

# Politiche per un contrasto all'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio



Roma, 9 giugno 2008



**Politiche per un contrasto**  
all'interruzione volontaria di gravidanza  
nelle donne a rischio

Questo convegno è stato realizzato da



In collaborazione con



# Politiche per un contrasto all'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio

Roma, 9 giugno 2008

Biblioteca del Senato "G. Spadolini" – Sala degli Atti parlamentari



**SIGO**  
SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA  
E OSTETRICIA



**osservatorio  
nazionale sulle  
abitudini sessuali  
e le scelte  
consapevoli**



**Politiche per un contrasto  
all'interruzione volontaria di gravidanza  
nelle donne a rischio**

## Programma

9.30

### Apertura dei lavori

modera Mauro Boldrini, giornalista

Giorgio Vittori, Presidente SIGO

Giovanni Monni, Presidente AOGOI

Antonio Chiantera, Segretario generale AOGOI

Emilio Arisi, Coordinatore Osservatorio nazionale sulle  
abitudini sessuali e le scelte consapevoli e consigliere SIGO

10.00

### PRIMA SESSIONE

#### I dati

modera Mauro Boldrini, giornalista

### Interruzione volontaria di gravidanza nelle giovannissime in Italia: dimensioni del fenomeno

Emilio Arisi

Coordinatore Osservatorio nazionale sulle  
abitudini sessuali e le scelte consapevoli e consigliere SIGO

10.25

### SECONDA SESSIONE

#### Le problematiche specifiche nel ricorso all'IVG

modera Mauro Boldrini, giornalista

### Omissioni educative e vulnerabilità emergenti nelle donne italiane

Alessandra Graziottin

Direttore Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, Osp. S. Raffaele  
Resnati, Milano

### Vulnerabilità nelle donne non italiane: G1, G2 e oltre

Abdul Cadir Omar

Coordinatore nazionale delle comunità straniere presenti in Italia

## 10.50 TERZA SESSIONE

### Le soluzioni possibili

modera Francesco Marabotto, giornalista

#### Le opportunità del Medico di Famiglia

Raffaella Michieli

Segretario nazionale Società Italiana di Medicina Generale

#### Le campagne di sensibilizzazione e il ruolo del privato

Gian Carlo Frigerio

Bayer Schering Pharma

#### Superare le fratture comunicative: il ruolo dei mediatori culturali

Ana Bulcu Butea

Mediatore culturale Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP)

#### Contrasto all'IVG nelle donne immigrate: esperienze pilota

Aldo Morrone

Direttore Generale Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP)

Alessandra Sannella

Ricercatrice presso l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) e Docente in Sociologia presso 'Sapienza' Università di Roma

## 11.40 TAVOLA ROTONDA

### Esperienze a confronto

modera Mauro Boldrini, giornalista

#### intervengono:

Mirella Parachini, Ospedale S. Filippo Neri, Roma

Valeria Dubini, Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio, Firenze

Antonio Belpiede, Ospedale civile "Caduti in guerra", Canosa

Giovanna Scassellati Sforzolini, Ospedale S. Camillo, Roma

Mauro Alberto Buscaglia, Ospedale S. Carlo Borromeo, Milano

Bruno Mozzanega, Ricercatore Clinica Ginecologica di Padova

## 12.30 TAVOLA ROTONDA

### Percorsi ad hoc o maggiore integrazione nel sistema?

modera Mauro Boldrini, giornalista

#### intervengono:

On. Paola Binetti

Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Sen. Cesare Corsi

Presidente Commissione Industria, Commercio e Turismo del Senato della Repubblica e Coordinatore dell'Osservatorio Sanità e Salute

On. Eugenia Maria Roccella

Sottosegretario di Stato al Lavoro, Salute e Politiche Sociali

## 13.00 CONCLUSIONI

### Similitudini e differenze nelle vulnerabilità

Giorgio Vittori

Presidente SIGO

# Introduzione

**MAURO BOLDRINI**

Giornalista

Il Convegno di oggi, ospitato in questa prestigiosa sede istituzionale del Senato, sarà indubbiamente intenso e ricco di spunti, poiché tratta di un tema particolarmente rilevante come quello delle “Politiche per un contrasto all’interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio”. Si tratta di una giornata di confronto e approfondimento promossa dall’Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli, dalla SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) e dall’AOGOI (Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani).

Un convegno importante che vedrà due momenti fondamentali: da un lato le testimonianze dei tecnici, che formuleranno proposte e suggerimenti ad un mese esatto dalla nascita del nuovo governo. A seguire la “risposta” dei politici, proprio a partire da questa analisi della situazione. L’obiettivo infatti è individuare strategie concrete di intervento per la prevenzione dell’interruzione volontaria di gravidanza in due categorie particolarmente sensibili: le giovanissime e le immigrate.

**EMILIO ARISI**

Coordinatore Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli

Voglio ringraziare tutti coloro che hanno fornito il loro contributo scientifico e culturale a questa iniziativa, che vuole sottolineare quali possono essere le problematiche che portano all’interruzione volontaria di gravidanza, con particolare attenzione alle giovani adolescenti e alle popolazioni immigrate.

