

Troppo spesso invece il medico che svolge il colloquio con la donna in difficoltà, si limita ad ascoltare la situazione presentata ed eseguire quanto richiesto senza approfondire le motivazioni di una tale scelta.

Come viene affermato nella legge 194/78 invece, il professionista dovrebbe esaminare tutte le possibili soluzioni ai problemi proposti indirizzando la donna, ove opportuno, alle strutture di volontariato che hanno l'obiettivo di rimuovere le cause dell'interruzione di gravidanza.

In conclusione quindi è possibile affermare che il sostegno offerto da un progetto d'aiuto multidimensionale è fondamentale per superare le difficoltà che ostacolano la gravidanza: questo discorso è ancora più vero se le principali difficoltà sono di natura economica e possono essere quindi risolte grazie al sostegno economico offerto dai diversi progetti creati negli anni dal Movimento per la Vita.

Cerchiamo ora di capire, in base ai dati analizzati, quali sono stati essenzialmente gli aiuti forniti dai CAV alle donne che sono entrate in contatto.

⁴¹ Movimento Per la Vita Italiano, *Trent'anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008, pag 19

Come prima cosa bisogna ricordare che queste associazioni non forniscono sostegno ed aiuto solo alle donne gestanti ma prevedono anche una serie di servizi per le donne che sono già diventate madri ed anche per quelle che devono ancora diventarlo.

Detto questo è possibile affermare che essenzialmente gli aiuti forniti sono: *“aiuti in natura, in danaro, l’assistenza psicologica e morale e l’assistenza sociale, l’assistenza medica.”*⁴²

Per quanto riguarda specificamente le donne gestanti le maggiori difficoltà presentate sono di tipo economico: all’inizio degli anni ’90 queste rappresentavano il 23% dei problemi presentati ma sono andate crescendo con il passare degli anni e nel 2012 sono arrivate ben al 47% delle problematiche dichiarate dalle gestanti.

Altre difficoltà presentate riguardano invece lo stato di disoccupazione, la mancanza di un alloggio stabile e la giovane età con la conseguente necessità di terminare gli studi.

La domanda che sorge spontanea è quindi: chi sono le madri che si rivolgono ad un CAV? Come vedremo nel grafico seguente, per quanto riguarda lo stato civile è possibile individuare tre categorie di donne: coniugate, nubili e donne in altre condizioni che comprendono lo status di vedova e donna divorziata.

La percentuale di donne coniugate che negli anni ha richiesto un sostegno ai CAV è gradualmente cresciuta: nel 1990 la percentuale delle coniugate sul totale delle utenti era pari al 41% mentre solo cinque anni dopo nel 1995 era già arrivato al 55%. Negli anni 2000 la percentuale di donne coniugate sul totale era invece pari al 62% mentre nel 2005 ha subito un piccolo decremento attestandosi al 60%. La percentuale è poi rimasta stabile negli anni successivi arrivando al 61% sia nell’anno 2010 che nell’anno 2012.

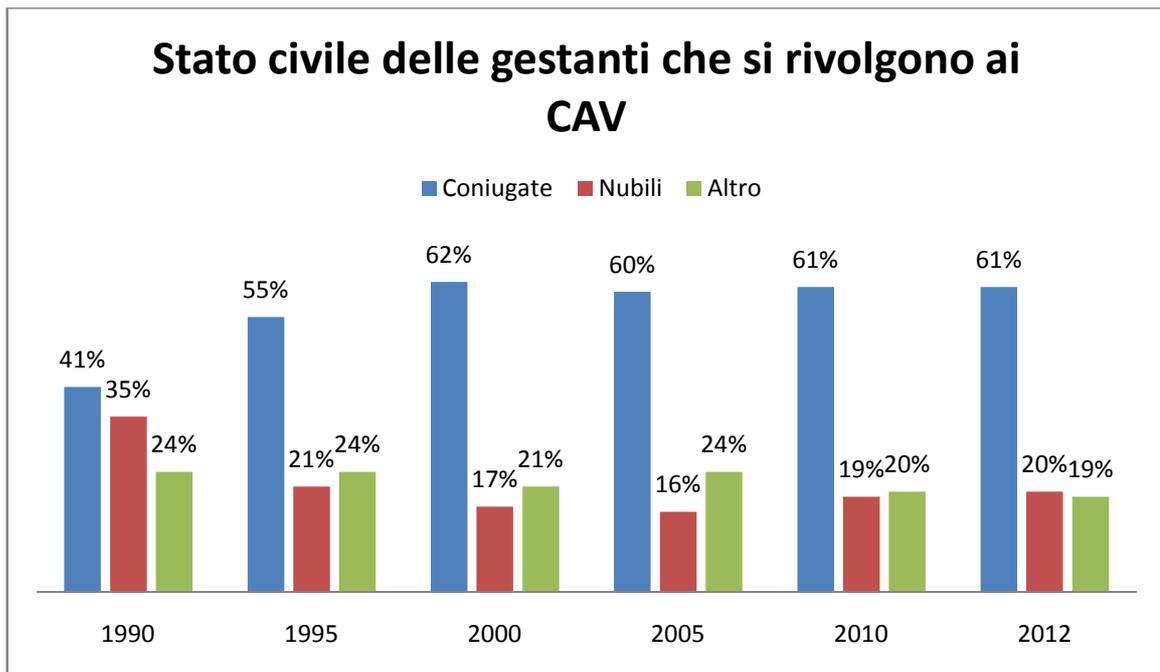
Considerando invece le donne nubili (o comunque prive di una relazione stabile) è possibile affermare che nel 1990 costituivano il 35% delle donne che si erano rivolte ad un CAV, nel 1995 invece erano

⁴² Movimento Per la Vita Italiano, *Trent’anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008, pag 18

scese al 21%. Negli anni 2000 invece costituivano il 17% del totale mentre nel 2005 erano scese ancora al 16%. Negli anni seguenti queste percentuali sono lievemente salite e nel 2010 questa categoria costituiva il 19% del totale mentre nel 2012 il 20%.

Le donne appartenenti all'altra categoria, quindi donne vedove o divorziate sono rimaste abbastanza stabili con il passare degli anni e sono scese di qualche punto percentuale solo nell'ultimo periodo. Fino al 1995 infatti queste erano il 24% del totale; negli anni 2000 invece sono scese al 20%. Nel 2005 questo gruppo di donne costituiva nuovamente il 24% del totale e solo nel 2010 sono scese nuovamente al 20% per scendere infine al 19% nel 2012.

A mio avviso la diminuzione dell'accesso ai CAV delle donne nubili può essere legato alla maggiore consapevolezza nel campo della contraccezione acquisita tra le più giovani: come abbiamo visto nei capitoli precedenti infatti, le giovani donne con il passare degli anni hanno acquisito una maggiore percezione del proprio corpo e delle modalità per vivere serenamente la sessualità. Per questo motivo quindi le donne nubili e quindi presumibilmente più giovani sembrano più preparate in materia di prevenzione delle gravidanze indesiderate rispetto alle compagne con un'età più elevata e tendenzialmente coniugate.



L'ipotesi appena avanzata, può essere confermata dall'età delle gestanti che si sono rivolte ai CAV nel corso degli anni.

Come vedremo nel grafico seguente le donne sono state divise in tre fasce d'età: la prima fascia include le donne con un'età inferiore ai 18 anni, nella seconda troviamo le donne con un'età compresa tra i 18 ed i 24 anni mentre nell'ultima quelle che hanno più di 25 anni.

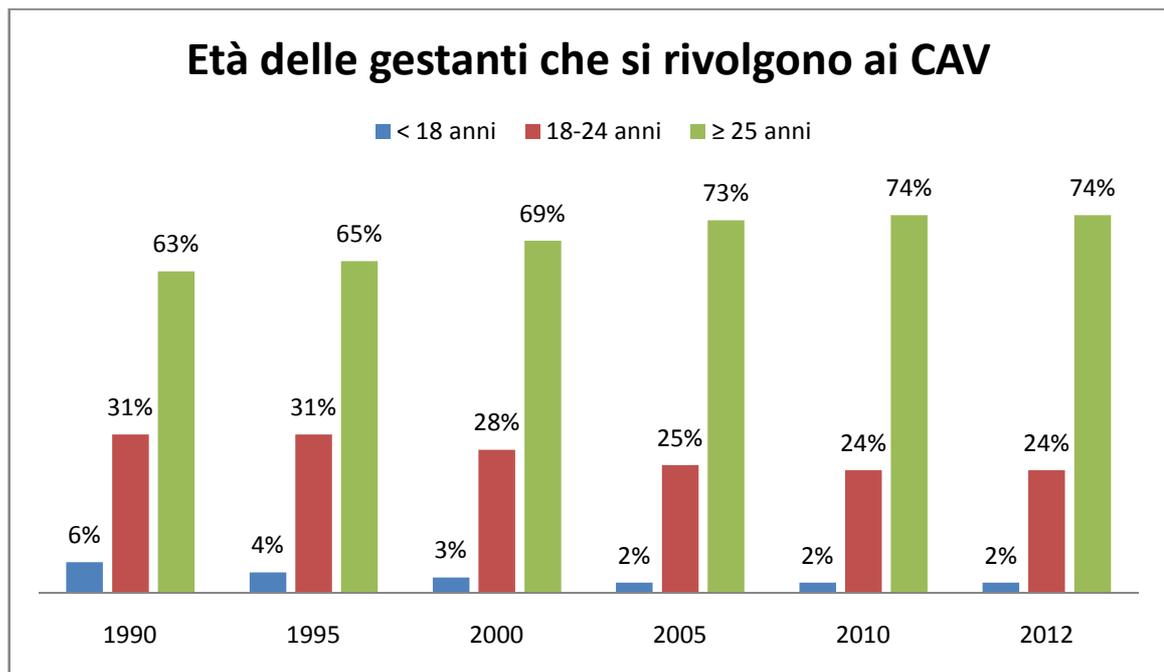
Dai dati raccolti risulta che le donne con un'età inferiore ai 18 anni erano nel 1990 il 6% del totale e nel 1995 il 4%. Negli anni 2000 sono scese al 3% ed addirittura dal 2005 sono scese e si mantengono stabili al 2%.

Le donne appartenenti alla seconda fascia, con un'età compresa tra i 18 ed i 24 anni, erano invece fino al 1995 il 31% del totale; negli anni 2000 invece sono scese al 28% e nel 2005 sono scese al 25%. Dal 2010 invece queste donne costituiscono il 24% del totale.

Infine le donne con un'età uguale e superiore ai 25 anni erano nel 1990 il 63% del totale mentre nel 1995 erano già il 65%. Negli anni 2000 sono arrivate al 69% e nel 2005 addirittura al 73%. Infine a partire dal 2010 queste donne costituiscono ben il 74% del totale.

Dal grafico si può vedere come le donne con un'età uguale o maggiore ai 25 anni sono aumentate con il passare del tempo, mentre quelle con

un'età inferiore ai 25 anni sono diminuite. Presumibilmente le donne appartenenti alla fascia d'età che va dai 18 ai 24 anni sono ancora studentesse e come affermato precedentemente anche se non hanno relazioni stabili sono in grado di vivere la propria sessualità in modo più responsabile rispetto alle compagne appartenenti alla fascia d'età successiva.



Per concludere, è importante ricordare che i CAV offrono anche un altro importante servizio alle donne in difficoltà ovvero le Case di Accoglienza che hanno l'obiettivo di dare assistenza alle madri in difficoltà per fare in modo che vivano in un ambiente sereno soprattutto nel periodo che precede e segue il parto.

Le Case di Accoglienza però, non sono rivolte solo alle gestanti o alle donne che hanno da poco partorito ma anche alle donne che sono madri da più tempo o devono ancora diventarlo: queste strutture infatti sono nate per sostenere la donna nelle fasi più difficili della vita attraverso un *“percorso formativo che la conduca alla piena*

autonomia, alla ricostruzione dei legami familiari, all'inserimento nella società attraverso un lavoro.” ⁴³

La vita all'interno delle Case di Accoglienza cerca di riprendere quella vissuta all'interno di un ambiente familiare: i volontari presenti creano un percorso per la madre in attesa del figlio, supportano le donne nell'accudimento dei piccoli e si offrono di insegnare la lingua italiana alla donne straniere.

All'attività dei volontari si aggiunge poi quella offerta da professionisti specializzati come psicologi, assistenti sociali ed educatori che creano un progetto personalizzato per ogni donna con l'obiettivo del reinserimento all'interno della società.

In tutto il territorio nazionale al 2012 si contano 82 Case di Accoglienza per un totale di 258 posti letto divisi in camere da uno o due posti; siamo consapevoli che il numero delle strutture presenti è ancora insufficiente per coprire i bisogni delle donne in difficoltà, ma anche questa forma di aiuto rappresenta un contributo valido per prevenire l'interruzione di gravidanza.

4.2) Il Servizio telefonico SOS vita

Il servizio telefonico SOS vita è nato nel 1993 e viene gestito da una rete di volontari che rispondono 24 ore su 24 alle richieste di aiuto dei diversi utenti.

Lo scopo principale del servizio, è quello di offrire sostegno alle madri in difficoltà a causa di una gravidanza imprevista per evitare il ricorso all'aborto: SOS Vita quindi agisce anche se il concepimento è già avvenuto.

Il servizio inoltre offre anche sostegno a tutte quelle madri che dopo aver abortito non riescono a superare la tragica esperienza vissuta e necessitano di un sostegno psicologico. L'obiettivo che vuole essere perseguito con il Servizio SOS Vita è molto importante e non è

⁴³ Movimento Per la Vita Italiano, *Trent'anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008, pag 24

paragonabile a quello dei semplici numeri verdi che si limitano a fornire informazioni e chiarimenti in una materia specifica; al contrario questo servizio offre anche la possibilità di iniziare un vero percorso d'aiuto dopo una prima fase di presentazione telefonica.

Se la gestante decide di proseguire il rapporto con il servizio verrà fissato quindi un colloquio con i professionisti o i volontari del CAV più vicino durante il quale la donna in difficoltà potrà presentare la propria situazione; il servizio telefonico è collegato con la rete territoriale dei CAV e svolge quindi la funzione di intermediario tra la donna in ed il servizio. L'approccio telefonico sembra essere uno dei modi migliori per dare la possibilità di esporre i propri problemi nel rispetto della privacy e della propria dignità: solo dopo il colloquio telefonico infatti la donna potrà scegliere se fissare un colloquio per iniziare un progetto.

Le chiamate telefoniche sono andate aumentando con il passare degli anni, anche se hanno avuto un calo a partire dall'anno 2000. In questo periodo quindi per diffondere il servizio sono stati emessi spot e trasmissioni televisive in cui si parlava del servizio che hanno fatto aumentare nuovamente il suo utilizzo.

La campagna pubblicitaria e informativa risulta quindi il mezzo migliore per coinvolgere la popolazione e per far conoscere il servizio: la televisione rappresenta uno dei mezzi principali da cui i soggetti chiamanti hanno conosciuto l'esistenza del servizio.

Importante anche il ruolo svolto dal volontariato che ha diffuso la conoscenza del servizio tramite apposite campagne organizzate e grazie alla distribuzione di materiale informativo. Ancora scarso invece il contributo di alcune tra le più importanti istituzioni presenti all'interno della società come le scuole e le farmacie. Gli ospedali invece nell'ultimo periodo si stanno maggiormente sensibilizzando verso questa tematica ed in molti casi è proprio grazie al consiglio di un medico ospedaliero o grazie alla consultazione del materiale

esposto nei reparti di ginecologia che le donna entra in contatto con il servizio.

Osservando ora i soggetti chiamanti nel corso degli anni è possibile affermare che la prevalenza è nettamente femminile e corrisponde a circa l'80% del totale.

Diverse sono le motivazioni per cui i soggetti femminili e maschili contattano il servizio: le donne infatti chiamano per ottenere un aiuto pratico per se stesse ma anche per ottenere assistenza psicologica, gli uomini invece chiamano soprattutto per segnalare la situazione a forte rischio magari della moglie, della fidanzata o di un'amica.

Da notare inoltre come la chiamata di persone straniere è di gran lunga inferiore rispetto a quella degli autoctoni: questo dato potrebbe sembrare in contrasto con quanto affermato nei capitoli precedenti in cui si è scritto che sia il fenomeno dell'IVG sia il ricorso ai CAV, è aumentato per la crescente presenza di donne straniere.

In realtà il dato non è in contrasto ma dimostra semplicemente che la modalità di contattato telefonico per entrare in contatto con i diversi servizi non viene molto utilizzata dalla popolazione straniera a causa dei problemi di comunicazione o di reperibilità del mezzo telefonico da utilizzare.

Per quanto riguarda invece l'età dei soggetti chiamanti vediamo che il maggior numero di telefonate viene effettuato da persone con un'età compresa tra i 19 ed i 30 anni.

È possibile affermare quindi che l'utente medio del servizio SOS vita può essere individuato nella donna autoctona non più adolescente ma ancora abbastanza giovane.

Come vediamo nel grafico seguente, le motivazioni che spingono gli utenti a contattare il servizio, non sono legate solo alla questione dell'aborto: il 20% delle telefonate verso vengono effettuate per richiedere informazioni riguardo agli aiuti offerti dal territorio. In questi casi quindi il servizio SOS Vita indirizza poi i chiamanti verso specifici servizi della zona.

Una percentuale di chiamate pari al 20,2% viene poi effettuata per una vera e propria richiesta d'aiuto: queste telefonate vengono effettuate per richiedere un aiuto soprattutto di tipo economico, ma anche un sostegno psicologico magari dopo un aborto.

In questi casi il servizio SOS Vita si occupa di fare da tramite con gli altri servizi di volontariato che costruiranno un progetto personalizzato per la donna in difficoltà.

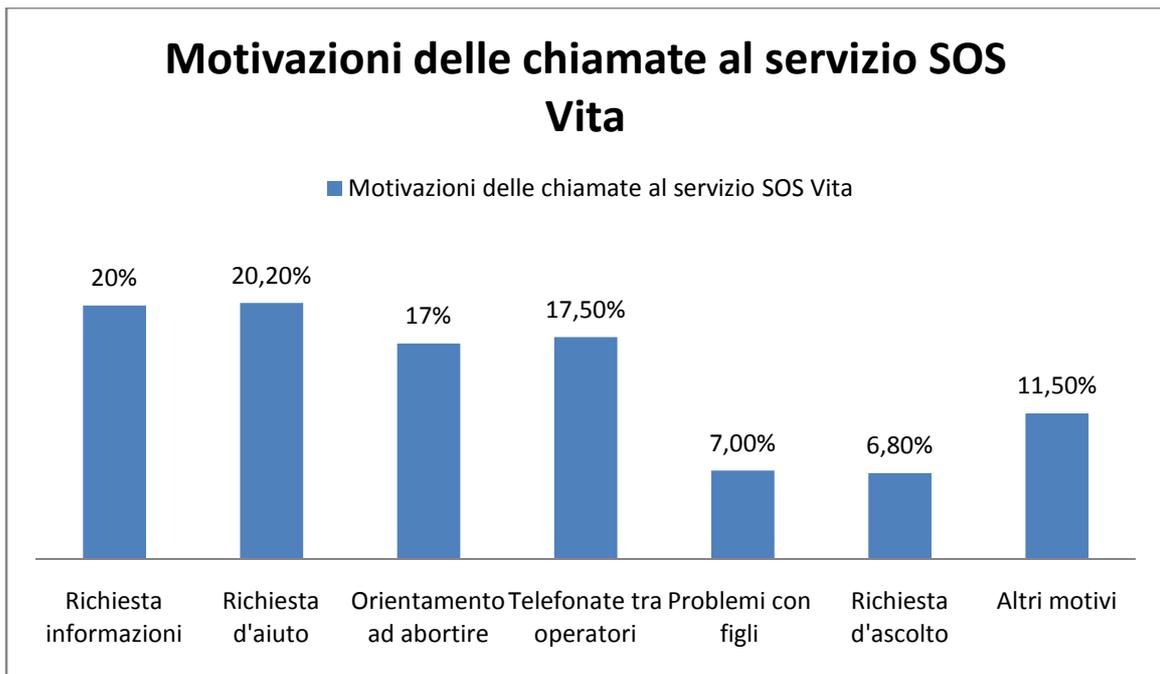
Un altro 17% delle telefonate proviene poi da donne che hanno già pensato all'aborto come possibile soluzione ai loro problemi, ma scelgono comunque di contattare il servizio per avere consigli e sostegno psicologico: come abbiamo visto nel paragrafo precedente poi la maggior parte delle donne che entra in contatto con il Movimento Per la Vita (anche già in possesso del certificato per procedere con l'intervento) decide di proseguire la gravidanza.

In queste percentuali bisogna inserire anche un 17,5% di telefonate che avvengono tra gli operatori dei diversi servizi per questioni che riguardano i progetti d'aiuto degli utenti.

Un altro 7% delle telefonate arriva poi da donne già madri che hanno problemi soprattutto di tipo economico o pratico con i figli già nati: in questo caso possono essere avviati progetti d'aiuto con sussidi economici per favorire l'educazione dei minori o invece progetti per sostenere la madre nell'accudimento dei figli magari durante l'orario lavorativo.

Il 6,8% delle altre telefonate viene effettuato poi per una semplice richiesta d'ascolto: in queste telefonate donne o uomini che si trovano in un periodo difficile della loro vita, cercano un sostegno anche solo di tipo psicologico per affrontare i loro problemi.

Infine il restante 11,5% delle telefonate avviene per altri motivi che includono problemi per la condizione di maternità, richieste di documentazione o timore di una gravidanza.



Dopo aver presentato questi dati sull'attività del servizio SOS Vita, è possibile affermare che la sua diffusione non è ancora sufficiente e come si è visto dovrebbero essere sfruttati i nuovi mezzi di comunicazione ed informazione per diffondere il servizio all'interno della società. Fondamentale inoltre la diffusione dell'informazione all'interno di quei luoghi in cui potrebbero esserci madri in difficoltà: parliamo in questo caso degli ospedali, delle farmacie ed anche delle istituzioni scolastiche.

Grazie ad una maggiore conoscenza all'interno del territorio, molte persone in difficoltà non ancora a conoscenza del servizio potrebbero trovare quindi il sostegno adeguato per superare l'attuale disagio.

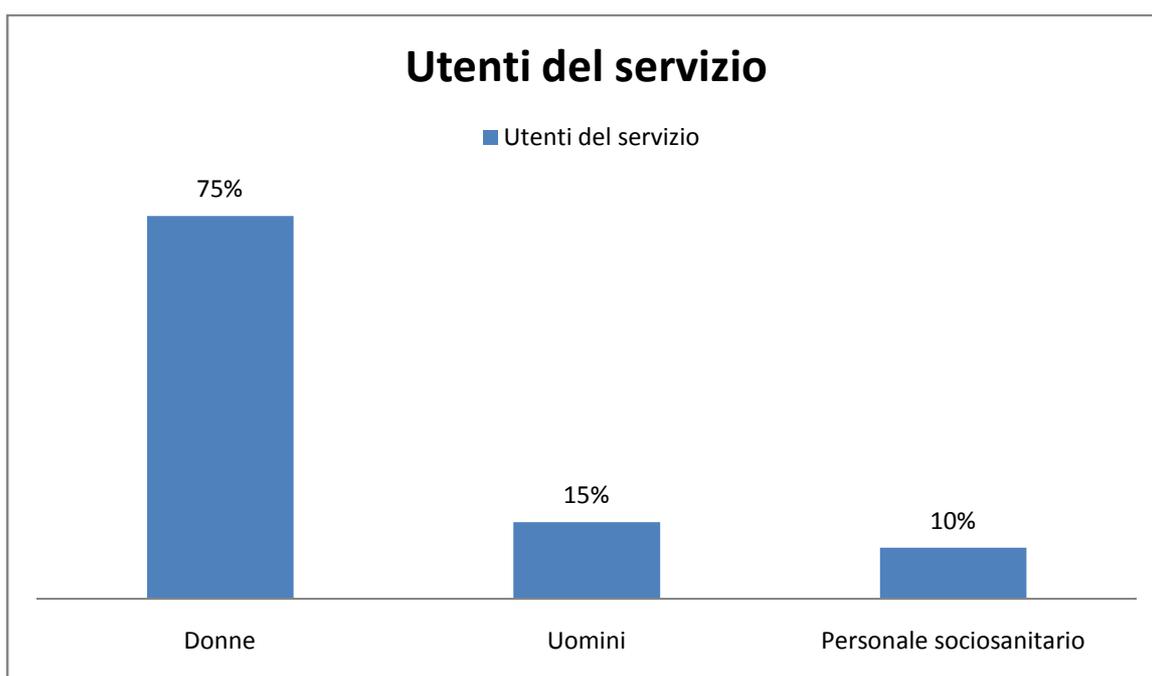
4.3) Il Telefono Rosso per l'informazione sui fattori di rischio riproduttivo

Il servizio SOS Vita però non è l'unica forma di sostegno telefonico nei confronti delle donne in gravidanza; importante anche se meno conosciuto è il Telefono Rosso un "servizio di informazione sui fattori

*di rischio riproduttivo, fondato presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore nel 1988".*⁴⁴

Il servizio offre consulenze specialistiche grazie al contributo di operatori specializzati in Ginecologia ed Ostetricia al costo della sola telefonata: le donne telefonano soprattutto per chiarire i propri dubbi nei primi mesi di gravidanza dopo l'assunzione di farmaci, l'esposizione a fattori ambientali o nel caso di infezioni. In base alla situazione presentata quindi verrà determinato il rischio di complicanze o malformazioni per il nascituro.

Come possiamo notare nel grafico, il servizio viene utilizzato prevalentemente dalle donne che costituiscono il 75% dei chiamanti, gli uomini costituiscono invece il 15% degli utenti ed infine il restante 10% è costituito da medici ed operatori sanitari.



Le donne che utilizzano il servizio nel 90% dei casi chiamano in gravidanza e soprattutto nel primo trimestre per approfondire appunto la pericolosità di certe situazioni per il bambino. In alcuni casi invece

⁴⁴ Movimento Per la Vita Italiano, *Trent'anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008, pag 111

alcune donne utilizzano il servizio durante l'allattamento o nel periodo pre-concezionale per conoscere eventuali rischi legati alla propria situazione in caso di concepimento.

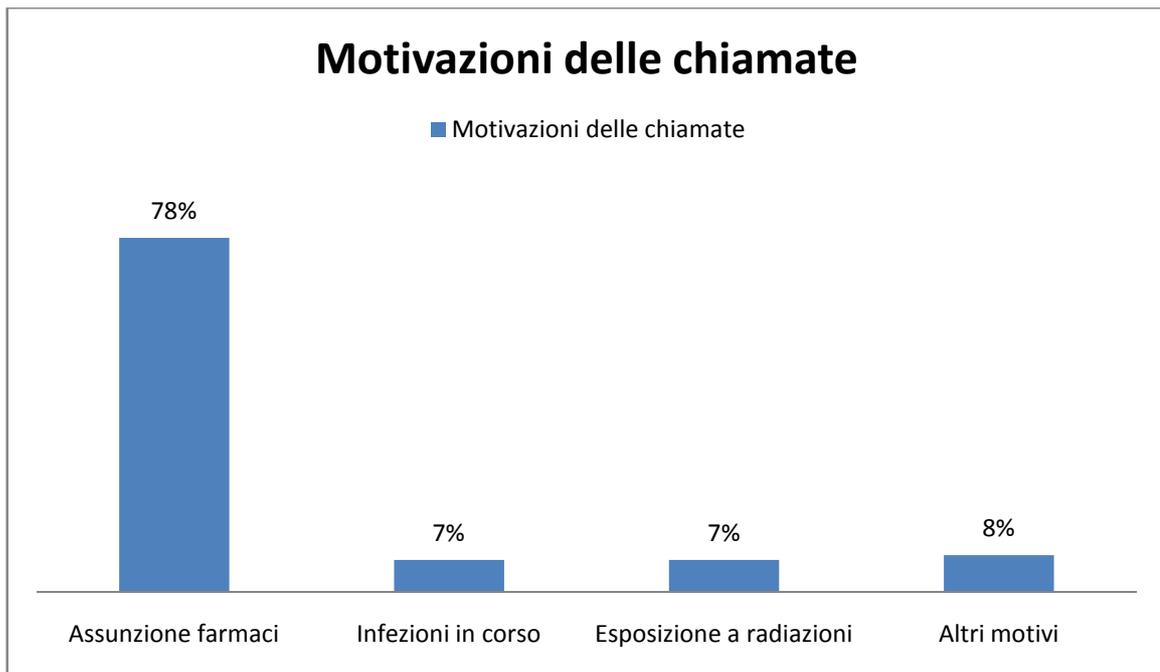
Alla prima telefonata viene creata una cartella informatizzata dell'utente che può essere successivamente utilizzata per una serie di controlli periodici con cui monitorare la situazione e le problematiche esposte.

Da ricordare che gli utenti che contattano il servizio, hanno un livello di istruzione medio-alto e proprio per questo sono sensibili a certe tematiche; è possibile ipotizzare che invece una persona con un livello di istruzione più basso non sempre sarebbe consapevole dei rischi in gravidanza legati per esempio all'assunzione di farmaci.

Vediamo ora nel grafico quali sono le principali motivazioni che portano l'utente a contattare il servizio: indubbiamente il primo motivo è quello legato all'assunzione di farmaci ed ai possibili rischi per il bambino riguardo all'insorgenza di malformazioni o malattie gravi; queste chiamate costituiscono il 78% del totale.

In seguito le telefonate vengono effettuate per chiedere un consulto riguardo ai possibili rischi per il nascituro in caso di infezioni in atto nella madre o per l'esposizione a radiazioni di vario tipo.

Infine il restante 8% delle telefonate avviene per altri motivi che comprendono anche semplicemente la richiesta o lo scambio di informazioni tra il personale socio-sanitario.



In conclusione, come affermato per il servizio telefonico precedente, è fondamentale investire sul ruolo della pubblicizzazione affinché anche il Telefono Rosso venga conosciuto all'interno della società e sfruttato per il suo obiettivo.

4.4) Il progetto Gemma: un'adozione a distanza ravvicinata

Come abbiamo visto finora, le problematiche economiche spesso sono il problema principale e più immediato che le donne devono affrontare davanti ad una gravidanza indesiderata; in questi casi i CAV intervengono ormai dalla metà degli anni '70 con i propri mezzi per cercare di prevenire l'aborto anche quando in concepimento è già avvenuto.

Il Movimento Per la Vita, nel corso degli anni ha sempre proposto nuove iniziative a sostegno della maternità; con questo obiettivo a partire dal 1994 nasce il progetto Gemma per fornire un ulteriore sostegno economico a tutte le madri in difficoltà. Ovviamente il progetto prevede un contributo a tempo determinato che rimane comunque un gesto importante per aiutare le madri negli ultimi periodi di gravidanza e dopo la nascita del figlio.

Il progetto Gemma rappresenta un'adozione "*a distanza ravvicinata*" con cui un soggetto volontario adotta una mamma in gravidanza per una durata di 18 mesi: a partire dal terzo mese di gestazione e fino al raggiungimento del dodicesimo mese di vita del bambino il volontario si impegna ad erogare una somma di 160 euro mensili che verranno erogati totalmente alla donna.

Per tutta la durata del progetto, l'adottante riceverà le notizie più importanti riguardo agli adottati come la data di nascita del bambino, il nome che gli verrà dato e naturalmente la sua fotografia. Al termine del progetto inoltre, se la madre lo desidera potrà conoscere l'adottante e continuare un rapporto di amicizia anche al di fuori del progetto.

I bambini del progetto Gemma vengono solitamente adottati da famiglie, gruppi di persone e parrocchie; nell'ultimo periodo inoltre anche alcuni Comuni, ditte e fondazioni si sono sensibilizzati verso questo tipo di progetto e grazie alla cooperazione di più individui con il passare degli anni vengono adottate sempre più mamme.

Vi è la consapevolezza però che la sola somma di 160 euro mensili non è sufficiente a sostenere tutte le esigenze di un neonato ma rappresenta comunque un valido sostegno che, sommato all'aiuto fornito dai Centri di Aiuto alla Vita e magari della rete familiare, può essere determinante per evitare l'interruzione di gravidanza.

Il sistema delle adozioni a distanza è una forma di aiuto diffusa da molti anni anche se tradizionalmente rappresenta un contributo nei confronti di bambini bisognosi che risiedono nei paesi ancora in via di sviluppo.

Ad un'analisi più attenta però, si possono notare delle similitudini tra la situazione dei bambini del terzo mondo e quelli che rischiano di non nascere a causa dell'aborto nei nostri paesi: come viene affermato dai

CAV infatti *“per entrambe le categorie vi è il rischio della vita ed entrambe sono caratterizzate dalla solitudine.”*⁴⁵

Ecco quindi che il progetto Gemma dalla sua nascita vuole sostenere anche i bambini residenti nel nostro paese che rischiano di non venire al mondo.

Dal 1994 sono stati ottenuti ottimi risultati; fino al 2011 in totale sono stati adottati infatti ben 16905 bambini che probabilmente senza il sostegno fornito non sarebbero mai nati.

È possibile affermare che inoltre con il passare degli anni l’andamento delle adozioni è sempre stato crescente grazie alla diffusione del progetto nel territorio.

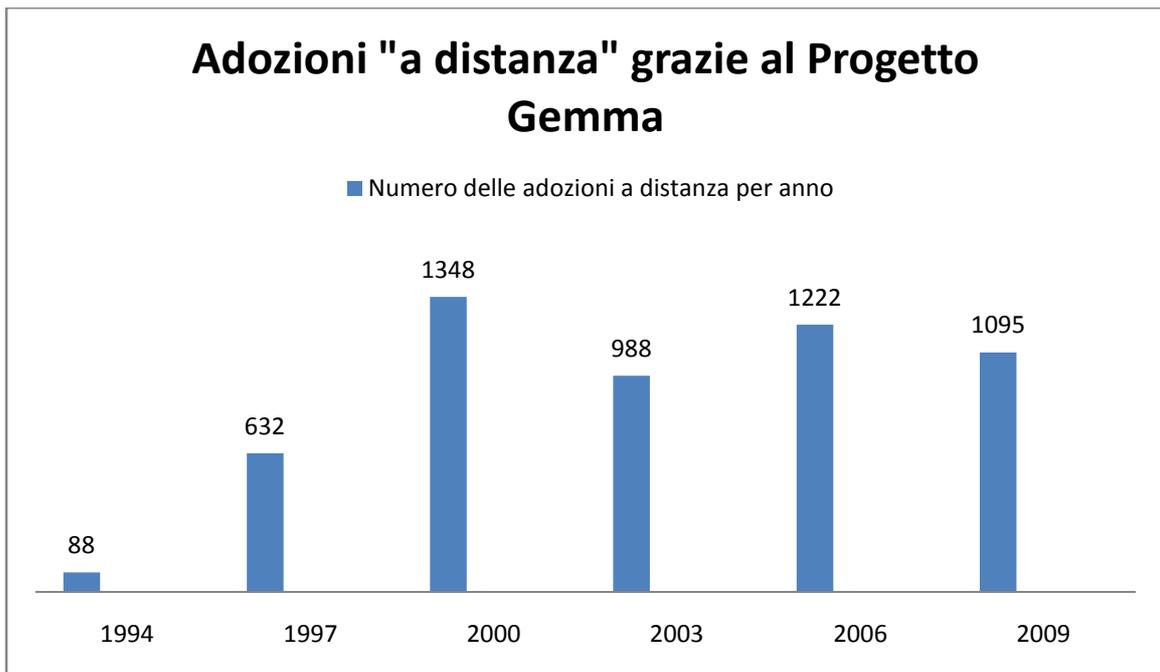
Come vediamo nel grafico, nell’anno 1994 quando è nato il servizio ci sono state in totale 88 adozioni: un numero non molto alto legato all’ancora scarsa diffusione del progetto.

Solo tre anni dopo, nel 1997 le adozioni erano già diventate 632 e cominciavano a provenire anche da soggetti residenti dall’estero sensibilizzati dalle campagne informative.

Il 2000 finora è stato l’anno record in cui ci sono state il maggior numero di adozioni: queste sono state ben 1348 mentre invece nel 2003 sono scese a 988.

Nell’anno 2006 le adozioni sono salite nuovamente a 1222 mentre nel 2009 sono state 1095. Gli ultimi dati disponibili risalgono al 2011, anno in cui sono state registrate 1062 adozioni.

⁴⁵ Movimento Per la Vita Italiano, *Trent’anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008 pag 127



Esaminando i dati inoltre è possibile notare come alcune Regioni siano più attive di altre: la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia sono le regioni in cui, in proporzione al numero di abitanti, ci sono state il maggior numero di adozioni. Al contrario in Regioni come la Campania, il Piemonte ed il Lazio il numero di adozioni è stato molto basso e spesso c'è stata la necessità di un sostegno offerto dalle altre Regioni.

In base ai risultati ottenuti è possibile affermare che il contributo fornito dal Progetto Gemma per la prevenzione dell'aborto anche dopo il concepimento è notevole soprattutto per il fatto che le donazioni sono totalmente volontarie.

Provando solo ad immaginare l'evolversi del fenomeno con un contributo anche da parte degli enti pubblici e del welfare, non si può che vedere una maggiore possibilità di sostegno a tutte quelle madri in difficoltà che se aiutate non rinuncerebbero al loro bambino.

In conclusione, dopo aver analizzato le diverse forme di sostegno alla maternità offerte a livello nazionale dal Movimento Per la Vita, sembra che solo grazie ad un impegno coordinato di diversi organismi sarà possibile prevenire l'aborto quando la donna si trova in situazioni difficili anche nel caso in cui il concepimento sia già avvenuto.

Grazie ai dati raccolti dalla Segreteria Nazionale di Collegamento dei Centri di Aiuto alla Vita si comprende come un significativo numero di bambini sono venuti alla luce proprio grazie all'aiuto concreto che queste strutture di volontariato hanno fornito alle donne in difficoltà. Notevole il fatto che la maggior parte delle utenti ha scelto grazie agli aiuti forniti di portare avanti la gravidanza nonostante fosse già in possesso del certificato per procedere con l'interruzione: questa è la dimostrazione più evidente che il lavoro svolto dal Movimento Per la Vita Italiano è fondamentale per la prevenzione dell'aborto e per la tutela della maternità e deve essere quindi sostenuto anche dalle istituzioni del nostro welfare.

Per poter rendere più efficace la prevenzione però è necessario conoscere le cause che spingono ancora oggi le donne ad interrompere la gravidanza: come sappiamo però nei primi tre mesi di gestazione, la donna per qualsiasi situazione pregiudizievole per la propria salute fisica o psichica può scegliere di ricorrere all'aborto senza dover fornire particolari motivazioni.

L'attuale sistema quindi non aiuta a comprendere a fondo quali siano le ragioni per cui la donna chiede di interrompere la gravidanza e per questo sarebbe necessario che il personale medico approfondisse al momento del colloquio la situazione riportando i dati emersi in appositi documenti per studiare il panorama e ideare nuovi interventi di prevenzione.

All'interno del nostro sistema altamente burocratico infatti non è accettabile che uno strumento importante come il colloquio, che precede la decisione relativa all'interruzione di gravidanza, sia *“lasciato alla più generica e non verificabile iniziativa dell'operatore. Non si intende appesantire un atto che per essere efficace deve generare una empatia non burocratica. Certamente però un minimo di indicazioni agli operatori, un minimo di verbalizzazione sull'accaduto*

[...] sembra doverosa per l'effetto di responsabilizzazione degli operatori e - attraverso la loro azione - della donna.”⁴⁶

Ecco perché, come ribadito nei capitoli precedenti, è necessario che i diversi professionisti collaborino per fornire una risposta multidimensionale ai bisogni dell'utente ma soprattutto per ideare, grazie alle diverse competenze professionali, interventi che coprono tutti gli aspetti del bisogno presentato.