Vi porgo inoltre il saluto del collega e amico Aldo Morrone, con me coordinatore dell’Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli, che non ha potuto essere presente perché invitato a New York a ricevere un importante riconoscimento che premia l’impegno della sua struttura, l’Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP), nella lotta alla malaria (il progetto Malaria-Tigrai).

L’obiettivo di questa giornata è individuare soluzioni possibili, frutto delle diverse esperienze e competenze dei relatori che si susseguiranno. Soluzioni utili a noi operatori ma soprattutto a coloro che ci rappresentano e che sono chiamati a compiere scelte politiche per intervenire in maniera concreta su questi temi.

## GIORGIO VITTORI

Presidente SIGO

Oggi sono riuniti in questa sala rappresentanti delle Istituzioni, ginecologi, medici, pazienti ed esponenti della comunità. Questo rappresenta già un primo successo per la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, che ritiene che i migliori risultati possano scaturire solo da un'integrazione di energie, culture, competenze. Portare all'interno del cuore delle Istituzioni questo dibattito così delicato, come tanti altri che riguardano la donna in questo momento (la legge 40, il cesareo, i grandi prematuri, ecc.)... è un compito importante per la SIGO che crediamo appartenga agli specifici doveri di una società scientifica.

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, esiste da oltre 100 anni e da sempre ha fatto proprio l'obiettivo di relazionarsi con le Istituzioni nazionali ed internazionali, perché riteniamo che solo grazie ad iniziative di questo genere si possano ottenere risultati pratici.

Vogliamo che le parole si traducano in fatti: un incontro come questo lascia spazio perché le voci dei diversi attori ed operatori possano esprimersi liberamente, e inoltre perché si possa ascoltare il parere delle diverse comunità, così importante per noi, con l'obiettivo comune dell'interesse generale e della tutela della donna e della maternità.

## GIOVANNI MONNI

Presidente AOGOI

Noi operatori siamo da sempre molto vicini alle problematiche riguardanti la salute della donna, anche rispetto alle questioni eticamente più delicate che interessano l'universo femminile. Occasioni come questa sono fondamentali per riuscire a superare le barriere ideologiche che talvolta ci dividono ed individuare quei principi unificanti in base a cui invece dobbiamo riorientare il nostro agire e le nostre priorità.

Sono certo che dal confronto su questi temi non possiamo che trarre stimoli positivi e definire nuove possibili strategie e modalità di collaborazione.



**A N T O N I O   C H I A N T E R A**

Segretario generale AOGOI

L'Associazione dei Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), insieme all'AGITE (Associazione Ginecologi Territoriali), può fare molto per arginare il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Il convegno di oggi si occupa in maniera particolare di immigrate e giovanissime, ed è soprattutto a queste ultime che vorrei rivolgere l'attenzione. L'AOGOI ha lanciato una campagna vaccinale per contrastare i tumori del collo dell'utero, rivolta alle giovani ragazze, attraverso cui già diffondiamo un messaggio di protezione, seppur parziale, rispetto alle malattie sessualmente trasmissibili. Se contemporaneamente non attiveremo strategie di prevenzione anche delle gravidanze indesiderate, rischiamo di fallire la nostra missione educativo-informativa nei confronti delle donne di questa fascia d'età, estremamente fragili.

Ritengo che la nostra associazione si debba prefiggere questo programma e affiancare quindi alla campagna vaccinale un progetto di prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza nelle adolescenti, in sinergia con quanto già realizzato dalla SIGO. Solo così infatti potremo svolgere un servizio realmente e socialmente utile per le nostre ragazze.

**MAURO BOLDRINI** Ogni valutazione circa i possibili interventi deve partire dall'analisi della realtà esistente, quindi dai dati. Fortunatamente nel nostro Paese disponiamo di una buona base informativa sull'interruzione volontaria di gravidanza, perché la stessa legge 194/1978 ha previsto un monitoraggio costante sulla sua applicazione e la presentazione di relazioni annuali al Parlamento, da parte del Ministro della Salute e della Giustizia. Una previsione quanto mai saggia ed opportuna, perché permette di cogliere, praticamente in tempo reale, fenomeni emergenti e campanelli d'allarme e di attuare conseguenti strategie di risposta. Grazie a questo sistema di controllo è possibile ottenere un'analisi puntuale della situazione italiana attuale e del trend degli ultimi 30 anni, con la possibilità di effettuare confronti comparativi nel tempo ma anche rispetto ad altri Paesi. Rimangono però purtroppo zone d'ombra che sfuggono, come ad esempio il tema drammatico degli aborti clandestini. Per cogliere questo fenomeno bisogna affidarsi a indicatori indiretti e per debellarlo è quanto mai necessario un impegno congiunto Istituzioni, professionisti e società civile.