⁴⁶ Movimento Per la Vita Italiano, *Trent'anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008, pag 147

CAPITOLO 5 – IL CENTRO DI AIUTO ALLA VITA DI CHIOGGIA ED IL PROGETTO “IO NASKO”

5.1) Il progetto Gemma ed il nuovo progetto “Io nasko”: presentazione ed obiettivi prefissati

Nei capitoli precedenti si è affermato che le problematiche di tipo economico e lavorativo, sono tra le principali cause per cui, soprattutto al giorno d’oggi, una donna sceglie di interrompere la gravidanza.

Un figlio rappresenta un grande impegno per i genitori che dovranno essere presenti, fisicamente ed economicamente, per un lungo periodo di tempo: decidere di diventare genitori, infatti, è impegnativo anche dal punto di vista economico poiché le spese per la salute e per l’istruzione dei figli si sono moltiplicate con il passare degli anni.

É proprio a causa di difficoltà economiche, quindi che molte donne nel primo trimestre di gravidanza si rivolgono ad un professionista per esporre la propria idea di interrompere la gravidanza ricorrendo alla legge 194/78.

La legge infatti nel primo trimestre di gestazione, concede alla donna un'ampia autonomia grazie alla quale anche le difficoltà economiche, sociali o familiari possono rappresentare un motivo valido per cui scegliere di non continuare la gravidanza.

L'ampia possibilità di autodeterminazione concessa alle donne però, appare in contrasto con alcuni principi fondamentali sanciti dalla nostra legislazione come ad esempio la tutela verso i soggetti più deboli rappresentati in questi casi dai bambini non ancora nati.

L'autodeterminazione garantita alla donna inoltre contrasta anche con alcuni articoli fondamentali della nostra Costituzione in cui si difende il diritto alla vita in ogni contesto.

Ecco perché è necessario investire nella prevenzione dell'aborto soprattutto tramite apposite politiche per rendere gli individui sessualmente responsabili ma anche attraverso interventi atti a

sostenere la famiglia in difficoltà quando il concepimento è già avvenuto.

Come sappiamo però, le politiche familiari organizzate dallo Stato per sostenere l'inizio di un progetto familiare sono ancora troppo scarse e dovrebbero essere maggiormente implementata: attualmente questo compito viene assunto autonomamente da molte associazioni di volontariato che nel loro piccolo continuano a dare un sostegno concreto al raggiungimento dei suddetti obiettivi.

Nel presente capitolo, tramite l'approfondimento e lo studio del progetto "lo nasko", si vuole dimostrare che, nonostante le molte difficoltà, è possibile prevenire o comunque ridurre l'interruzione della gravidanza anche se il concepimento è già avvenuto.

L'obiettivo può essere raggiunto nel territorio di Chioggia grazie ai progetti gestiti dal CAV che costituiscono un aiuto fondamentale senza il quale molte madri in difficoltà non avrebbero scelto di portare a termine la gravidanza.

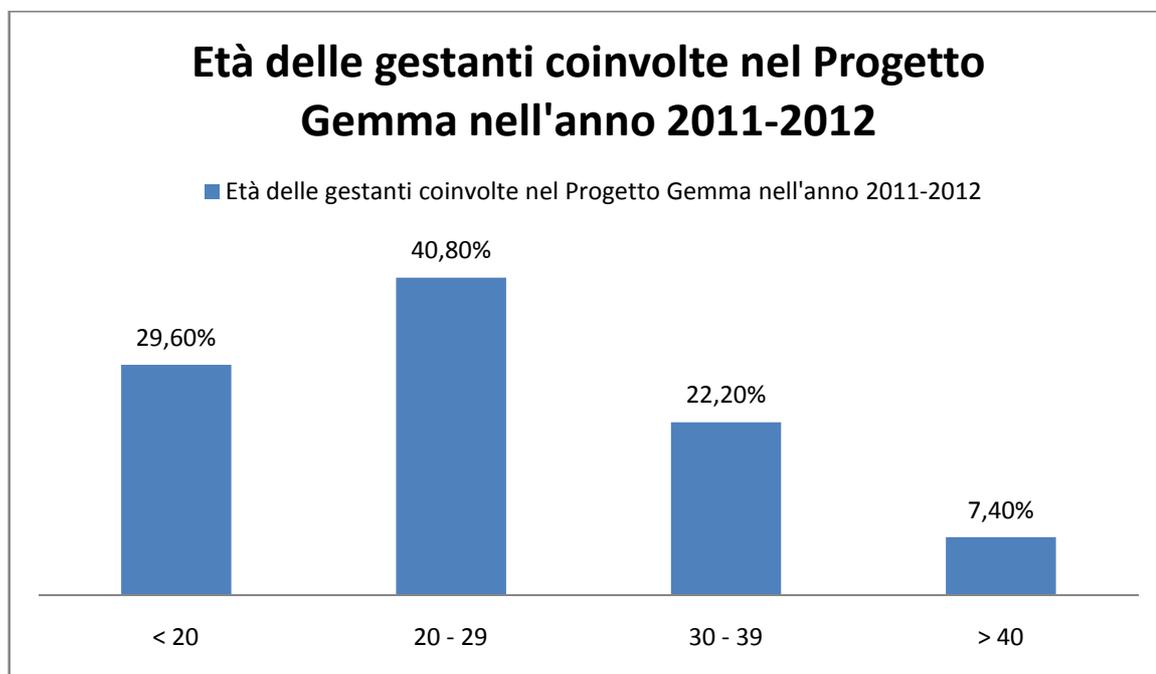
Ancora prima dell'approvazione del progetto "lo nasko", a Chioggia, era già attivo il progetto Gemma grazie al quale sono venuti al mondo molti bambini destinati all'aborto.

Come ricordato nel capitolo precedente, questo progetto veniva finanziato esclusivamente dai soggetti adottanti che volontariamente sceglievano di prendere in carico una mamma per sostenerla economicamente durante la gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino. Complessivamente nel Comune di Chioggia, nel periodo dal settembre del 2011 al settembre del 2012, il progetto Gemma ha preso in carico 27 donne in gravidanza che al momento del primo colloquio erano intenzionate ad abortire (la maggior parte di queste era anche già in possesso del certificato per procedere con l'intervento).

Osservando i dati relativi a questo periodo di tempo, possiamo osservare che la maggior parte delle gestanti seguite dal progetto Gemma, ovvero il 40,8%, avevano un'età compresa tra i 20 ed i 29 anni.

Il 29,6% delle gestanti invece aveva un'età inferiore ai 20 anni mentre il 22,2% aveva un'età compresa tra i 30 ed i 39 anni.

Infine le gestanti con un'età superiore ai 40 anni costituivano solo il 7,4% del totale.



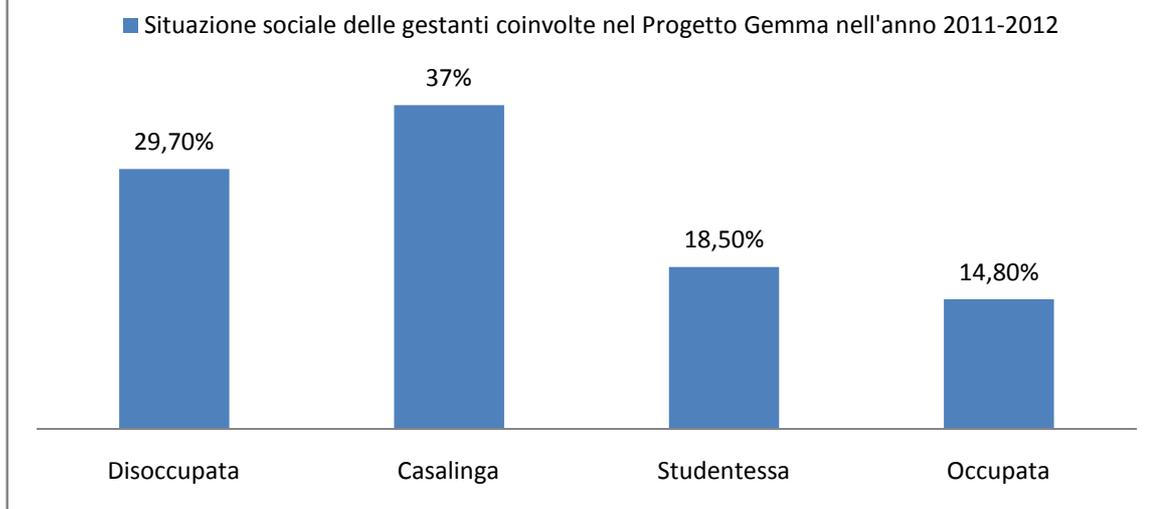
Osservando invece, la situazione sociale delle partecipanti al progetto possiamo notare che ben il 37% delle donne erano casalinghe ed anche se coniugate o conviventi con il proprio partner non riuscivano a far fronte all'impegno economico richiesto dalla nascita di un figlio.

Un altro 29,7% delle donne invece erano disoccupate e spesso anche separate dal proprio compagno: per questo motivo quindi senza il sostegno del progetto non sarebbero state in grado di accogliere un figlio.

Una buona percentuale poi, pari al 18,5% doveva ancora terminare il percorso di studi ed erano quindi incluse nella fascia d'età al di sotto dei 20 anni.

Infine il 14,8% delle partecipanti al progetto aveva un'occupazione che però era insufficiente per garantire un buon futuro al proprio figlio poiché il complesso delle spese da sostenere erano elevate ed oltretutto non vi era un compagno responsabile al loro fianco.

Situazione sociale delle gestanti coinvolte nel Progetto Gemma nell'anno 2011-2012



A questo punto, è possibile affermare che anche nel Comune di Chioggia, i dati rilevati seguono l'andamento nazionale: le donne che partecipano a questo tipo di progetti presentano essenzialmente problematiche di tipo socio-economico che impediscono loro di portare avanti la gravidanza in modo sereno.

É solo grazie all'aiuto economico offerto dal CAV invece, che le protagoniste decidono di rinunciare all'aborto e portare a termine la gravidanza.

Dopo aver compreso le caratteristiche dell'utenza, è fondamentale anche analizzare le modalità con cui le partecipanti sono venute a conoscenza dell'iniziativa per scegliere le modalità migliori per la diffusione dell'iniziativa all'interno del territorio.

Come viene mostrato nel grafico seguente, più della metà delle partecipanti, ben il 55,6%, sono venute a conoscenza del progetto grazie al passaparola di amici e conoscenti che vista la situazione problematica, hanno scelto di consigliare un colloquio con il CAV di Chioggia.

Il 18,5% delle gestanti invece è venuta a conoscenza dell'iniziativa grazie alle locandine pubblicitarie affisse nei principali punti di aggregazione della città e nelle principali istituzioni pubbliche; questo

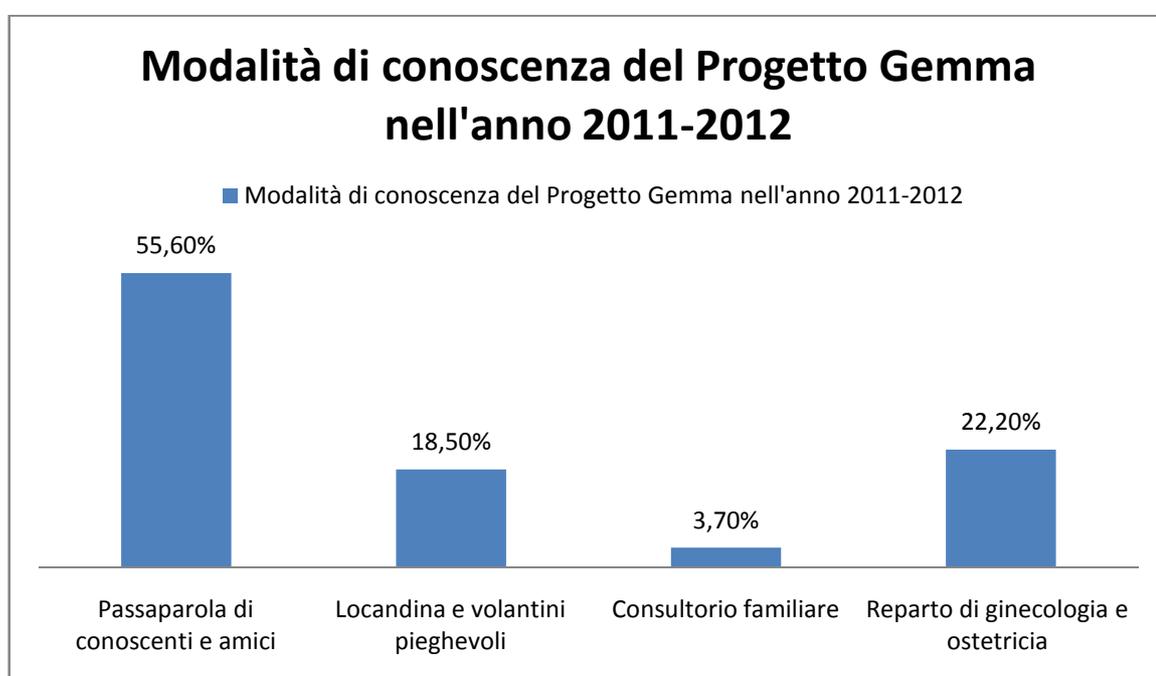
dato dimostra che il materiale pubblicitario (locandine, volantini pieghevoli) è un mezzo di comunicazione fondamentale e facile da diffondere che proprio per questo deve essere sfruttato al massimo.

Il 22,2% delle gestanti poi, è venuto a conoscenza del progetto grazie all'informazione ricevuta all'interno della struttura ospedaliera soprattutto nel reparto di ginecologia.

Questo dato conferma che le strutture ospedaliere negli ultimi periodi sono diventate un punto di riferimento importante per molte donne in difficoltà poiché riescono a svolgere la funzione di ponte tra l'utente e le associazioni di volontariato che operano nel territorio.

Infine un dato abbastanza deludente mostra che solo il 3,7% delle gestanti è venuto a conoscenza del progetto grazie all'informazione fornita dal consultorio familiare.

Purtroppo quest'importante struttura non viene ancora sfruttata per le sue potenzialità e per questo dovrebbero essere revisionate le modalità con cui coinvolgere la cittadinanza.



Il progetto Gemma ha avuto molto successo negli anni soprattutto perché si tratta di un'iniziativa finanziata esclusivamente da persone

volontarie: se fosse quindi supportata anche dal welfare potrebbe avere un impatto ancora maggiore all'interno della società.

La proposta del nuovo progetto "lo nasko" è partita proprio da questa considerazione.

Nel mese di agosto 2012 quindi, il CAV di Chioggia, ha pensato di proporre al Comune un nuovo progetto chiedendo un finanziamento di 30.000 euro per aumentare il sostegno che veniva già garantito alle madri in difficoltà grazie all'attività dei volontari.

Il nuovo progetto intitolato "lo nasko" è stato proposto per una durata complessiva di un anno con partenza nel settembre/ottobre 2012 e conclusione nel settembre/ottobre 2013. Come anticipato l'utenza a cui doveva essere rivolto il progetto era costituita da donne in gravidanza a rischio di interruzione volontaria della stessa a causa di problematiche personali legate soprattutto alla sfera socio-economica.

Le attività proposte nel nuovo progetto, riprendevano in parte quanto garantito dal progetto Gemma: era previsto per la donna un sostegno economico mensile pari a 200 euro per i nove mesi di gestazione ed inoltre un sostegno materiale dopo il parto grazie alla fornitura di materiale per neonati come pannolini, prodotti igienici, latte in polvere ed omogeneizzati.

In tutto il percorso inoltre sarebbe stato garantito alle gestanti ma anche alle loro famiglie un sostegno psicologico per affrontare i momenti di maggiore insicurezza.

Senza dubbio i procedimenti per l'approvazione del progetto "lo nasko" sono stati complicati ma infine è stato approvato con la delibera numero 222 del 04/10/2012 con cui sono stati stanziati 30.000 euro per il periodo ottobre 2012/ settembre 2013.

Il progetto è stato approvato dando particolare attenzione all'articolo 1 della legge 194/78 in cui si afferma che: *"lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. [...] Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e*

competenze, promuovono e sviluppano i servizi sociosanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.”⁴⁷

In conclusione oggi, il progetto “lo nasko” incoraggia ed accompagna mese dopo mese, le donne che nonostante le loro difficili condizioni socio-economiche e familiari decidono di portare avanti la gravidanza.

5.2) La ricerca sul campo: storie di vita per comprendere

Nello svolgimento di questo lavoro di tesi ho incontrato e conosciuto molte donne che vengono aiutate in modi diversi dal CAV di Chioggia, alcune di queste hanno partecipato in passato al progetto Gemma e continuano tuttora un rapporto con il CAV per la fornitura di materiale per la prima infanzia, altre invece partecipano al nuovo progetto “lo nasko”.

Per comprendere l’impatto del progetto nella vita delle utenti, ho scelto di condurre alcune interviste alle donne che si sono dimostrate disponibili a rispondere alle mie domande.

Nella maggior parte dei casi ho incontrato le intervistate nelle loro abitazioni in cui si è creata un’atmosfera molto aperta al dialogo; solo in un caso ho incontrato l’intervistata in un bar davanti ad una tazza di caffè.

Tutte le interviste comunque sono state svolte senza alcuna difficoltà; le donne hanno risposto molto volentieri alle mie domande anche se in alcuni casi si è creata un po’ di tensione legata alla difficile situazione passata e ai difficili vissuti delle intervistate.

Le protagoniste hanno sempre apprezzato il mio interesse verso la loro condizione tanto che alla fine degli incontri mi hanno ringraziato per il tempo loro dedicato ma soprattutto per essersi sentite comprese ed ascoltate.

La ricerca condotta ha seguito un approccio qualitativo grazie al quale si è data importanza alla qualità degli incontri piuttosto che alla

⁴⁷ Legge 22 maggio 1978 n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza, articolo 1

quantità; quest'approccio infatti mi ha permesso di entrare con discrezione nei ricordi più intimi delle intervistate che hanno condiviso con me alcuni dei momenti più difficili del loro percorso.

La realizzazione di questa ricerca sul campo è avvenuta tramite lo strumento dell'intervista semi-strutturata, un tipo di intervista che prevede la presenza di una traccia in cui vengono riportati gli argomenti da affrontare: l'ordine delle domande ed il modo di formularle però vengono lasciati alla decisione dell'intervistatore in base all'andamento dell'incontro.

In altre parole l'intervista semi-strutturata può essere paragonata ad una cornice entro la quale l'intervistato e l'intervistatore si muovono all'interno del singolo incontro.

I risultati emersi dalle interviste infine, sono stati espressi sotto forma di vere e proprie narrazioni all'interno di quest'ultimo capitolo: è proprio questo il tratto caratteristico della ricerca sul campo da me condotta grazie alla quale ho potuto comprendere come il progetto "lo nasko" ha cambiato in meglio la vita delle protagoniste.

La conduzione di queste interviste mi ha permesso di condividere del tempo prezioso con otto donne molto diverse tra loro: ho incontrato infatti giovani donne alle prime gravidanze o già madri di altri figli, donne single o sposate, italiane o straniere, tutte donne che però hanno in comune il desiderio di garantire un buon futuro al proprio figlio amandolo incondizionatamente nonostante le difficoltà che dovranno affrontare.

A questo punto, anche se ovviamente non possono bastare poche righe per conoscere a fondo le diverse protagoniste, trovo utile presentarle brevemente per introdurre la loro storia di vita.

- L. è una signora di 39 anni che diventerà madre per la prima volta di una bambina; vive da sola dopo essere stata lasciata dal compagno che non ha voluto accettare l'idea di diventare padre. Attualmente è disoccupata ma rimane nel suo appartamento in affitto grazie al sussidio di disoccupazione e all'aiuto offerto dai suoi genitori.