# Interruzione volontaria di gravidanza nelle giovanissime in Italia: dimensioni del fenomeno

**EMILIO ARISI**

Coordinatore Osservatorio nazionale sulle abitudini  
sessuali e le scelte consapevoli

Per poter comprendere un problema è necessario in primo luogo identificarne le dimensioni e le caratteristiche. Analizziamo dunque i dati disponibili nel nostro Paese relativi al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) nelle giovanissime e alle immigrate. Affronterò entrambi gli aspetti perché la dr.ssa Donati dell'ISS, che avrebbe dovuto parlare del fenomeno nelle donne non italiane, non è purtroppo stata avvisata in tempo a causa di un disguido.

## **I DATI GENERALI DELL'ABORTO VOLONTARIO**

Nel 2007 sono state effettuate 127.038 IVG con un decremento del 3% rispetto all'anno precedente. Il tasso di abortività è risultato del 9,1 per 1.000 con un decremento del 3,1% rispetto al 2006 e del 47,1% rispetto al 1982, che, come sapete, è l'anno in cui si è registrato il picco massimo delle IVG in Italia.

I tassi di abortività sono sostanzialmente calati in tutti i gruppi di età più marcatamente in quelle centrali, tranne che nelle minorenni, in cui questo tasso è rimasto invariato. Si registra una diversa distribuzione territoriale, con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale.

Il dato relativo alle più giovani risente senza dubbio dell'apporto delle donne non italiane. Se analizziamo le curve per i singoli gruppi di età, è interessante notare come vi sia stata una modesta riduzione nelle donne con meno di 20 anni. L'ISTAT nel 2004 ha valutato i tassi di abortività nelle donne straniere, scorporando il dato rispetto alle italiane, e si è potuto osservare come il numero di aborti cresca soprattutto nelle classi più giovani, con un'abortività 3/4 volte superiore a quella delle donne italiane.

Un problema di un certo rilievo clinico, oltre che sociale, è quello dell'aborto ripetuto. Complessivamente questa pratica è più presente nelle popolazioni straniere: 38% contro il 22% delle italiane. Chiaramente questo dato merita approfondite

valutazioni dal punto di vista clinico e dell'organizzazione dei servizi.

Una prospettiva utile per analizzare il fenomeno è quella della condizione sociale: le donne che ricorrono meno all'aborto sono quelle più istruite, le occupate e le coniugate. Viene quindi messa in evidenza l'importanza dello "scudo di protezione" culturale, sociale e organizzativo che permette loro di non arrivare all'IVG.

## **GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI**

Sotto il profilo più strettamente tecnico-organizzativo la durata della degenza è inferiore a un giorno, perché ormai ovunque l'intervento di IVG si attua in day hospital. Il tipo di anestesia merita qualche attenzione perché in Italia prevale l'anestesia generale mentre i dati della letteratura internazionale inviterebbero a procedere in altro modo.

Anche in questo caso si rilevano spiccate differenze regionali, per esempio nelle Marche la percentuale delle IVG in anestesia locale è elevatissima.

Dal 2005 è presente in Italia anche l'esperienza di aborto medico che interessa nel corso di questi anni poco più di 1.000 IVG.

I tempi di attesa sono relativamente contenuti, nel 60% dei casi entro i 14 giorni ma si riscontra il problema di quel gruppo di donne, non poche, che devono attendere oltre le 3 settimane prolungando l'epoca di gestazione e aumentando in modo piuttosto consistente la probabilità di complicazioni (secondo la letteratura a ogni settimana gestazionale raddoppiano).

Molto importante è il fenomeno dell'obiezione di coscienza, decisamente elevato, in particolare in alcune aree del Paese. I dati indicano che le donne immigrate usufruiscono della certificazione per l'interruzione di gravidanza in consultorio più delle italiane.

## **LE NON ITALIANE**

Analizzando più in dettaglio le caratteristiche dell'IVG nelle non italiane, vediamo che abortiscono con una numerosità più consistente ma dobbiamo tener conto che sono complessivamente più giovani e quindi potenzialmente più fertili. In questo gruppo di donne la scolarità è in media più bassa, e si registra una certa differenza anche nel tipo di occupazione (più disoccupate e casalinghe, meno studentesse). L'ISS ha condotto nel 2004 un'indagine multicentrica nazionale che ha sottolineato come lo svantaggio sociale delle donne immigrate pesi anche nel loro accesso ai servizi. Nella maggior parte dei casi, il certificato per l'interruzione di gravidanza per le donne straniere viene rilasciato da un servizio pubblico o da un servizio per l'IVG di tipo ospedaliero. Lo studio raccomandava quindi la necessità e l'utilità di un impegno sul counselling per la procreazione responsabile, da attivarsi in ogni possibile occasione di contatto con la popolazione immigrata, incluse le procedure per lo screening tipo il pap-test e la mammografia, sottolineando allo stesso tempo la necessità di attivare nuove vie per la formazione e l'informazione in collaborazione con le comunità delle donne immigrate.