- D. è una ragazza di 23 anni che abita ancora con i genitori, il fratello minore e la figlia nata da poche settimane. Attualmente è disoccupata ma è consapevole che quando la bambina sarà più grande dovrà trovare un lavoro ma anche terminare le scuole superiori che ha interrotto. Anche il fidanzato di D. è giovane come lei e disoccupato; attualmente sta cercando un lavoro per poter prendersi cura della figlia e della compagna.
- S. è una giovane ragazza di 21 anni già diventata madre di un altro bambino a 19 anni.
La sua situazione è molto difficile poiché attualmente vive con il suo fidanzato abusivamente all'interno di un'abitazione disabitata dopo essere stata cacciata di casa dal padre. Il suo ragazzo è straniero e nonostante alcuni periodi difficili non ha mai abbandonato la ragazza con la quale ha avuto anche il primo figlio. Ora il fidanzato di S. lavora saltuariamente ed è grazie al progetto che la coppia ha deciso di portare avanti la seconda gravidanza. I due ragazzi sperano di ottenere un appuntamento con l'assistente sociale del Comune per entrare nelle graduatorie dell'edilizia pubblica.
- S. è una signora di 42 anni già madre di tre figli maschi: il più piccolo di questi ha 14 anni. La nuova gravidanza era quindi totalmente inaspettata. S. è sposata da molti anni e anche se nell'ultimo periodo ha avuto qualche problema con il marito ha deciso assieme a lui di portare avanti la gravidanza grazie al sostegno del CAV per far nascere il suo quarto figlio.
- H. è una ragazza immigrata di 25 anni: si trova in Italia da sola poiché i suoi genitori non ci sono più. Attualmente è disoccupata ma vive assieme al fidanzato ed i suoi genitori che dopo i primi periodi difficili hanno accettato di aiutarli ed ospitarli nella loro casa.
- D. è una giovane ragazza che ha compiuto da poco 17 anni. Attualmente abita ancora con i propri genitori anche se inizialmente la situazione non è stata facile. I suoi genitori infatti, non volevano accettare la gravidanza ed anzi si sono recati anche a casa del suo

fidanzato per convincere tutti che la scelta giusta era l'aborto. Da quando D. ha iniziato il progetto con il CAV, la situazione si sta lentamente sistemando ed i genitori stanno molto vicini alla giovane ragazza.

- V. è una signora ucraina di 34 anni che si trova in Italia con il marito e con gli altri due figli, un maschio ed una bambina più piccola. Prima di rimanere incinta per la terza volta lavorava saltuariamente ma ora fa la casalinga. Il marito attualmente ha un contratto regolare in un panificio ma spesso ha trascorso dei periodi in cui era disoccupato e quindi per questo la loro situazione economica è ancora precaria.
- R. è una ragazza di 24 anni che abita ancora con la mamma ed il suo bambino. R. aveva provato ad iniziare una convivenza con il suo ragazzo ma le spese erano troppo alte anche perché lei non aveva un'occupazione. Dopo questo periodo è tornata a casa della mamma. Attualmente ha trovato impiego per la stagione estiva ed anche il suo ragazzo lavora per questo sperano di riuscire a trovare una sistemazione economica in affitto.

Conoscendo queste donne, mi è stato possibile comprendere un aspetto che troppo spesso viene tralasciato nelle ricerche effettuate a livello macro: con i questionari o le interviste strutturate infatti i sentimenti più profondi, i dubbi e le insicurezze per il futuro degli utenti vengono messi in secondo piano ed è proprio a causa di questa lacuna che spesso i servizi non riescono a rispondere in modo multidimensionale ai diversi bisogni della popolazione. Le interviste qualitative infatti, soprattutto per argomenti molto delicati, possono essere più efficaci per comprendere a fondo le problematiche degli utenti.

Le donne da me intervistate, come anticipato, hanno età e situazioni molto diverse tra loro: vi sono ragazze per esempio come S. che a 21 anni sono già in attesa del loro secondo figlio o invece altre donne

come S. che invece sono già madri di figli quasi adulti e si trovano ad affrontare una nuova gravidanza inaspettata in età avanzata.

Come vedremo, in ognuno dei diversi casi, il progetto “lo nasko” è stato fondamentale per supportare l’arrivo di una nuova vita all'interno dei contesti familiari delle intervistate. Alcune delle donne intervistate come D., nonostante le difficoltà, hanno al loro fianco un compagno che ha deciso di essere presente per il figlio che a breve nascerà.

Altre donne come L. purtroppo, invece sono state abbandonate proprio dopo essere venute a conoscenza della gravidanza ma hanno deciso coraggiosamente di non rinunciare alla maternità intraprendendo da sole questo nuovo percorso.

In particolare, la storia di L. è molto toccante per il coraggio e la determinazione dimostrati durante la gravidanza; L. durante l’intervista racconta:

“Lo ho detto subito al mio compagno con cui stavo da sei anni, ma lui non riusciva a capire come poteva essere successo. Non ha avuto una bella reazione e quando gli ho dato la notizia mi ha detto che piuttosto che diventare padre avrebbe preferito schiantarsi contro un palo. Ti lascio immaginare come mi sono sentita in quel momento. Abbiamo parlato tanto [...] ma lui non ha voluto sentire e tutt’ora non vuole sapere nulla della sua bambina. È stato molto difficile all’inizio perché a causa del forte stress ho avuto una minaccia d’aborto con forti contrazioni ed ho dovuto stare ferma per ben due mesi per salvare la mia bambina, ma era questo il mio obiettivo. Ora il padre di mia figlia non la riconoscerà, infatti sto preparando il corredo per l’ospedale e come vedi la bambina avrà il mio cognome e sono orgogliosa di questo. Con lui mi sento ancora, ogni tanto parliamo, lui mi ha detto apertamente che non se la sente di fare il padre ma che potrebbe comunque vedere la bambina. Io non me la sento, un padre non potrà mai essere uno zio, ed io non potrei fare finta di niente. Lui lo sa, o deciderà di esserci oppure non ci dovrà essere.”

Indubbiamente tutte le donne che entrano in contatto con il CAV non avevano programmato la gravidanza e proprio per questo motivo spesso vengono a conoscenza della stessa solo quando si accorgono di avere un ritardo del ciclo mestruale anche molto abbondante.

In molti casi inoltre, soprattutto se le donne sono inesperte e alla prima esperienza, non riescono a riconoscere alcuni segnali tipici della gravidanza che il proprio corpo manda loro.

La giovane D. racconta:

“Ho scoperto di essere incinta il 31 ottobre il giorno di Halloween! Ero in vacanza a Parma da mia suocera. Mi è venuto il dubbio di essere in ritardo perché non mi segno mai nel calendario quando mi viene però mi sembrava che fosse da un bel po’ che non mi veniva e non prendevo la pillola. Allora ho chiesto al mio ragazzo di andare a comprare un test quelli in provetta. Al tempo però non avevo nessun sintomo ero solo un po’ stitica ma sono stitica di mio quindi non ci ho fatto tanto caso, tra l’altro la sera prima mi ero fatta anche un clistere.

Sinceramente non me l’aspettavo perché eravamo sempre stati attenti anche se non prendevo la pillola, avrei immaginato tutto ma non di essere incinta perché pensavo a divertirmi e non certo che sarei diventata mamma.”

H. addirittura spiega di essere venuta a conoscenza della gravidanza proprio per caso:

“Ho scoperto di essere incinta quasi per caso prima dello svolgimento di un semplice intervento chirurgico. Dopo aver fatto gli esami i medici mi hanno detto che secondo i valori ero incinta.

Io non potevo immaginarlo perché avevamo avuto solo qualche rapporto non protetto però in realtà avevo qualche giorno di ritardo ma non avevo un ciclo proprio regolare.

Sono stati i medici quindi a dirmi che ero incinta, non avevo alcun sintomo e non avevo nemmeno pensato di farmi un test di gravidanza.”

Nonostante le diverse età e le diverse situazioni personali, tutte le intervistate, si sono trovate di fronte ad una gravidanza inattesa che

ha procurato, soprattutto nei primi periodi, un grande shock e molte difficoltà.

I problemi che le protagoniste hanno dovuto affrontare però sono molto diversi e dipendono soprattutto dalla loro età e dalla loro condizione.

D. per esempio, visto la giovane età, quando ha scoperto di essere incinta era molto spaventata della reazione che potrebbero avere avuto i suoi genitori ed infatti racconta:

“Ero in bagno da sola ed ho urlato il nome del mio ragazzo, e lui è venuto la e gli ho mostrato il test. Il mio ragazzo si è seduto nella sedia e non ci credeva ed io ho iniziato a piangere. La cosa che mi faceva più paura di tutte era dirlo ai miei genitori, soprattutto a mio papà.

Mi ricordo che ho chiamato subito mia sorella più grande e le ho detto che doveva aiutarmi: le ho detto che ero incinta e non sapevo come dirlo ai nostri genitori. Le ho raccomandato di non dire niente ma dopo dieci minuti mia mamma mi ha chiamato per dirmi cos’avevo perché mia sorella le aveva detto che avevo qualcosa. Allora cosa potevo fare glielo ho detto per telefono e lei ha chiuso la telefonata e non si è fatta più sentire; siamo rimasti a Parma un'altra settimana e in quei giorni ogni tanto mia mamma mi chiamava ma solo per rimproverarmi e sapere come stavo. Dopo sono tornata a casa, mi ricordo che sono entrata ho salutato e non ho detto niente per due giorni ed i miei genitori hanno fatto finta di niente. Dopo due giorni ho detto che ero incinta e mio papà mi ha riempita di parole soprattutto perché non erano stati loro i primi a saperlo.”

S. invece, adulta e sposata, era molto spaventata all’idea di dover affrontare fisicamente e psicologicamente, dopo tanti anni una nuova gravidanza ed infatti racconta:

“Ero spaventata. Ho fatto tutto un pianto! Avevo dovuto smettere la pillola perché avevo fatto due trombosi e quindi la ho dovuta smettere per forza. Ma non mi sarei mai aspettata di rimanere incinta così dopo tanto tempo. All’inizio avevo tanta paura e anche mio marito mi diceva che era impossibile. [...]Il primo periodo è stato difficilissimo, la prima cosa che ho

pensato è stato di abortire perché dopo tutti quegli anni era dura ricominciare. E poi io lavoravo, raccoglievo e lavavo radicchio ma mio marito non lavorava più, sta aspettando che la barca venga aggiustata e quindi non può lavorare. Abbiamo la casa in affitto ed altri tre figli, come potevamo metterne al mondo un altro? Quindi sono andata subito dal ginecologo e convinta gli ho detto “lo non me la sento di tenere questo bambino”. Lui è stato bravo, ha cercato di consigliarmi ma non mi ha giudicata, così dopo quella prima visita abbiamo preparato tutti i fogli per la pratica. [...] Insomma ho pianto tanto fino a che il giorno dopo sono andata dal ginecologo e gli ho detto che avevo cambiato idea! Non potevo buttare via mio figlio, anche se avevamo tante difficoltà abbiamo pensato di sacrificare di più noi per lui e così è stato.”

La maggior parte delle intervistate infatti, proprio per le diverse paure ed angosce provate, durante il primo incontro con i volontari del CAV non erano ancora certe se portare avanti la gravidanza o interromperla: una buona parte di esse anzi era già in possesso del certificato per procedere con l'interruzione di gravidanza.

Grazie poi al sostegno psicologico dei volontari e all'inclusione all'interno del progetto “Io nasko” hanno scelto di portare a termine la gravidanza.

H. straniera e sola in una nuova società racconta:

“Quando sono andata al Centro non ero assolutamente sicura, anzi ero più portata all'aborto perché ero appena rimasta senza lavoro e quindi avevo problemi soprattutto di tipo economico.

Io ed il mio ragazzo ci sentivamo abbandonati anche dai suoi genitori perché all'inizio non ne volevano sapere e quindi come potevamo noi così giovani fare tutto da soli?

Poi il signor Gino mi ha spiegato il tipo di sostegno durante e dopo la gravidanza e grazie questo aiuto abbiamo avuto una marcia in più per tenere la mia bambina.

Con il tempo anche i genitori del mio ragazzo hanno capito che il dono della vita è importante e quindi hanno deciso di sostenerci ed accoglierci nella loro casa assieme alla loro nipote.

Mi sono sentita in colpa, stavo per buttare via la mia bambina ma poi sono arrivate persone fantastiche nella mia vita e mi hanno fatto capire che potevo farcela con il loro aiuto.”

Anche Daniela , sempre molto giovane, ricorda con tristezza quei primi momenti difficili:

”Io in cuor mio sapevo che volevo tenere il bambino, ma mi sono recata al centro soprattutto dopo che erano nati i problemi con la mia famiglia.

Dopo essermi fatta la prima ecografia abbiamo deciso di dirlo ai miei genitori che anche se all’inizio sono stati calmi poi mi hanno detto che gli stavo rovinando la vita e che loro non mi avrebbero aiutato.

Ero demoralizzata ed ho deciso quindi di chiamare il numero che mi avevano dato le altre ragazze. Ho avuto molto presto l’appuntamento e ho raccontato tutta la mia situazione a Gino, gli ho spiegato che io volevo tenere quel bambino ma erano i miei genitori a non volere e siccome ero minorenne la situazione era difficile.

Anche lui era preoccupato e mi ha spiegato che se loro erano contrari fino alla fine bisognava addirittura ricorrere al giudice tutelare perché sentisse le mie ragioni e decidesse lui infine.

Con il tempo però le cose si sono sistemate, anche i miei genitori hanno incontrato Gino e dopo tante lotte siamo arrivati a questo punto! Proprio per questo motivo vorrei dire a tutte le ragazze giovani incinte che hanno paura dei loro genitori che all'inizio la prenderanno male, ma col tempo ogni cosa andrà per il verso giusto.”

Alcune delle interviste invece, come L., al momento del colloquio con i volontari del CAV erano già certe di portare a termine la gravidanza, ma cercavano un sostegno psicologico ed economiche che permettesse loro di affrontare il percorso in modo più sereno eliminando molte preoccupazioni legate principalmente all’aspetto economico e materiale.

L. infatti spiega che:

“Dubbi non ne ho mai avuti fin dal primo momento. Io adoro i bambini ho lavorato per tanti anni come baby sitter, poi sono stata in Nepal a fare volontariato proprio per i bambini bisognosi ed abbiamo costruito due asili. È da quando ho 20 anni che mi sento pronta a diventare mamma ed ora che sta succedendo non potevo buttare via la mia bambina perché è da molto che desidero essere mamma. Anche quando ho saputo di essere da sola mi sono tirata su le maniche e non ho mollato. Ammetto che i primi periodi sono stati difficili, ma come ti ho detto desideravo questa bambina. La mia famiglia inizialmente era un po' spaventata ma poi mi hanno dato il loro appoggio e quindi non mi sono mai sentita abbandonata. Ho una famiglia fantastica. Quando poi sono venuta a conoscenza del progetto non ho avuto più alcun tipo di dubbio perché ho trovato persone fantastiche pronte a sostenerti nel momento del bisogno.”

A questo punto, è possibile affermare che il sostegno offerto dal CAV attraverso il progetto “Io nasko” è stato fondamentale affinché le intervistate decidessero di portare avanti la gravidanza grazie al sostegno economico ed il materiale per neonati disponibile nel post-partum.

Ecco perché visto il successo riscosso, queste iniziative dovrebbero essere sostenute con il passare degli anni, non solo dalle istituzioni di volontariato ma anche dal welfare state che dovrebbe creare politiche familiari più idonee al sostegno delle famiglie nascenti in difficoltà.

I progetti per la prevenzione dell'aborto inoltre dovrebbero essere maggiormente pubblicizzati all'interno di ogni strato della società grazie ai sistemi di comunicazione ed informazione ma soprattutto grazie ad un ruolo di promozione attiva svolta all'interno delle istituzioni più vicine al cittadino come i consultori familiari ed i reparti di ginecologia ed ostetricia.

V. è venuta a conoscenza del progetto proprio quando aveva perso ogni speranza; la ragazza infatti ricorda:

“Ho letto il cartello in ospedale più che altro sono stata attirata dal disegno del bambino e mi sono messa a leggere. Ho visto che si parlava di un aiuto rivolto alle mamme che avevano paura e difficoltà ed ho pensato: sono io! Così mi sono scritta nel cellulare il numero ed appena fuori ho chiamato subito, ho parlato con una signora gentilissima che poi mi ha detto che avrei incontrato Gino per parlare del progetto di aiuto economico.

Ero in ospedale a fare un’ecografia di controllo e leggendo quel cartello ho avuto una speranza in più mi sono sentita più serena perché ho capito che non ero sola.

Purtroppo tante mamme non sanno di questi progetti e poi anche noi straniere magari non conosciamo bene la lingue oppure siamo più escluse e quindi non pensiamo a leggere i cartelli oppure pensiamo che non siano per noi. È importante che si faccia sapere alla gente gli aiuti che si possono dare perché magari tante volte ti senti sola ed abbandonata e puoi prendere brutte decisioni proprio per questo.”

Le donne intervistate però, come confermano le stime nazionali sono venute a conoscenza del progetto principalmente attraverso il metodo del passaparola che non risulta però sempre efficace e soprattutto attinente alla realtà.

L. infatti afferma:

“Sapevo che mia nipote era andata ma al momento non ci ho dato troppo peso ero troppo stressata. Come ti ho detto il primo periodo è stato difficile, sono caduta in depressione non mi riconoscevo più ed avevo proprio scelto di abortire. Quando sono andata dal mio ginecologo a dirgli che avevo cambiato idea però è stato lui stesso a dirmi di chiamare questo Centro. Mi ha detto che potevo avere un aiuto economico durante la gravidanza e anche dopo la nascita del bambino con cose come pannolini, latte e omogeneizzati! Alla fine per le persone in difficoltà vuol dire davvero tanto. Ed è così che sono venuta a conoscere Gino. In questo caso la collaborazione è stata molto importante.”

Conoscendo le intervistate e passando del tempo con loro, ho compreso infine, che nonostante l'aiuto fornito dal CAV le protagoniste giovani, sposate, fidanzate o single, appaiono in qualsiasi caso, turbate e spaventate per il futuro.

Le difficoltà economiche rappresentano uno scoglio difficile da abbattere che troppo spesso non può essere affrontato solo grazie ad un progetto di sostegno economico a tempo determinato.

Ecco perché, proprio per questo motivo, i progetti e le attività dedicate a queste donne dovrebbero prevedere un percorso più articolato da sviluppare anche negli anni successivi alla nascita del figlio.

S. pensando anche al suo passato e proiettandosi nel futuro afferma:

“La principale paura è quella di non riuscire a dare da mangiare ai miei figli, perché i bambini piccoli costano un sacco, ma vedi anche se non abbiamo tanti soldi preferisco che abbiano da mangiare loro ed piuttosto sacrifichiamo noi. Quando è nato D. avevo paura anche di non riuscire ad essere brava a fare la mamma, era così piccolo che avevo paura di romperlo e non mi ha mai aiutato nessuno perché non ho tanto un bel rapporto con mia mamma.

Ho avuto un passato difficile, quando ero piccola sono sempre stata sotto servizi sociali e mi volevano portare via da mia mamma ma poi lei è sempre riuscita a tenermi. Ho paura che se mi rivolgo ai servizi mi portino via anche i miei bambini, però alla fine vedi non gli diamo botte, sono felici anzi anche viziati ma sai i servizi guardano tante cose e quindi ho paura che se faccio qualche domanda per ricevere aiuto mi portano via miei figli.”

Anche R. di 24 anni, spiega che le principali paure sono legate alla condizione economica precaria che potrebbe avere ripercussioni nella crescita del bambino:

“Le principali paure riguardano il futuro di mio figlio! Nonostante tutta la buona volontà ho paura di non potere dare tutto a mio figlio. Io voglio che sia orgoglioso dei suoi genitori, voglio che possa studiare ed andare avanti se vuole perché voglio potergli garantire un buon futuro.

Per questo spero di trovare un buon lavoro oltre la stagione estiva e spero che il mio ragazzo continui ad avere un buon stipendio. Così potremo prenderci una casa in affitto ed il mio bambino potrà crescere con la mamma ed il papà senza dover piangere alla sera quando il papà va via.

Come ti ho detto i primi periodi sono stati difficili ma ora mi sento cresciuta e mi sento in grado di essere una buona mamma. Appena nato avevo paura di toccarlo, mi ricordo che in ospedale mentre lo allattavo gli è venuto il singhiozzo ed io ho cominciato a piangere perché non sapevo come fare, ma dopo si impara in fretta.

Fare la mamma è il lavoro più bello che una donna può fare e se ora penso anche solo minimamente che avevo paura di non essere in grado di farlo mi viene da sorridere.

Sono molto orgogliosa di quello che ho creato e sono orgogliosa della mia famiglia nonostante tutte le difficoltà, sono orgogliosa anche del mio ragazzo perché non mi ha mai lasciata sola. Alle prime ecografie lui c'era, quando è nato lui c'era, quando stava mal lui c'era sono proprio felice e penso che riusciremo ad essere dei buoni genitori.”

Nonostante ciò le protagoniste risultano determinate ad offrire il meglio ai loro figli anche a costo di grandi sacrifici; in conclusione della sua intervista infatti, D. nonostante la giovane età, dimostra tutta la maturità e la determinazione che deve possedere una madre che desidera il meglio per il proprio figlio e afferma:

“Io non ho paure per me, voglio il meglio per la mia bambina! A volte tutte le mamme giovani dicono che hanno paura che il ragazzo le abbandona ma io non ho paura di rimanere da sola. Anzi se succedesse vorrei dimostrare alla gente che comunque sono in grado di farcela per mia figlia per fare in modo che non le manchi nulla. Quando lei avrà l'età per andare all'asilo vorrei trovarmi un lavoretto per essere più indipendente ma nel frattempo devo finire le scuole perché mi sono fermata alla seconda superiore. So però che comunque i miei genitori ci saranno sempre. È anche grazie a loro che sono mamma.”

CONCLUSIONI

Il ricorso all'aborto clandestino è diminuito drasticamente nel corso degli ultimi 35 anni soprattutto grazie alla legge 194/78 approvata proprio con l'obiettivo principale di eliminare questo tipo di aborto che metteva a rischio la vita di molte donne.

Nonostante ciò è impossibile fornire una stima precisa del numero degli aborti clandestini effettuati prima dell'approvazione della legge e proprio per questo si può presumere che questo dato sia stato indubbiamente sovrastimato per incentivare l'approvazione di una legge grazie alla quale l'interruzione della gravidanza non sarebbe più stata considerata un reato.

Ricordiamo però che la legge 194/78 è nata anche con il nobile obiettivo di sostenere e tutelare il diritto alla maternità prevenendo, ove possibile, l'interruzione di gravidanza sia prima che dopo il concepimento.

Arrivati all'anno 2013, è possibile quindi affermare che la legge 194/78 non ha avuto solo il merito di far quasi scomparire l'aborto clandestino, ma ha anche portato ad una drastica riduzione dell'interruzione di gravidanza che non può essere più considerata come un metodo per il controllo delle nascite.

I dati raccolti evidenziano infatti che nel nostro Paese, a partire dagli anni '80, vi è stata una graduale e crescente diminuzione del numero di interruzioni di gravidanza: al giorno d'oggi il ricorso a questo intervento infatti, rappresenta l'ultima spiaggia nel caso in cui non sia possibile agire diversamente e sostenere la situazione.

Ricordiamo che in questo percorso, la promozione della procreazione responsabile ha rappresentato e continua a rappresentare, la modalità più importante per evitare gravidanze indesiderate e di conseguenza anche possibili interruzione di gravidanza.

Per migliorare ulteriormente i risultati raggiunti però, è importante continuare a potenziare la rete dei servizi territoriali più vicini alla cittadinanza facendo particolare attenzione alla rete dei consultori

familiari e dei reparti di ginecologia ed ostetricia che costituiscono i servizi più competenti nell'attivazione di interventi a favore della procreazione responsabile.

Fondamentale inoltre la collaborazione con i servizi sociali, con il privato sociale e soprattutto con le organizzazioni di volontariato che come abbiamo visto rappresentano un'importantissima alternativa in mancanza di idonee politiche sociali.

Nonostante gli importanti risultati raggiunti, bisogna ricordare però che alcune questioni sull'aborto rimangono ancora aperte: con il passare degli anni, sono emersi sempre nuovi conflitti legati soprattutto al contrasto tra i progressi nel campo medico-scientifico e l'importante valore della vita nascente.

Alla fine degli anni '80 per esempio, si è aperta nel nostro paese una polemica legata alla sperimentazione della RU-486, la cosiddetta pillola abortiva: la corrente anti-abortista criticava il fatto che grazie a questo nuovo farmaco la donna poteva decidere con estrema facilità di interrompere una gravidanza molto precocemente gestendo oltretutto quasi interamente il processo nella propria abitazione.

Veniva criticata quindi una nuova modalità di aborto che sembrava deresponsabilizzare le donne facendo loro perdere il senso dell'azione che erano in procinto di compiere.

Numerose sono poi le altre controversie legate all'applicazione della legge 194/78: la corrente anti-abortista infatti ritiene che oggi nel processo di interruzione di gravidanza venga data troppa importanza al diritto all'autodeterminazione della madre a scapito della tutela nei confronti di un individuo incapace di difendere la propria persona ed anche nei confronti del padre del concepito.

Proprio per questo motivo è importante agire sui diversi tipi di prevenzione all'aborto per evitarlo il più possibile.

Come anticipato è necessario incentivare la prevenzione delle gravidanze indesiderate promuovendo una procreazione responsabile: gli interventi dovranno essere volti ad aumentare le conoscenze sui

metodi contraccettivi disponibili che possono essere adattati alle diverse situazioni in base alle esigenze personali degli utenti.

Un particolare riguardo dovrà essere garantito agli utenti più giovani ed inesperti: come dimostrato infatti questi non hanno conoscenze sufficienti in materia di sessualità.

Nel caso specifico del Comune di Chioggia, per promuovere una buona informazione è necessario fare riferimento allo Spazio Giovani del consultorio familiare dell'ULSS 14 un servizio *“finalizzato alla tutela della salute e del benessere dei giovani dai 14 ai 25 anni che offre agli adolescenti e ai giovani adulti un contenitore per elaborare problematiche inerenti la sfera affettiva, relazionale e sessuale tramite consulenze psicologiche e consulenze ginecologiche. Il servizio inoltre collabora con le scuole per implementare le attività di prevenzione e di corretta informazione relativa alla sessualità, alla responsabilità, all'affettività e alla relazione con l'altro.”*⁴⁸

Da non dimenticare inoltre la particolare tutela che deve essere garantita localmente alle donne immigrate, che come abbiamo visto a causa delle scarse conoscenze in materia di procreazione responsabile ricorrono all'aborto molto più frequentemente delle autoctone. A questo proposito sarebbe necessaria una riorganizzazione dei servizi ed una corretta formazione degli operatori che dovrebbero conoscere le normative vigenti e le diversità culturali che portano a vivere la gravidanza e la maternità secondo le proprie tradizioni.

La prevenzione dell'interruzione di gravidanza però, non può fermarsi agli interventi promossi a favore di una sessualità responsabile per far evitare i concepimenti indesiderati: al contrario il concetto di prevenzione deve essere ampliato anche ad altre situazioni.

Nel titolo della legge 194/78 infatti possiamo individuare l'espressione *“tutela sociale della maternità”* ed è proprio per questo motivo che la prevenzione dell'interruzione di gravidanza deve essere volta alla tutela della vita umana fin dal suo inizio.

⁴⁸ http://www.asl14chioggia.veneto.it/index.php?option=com_content&view=article&id=287:consultorio-familaire-scheda-generale&catid=96&Itemid=33

In alcuni casi quindi, come abbiamo visto nel capitolo quarto, limitarsi a prevenire le gravidanze indesiderate non è più sufficiente poiché spesso gli utenti si presentano ai servizi quando il concepimento è già avvenuto: è proprio a questo livello quindi che diventa fondamentale il ruolo svolto dai Centri di Aiuto alla Vita che agiscono con l'obiettivo di sostenere le donne nella prosecuzione di una gravidanza difficile e non desiderata al fine di tutelare il concepito.

Nel comune di Chioggia infatti, il CAV rappresenta un punto di riferimento fondamentale nel sostenere sempre un numero maggiore di donne e famiglie in difficoltà che entrano in contatto con il servizio quando la gravidanza è già iniziata.

È possibile affermare quindi che lo scopo dei Centri di Aiuto alla Vita è quello di evitare il ricorso all'interruzione di una gravidanza già iniziata delle donne che presentano le proprie difficoltà per l'arrivo inaspettato di un figlio.

Quando non è più possibile evitare un concepimento inatteso quindi è ancora possibile contrastare l'interruzione della gravidanza in atto: una vita nascente è un dono che deve essere valorizzato e rispettato ed è proprio per questo motivo che il progetto "lo nasko" dovrebbe essere incentivato e proseguire nel corso degli anni.

Ricordiamo che all'interno del Comune di Chioggia, i risultati a favore della vita nascente sono stati raggiunti soprattutto grazie ai diversi interventi di volontariato e proprio per questo, il progetto "lo nasko" presentato al Comune per la prima volta nel settembre del 2012, dovrebbe venire ancora di più valorizzato e diffuso.

I risultati ottenuti infatti, sarebbero senza dubbio maggiori se queste attività, come nell'anno corrente, oltre ad essere garantite dai volontari, venissero supportate anche dal welfare attraverso idonee politiche sociali a favore della cittadinanza.

A questo proposito, fondamentale anche la pubblicizzazione dei diversi progetti che dovrebbe avvenire ad opera delle più importanti istituzioni del territorio come gli enti pubblici, gli ospedali o le scuole,

istituzioni chiave nel svolgere poi il ruolo di ponte tra la cittadinanza ed i servizi coinvolti.

In conclusione è possibile affermare che solo attraverso una corretta diffusione all'interno della società e grazie ad una produttiva collaborazione tra gli operatori dei servizi ed i volontari, sarà possibile sviluppare ed implementare nuovi progetti che rispondano in modo multidimensionale ai bisogni della popolazione più fragile tra cui rientra senza dubbio la donna in stato di gravidanza.

ALLEGATI

6.1) Interviste ai professionisti del consultorio familiare dell'ULSS 14

INTERVISTA AL DOTT. BONETTI – GINECOLOGO

1) Come funziona e quali sono le dinamiche del primo colloquio con l'utente? E se questa sceglie di interrompere la gravidanza nonostante gli aiuti presentati?

Come saprai prima di effettuare un consulto ginecologico c'è tutta la fase del progetto dedicata al sostegno psicologico dell'utente in difficoltà soprattutto se questa non ha ancora preso una decisione certa.

In questi casi si cerca di comprendere le cause che portano ad interrompere la gravidanza perché anche se l'intervento dell'aborto dura qualche minuto la cicatrice che lascia può durare tutta la vita. Si cerca di capire il perché la donna non ha utilizzato un metodo contraccettivo visto che sono molti quelli disponibili: in alcuni casi infatti c'è un desiderio nascosto di maternità.

Dopo un'analisi della situazione e dopo un'ulteriore richiesta di interruzione di gravidanza allora si procede con il percorso.

In questo caso la donna si presenta in ambulatorio con la prova della gravidanza magari tramite test oppure con un'ecografia e dopo avere accertato la sua identità si procede con la certificazione.

Nella certificazione si attesta che l'utente si è presentata al Consultorio per chiedere l'interruzione di gravidanza in base all'articolo 4 della legge 194/78.

Si attesta inoltre che sono stati compiuti gli accertamenti necessari del caso: si cita la data dell'ecografia e l'età dell'embrione o del feto e si afferma che sono state esaminate con la richiedente tutte le soluzioni al suo problema.

Con questo certificato, firmato dal ginecologo e dalla donna, la richiedente dopo aver soprasseduto per sette giorni, nel caso in cui non abbia cambiato idea potrà recarsi presso un ospedale da lei scelto per poter eseguire l'intervento.

2) Come cambia il percorso per l'interruzione di gravidanza dopo i 90 giorni di gestazione?

In questo caso la situazione è diversa poiché l'intervento può essere effettuato solo in caso di pericolo per la vita della madre. Il pericolo può essere comunque legato alla salute fisica o psichica ma non bastano le motivazioni che vengono presentate prima del termine di 90 giorni.

Nel caso di problematiche fisiche la patologia o il problema deve mettere a serio rischio la sopravvivenza della madre ed in questo caso il medico può acconsentire all'interruzione di gravidanza.

Per quando riguarda invece la problematica mentale, questa deve essere accertata anche da uno psichiatra, in questo caso infatti il proseguimento della gravidanza deve mettere a serio rischio la stabilità mentale della donna e quindi la sua incolumità.

Bisogna ricordare che dopo i 90 giorni parliamo di aborto terapeutico: in molti casi ci sono stati feti nati prematuri sono sopravvissuti anche se con molte patologie.

In altri casi questo è successo anche dopo un aborto terapeutico: in certi casi l'aborto terapeutico è più che altro un parto pretermine provocato e proprio per questo molti feti anche di 450 grammi sono sopravvissuti alla procedura presentando però gravissimi danni psicofisici nel resto della loro vita.

Proprio per questo le motivazioni che portano a questo tipo di intervento devono essere veramente serie perché parliamo di un intervento su di un vero e proprio neonato potenzialmente in grado di sopravvivere.

Per la madre inoltre il fatto di dover partorire un feto con la consapevolezza che questo andrà incontro alla morte è un evento traumatico e se come ti ho già detto un aborto può lasciare una cicatrice per tutta la vita in questo caso la cicatrice sarà ancora più profonda.

Devo ricordarti che nell'ulss 14 e anche a Piove di Sacco sono l'unico ginecologo che esercita in pubblico a non essere obiettore e quindi a fare i certificati, ma in tutta la mia carriera mi è capitato penso solo una volta di dover firmare un certificato per l'interruzione di gravidanza dopo i 90 giorni.

3) Quali sono le principali motivazioni che portano a scegliere l'IVG? Il fallimento dei metodi contraccettivi è una delle prime motivazioni?

Ovviamente davanti ad una gravidanza indesiderata c'è un fallimento del metodo contraccettivo ma questo dipende dal fatto che la donna utilizza un metodo contraccettivo poco sicuro primo tra tutti il coito interrotto.

In altri casi invece c'è un fallimento di metodi contraccettivi relativamente sicuri come il preservativo che magari si può rompere o come la spirale che non può svolgere la sua funzione.

Anche la pillola in molti casi viene assunta scorrettamente o assieme ad antibiotici che riducono il suo effetto e quindi la sua efficacia viene ridotta.

Poi secondo il mio punto di vista un altro problema molto presentato è quello di tipo economico: ovvio che questo è collegato a molte altre cose come l'assenza di un lavoro o la presenza di un lavoro precario da cui si rischia di esser licenziati. La donna quindi preferisce rimandare il momento in cui diventerà madre ad un momento più indicato.

4) L'assenza del padre invece porta la donna a scegliere per l'interruzione di gravidanza?

Ci sono stati dei casi in cui la donna ha scelto di interrompere la gravidanza perché lasciata sola dal compagno, ma secondo la mia esperienza sono parecchi i casi in cui è la donna a voler interrompere la gravidanza nonostante il parere contrario del padre del bambino. Non è perché sono di parte visto che sono un uomo, ma ultimamente non vedo tanti padri che abbandonano le compagne incinta anche di fronte ad una gravidanza indesiderata a meno che non siano troppo giovani o per esempio la gravidanza inizi all'interno di una relazione nascosta.

INTERVISTA ALLA DOTT.SSA BOSCOLO – OSTETRICA

1) Come funziona e quali sono le dinamiche del primo colloquio con l'utente?

Dipende dai diversi tipi di colloquio, se parliamo di un colloquio conoscitivo ci troviamo di fronte ad un'utente che si reca in consultorio per porre la propria richiesta d'aiuto. Quando incontro le utenti in questi contesti quindi il mio compito è quello di esaminare la domanda e capire quali sono i problemi presentati, se ci troviamo davanti ad una richiesta di sostegno o invece davanti ad una richiesta di interruzione di gravidanza. Quando seguo questi colloqui l'obiettivo è quello di analizzare la situazione della donna per guidarla verso un ragionamento per comprendere con più chiarezza la situazione, ma immagino che avrai già parlato con la psicologa e con l'assistente sociale di questo tipo di percorso. L'altro tipo di colloqui che seguo invece sono quelli in presenza del ginecologo che vengono effettuati quando la donna è certa di voler interrompere la gravidanza e quindi vuole procedere con i diversi accertamenti per poi far compilare dal ginecologo il certificato con la richiesta di IVG. Se la donna decide di interrompere la gravidanza deve quindi fissare un colloquio con un ginecologo non obietto, dove sono presente anche io, ed in questo colloquio deve presentare un test di gravidanza o un'ecografia per accertare appunto lo stato di gravidanza.

Con questi documenti si procederà poi all'identificazione della donna e si procederà con la visita ginecologica per confermare lo stato di gravidanza e soprattutto la durata della stessa per accertarsi che rientri nel periodo di 90 giorni stabiliti dalla legge. Solo a questo punto potrà essere compilato dal ginecologo il certificato sulla base dell'articolo 4 della legge 194/78 che attesta lo stato di gravidanza e la sua durata e consente alla donna di ottenere dopo un periodo di sette giorni l'interruzione della gravidanza in un ospedale a scelta.

In altri casi invece può essere compilato un certificato che attesta l'urgenza dell'intervento che nel 99% dei casi viene compilato perché la donna si presenta al consultorio con la propria richiesta essendo vicina ai 90 giorni di gestazione e quindi deve effettuare l'intervento il prima possibile per non uscire dal periodo concesso dalla legge.

2) Come cambia il percorso per l'interruzione di gravidanza prima e dopo i 90 giorni di gestazione?

Come saprai prima dei 90 giorni la donna può scegliere di interrompere la gravidanza per motivazioni legate alla sua salute psico-fisica con una procedura che risulta più semplice.

Dopo i 90 giorni invece le motivazioni presentate devono essere più serie e devono essere legate ad un pericolo grave per la salute fisica o psichica della donna.

Ci sono molti casi di donne che per esempio non riescono a sopportare la malformazione del feto e quindi la loro salute mentale per questo è messa a rischio e la situazione potrebbe portare anche al suicidio; in questo caso in collaborazione con il CSM si può rilasciare il certificato per l'intervento.

Ti devo dire che queste situazioni sono molto ma molto rare ma se si presentano come dicevo deve essere iniziato un rapporto con il Centro di Salute Mentale ed è anche la figura dello psichiatra che deve accertare il fatto che la vita della donna è messa in pericolo a causa della gravidanza.

Gli altri casi in cui si può rilasciare il certificato dopo i primi 90 giorni sono i casi in cui la problematica è legata ad una grave patologia fisica o alla necessità di un intervento chirurgico immediato per salvare la vita della donna.

Ci sono stati invece dei casi di donne straniere che non essendo a conoscenza delle legislazione si presentavano in consultorio dopo i primi 90 giorni di gravidanza e richiedevano l'interruzione senza

presentare particolari motivazioni. In quei casi ovviamente la risposta è stata negativa poiché in Italia la legislazione non permette questo tipo di interventi.

**3) Quali sono le principali motivazioni che portano a scegliere l'IVG?
Le problematiche economiche sono frequenti?**

Posso dirti che le problematiche di tipo economico sono abbastanza frequenti ma non vengono mai presentate da sole nel senso che i soli problemi economici non portano a desiderare un'interruzione di gravidanza.

Solitamente a questo tipo di problemi si accompagnano anche problemi di tipo psicosociale, per esempio la donna oltre ad avere problemi economici può anche sentire che questo momento non è quello adatto per avere un figlio.

Quando si presenta la problematica economica inoltre spesso si parla della presenza di altri figli: in questi casi quindi la donna espone anche le proprie paure legate al fatto di dover iniziare nuovamente un percorso con un figlio piccolo.

Bisogna dire anche la che problematica economica è quella più facilmente risolvibile perché come ti ho detto se si presentano solo problemi economici sono anche i più facilmente risolvibili attraverso gli aiuti offerti dal Comune o per esempio dal Centro di Aiuto alla Vita.

4) L'assenza del padre invece porta la donna a scegliere per l'interruzione di gravidanza?

Anche questa è una problematica che viene presentata ma anche questo non è mai l'unica ragione. Oltre all'assenza del padre spesso c'è anche un contesto familiare inadatto ad accogliere un bambino poiché magari i genitori della donna non sono favorevoli alla gravidanza e quindi non garantiscono il loro supporto una volta nato il bambino.