## **LE DONNE PIÙ GIOVANI**

Nelle più giovani il fenomeno presenta una curva stabile ma non decrescente, anche se va detto che l'Italia in questo ambito si colloca comunque all'interno di valori accettabili se confrontati con altre nazioni vicine a noi. Il problema dell'assenso è un aspetto molto interessante e importante per le minorenni: circa il 70% di quante hanno abortito non ha fatto ricorso al giudice tutelare ovvero ha ottenuto il consenso dei genitori. Questo ci dice che si è comunque aperto un dibattito all'interno della famiglia. Nel 30% dei casi vi è stato invece il ricorso al giudice

tutelare, e su questa sotto-popolazione possiamo ricavare maggiori informazioni dalla relazione del Ministero della Giustizia. Si tratta di una percentuale abbastanza stabile nel corso degli anni, che si attesta intorno ai 1.300 casi l'anno. Le ragioni per cui le giovani adiscono al giudice tutelare sono quasi esclusivamente di tipo psicologico e socio-economico, e ovviamente questi due aspetti spesso si intersecano. L'età media delle ragazze è attorno ai 17 anni ma si riscontra un trend decrescente nel tempo. È interessante analizzare quali sono le persone con cui le adolescenti hanno aperto un dibattito prima di rivolgersi al giudice tutelare, in genere il consultorio, un medico, oppure qualcuno all'interno della famiglia. In particolare la madre sembra costituire, quando è possibile, un elemento di riferimento basilare.

I motivi della mancata consultazione sono invece di tipo psicologico: la paura di dire, di far sapere, la difficoltà al dialogo. Gravi motivi familiari sono adottati da una percentuale fra il 10% e il 20%.

## **CONCLUSIONI**

Provando a trarre delle conclusioni, possiamo dire che le IVG tra le giovani minorenni non sono in calo mentre lo sono nelle altre classi di età. Questo può significare che non usano contraccettivi sicuri, oppure li usano in modo scorretto oppure ancora ritengono affidabili metodi che non lo sono affatto, come del resto è emerso con chiarezza in più di una indagine che come SIGO e come Osservatorio nazionale abbiamo condotto in questi ultimi due anni.

Operatori e Istituzioni devono concentrarsi su attività mirate alle giovani e alle immigrate, con molta sensibilità sociale, psicologica e clinica attivando tutte le potenzialità di ascolto perché si possa aiutarle in una scelta che sia di prevenzione della gravidanza non desiderata. Se un terzo delle giovani si rivolge al giudice tutelare, significa che esistono oggettive

difficoltà a entrare in dialogo con la famiglia.

Le donne straniere abortiscono più delle italiane, anche perché provengono da aree dove la fertilità è maggiore, probabilmente il loro inserimento nella società è anche corredato di più ampie difficoltà economiche e familiari che possono impedire talvolta l'accettazione della gravidanza. Spesso non dispongono delle necessarie informazioni e sarebbe opportuno che le Istituzioni si muovessero verso questi gruppi svantaggiati con particolare attenzione e sensibilità.

Sia le adolescenti che le immigrate vanno aiutate e facilitate nell'accesso ai servizi, con un investimento nei consultori, ma anche coinvolgendo le scuole, perché venga attivata una razionale e diffusa informazione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva e si possa creare una cultura che influenzi i comportamenti e che possa portare ad una reale prevenzione dell'aborto volontario.



DIAPPOSITIVA 1

2



- Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità\* e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78)

- Dati preliminari 2007
- Dati definitivi 2006

- Roma, 21 aprile 2008

Relazione al Parlamento sulla L. 194/78:  
 "Norme per la tutela sociale della maternità e  
 sull'interruzione volontaria della gravidanza",  
 ediz. febbraio 2007  
 (DATI RELATIVI AL PERIODO: 1995 - 2006)  
 Ministero della Giustizia

## Numero assoluto di IVG nel 2007

- Nel 2007 sono state effettuate 127'038 IVG, con un decremento del 3.0% rispetto al dato definitivo del 2006 (131'018 casi) e un decremento del 45.9% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi)

3

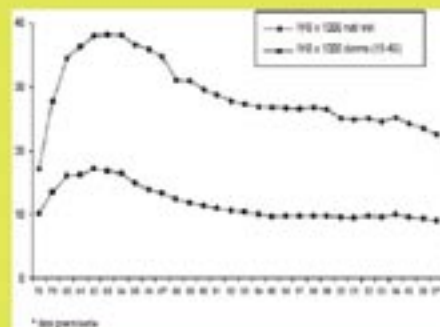
4

5

## Tasso di abortività\*

- Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2007 è risultato pari a 9.1 per 1'000, con un decremento del 3.1% rispetto al 2006 (9.4 per 1'000) e un decremento del 47.1% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000)

## Rapporti e tassi di abortività\*



6

## Tassi di abortivita'

- Dal 1983 i tassi di abortivita' sono diminuiti in tutti i gruppi di eta', piu' marcatamente in quelli centrali
- Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortivita' nel 2006 e' risultato pari a 4.9 per 1'000 (4.8 per 1'000 nel 2005), con valori piu' elevati nell'Italia settentrionale (5.4) e centrale (5.8)

## Tassi di abortivita' per Regione

Tabelle 1 - (Pagine 20)