5) L'età della donna invece incide sull'interruzione di gravidanza?

Indubbiamente una donna che si trova alle prime esperienze ed in un'età precoce può decidere di interrompere la gravidanza proprio perché non si trova nella fase giusta della vita per diventare mamma.

Lo stesso vale per una donna in età avanzata, che magari ha superato i 40 anni ed è già madre di altri figli: anche in questo caso si può sentire inadeguata a portare avanti una gravidanza magari per il fatto che non si sente in grado di ricominciare il percorso di maternità quando invece dovrebbe essere in una fase della vita più tranquilla.

Diciamo che in alcuni casi anche i ricordi di una precedente gravidanza non andata a buon fine o da cui è nato un bambino con handicap può scoraggiare la donna a portare avanti la gravidanza.

INTERVISTA ALLA DOTT.SSA CIAMPALINI – PSICOLOGA

1) Come funziona e quali sono le dinamiche del primo colloquio con l'utente?

Durante il primo colloquio solitamente tendiamo ad ascoltare molto la persona che abbiamo di fronte. Cerchiamo di capire il modo in cui viene posta la domanda, cerchiamo di capire perché nella situazione specifica non è possibile tenere il bambino.

Fondamentale è capire le dinamiche familiari e lo status sociale della famiglia, la storia di vita della donna è importante perché in questo modo si possono analizzare le dinamiche profonde che portano a scegliere un'interruzione di gravidanza.

Dopo questa prima fase si raccolgono comunque dei dati oggettivi per esempio riguardo all'ultima mestruazione, sull'età.

Importante fornire alle donne le informazioni sui termini di legge e sul suo funzionamento, sui diritti che vengono garantiti e sulle possibilità che vengono date.

Nel primo colloquio inoltre, si cerca di far capire che il professionista ha il compito di sostenere la scelta dell'utente sia nel caso in cui decida di interrompere la gravidanza sia nel caso in cui decida di non interromperla.

Oltre a tutte le informazioni che vengono fornite in questa fase, è fondamentale anche l'informazione sulla contraccezione. Si invia dal punto di vista psicologico l'utente a riflettere sul perché si è verificata una gravidanza. Nella maggior parte dei casi infatti, non c'è consapevolezza che in realtà dietro la gravidanza indesiderata si nasconde un desiderio inconscio di maternità.

In ogni colloquio bisogna ricordare che la contraccezione è fondamentale perché spesso dopo una prima interruzione di gravidanza, c'è una volontà di riparare al danno causato rimanendo nuovamente incinta ed andando quindi incontro ad una nuova interruzione di gravidanza. Quest'aspetto però è molto delicato da trattare perché le donne che vengono a chiedere un'IVG non sono

nel momento giusto per ascoltare, sono loro che invece devono essere ascoltate.

Solitamente però, le donne tentano di prendere velocemente una decisione senza che nessuno possa giudicarle perché decidere di interrompere la gravidanza non è mai una scelta facile.

Altro aspetto importante è informare la donna su come avverrà l'interruzione di gravidanza, importante ricordare come avverrà l'intervento.

Dopo un primo colloquio di un'ora circa, vi è un confronto con il ginecologo nel quale solitamente illustro i punti critici della situazione. L'obiettivo è quello di comunicare il cuore della motivazione che porta ad interrompere la gravidanza per poter svolgere un lavoro in sinergia e collaborare per il benessere dell'utente. È importante per l'utente infatti avere un aiuto non giudicante per essere consapevole delle proprie decisioni.

2) Come cambia il percorso per l'interruzione di gravidanza prima e dopo i 90 giorni di gestazione?

Premetto che bisogna sempre evitare che l'interruzione di gravidanza venga vista come un metodo di controllo delle nascite. Detto questo prima dei 90 giorni di gestazione la gravidanza può essere interrotta per una serie più ampia di motivi tra i quali vengono fatte rientrare anche le difficoltà economiche, il contrasto con i propri progetti di vita o la presenza di altri figli.

Dopo i primi 90 giorni invece la gravidanza può essere interrotta solo in caso di grave rischio per la vita della madre come per esempio nei casi di gravi malattie che necessitano cura ed assistenza immediate. In alcuni casi possono essere anche valutati i disturbi mentali attraverso una visita psichiatrica. Abbiamo analizzato diverse situazioni di donne con intendi suicidi ed in quei casi ci siamo subito messi in contatto con il Centro di Salute Mentale.

3) Quali sono le principali motivazioni che portano a scegliere l'IVG? Il fallimento dei metodi contraccettivi è una delle prime motivazioni?

Sinceramente dipende da cosa intendiamo per metodi contraccettivi; a mio parere la principale motivazione per cui si ricorre all'IVG è il non utilizzo di alcun metodo contraccettivo.

Queste donne si lasciano coinvolgere dall'amore nei confronti del proprio partner e non vivono una sessualità responsabile rimanendo poi abbandonate da un uomo che non accetta la maternità. Se invece vogliamo inserire tra i metodi contraccettivi i metodi naturali o il coito interrotto allora possiamo dire che il fallimento dei metodi contraccettivi è una delle principali motivazioni.

I metodi contraccettivi da considerare sono il preservativo, la pillola e la spirale e se utilizzati correttamente la possibilità di gravidanze indesiderate è veramente minima. Certo ho conosciuto delle utenti a cui si è rotto il preservativo, altre che sono rimaste incinta con la spirale visto che come saprai è un metodo abortivo precoce. Mi sono capitate anche rare utenti rimaste incinta assumendo la pillola ma ecco questi sono casi limite, quindi a mio parere non si può parlare di fallimento di metodi contraccettivi.

4) L'assenza del padre invece porta la donna a scegliere per l'interruzione di gravidanza?

Certo questa è una delle principali motivazioni che portano all'IVG. Nella nostra cultura infatti, una donna sceglie di diventare consapevolmente madre quando avverte il sostegno di un compagno. Quando questo viene a mancare purtroppo spesso la donna decide di rinunciare al progetto di maternità perché non si sente in grado di crescere un figlio da sola.

Il rapporto tra le madri ed i bambini che sono stati desiderati è migliore, il bambino cresce più sereno e con una maggiore autostima.

5) I problemi economici invece vengono riportati durante il colloquio per l'IVG?

Certo anche la componente economica è fondamentale però è anche la più facilmente risolvibile. Quando una donna spiega che non se la sente di portare avanti un gravidanza per problemi economici in realtà non è convinta di interromperla.

In questi casi infatti si presentano tutte le soluzioni offerte dal territorio per sostenere economicamente l'utente in difficoltà e nella maggior parte dei casi grazie gli aiuti offerti dal Comune o dal CAV la gravidanza viene portata a termine.

Nei casi di problematiche economiche, inoltre il problema è legato soprattutto alla perdita di un lavoro non regolare che non garantisce alcun sussidio di maternità alle gestanti ecco perché attraverso un sostegno economico è possibile far vivere serenamente la gravidanza alla donna.

INTERVISTA DOTT.SSA MORINI – ASSISTENTE SOCIALE

1) Non sempre l'assistente sociale ha un colloquio con le donne che richiedono un'IVG. Quando succede e come si svolge il colloquio?

Certo, non in tutti i casi l'assistente sociale viene coinvolto. Solitamente incontro le utenti quando ci sono problematiche socio-economiche che impediscono di vivere serenamente la gravidanza. In questi casi si programma un colloquio in cui si cerca di comprendere l'utente e le problematiche più profonde per iniziare un percorso d'aiuto a lungo termine a favore della maternità.

In tutti i colloqui comunque il ruolo dell'assistente sociale è quello di accompagnare l'utente nel percorso di decisione prospettando tutte le possibilità che il territorio può offrire.

L'obiettivo non è quello di far cambiare idea all'utente ma di accompagnarlo nella decisione. Solitamente però quando entro in contatto con le utenti è perché queste non sono certe di interrompere la gravidanza, anzi cercano un appoggio per poterla portare avanti. In questi casi è già avvenuto un primo colloquio con la psicologa in cui si è espressa la volontà di portare avanti la gravidanza nonostante le difficoltà.

La figura dell'assistente sociale inoltre viene coinvolta nel caso di richiesta di interruzione di gravidanza da parte di una minorenni; in questi casi assieme alla psicologa si ascolta la ragazza per stilare poi una relazione che dovrà essere inviata al giudice tutelare che poi deciderà.

2) Quindi qual è il suo ruolo nel caso in cui una donna in difficoltà scelga di portare avanti la gravidanza?

In questi casi, si cerca di comprendere la storia personale dell'utente e di comprendere da dove partono le difficoltà incontrate. Si analizza quindi la condizione familiare e relazione, lo status sociale della donna incinta e si cerca di comprendere quanto è presente una rete familiare.

Nella maggior parte dei casi queste donne sono sole, abbandonate dal compagno in una fase della vita molto delicata. Tendenzialmente però la rete familiare è sempre abbastanza presente infatti vengono spesso accompagnate al colloquio dalla madre o dalla sorella e vengono riaccolte a casa dopo la fine della relazione con il partner. Questo dimostra che nonostante la povertà e le situazioni precarie, queste famiglie per quanto povere sono presenti al momento del bisogno.

Ai colloqui sono sempre molto agitate e pongono domande sconnesse tra loro. Nella mia esperienza ho incontrato principalmente donne mature che anche se sole non volevano ricorrere all'aborto bensì volevano portare a termine quella gravidanza perché veniva vista come un'ultima possibilità per diventare madre.

Tutte le donne che ho incontrato non avevano un'occupazione stabile, svolgevano qualche lavoretto in nero come le pulizie oppure facevano le sarte, proprio per questo non potevano contare sui diritti che vengono garantiti a tutte le madri lavoratrici.

In seguito si illustrano tutti gli aiuti presenti nel territorio, si spiega il funzionamento e si inizia un progetto personale di sostegno che può prevedere incontri periodici con l'utente.

questi percorsi però non vengono gestiti direttamente dal consultorio, solitamente il ruolo principale infatti è svolto dai Centri di Aiuto alla Vita che eroga un sussidio mensile durante la gravidanza ed aiuta poi materialmente le madri dopo la nascita del bambino.

Il mio lavoro quindi si svolge soprattutto con donne che non vogliono rinunciare al proprio bambino poiché nel caso contrario il processo viene gestito direttamente dal ginecologo assieme all'ostetrica.

INTERVISTA DOTT.SSA TIOZZO – PSICOLOGA

1) Come entra in contatto solitamente con le utenti e come funziona il primo colloquio?

Talvolta intercetto direttamente la telefonata o le incontro dentro il consultorio, in altri casi la richiesta viene fatta ad un altro professionista che poi indirizza da me l'utente.

Quasi tutte le donne però accettano il colloquio anche se sono abbastanza certe della propria decisione di interrompere la gravidanza. In qualsiasi caso si cerca di mettere a proprio agio l'utente e di far raccontare la propria storia personale per capire a fondo quali sono le vere motivazioni che portano ad interrompere la gravidanza.

Nel caso in cui venga manifestata un'indecisione allora si può decidere di fissare altri colloqui ravvicinati per sostenere l'utente nella decisione finale. Io lascio agli utenti i miei contatti per dar loro la possibilità di contattarmi anche dopo il primo colloquio ma soprattutto nel post-intervento nel caso in cui decidano di continuare con la pratica.

Nella parte finale del colloquio, nel caso in cui la donna sia certa della propria decisione di procedere con l'interruzione di gravidanza, si illustrano le modalità con cui avviene il raschiamento. Questa è una delle parti più difficili in cui si vedono spesso occhi lucidi ma anche lacrime perché ci si rende conto della scelta che si sta per compiere. Il momento del pianto va rispettato, in questi casi bisogna ascoltare l'utente dandogli tutto lo spazio di cui ha bisogno.

2) Come cambiano i colloqui dopo il 90 giorno di gravidanza?

Sinceramente non me ne sono mai capitati perché sono solo tre anni che lavoro in questo consultorio e veramente questi casi sono solo una minima parte del totale.

3) Il fallimento dei metodi contraccettivi è uno dei principali motivi per cui si ricorre all'IVG?

Ogni gravidanza indesiderata non è programmata quindi ovviamente o non si è utilizzato alcun metodo contraccettivo o qualcosa è andato storto. É anche vero che dipende da come i metodi contraccettivi più sicuri vengono utilizzati. I metodi naturali invece non possono essere considerati sicuri soprattutto se usati in giovane età quando i cicli sono irregolari e non si ha una percezione corretta del funzionamento del proprio corpo.

4) Secondo il suo punto di vista quindi quali sono le principali motivazioni per cui una donna sceglie di abortire?

La mancanza di un compagno è una delle prime motivazioni presentate: le donne parlano di relazioni affettive non stabili e quindi raccontano di trovarsi da sole a dover gestire un bambino e di non sentirsi in grado di farlo. La famiglia è ancora un'istituzione importante e quindi la mancanza del padre è fondamentale nella scelta di interrompere la gravidanza. Ragazze molto giovani spesso vengono abbandonate dal proprio ragazzo, ma anche donne mature spesso si recano ai servizi in difficoltà proprio perché il partner ha imposto di scegliere o lui o il bambino in arrivo.

Nonostante l'appoggio fornito dalle istituzioni o dalla propria famiglia, la mancanza di un uomo al proprio fianco demoralizza la donna che non riesce a progettare una vita futura con il proprio bambino.

In parecchi casi si parla anche di problematiche economiche o legate ad un lavoro precario che possono però essere risolte con il sostegno dei CAV o di altre istituzioni.

In alcuni casi inoltre anche la giovane età della ragazza porta ad interrompere la gravidanza; in queste situazioni si dovrebbero contattare i genitori per avere l'autorizzazione a procedere con l'intervento.

Può essere però che la ragazza scelga di non coinvolgerli in questo processo e quindi in questo caso bisognerà svolgere un lavoro più ampio contattando il Tribunale dei Minori e coinvolgendo un giudice tutelare. Il giudice tutelare dopo aver incontrato l'assistente sociale e la psicologa, e dopo aver sentito la ragazza avrà la decisione ultima in questione.

Le ragazze molto giovani, solitamente arrivano con qualche amica oppure con il ragazzo ma anche se arrivano con i genitori sono molto vulnerabili: per questo bisogna cercare di comprendere se l'azione che stanno per compiere è volontaria o se sono portate a farlo magari perché pressate da altre persone soprattutto più grandi e responsabili della sua crescita.

6.2) Interviste alle utenti del CAV di Chioggia

INTERVISTA A D.

1) Quanti anni hai?

Ho 23 anni, ne faccio 24 a febbraio.

2) È il tuo primo figlio?

Si Emma è la mia prima figlia.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Ho scoperto di essere incinta il 31 ottobre il giorno di Halloween! Ero in vacanza a Parma da mia suocera. Mi è venuto il dubbio di essere in ritardo perché non mi segno mai nel calendario quando mi viene però mi sembrava che fosse da un bel po' che non mi veniva e non prendevo la pillola. Allora ho chiesto al mio ragazzo di andare a comprare un test quelli in provetta. Al tempo però non avevo nessun sintomo ero solo un po' stitica ma sono stitica di mio quindi non ci ho fatto tanto caso, tra l'altro la sera prima mi ero fatta anche un clistere.

Sinceramente non me l'aspettavo perché eravamo sempre stati attenti anche se non prendevo la pillola, avrei immaginato tutto ma non di essere incinta perché pensavo a divertirmi e non certo che sarei diventata mamma.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Ero in bagno da sola ed ho urlato il nome del mio ragazzo, e lui è venuto là e gli ho mostrato il test. Il mio ragazzo si è seduto nella sedia e non ci credeva ed io ho iniziato a piangere. La cosa che mi faceva più paura di tutte era dirlo ai miei genitori, soprattutto a mio papà.

Mi ricordo che ho chiamato subito mia sorella più grande e le ho detto che doveva aiutarmi: le ho detto che ero incinta e non sapevo

come dirlo ai nostri genitori. Le ho raccomandato di non dire niente ma dopo dieci minuti mia mamma mi ha chiamato per dirmi cos'avevo perché mia sorella le aveva detto che avevo qualcosa. Allora cosa potevo fare glielo ho detto per telefono e lei ha chiuso la telefonata e non si è fatta più sentire; siamo rimasti a Parma un'altra settimana e in quei giorni ogni tanto mia mamma mi chiamava ma solo per rimproverarmi e sapere come stavo.

Dopo sono tornata a casa, mi ricordo che sono entrata ho salutato e non ho detto niente per due giorni ed i miei genitori hanno fatto finta di niente. Dopo due giorni ho detto che ero incinta e mio papà mi ha riempita di parole soprattutto perché non erano stati loro i primi a saperlo.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Allora io ho detto ai miei genitori che volevo tenere il bambino quasi da subito anche se il mio ragazzo inizialmente voleva che abortissi subito. Io non volevo perché anche secondo me anche se non lo vedi è come se uccidessi un bambino quindi ho detto al mio ragazzo che ci dovevamo assumere le nostre responsabilità e fare vedere alla gente che siamo maturi.

All'inizio lui comunque non era favorevole ma io ho deciso lo stesso di andare dal medico di base e cominciare a fare tutti gli esami. Una mattina ero alla Data medica che stavo aspettando il mio turno per farmi gli esami del sangue e mia mamma ha trovato il foglietto quello dell'SOS Vita. L'abbiamo letto e mia mamma mi ha chiesto se volevo andare e così abbiamo deciso di telefonare al numero verde. Ho telefonato ed ho detto la mia situazione che ero incinta e che ero in difficoltà soprattutto per i soldi perché ero giovane e non avevo lavoro. Ho detto che io volevo tenere il bambino ma il mio ragazzo non era molto favorevole e soprattutto i soldi per far crescere il bambino mi preoccupavano. Mi hanno fissato subito un primo appuntamento al distretto e poi da la ho avuto i contatti con

G. ed è iniziato il percorso: ogni mese per i nove mesi della gravidanza mi hanno aiutato ed io ho messo via quei soldi per la bambina ed ho preso quello che mi faceva bisogno.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

Quando sono andata al Centro ero in sette settimane, avevo appena fatto i primi esami. Ero in una situazione un po' strana perché il mio ragazzo era ancora molto contrario a tenere la bambina soprattutto per il fatto che siamo giovani e non abbiamo un lavoro fisso. A me però questa cosa faceva stare male perché non volevo buttare via mia figlia ed era brutto non averlo dalla mia parte. All'inizio per questa situazione ero un po' indecisa anche io se tenere la bambina ma per fortuna ho avuto il sostegno dei miei genitori che non si sono mai irati indietro. Dopo il primo incontro al Centro dove ho conosciuto G. mi hanno parlato del progetto per i nove mesi di gravidanza e allora anche grazie a quel sostegno ho avuto la certezza che sarei diventata mamma.

7) Quali sono state le tue paure?

Io non ho paure per me, voglio il meglio per la mia bambina! A volte tutte le mamma giovani dicono che hanno paura che il ragazzo le abbandona ma io non ho paura di rimanere da sola. Anzi se succedesse vorrei dimostrare alla gente che comunque sono in grado di farcela per mia figlia per fare in modo che non le manchi nulla. Quando lei avrà l'età per andare all'asilo vorrei trovarmi un lavoretto per essere più indipendente ma nel frattempo devo finire le scuole perché mi sono fermata alla seconda superiore. So però che comunque i miei genitori ci saranno sempre. È anche grazie a loro che sono mamma, abito con loro e mio fratello più piccolo e se loro non ci fossero stati non so come avrei fatto perché come ti

dico il mio ragazzo non ha per ora un lavoro fisso e quindi non abbiamo la possibilità di avere una casa in affitto.

Devo dire che con il mio ragazzo sono un po' in crisi perché per molte cose mi fa innervosire perché abbiamo punti di vista diversi quindi non so come andrà in futuro. Adesso per esempio prima che nascesse la piccola lui andava a pescare anche di notte e si sa che è un lavoro pesante ma poi è stato lasciato a casa perché non era mai disponibile, non vedeva l'ora di scappare via dal lavoro ed un dipendente non può essere così. Adesso avrebbe trovato un lavoro da muratore anche con la possibilità di un contratto ma vediamo come andrà perché ho capito che non ha tanta voglia di impegnarsi. E cosa posso fare? Ti sembra che posso fare affidamento su di lui? Per ora devo solo ringraziare la mia famiglia e le persone che ho conosciuto con il progetto che mi hanno sempre sostenuto.