Regione	1983				2006			
	AB	AB/1000	%	Variazione	AB	AB/1000	%	Variazione
<b>ITALIA TOTALE</b>	476	4.88	4.8	14	468	4.76	4.7	80
Abruzzo	11	1.11	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Basilicata	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Calabria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Emilia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Liguria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Lombardia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Marche	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Molise	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Monte Carlo	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Napoli	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Puglia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
San Marino	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Sardegna	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Sicilia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Toscana	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Trentino	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Umbria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Valle d'Aosta	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Veneto	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
<b>ITALIA CENTRALE</b>	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Abruzzo	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Basilicata	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Calabria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Emilia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Liguria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Lombardia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Marche	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Molise	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Monte Carlo	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Napoli	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Puglia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
San Marino	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Sardegna	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Sicilia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Toscana	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Trentino	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Umbria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Valle d'Aosta	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Veneto	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Abruzzo	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Basilicata	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Calabria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Emilia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Liguria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Lombardia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Marche	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Molise	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Monte Carlo	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Napoli	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Puglia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
San Marino	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Sardegna	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Sicilia	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Toscana	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Trentino	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Umbria	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Valle d'Aosta	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9
Veneto	11	1.09	1.1	11	8	0.84	0.8	1.9

7

8

9

## Tassi di abortivita' Italiane e Straniere

- Dal 1983 i tassi di abortivita' sono diminuiti in tutti i gruppi di eta', con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni
- Si osserva un decremento dei tassi di abortivita' tranne che per le donne sotto i 25 anni, dove maggiore e' il contributo delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortivita'

## Tassi di abortivita' per eta'

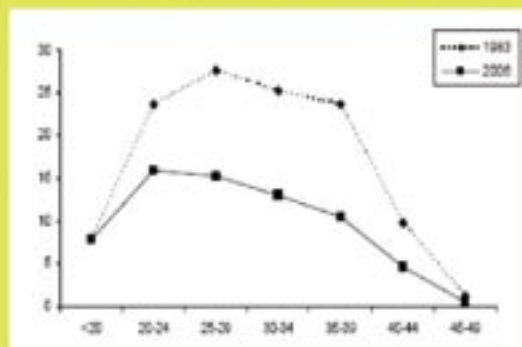
Classi di eta'	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2003	2006	2006/2003	2006/1983
< 20	8.0	5.5	7.6	7.8	2.6	-2.5
20-24	23.6	13.4	16.7	15.9	8.3	-32.9
25-29	27.6	15.7	16.3	15.2	-6.7	-44.9
30-34	25.2	17.1	13.2	13.0	-4.5	-48.4
35-39	23.6	15.1	10.6	10.6	-6.9	-66.6
40-44	9.6	7.2	4.6	4.7	-2.1	-62.9
45-49	1.2	0.9	0.5	0.5	0.0	-60.3

\* Variazione percentuale calcolata sui tassi assoluti e due cifre decimali.

10



## Tassi di abortivita' per classi di eta' Italia, 1983 vs 2006

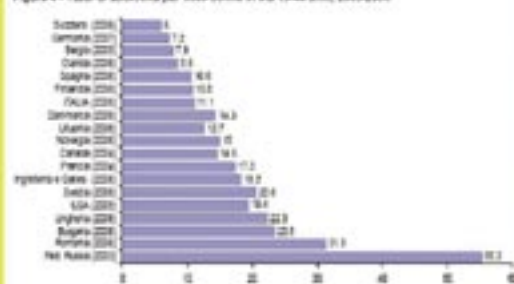


11

13

## Tassi di abortivita' in varie Nazioni

Figura 1 - Tassi di abortivita' per 1000 donne in eta' 15-44 anni, 2002-2006



Fonte: Council of Europe, "European Yearbook of Human Rights" 2004 - Osservatorio europeo DPL - Area Osservatorio Soc 2004

15

## Tassi di abortivita' in Italiane e Straniere, anno 2004

Tassi di abortivita' per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di eta' - anno 2004

Eta'	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-24	11.8	55.9
25-29	11.2	45.6
30-34	10.0	37.7
35-39	9.4	27.1
40-44	4.1	10.9
45-49	0.8	0.9
15-49 greche	7.6	33.3
15-49 standardizzato	7.7	20.4

Fonte: Istat

L'ISTAT ha valutato per il 2004 i tassi di abortivita' nelle Italiane e nelle straniere. Queste ultime hanno una abortivita' maggiore di 3-4 volte rispetto alle Italiane; cio' e' tanto piu' vero tanto piu' sono giovani.

12

14

## L'aborto ripetuto

- L'incremento della percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva, 26.9% nel 2006 rispetto a 26.3% nel 2005, si conferma determinato dal contributo delle donne **straniere**. Infatti per queste ultime la percentuale di **aborti ripetuti è pari al 38.4%, mentre tra le italiane è 21.7%**. E' da sottolineare comunque che il dato percentuale di aborti ripetuti nel nostro Paese resta tra i più bassi a livello internazionale.



## L'IVG nelle sole cittadine italiane

- Considerando **solamente** le IVG effettuate da **cittadine italiane** (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005 e 90'587 nel 2006, con una **riduzione del 3.7% rispetto al 2005 e del 30.6% rispetto al 1996.**

15

## In che gruppi l'IVG si e' ridotta

- In generale nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le **donne più istruite**, tra le **occupate** e tra le **coniugate**, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari

16

17

## Durata della degenza

- Nel **91.5%** dei casi la **degenza è risultata inferiore ad 1 giorno** e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (84.7%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna

18

## Tipo di anestesia

- Permane elevato (84.8%) il ricorso all'**anestesia generale** per espletare l'intervento
- E' noto che esa si accompagna ad una maggiore incidenza di complicazioni rispetto alla anestesia locale, che andrebbe dunque incentivata

## Tipo di anestesia

Con l'eccezione delle Marche, c'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per eseguire l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte recentemente dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG, The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guidelines n.7, London: RCOG Press, 2006) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite introduzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2003 l'ODS ha bonificato linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per maggiore tutela della salute della donna e per minori costi.

(Pagina 32 della Relazione del Ministro della Salute)

19

21

## Tempi di attesa

- In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) è **diminuita la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento** (56.7% nel 2006, rispetto al 58.0% nel 2005) ed è di **conseguenza aumentata la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane** (18.0% nel 2006, rispetto al 16.4% nel 2005), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni

## L'aborto medico

- Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'**approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza**. Da quanto riferito dalle Regioni, nel **2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni** (Piemonte e Toscana) per un totale di **132 casi**; nel **2006 in cinque Regioni** (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di **1'151 casi**, pari allo 0.9% delle IVG effettuate, e nel **2007 in cinque Regioni** (Trento, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Puglia) per un totale di **1070 casi** (ipotizzando che il valore della Toscana, che non è riuscita a fornire il dato, sia rimasto invariato)

20

22

## Obiezione di coscienza

- A **livello nazionale**, per i ginecologi si passa dal 58.7% al **69.2%**; per gli anestesisti dal 45.7% al **50.4%**; per il personale non medico dal 38.6% al **42.6%**. Per alcune Regioni l'aumento è molto rilevante, soprattutto nel Sud. Ad esempio in **Campania i dati sono quasi raddoppiati**, in quanto l'obiezione per i ginecologi aumenta dal 44.1% al 83.0%; per gli anestesisti dal 40.4% al 73.7%; per il personale non medico, dal 50% al 74%. In **Sicilia**, per i ginecologi l'obiezione aumenta dal 44.1% al 84.2%; per gli anestesisti dal 43.2% al 76.4%; per il personale non medico, dal 41.1% al 84.3%. Ma anche nel Nord, come ad esempio in **Veneto**, l'obiezione è superiore al dato nazionale; per i ginecologi, 79.1%; per gli anestesisti, 49.7%; per il personale non medico, 56.8%.

## Ruolo dei Consulтори

- Il ricorso al **Consutorio Familiare** per la documentazione/certificazione rimane ancora **basso (36.9%)**, specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte per il maggior ricorso da parte delle donne straniere. Per il 2006 questo dato è risultato **30.3% tra le donne italiane rispetto al 51.3% per le cittadine straniere**.
- Il numero dei consutori familiari pubblici notificato nel 2006 è stato 2188 e 103 quelli privati; pertanto risultano **0.7 consutori per 20'000 abitanti**, come nel 2005, **valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996** (1 ogni 20'000 abitanti).

## Straniere e ricorso alla IVG

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classe di età - anno 2005

Età	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
15-24	11.8	18.9
25-29	11.2	16.8
30-34	10.5	17.7
35-39	9.4	17.1
40-44	4.1	10.6
45-49	3.4	5.9
10-49 grezzo	7.9	13.9
15-49 standardizzato	7.7	10.4

Fonte: Istat

23

24

25

## Straniere e ricorso alla IVG

REGIONE	CITTADINANZA ITALIANA	CITTADINANZA STRANIERA				TOTALE	RISULTATO (%)
		Numero donne abortite	Numero aborti	Numero aborti per 1000 donne	Tasso		
<b>Italia (CITTADINANZA ITALIANA)</b>	<b>1070</b>	<b>1067</b>	<b>1067</b>	<b>1067</b>	<b>1067</b>	<b>1067</b>	<b>100</b>
Alto Adriatico	175	175	175	175	175	175	100
Alto Lazio	175	175	175	175	175	175	100
Alto Piemonte	175	175	175	175	175	175	100
Alto Tevere	175	175	175	175	175	175	100
Alto Tirreno	175	175	175	175	175	175	100
Centro	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Est	175	175	175	175	175	175	100
Centro-Sud-Ovest	175	175	175				



## Stato civile e cittadinanza

- La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche il sempre più importante contributo delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane.