INTERVISTA A D.

1) Quanti anni hai?

Ho 17 anni e devo andare in quarta superiore.

2) È il tuo primo figlio?

Sì, sì! Sono giovane è il mio primo figlio!

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Sono venuta a sapere che ero incinta solo dopo parecchie settimane di ritardo: io non volevo farmi il test perché alla fine ho pensato che ero piccola avevo 16 anni ed avevo anche il ciclo irregolare. Non avrei mai pensato che sarei diventata mamma.

Il mio ragazzo che è più grande di me però era preoccupato e mi continuava a chiedere a quanti giorni di ritardo ero anche se io facevo finta di ignorarlo.

Alla fine un giorno mi si è presentato a casa con un test di gravidanza e mi ha obbligato a farlo: ovviamente è risultato subito positivo.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Guarda io non volevo leggere il risultato avevo le mani che mi tremavano ma cercavo di sdrammatizzare. Alla fine quando ho visto le due linee è stato un colpo al cuore e sono tornata in camera mia dove lui mi stava aspettando.

Quando mi ha visto ha capito subito perché la mia faccia era chiara ma nonostante ciò non ci volevamo credere tutti e due, eravamo seduti e bloccati sul letto. Ricordo che ho pianto tantissimo perché pensavo che avevo una vita davanti, dovevo finire le scuole superiori e trovare un lavoro o magari andare all'università e invece adesso non avrei più potuto fare niente avrei dovuto fare la vita da adulta, la vita da mamma con tutte le responsabilità.

Non ho dormito per notti, piangevo sempre ma alla fine io ed il mio ragazzo abbiamo deciso che non potevamo buttare via una vita perché la responsabilità era nostra.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Eh tramite passaparola perché anche altre mie conoscenti si erano rivolte a Gino e mi hanno passato il numero dove l'ho trovato.

Io ed il mio ragazzo avevamo tanta paura perché anche lui è giovane comunque ma Gino ci ha spiegato molte cose e ci ha tranquillizzato.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

Io in cuor mio sapevo che volevo tenere il bambino, ma mi sono recata al centro soprattutto dopo che erano nati i problemi con la mia famiglia.

Dopo essermi fatta la prima ecografia abbiamo deciso di dirlo ai miei genitori che anche se all'inizio sono stati calmi poi mi hanno detto che gli stavo rovinando la vita e che loro non mi avrebbero aiutato.

Ero demoralizzata ed ho deciso quindi di chiamare il numero che mi avevano dato le altre ragazze. Ho avuto molto presto l'appuntamento e ho raccontato tutta la mia situazione a Gino, gli ho spiegato che io volevo tenere quel bambino ma erano i miei genitori a non volere e siccome ero minorenni la situazione era difficile.

Anche lui era preoccupato e mi ha spiegato che se loro erano contrari fino alla fine bisognava addirittura ricorrere al giudice tutelare perché sentisse le mie ragioni e decidesse lui infine.

Con il tempo però le cose si sono sistemate, anche i miei genitori hanno incontrato Gino e dopo tante lotte siamo arrivati a questo punto! Proprio per questo motivo vorrei dire a tutte le ragazze giovani incinte che hanno paura dei loro genitori che all'inizio la

prenderanno male, ma col tempo ogni cosa andrà per il verso giusto.

7) Quali sono state le tue paure?

La mia principale paura erano i miei genitori perché sapevo che non l'avrebbero presa bene! Sapevo che non era il momento di fare un figlio ma al tempo stesso io ed il mio fidanzato non volevamo uccidere il nostro bambino.

Le paure sono molte perché alla fine devo finire le scuole superiori, se non faccio l'università trovare un lavoro perché non posso di certo stare tutta la vita a casa dei miei genitori.

Vedremo come andrà il futuro anche con il mio ragazzo, siamo ancora molto giovani ma siamo uniti e vogliamo tutti e due il meglio per il nostro bambino.

INTERVISTA AD H.

1) Quanti anni hai?

Ho 25 anni compiuti da poco.

2) È il tuo primo figlio?

Si Marta è la mia prima bambina.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Ho scoperto di essere incinta quasi per caso prima dello svolgimento di un semplice intervento chirurgico. Dopo aver fatto gli esami i medici mi hanno detto che secondo i valori ero incinta.

Io non potevo immaginarlo perché avevamo avuto solo qualche rapporto non protetto però in realtà avevo qualche giorno di ritardo ma non avevo un ciclo proprio regolare.

Sono stati i medici quindi a dirmi che ero incinta, non avevo alcun sintomo e non avevo nemmeno pensato di farmi un test di gravidanza.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

All'inizio non sapevo cosa pensare pensavo fosse un errore degli esami, poi però mi hanno fatto anche l'ecografia per la conferma ed era vero. Quando ho capito cosa stava succedendo ero contenta non avevo capito cosa voleva dire, ma poi ho pensato a tutta la mia situazione ed ho cambiato umore.

Comunque i dottori mi hanno detto che se facevo l'intervento al 99% perdevo il bambino, ma cosa potevo fare? Dovevo farlo quell'intervento e così l'ho fatto ma è successo un miracolo! La mia bambina dopo l'intervento era ancora viva anche se sono dovuta stare un bel po' sotto osservazione Marta ce l'aveva fatta.

Però la situazione brutta arriva dopo, vengo dimessa ne parliamo con il mio fidanzato ed anche se eravamo un po' confusi e spaventati non volevamo buttarla via.

Succede però che quando lo dico al mio datore di lavoro mi licenzia e non mi vuole prolungare il contratto perché poi mi dovrebbe pagare la maternità e tutti i diritti per il bambino! Allora mi è caduto il mondo addosso perché ero persa con un bambino in arrivo e senza lavoro ed il mio fidanzato non guadagnava tanto.

Alla fine anche il mio fidanzato stava cambiando idea, mi dice che i suoi genitori non possono aiutarci e che quindi sarebbe difficile crescere un bambino in queste condizioni! Anche lui mi stava voltando le spalle.

Ero rassegnata, da sola non potevo farcela e quindi sono andata dal ginecologo e gli ho spiegato la situazione, gli ho detto che non potevo più tenere il mio bambino.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Come ti ho detto, sono andata dal mio ginecologo per dirgli che non potevo più portare avanti la gravidanza perché ero sola senza un lavoro e senza una casa mia.

Allora è stato lì che lui ha cominciato a spiegarmi che ci sono aiuti per noi mamme in difficoltà, aiuti sia economici che di materiale come pannolini omogeneizzati e latte una volta nati i bambini. Così ho ricominciato ad avere una piccola speranza, ho parlato subito con il mio ragazzo ed abbiamo deciso di chiamare il numero che mi aveva dato il mio ginecologo.

Siamo andati assieme al colloquio con il signor Gino, una persona fantastica che ci ha rassicurato e da quel momento abbiamo iniziato il nostro progetto che continua ancora adesso.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

Quando sono andata al Centro non ero assolutamente sicura, anzi ero più portata all'aborto perché ero appena rimasta senza lavoro e quindi avevo problemi soprattutto di tipo economico.

Io ed il mio ragazzo ci sentivamo abbandonati anche dai suoi genitori perché all'inizio non ne volevano sapere e quindi come potevamo noi così giovani fare tutto da soli?

Poi il signor Gino mi ha spiegato il tipo di sostegno durante e dopo la gravidanza e grazie a questo aiuto abbiamo avuto una marcia in più per tenere la mia bambina.

Con il tempo anche i genitori del mio ragazzo hanno capito che il dono della vita è importante e quindi hanno deciso di sostenerci ed accoglierci nella loro casa assieme alla loro nipote.

Mi sono sentita in colpa, stavo per buttare via la mia bambina ma poi sono arrivate persone fantastiche nella mia vita e mi hanno fatto capire che potevo farcela con il loro aiuto.

7) Quali sono state le tue paure?

Le paure ovvio sono tante, perché comunque non ho una situazione stabile. Adesso sono a casa del mio ragazzo con i suoi genitori ma non potremmo stare sempre lì con loro.

Quindi il primo pensiero è trovare un lavoro per me e che il mio ragazzo continui a lavorare per fare in modo che abbiamo dei soldi da mettere da parte e prendere una casetta in affitto o magari un po' alla volta cominciare con il mutuo per dare una sicurezza a mia figlia.

Marta entrerà sicuramente all'asilo nido e so che i sacrifici che dovrò fare saranno tanti ma la cosa più importante è che lei cresca sana e felice anche se noi genitori dovremo rinunciare a molto.

Vorrei che la mia bambina fosse come tutti gli altri bambini e che non fosse esclusa, vorrei che visse un'infanzia felice come tutti gli altri bambini e che fosse orgogliosa dei suoi genitori.

INTERVISTA A L.

1) Quanti anni hai?

Ho 39 anni, ma quando nascerà la mia bambina a settembre ne avrò 40!

2) È il tuo primo figlio?

Sì, è il mio primo figlio. Anzi figlia, si chiamerà Anna.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Ho scoperto di essere incinta a sei settimane. Inizialmente avevo tre giorni di ritardo ma non ci ho dato molto peso; la mia migliore amica era in ospedale ed io ero molto stressata perché avevo appena perso il lavoro. Lavoravo come cameriera ai piani a Venezia e solo qualche mese prima mi era stato detto che il contratto sarebbe diventato a tempo indeterminato. Poi invece hanno deciso di assumere nuove cameriere filippine ed io assieme ad altre, siamo state licenziate. Con il mio compagno, avevamo deciso di provare ad avere un figlio, ma vista questa situazione abbiamo scelto di rimandare almeno fino a che non avessi trovato un nuovo lavoro. I rapporti erano quindi rapporti protetti, ma il Signore ha voluto che io rimanessi incinta lo stesso. Ecco dicevo che dopo questi giorni di ritardo ho deciso di fare un test di gravidanza ma è stato negativo, così rassegnata non ci ho pensato per un po'. Il ciclo però non arrivava e così mi sono rivolta al medico di famiglia ed abbiamo eseguito gli esami del sangue da dove ho capito di essere incinta di sei settimane.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Quando ho fatto il test a casa ero da sola e quando è uscito il risultato negativo ho cominciato a piangere perché anche se non stavamo provando ad avere un figlio dentro me ci speravo davvero, me lo sentivo in un certo senso. Quando poi ho visto il risultato

degli esami del sangue invece non so dirti come mi sentivo, forse paralizzata. Lo ho detto subito al mio compagno con cui stavo da sei anni, ma lui non riusciva a capire come poteva essere successo. Non ha avuto una bella reazione e quando gli ho dato la notizia mi ha detto che piuttosto che diventare padre avrebbe preferito schiantarsi contro un palo. Ti lascio immaginare come mi sono sentita in quel momento. Abbiamo parlato tanto del fatto che qualche mese prima avevamo deciso di provare ad avere un figlio, ma lui non ha voluto sentire e tutt'ora non vuole sapere nulla della sua bambina. È stato molto difficile all'inizio perché a causa del forte stress ho avuto una minaccia d'aborto con forti contrazioni ed ho dovuto stare ferma per ben due mesi per salvare la mia bambina, ma era questo il mio obiettivo. Ora il padre di mia figlia non la riconoscerà, infatti sto preparando il corredo per l'ospedale e come vedi la bambina avrà il mio cognome e sono orgogliosa di questo. Con lui mi sento ancora, ogni tanto parliamo, lui mi ha detto apertamente che non se la sente di fare il padre ma che potrebbe comunque vedere la bambina. Io non me la sento, un padre non potrà mai essere uno zio, ed io non potrei fare finta di niente. Lui lo sa, o deciderà di esserci per sua figlia oppure non di dovrà essere. Ho imparato a mie spese quanto sia difficile la vita, tredici anni fa mi dovevo sposare ma il mio fidanzato si è suicidato ad una settimana dal matrimonio. Io non ho mai mollato nonostante tutto ed oggi sono qui e a settembre avrò la mia bambina tra le braccia.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Stato facendo degli esami del sangue al secondo mesi di gravidanza ed ho visto il cartello dentro il centro prelievi. Nel cartello c'era scritto SOS vita con il numero verde così ho deciso di chiamare per vedere di cosa si trattava. Mi ha risposto una signora che mi ha dato subito il numero del responsabile e così sono venuta a sua

conoscenza. Abbiamo fissato un colloquio in cui gli ho raccontato tutta la storia che ho raccontato a te e a partire dal quel momento mi ha parlato della possibilità di avere un aiuto economico grazie al progetto "Io nasko" dedicato proprio alle mamme che decidono di portare avanti la gravidanza nonostante le molte difficoltà soprattutto di carattere economico. Con il progetto posso avere un aiuto economico per cinque mesi e forse anche per qualche mese in più. Questi soldi mi aiutano a sostenere le spese per l'affitto e saranno molto utili per quando sarà nata a mia bambina. Questi progetti sono molto importanti per noi mamme sole, ma anche per quelle famiglie in difficoltà che non vogliono rinunciare al loro bambino. Importante inoltre anche la parte del progetto successiva alla nascita del bambino; il Centro Aiuto per la Vita continua infatti ad aiutare le mamme sostenendole con beni di prima necessità per il bambino come pannolini ed omogeneizzati che vengono consegnati una volta alla settimana in un incontro con le mamme. Inoltre vengono messi a disposizione lettini, carrozzine, seggioloni e tutto quello che può essere necessario per la cura del bambino; le mamme che non hanno la possibilità di acquistarli possono quindi avere quello che serve per il neonato.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

No. Dubbi no, non ne ho mai avuti fin dal primo momento. Io adoro i bambini ho lavorato per tanti anni come baby sitter, poi sono stata in Nepal a fare volontariato proprio per i bambini bisognosi ed abbiamo costruito due asili. È da quando ho 20 anni che mi sento pronta a diventare mamma ed ora che sta succedendo non potevo buttare via la mia bambina perché è da molto che desidero essere mamma. Anche quando ho saputo di essere da sola mi sono tirata su le maniche e non ho mollato. Ammetto che i primi periodi sono stati difficili, ma come ti ho detto desideravo questa bambina e non ho

mai avuto nessun dubbio. La mia famiglia inizialmente era un po' spaventata ma poi mi hanno dato il loro appoggio fin da subito e quindi non mi sono mai sentita abbandonata. Ho una famiglia fantastica. Quando poi sono venuta a conoscenza del progetto non ho avuto più alcun tipo di dubbio perché ho trovato persone fantastiche pronte a sostenerti nel momento del bisogno.

7) Quali sono state le tue paure?

Le mie paure? Guarda non ho avuto particolari paure. La solitudine non mi fa paura dopo tutto quello che ho passato nella mia vita come ti ho raccontato. Forse l'unica paura è quella relativa al lato economico. Adesso sono disoccupata ed ho ancora l'assegno di disoccupazione e l'aiuto che mi da il progetto ma queste cose finiranno presto. Ho l'aiuto dei miei genitori per fortuna ma so già che quando nascerà la bambina dovrò darmi da fare e trovare un lavoro subito anche se mi dispiace doverla lasciare ai miei genitori quando sarà ancora molto piccola ma è l'unica soluzione. Sarebbe bello se ci fossero più progetti per noi mamme che abbiamo bisogno ma sicuramente quando Anna sarà nata potrò beneficiare di qualche aiuto economico. Nel frattempo mi arrangio come posso, non ho più la macchina perché è rotta ma non ho i soldi per ripararla, ma una cosa per volta sistemerò tutto perché in fondo la cosa più importante è la felicità della mia bambina.

INTERVISTA A R.

1) Quanti anni hai?

Ho 24 anni.

2) È il tuo primo figlio?

Si è il mio primo figlio ed ha quasi due anni e mezzo.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Quel mese ero in ritardo, non posso prendere la pillola perché ho molti problemi di effetti collaterali. Anche se ero in ritardo non ci ho dato peso perché soprattutto d'estate mi capita di essere in ritardo a causa del caldo e poi non avevo nessun sintomo.

Comunque il mio ragazzo insisteva perché facessi un test ed era positivo! Non ci volevo credere quindi ne ho comprato un altro ed ovviamente era positivo. Quindi siamo andati al pronto soccorso, ho spiegato ai dottori il problema e mi hanno detto che ero incinta di un mese e mezzo. Io all'epoca non mi sentivo assolutamente pronta per essere mamma però tutti attorno a me erano felici e quindi non ho avuto il coraggio di dire alla gente come mi sentivo.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Inizialmente ero molto spaventata, può sembrare una stupidaggine ma avevo perso 15 chili con una dieta ed il cambiamento del mio corpo mi faceva stare tanto male. Tante cose mi facevano paura, anche il fatto di dover diventare adulta e non potere più fare la vita di una giovane, avevo paura di perdere le mie amiche e non avere più la mia libertà.

Se oggi penso che ho avuto questi dubbi però mi sento quasi in colpa perché guardo il mio bambino ed è la cosa più bella che potessi fare nella mia vita.

Nonostante tutto però non ha mai avuto il dubbio di abortire, l'unica cosa che mi spaventava erano i soldi perché avevo paura di non farcela.

Io sono contro all'aborto perché anche se ero in un mese mezzo per me il mio bambino era già una persona e non lo avrei mai voluto uccidere.

Anche il mio ragazzo mi è sempre stato vicino anzi è stato proprio lui a farmi coraggio nei momenti più difficili e a dirmi che quando sarebbe arrivato il bambino saremmo stati felici.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Ho conosciuto il Centro in ospedale perché parlando con il ginecologo delle mie paure gli ho spiegato le difficoltà economiche che avevamo. Mi ha detto che potevo trovare un aiuto perché l'attività era proprio dedicata alle mamme in difficoltà che volevano tenere il bambino.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

No. Noi volevamo tenerlo il bambino anche se come ti ho spiegato i primi periodi sono stati molto difficili per me perché sono proprio entrata in crisi.

Però non sono mai arrivata al punto di pensare che non volevo il mio bambino, ero solo molto molto spaventata soprattutto per le responsabilità che avrei avuto.

Quando poi sono venuta a conoscenza del progetto sono stata molto più tranquilla perché come ti dicevo la mia prima paura era per il lato economico ed un sostegno per i primi periodi più difficili è stato molto importante.

7) Quali sono state le tue paure?

Le principali paure riguardano il futuro di mio figlio! Nonostante tutta la buona volontà ho paura di non potere dare tutto a mio figlio. Io voglio che sia orgoglioso dei suoi genitori, voglio che possa studiare ed andare avanti se vuole perché voglio potergli garantire un buon futuro.

Per questo spero di trovare un buon lavoro oltre la stagione estiva e spero che il mio ragazzo continui ad avere un buon stipendio. Così potremo prenderci una casa in affitto ed il mio bambino potrà crescere con la mamma ed il papà senza dover piangere alla sera quando il papà va via.

Come ti ho detto i primi periodi sono stati difficili ma ora mi sento cresciuta e mi sento in grado di essere una buona mamma. Appena nato avevo paura di toccarlo, mi ricordo che in ospedale mentre lo allattavo gli è venuto il singhiozzo ed io ho cominciato a piangere perché non sapevo come fare, ma dopo si impara in fretta.

Fare la mamma è il lavoro più bello che una donna può fare e se ora penso anche solo minimamente che avevo paura di non essere in grado di farlo mi viene da sorridere.

Sono molto orgogliosa di quello che ho creato e sono orgogliosa della mia famiglia nonostante tutte le difficoltà, sono orgogliosa anche del mio ragazzo perché non mi ha mai lasciata sola. Alle prime ecografie lui c'era, quando è nato lui c'era, quando stava mal lui c'era sono proprio felice e penso che riusciremo ad essere dei buoni genitori.

INTERVISTA A S.

1) Quanti anni hai?

Ho 21 anni

2) È il tuo primo figlio?