## Stato civile e cittadinanza

NS Popolazione italiana, straniera e non specifica 2006

	Cittadine		Cittadini		Non	
	Italiane	Straniere	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
NSMO	27,2	27,1	8,5	2,2	22,5	23,2
NSMNO	28,7	47,9	7,9	2,2	22,9	19,2
NSC	29,2	32,2	8,1	2,2	24,6	27,3
NSC2	29,9	37,2	7,8	2,2	25,6	25,1
NSC3	30,3	40,3	7,9	2,2	26,6	24,7

Fonte: ISTAT - ISTAT - ISTAT - ISTAT - ISTAT - ISTAT

27

28

29

## Scolarita' e cittadinanza

- In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2006 presentano una
- scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

## Scolarita' e cittadinanza

NS Popolazione italiana, straniera e non specifica 2006

	Scolari Stranieri		Cittadini		Cittadine		Lavori	
	Elementari		Medie		Superiori			
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
NSMO	8,7	14,1	43,2	46,3	45,1	51,1	7,7	8,1
NSMNO	8,8	8,7	32,8	47,4	52,1	57,9	11,1	8,6
NSC	9,0	14,0	32,7	42,0	47,9	52,8	8,1	8,1
NSC2	9,1	13,0	32,7	42,0	47,9	52,8	8,6	8,6
NSC3	9,2	13,0	32,8	42,0	48,0	52,8	8,6	8,6

Fonte: ISTAT - ISTAT - ISTAT - ISTAT - ISTAT - ISTAT

## Occupazione e cittadinanza

- Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile della popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

31

33

## Occupazione e cittadinanza

IN (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica, 2004

	Composti		Stranierino o in carica di prima immigrazione		L'extraligo		Mediterranea e altre contigue	
	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera
LORD	23,2	45,1	42,8	20,1	14,4	21,7	11,8	12,2
OPINIO	21,0	46,4	13,8	22,2	10,8	20,7	16,1	13,7
SLI	24,6	39,3	19,8	20,9	45,0	16,1	14,1	10,0
SLI/2	26,0	29,2	16,7	20,1	41,1	12,6	15,8	11,0
PIU'4	48,0	33,8	12,1	20,6	30,7	26,6	12,8	12,7

Esclusione di chi non ha

Le non italiane sono meno occupate, più casalinghe e meno studentesse delle italiane

32

34

## Indagine multicentrica sull'IVG tra le donne straniere

- Un'indagine multicentrica del 2004 sul ricorso all'IVG tra le donne straniere<sup>[1]</sup>, coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio ha rilevato che, in generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

[1] L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. A cura di Angela Spinelli, Emanuela Forcella, Samantha Di Rollo e Michele E. Grandolfo, 2006, n. 115 p

## Indagine multicentrica sull'IVG tra le donne straniere

- Le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane.

## Indagine multicentrica sull'IVG tra le donne straniere

- Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico e da un servizio IVG. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

## Indagine multicentrica sull'IVG tra le donne straniere

Lo studio evidenzia la necessità di potenziare l'offerta attiva di counseling sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne strumenti informativi e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. E' necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle tematiche vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti, con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatori culturali. I risultati più significativi si ottengono proponendo il counseling sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test e in occasione di assistenza al percorso nascita, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di ritrovo. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analogo a quella osservata tra le italiane.

35

36

37

## Tassi di abortività' in varie Nazioni nelle donne giovani

- Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani italiane rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale

## Tassi di abortività' in varie Nazioni (anni diversi)

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2008)	7,8	12,8	15,2	13,0	10,8	4,7
	(2005)	7,8	11,7	15,3	13,2	10,8	4,3
	(2004)	7,8	10,4	15,8	13,8	10,8	5,2
OLANDA	(2008)	8,8	13,0	15,1	8,4	6,3	2,9
GERMANIA	(1997)	5,8	11,3	13,8	9,1	6,5	2,9
FRANCIA	(2004)	10,4	27,2	23,4	18,8	13,8	6,7
IRLANDA	(1997)	11,8	15,0	13,7	10,9	7,1	2,4
DANIMARCA	(1995)	14,8	22,0	21,4	15,1	12,0	2,4
ISVIZZERA	(1995)	15,8	28,7	21,1	18,0	10,1	4,3
SVEZIA	(1995)	17,7	27,5	24,7	20,9	14,8	6,5
INGHILTERRA E GALLES	(2005)	23,0	32,0	24,0	18,0	9,8	4,2
JAMAICA	(1990)	30,8	50,7	33,8	18,2	9,8	3,2
JORDANIA	(1990)	32,4	46,8	48,7	43,5	30,7	15,2
BULGARIA	(1990)	34,2	52,5	54,6	52,0	33,8	11,4

38





## Richieste al giudice tutelare



## Motivazioni per la richiesta

Anni	Numero richieste	abuso economico (1)	psicologici (2)	altre	altre	Tot. %	dati non censurati
2001	1.318	28,3%	47,0%	2,1%	2,7%	100,0%	20,9%
2003	1.341	28,3%	38,0%	1,5%	3,2%	100,0%	30,0%
2004	1.351	31,0%	46,6%	1,5%	2,0%	100,0%	19,0%
2005	1.314	31,7%	45,0%	1,3%	2,0%	100,0%	19,0%

(1) pregressione della madre di padre

(2) pregressione della madre di padre di sostenere la dichiarazione di non paternità presso un'agenzia di economia

La maggioranza delle minorenni adduce problemi psicologici, quali quello di non sentirsi psicologicamente pronta ad affrontare il ruolo di madre e le responsabilità connesse. Spesso i problemi psicologici si intersecano con quelli economici.