No, ho già un altro bambino di due anni; questo invece nascerà a fine luglio.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Io ho sempre avuto il ciclo molto regolare, anzi mi veniva anche prima dei 28 giorni e quel mese ero in ritardo. Avevo dovuto sospendere la pillola perché mi dava dei problemi seri e quindi non prendevo nulla. Visto che ero in ritardo quindi ho comprato il test delle urine e appena lo ho fatto ho scoperto subito di essere incinta perché sono uscite subito le due linee ancora prima che fossi in ritardo vero e proprio.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Reazione? Ho fatto tutto un pianto, piangevo sempre non ci volevo credere. Sapevo che avevo avuto dei rapporti non protetti perché non potevo più prendere la pillola ma non pensavo di essere rimasta ancora incinta anche perché il mio ragazzo è sicuro che è stato attento. Quel giorno ero da sola e appena ho visto il risultato ho chiamato subito il mio ragazzo che era al lavoro. Quando ci siamo visti lui mi ha detto subito che non dovevo buttarlo via ma eravamo spaventati perché era difficile, avevamo già un bambino piccolo ma lui era contrario a buttarlo via. Io però non ero molto convinta e dopo il primo mese lui ha avuto una brutta reazione, ha detto che non lo voleva più e non era più sicuro. Ma non ragionava con la sua testa, gli avevano inculcato in testa queste idee. Sono diventati tristissima ed abbiamo litigato un sacco e lo ho buttato fuori di casa; ormai avevo deciso che volevo tenere il mio bambino

e non volevo abortire. Per fortuna le cose si sono sistemate, quando ero in quattro mesi si è reso conto che non potevamo buttare via nostro figlio e così ci siamo rimessi assieme ed è tornato ad abitare qui.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Mia cugina M. mi ha fatto conoscere il centro. Lei era già stata aiutata con la sua gravidanza e mi ha dato il numero e mi ha detto di chiamare. Conosco Gino da ormai due anni, è dalla prima gravidanza che vengo aiutata. Ho avuto un aiuto economico per la prima gravidanza durante i nove mesi ed ora con questa gravidanza lo ho per cinque mesi, infatti il prossimo mese sarà l'ultimo. Siamo sempre di più ed i fondi sono pochi quindi non possono più darci un aiuto per nove mesi ma solo per cinque. Comunque mi hanno aiutato tanto perché alla fine anche con il primo figlio quando non avevo più l'assistente economica mi aiutavano con pannolini, latte ed omogeneizzati. È importante questo aiuto per le mamme che hanno bisogno perché a volte quando si è da sole si prendono decisioni che magari non prenderesti e poi ti penti per il resto della vita.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

No, no... Non sapevo, avevo tanti dubbi, ti ho detto non sapevo se tenere questo bambino perché alla fine io non lavoravo più ed il mio ragazzo lavora saltuariamente. Per fortuna adesso sta lavorando ma solo per altri quattro mesi poi chi lo sa! Fa il ferraiolo e lavora quando c'è bisogno, adesso c'è questo lavoro per un bel po' di mesi ma quando finisce chi lo sa. Io ti dico all'inizio ero incerta ma parlando con il mio fidanzato è sempre stato contrario all'aborto, ma le difficoltà erano tante. Quando ho parlato con Gino non sapevo se tenerlo o no, gli ho raccontato tutta la storia gli ho

spiegato le nostre difficoltà economiche e gli ho detto che avevo già un altro bambino piccolo. Fino a quando sono stata in tre mesi non sapevo ma dopo ho saputo anche dell'aiuto economico che mi poteva essere dato e così ho deciso di tenerlo. Non ho mai cominciato le pratiche dell'aborto perché lo so che è una cosa brutta, al quarto mese ero decisa che volevo tenerlo e Gino mi ha dato un aiuto grandissimo.

7) Quali sono state le tue paure?

La principale paura è quella di non riuscire a dare da mangiare ai miei figli, perché i bambini piccoli costano un sacco, ma vedi anche se non abbiamo tanti soldi preferisco che abbiano da mangiare loro ed piuttosto sacrifichiamo noi. Quando è nato D. avevo paura anche di non riuscire ad essere brava a fare la mamma, era così piccolo che avevo paura di romperlo e non mi ha mai aiutato nessuno perché non ho tanto un bel rapporto con mia mamma.

Ho avuto un passato difficile, quando ero piccola sono sempre stata sotto servizi sociali e mi volevano portare via da mia mamma ma poi lei è sempre riuscita a tenermi. Ho paura che se mi rivolgo ai servizi mi portino via anche i miei bambini, però alla fine vedi non gli diamo botte, sono felici anzi anche viziati ma sai i servizi guardano tante cose e quindi ho paura che se faccio qualche domanda per ricevere aiuto mi portano via miei figli.

Mi sono conosciuta con il mio fidanzato tre anni fa circa, lui è curdo ma è qui da più di sette anni. All'inizio avevamo una nostra casa in affitto però l'avevamo, poi con il tempo mio papà mi ha chiesto di andare ad abitare da lui ed io da stupida ho accettato. Da lì è cambiato tutto, ormai avevamo perso la nostra casa e con mio papà non andavamo d'accordo. Lui non ha fatto nulla per aiutarci, anzi quando ha visto come andavano le cose con noi in casa mi ha dato due mesi di tempo per andare via e dopo mi buttava fuori. Abbiamo cercato case in affitto in tutta Chioggia ad un prezzo decente ma

non trovi niente sotto i 500 euro! E come facciamo adesso che il mio ragazzo prende 800 euro al mese non possiamo spendere più di metà stipendio solo per l'affitto! Dopo come mangiamo? Ho fatto domanda all'ATER, alle case del Comune ma tutti mi dicono che devo aspettare il bando! Ed io nel frattempo dove vado con un bambino piccolo, in strada? Così abbiamo fatto una cosa che so che non è tanto giusta, ma abbiamo buttato giù la porta di questa casa e siamo entrati. Sono sempre case comunali e la signora che abitava è morta e poi non la hanno data più a nessuno, così un po' alla volta abbiamo portato le nostre cose qui. All'inizio è stata dura, ho dormito per terra per tre mesi e sono venuti tante volte a minacciarmi di buttarci fuori anche se sanno che ho un bambino piccolo ed uno in arrivo. Comunque continuiamo a stare qui ma stiamo mettendo via dei soldi che ci avanzano per potere andare via di qua anche se è dura. Un po' alla volta ci siamo comprati nei mercatini dell'usato in internet la camera da letto, questo divano, la cucina e adesso viviamo abbastanza bene. L'importante è che non manchi nulla ai miei figli.

INTERVISTA A S.

1) Quanti anni hai?

Ho 38 anni

2) È il tuo primo figlio?

No! Ho tre figli grandi, il più piccolo ha 14 anni e adesso un mese fa è nato lui! Tutti e quattro maschi.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Guarda non subito, ero quasi in due mesi. Avevo un periodo strano, e non andava neanche tanto bene con mio marito. Io sono sempre stata regolare e quel mese ero in ritardo ma ho pensato che sia stress, agitazione e invece dopo un po' che mancava il ciclo mio marito mi ha detto di farmi una provetta! E così la ho fatta ed è risultata subito positiva. Ma non avevo nessun sintomo, niente nausea, mal di testa. Niente stavo bene e non avrei mai pensato.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Ero spaventata. Ho fatto tutto un pianto! Avevo dovuto smettere la pillola perché avevo fatto due trombosi e quindi la ho dovuta smettere per forza. Ma non mi sarei mai aspettata di rimanere incinta così dopo tanto tempo. All'inizio avevo tanta paura e anche mio marito mi diceva che era impossibile. Però a quanto pare no! Il primo periodo è stato difficilissimo, la prima cosa che ho pensato è stato di abortire perché dopo tutti quegli anni era dura ricominciare. E poi io lavoravo, raccoglievo e lavavo radicchio ma mio marito non lavorava più, sta aspettando che la barca venga aggiustata e quindi non può lavorare. Abbiamo la casa in affitto ed altri tre figli, come potevamo metterne al mondo un altro? Quindi sono andata subito dal ginecologo e convinta gli ho detto "io non me la sento di tenere questo bambino". Lui è stato bravo, ha cercato di consigliarmi ma non mi ha giudicata, così dopo quella

prima visita abbiamo preparato tutti i fogli per la pratica. Lui mi aveva anche consigliato di andare ad abortire a Vicenza, perché non è tanto bello farlo qua dove tutti parlano. Sono andata a casa, sapevo che dovevo fare delle visite, degli esami per abortire. Ma stavo tanto male dentro! Mio marito mi diceva di non buttarlo via ma io avevo tanta paura. Insomma ho pianto tanto fino a che il giorno dopo sono andata dal ginecologo e gli ho detto che avevo cambiato idea! Non potevo buttare via mio figlio, anche se avevamo tante difficoltà abbiamo pensato di sacrificare di più noi per lui e così è stato. Allora è stato proprio il mio ginecologo a parlarmi del Centro Aiuto per la Vita e da lì ho cominciato il percorso.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Sapevo che mia nipote era andata ma al momento non ci ho dato troppo peso ero troppo stressata. Come ti ho detto il primo periodo è stato difficile, sono caduta in depressione non mi riconoscevo più ed avevo proprio scelto di abortire. Quando sono andata dal mio ginecologo a dirgli che avevo cambiato idea però è stato lui stesso a dirmi di chiamare questo Centro. Mi ha detto che potevo avere un aiuto economico durante la gravidanza e anche dopo la nascita del bambino con cose come pannolini, latte e omogeneizzati! Alla fine per le persone in difficoltà vuol dire davvero tanto. Ed è così che sono venuta a conoscere Gino. In questo caso la collaborazione è stata molto importante.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

Avevo già deciso di tenere il bambino perché avevo già parlato per la seconda volta col ginecologo ma Gino mi ha visto che ero incerta. Gli ho raccontato tutta la mia storia e le mie paure e lui mi ha aiutato subito, mi ha parlato del progetto per l'aiuto economico durante la gravidanza. Ogni mese quindi mi hanno dato il sostegno

economico ed anche adesso che è nato mi aiutano ancora con pannolini, latte e quando sarà ora anche con gli omogeneizzati. Quindi da questo momento ho preso un po' di forza perché sapevo che potevo contare su questo aiuto ogni mese. È stato importante per noi mamme così incerte sul nostro futuro e su quello di nostri figli perché non ti senti da sola e trovi tante persone come te che hanno bisogno e vengono aiutate.

7) Quali sono state le tue paure?

In gravidanza ero molto spaventata, i primi due mesi sono stata depressa! Piangevo sempre ed ero nervosissima non sembravo nemmeno io. Non mi riconoscevo. Avevo paura di non farcela ed anche mio marito, il lato economico ci spaventava tanto, ogni giorno avevo un attacco d'ansia. Poi piano le cose sono migliorate, quando abbiamo deciso di tenerlo ho capito che dovevo reagire, per fortuna fino a quattro mesi sono andata a lavorare così mi distraevo ma poi ho dovuto smettere perché è un lavoro pesante e poi faceva molto freddo. Così sono entrata in maternità e per fortuna non siamo rimasti del tutto senza stipendio. La paura più grande anche adesso è legata al lato economico perché non voglio che a mio figlio manchi niente! Alla fine vai in farmacia a prendere delle vitamine che gli servono e spendi 17 euro! Fai presto quando sono così piccoli a spendere soldi è proprio per questo che i progetti sono molto utili per sostenere le mamme e magari farle pensare che l'aborto non è la soluzione migliore perché ti segna per tutta la vita. Sarebbe utile che il sostegno economico ci fosse anche dopo il parto ma siamo sempre di più ed i fondi sono sempre quelli quindi bisogna dividerli tra tutte le mamme. Una volta il progetto durava 18 mesi quindi ti sostenevano anche nei nove mesi dopo la nascita che alla fine sono quelli in cui spendi più soldi per il bambino! Il parto è andato bene, ho recuperato bene e mi sono fatta forza; adesso ho l'assegno per l'ultimo mese ma sono molto positiva e mi sento diversa.

INTERVISTA A V.

1) Quanti anni hai?

Ho 34 anni!

2) È il tuo primo figlio?

No! È il mio terzo figlio ho un maschio grande di 8 anni, una bambina di 3 e adesso un altro maschietto in arrivo.

3) Quando sei venuta a conoscenza della gravidanza?

Dopo aver fatto il test di gravidanza a casa, ma non me lo sarei aspettata. Io e mio marito abbiamo già due figli e quindi non pensavamo al terzo. Comunque dopo un periodo ero anche molto stressata ma ero in ritardo con il ciclo per questo motivo ho deciso di fare un test che è risultato negativo ma il ciclo non arrivava.

Allora sono andata dal mio dottore e dopo un po' di giorni ho fatto gli esami del sangue e da lì ho scoperto con il risultato che ero incinta.

4) Qual è stata la tua prima reazione?

Mi sono agitata tanto perché ho pensato subito. Ho già due figli e adesso come faccio a farne crescere un altro con la situazione che abbiamo qui in famiglia?

Anche mio marito era molto preoccupato anche perché fatalità nel periodo che l'abbiamo scoperto non aveva lavoro.

Abbiamo parlato molto ed abbiamo discusso anche dell'aborto ma nessuno dei due voleva farlo perché i figli sono doni dal cielo e non possono venire uccisi solo per un errore nostro.

Abbiamo deciso quindi di tenere il nostro bambino anche se tuttora che mancano due mesi alla nascita abbiamo delle preoccupazioni, abbiamo una casa molto piccola, mio marito non ha uno stipendio altissimo ma ce la faremo.

5) Come sei venuta a conoscenza del Centro Aiuto per la Vita?

Ho letto il cartello in ospedale più che altro sono stata attirata dal disegno del bambino e mi sono messa a leggere. Ho visto che si parlava di un aiuto rivolto alle mamme che avevano paura e difficoltà ed ho pensato: sono io! Così mi sono scritta nel cellulare il numero ed appena fuori ho chiamato subito, ho parlato con una signora gentilissima che poi mi ha detto che avrei incontrato Gino per parlare del progetto di aiuto economico.

Ero in ospedale a fare un'ecografia di controllo e leggendo quel cartello ho avuto una speranza in più mi sono sentita più serena perché ho capito che non ero sola.

Purtroppo tante mamme non sanno di questi progetti e poi anche noi straniere magari non conosciamo bene la lingua oppure siamo più escluse e quindi non pensiamo a leggere i cartelli oppure pensiamo che non siano per noi. È importante che si faccia sapere alla gente gli aiuti che si possono dare perché magari tante volte ti senti sola ed abbandonata e puoi prendere brutte decisioni proprio per questo.

6) Quando ti sei recata per la prima volta al Centro Aiuto per la Vita avevi dei dubbi sul fatto di portare avanti la gravidanza?

Non erano proprio dubbi io sapevo che volevo tenere il bambino ma non sapevo se con mio marito ce la facevamo perché le spese sono tante. Io ho raccontato tutto a Gino dei miei altri due figli, del lavoro che fa mio marito e tutto quanto.

Gli ho detto che questo figlio non era programmato ma che non volevamo uccidere questo nostro bambino anche se eravamo in difficoltà.

Gli ho solo detto che con l'aiuto economico sarei stata più tranquilla e non finirò mai di ringraziarlo perché è anche grazie a lui che il mio bambino nascerà.

7) Quali sono state le tue paure?

Come dicevo, paure per la crescita dei miei figli. Non ho altre paure ho solo paura di non potere dare ai miei bambini quello che si meritano! Alla fine io mi impegnerò a cercare anche un lavoretto ma con tre bambini piccoli non sarà molto facile ma se posso cerco di aiutare mio marito per la nostra famiglia. Lui è un bravissimo papà e non ha mai fatto mancare niente ai nostri bambini.

RINGRAZIAMENTI

Per la seconda volta nella mia vita sono giunta alla sezione dei ringraziamenti della tesi di laurea: alla fine del corso triennale nel 2011 non avrei immaginato che a distanza di due anni esatti mi sarei trovata ancora di fronte a questo compito.

Proprio come nella tesi triennale ho scelto di svolgere, oltre ad uno studio teorico dell'argomento, anche un lavoro di ricerca: secondo il mio punto di vista infatti, solo comprendendo la dimensione micro dei diversi fenomeni sociali, è possibile poi elaborare un'argomentazione completa ed autentica delle diverse questioni analizzate.

L'interruzione di gravidanza, dopo 35 anni dall'approvazione della legge 194/78 rimane ancora un tema bollente, responsabile di molte controversie e discussioni tra gli esponenti delle diverse correnti.

Indubbiamente per nessuna donna risulta semplice prendere la decisione di interrompere la gravidanza ed è proprio per questo che i diversi professionisti, nello svolgere il loro mandato, non dovrebbero influenzare con i propri giudizi l'utente ma al contrario accompagnarlo nel ragionamento e condurlo infine verso la decisione migliore.

Per arrivare a queste conclusioni, fondamentale è stato il supporto della mia relatrice, la professoressa Anna Rita Colloredo, docente ed assistente sociale, che nei diversi incontri oltre a sostenermi nella stesura di questo mio lavoro, mi ha trasmesso alcuni importanti valori che porterò nel mio bagaglio professionale.

Un sentito ringraziamento va anche ai professionisti intervistati all'interno del Consultorio familiare dell'ULSS 14, grazie ai quali mi è stato possibile analizzare localmente il percorso seguito dalle donne che decidono di interrompere la gravidanza. Ringrazio quindi la Dott.ssa Ciampalini, la Dott.ssa Tiozzo, la Dott.ssa Morini, la Dott.ssa Boscolo ed il Dott. Bonetti.

Non può mancare inoltre un profondo ringraziamento al presidente del Centro di Aiuto alla Vita di Chioggia Gino Ramin, che fin da subito si è

dimostrato molto disponibile a collaborare nella mia ricerca sul campo riguardo l'attività svolta grazie al progetto "lo nasko".

Diversi sono stati gli incontri per la consegna del contributo economico mensile o del materiale per l'infanzia a cui ho partecipato, ed è stato proprio in queste occasioni che ho avuto l'opportunità di conoscere le donne intervistate nel corso della mia ricerca.

Ringrazio quindi proprio loro, le otto protagoniste che ho potuto intervistare in questa mia ricerca: otto donne coraggiosissime che grazie anche al supporto del progetto "lo nasko" hanno scelto di portare avanti la gravidanza dimostrando che ogni vita nascente è un dono che deve essere valorizzato e rispettato.

BIBLIOGRAFIA

1. **G. SCIRE'**, *L'aborto in Italia: storia di una legge*, Bruno Mondadori, Milano, 2008
2. **G. GALEOTTI**, *Storia dell'aborto. I molti protagonisti e interessi di una lunga vicenda*, Il Mulino, Bologna, 2003
3. **RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONCERNENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITA' E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA**, Camera dei Deputati, 2008
4. **L. BOLTANSKI**, *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Feltrinelli, Milano, 2007
5. **C. D'ELIA**, *L'aborto e la responsabilità: le donne, la legge, il contrattacco*, Ediesse, Roma, 2008
6. **P. BENCIOLINI, A. APRILE**, *L'interruzione volontaria di gravidanza: compiti, problemi, responsabilità*, Liviana scolastica, Padova, 1990
7. **G. FATTORINI**, *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194*, Angelo Guerrini e Associati, Milano, 2008
8. **MOVIMENTO PER LA VITA ITALIANO AA. VV.**, *Trent'anni di servizio alla vita nascente*, Edizioni Cantagalli, Siena, 2008

SITOGRAFIA

1. http://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32
2. <http://www.riabilitazionepsichiatrica.com/notizie/2011/03/salute-mentale-della-donna-il-ruolo-dellaborto-sulla-salute-mentale/>
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>
4. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75160/1/WHO_RHR_HRP_12.21_eng.pdf
5. <http://www.who.int/child-adolescent-health>
6. <http://www.sceglitu.it/>
7. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/ivg/convegno-pdf/Spinelli.pdf>
8. <http://it.wikipedia.org/wiki/Prevenzione>
9. http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=15142
10. http://www.asl14chioggia.veneto.it/index.php?option=com_content&view=article&id=287:consultorio-familiaire-scheda-generale&catid=96&Itemid=33
11. <http://www.alpcub.com/storia/Riv%20sessuale3.pdf> – Articolo di Diego Giacchetti : Alle origini della rivoluzione sessuale
12. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1824_allegato.pdf (*Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*)