43

44

45

## Età media delle richiedenti

- Circa il 50% delle ragazze ha 17 anni compiuti, mentre le restanti percentuali decrescono al decrescere dell'età
- L'età media della minorenne richiedente presenta un andamento sostanzialmente decrescente nel tempo (9.5 anni nel 2005)

Anni	Numero richieste	colonna a	11 anni	17 anni	18 anni	17 anni	Tot. %	dati non censurati
1989	1.360	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%	---
1991	1.279	0,0%	0,0%	11,0%	11,0%	78,0%	100,0%	---
1993	1.348	0,0%	0,0%	11,4%	21,0%	67,6%	100,0%	---
1995	1.313	0,0%	0,0%	12,7%	20,0%	67,3%	100,0%	19,0%
1997	1.260	0,0%	0,0%	14,3%	18,0%	77,7%	100,0%	19,0%
1999	1.214	0,0%	0,0%	14,7%	21,0%	64,3%	100,0%	11,0%
2001	1.308	0,0%	0,0%	14,7%	20,0%	65,3%	100,0%	19,0%
2003	1.341	0,0%	0,0%	14,2%	20,0%	65,8%	100,0%	19,0%
2004	1.351	0,0%	0,0%	14,7%	20,0%	65,3%	100,0%	19,0%
2005	1.314	0,0%	0,0%	14,7%	20,0%	65,3%	100,0%	19,0%

(1) dati non censurati da parte del presidente del Tribunale Tutelare





## Persona eventualmente consultata prima del Giudice

Anni	Tot. richieste	Richieste per persona consultata dalla adolescente						Tot. %	dati non chiariti
		solo la madre	solo il padre	entrambi i genitori (*)	nonna	nonno	altro		
2001	1.308	32,0%	0,0%	2,3%	0,4%	64,7%	100,0%	31,7%	
2002	1.348	32,3%	1,3%	2,1%	0,4%	63,0%	100,0%	31,0%	
2004	1.334	27,3%	1,0%	2,4%	0,3%	58,2%	100,0%	42,3%	
2006	1.314	34,5%	0,3%	0,2%	0,4%	60,9%	100,0%	31,0%	

(\*) entrambi i genitori sono stati consultati, ma hanno espresso pareri differenti tra loro ed entrambi pensano contrario al aborto

La madre sembra costituire una figura basilare di riferimento

47

49

## Motivi della non consultazione

Anni	Numero richieste	Richieste per motivi della non consultazione (1) (2)					Tot. %	dati non chiariti
		genitori naturali	nonno	diologo	altro	altro		
2001	1.297	33,6%	51,0%	8,7%	30,7%	200,0%	31,0%	
2002	1.307	33,2%	51,0%	11,7%	21,7%	200,0%	31,0%	
2004	1.294	32,0%	44,7%	9,0%	24,4%	100,0%	29,3%	
2006	1.297	34,2%	42,0%	12,0%	22,0%	200,0%	32,3%	

(1) In quanto la richiesta era stata dei genitori o non ha ottenuto consenso naturale / permesso fatto;  
(2) il numero delle richieste di giudice abrucci è dato dalla somma delle richieste della tab. 3 e richiama le parti di richieste che coinvolgono solo il padre e solo il padre o nessuno

48

50

## Conclusioni 1 giovani

- La IVG tra le giovani e le minorenni non e' in calo, mentre lo e' nelle altre classi di eta'
- Cio' significa che esse non usano contraccettivi sicuri, o li usano in modo scorretto, o non usano nulla, come testimoniato anche da recenti indagini SIGO e dell'Osservatorio Nazionale

## Conclusioni 2 giovani

- Occorre concentrare molta attenzione sociale, psicologica, clinica e di ascolto per comprendere, consigliare ed aiutare nella scelta dei metodi per evitare gravidanze non desiderate, anche perche' hanno davanti un possibile lungo periodo di vita fertile
- Un terzo delle giovani adisce al giudice tutelare, dunque rifiuta od evita un rapporto con la famiglia

## Conclusioni 3 non italiane

- Le donne straniere abortiscono piu' delle italiane, anche perche' provengono da aree a maggiore fecondita'
- L'inserimento nella societa' italiana puo' creare difficolta' economiche e familiari, che impediscono l'accettazione della gravidanza
- Molte volte non hanno la cultura della pianificazione familiare, e talora nemmeno le conoscenze o le condizioni economiche per usufruirne

51

## Conclusioni 4

- Sarebbe opportuno che le Istituzioni si muovano verso questi gruppi svantaggiati con attenzione e sensibilita', attivando soprattutto i consultori, per adolescenti ed immigrate, che vanno facilitate nell'accesso ai servizi, e le scuole, per una razionale e diffusa educazione sistematica alla salute, che comprenda anche l'educazione sessuale ed anticoncezionale

52

53

## Grazie per l'attenzione





## SECONDA SESSIONE **Le problematiche specifiche nel ricorso all'IVG**

**MAURO BOLDRINI** Il convegno di oggi è dedicato ad analizzare le vulnerabilità contraccettive nelle due categorie a più alto rischio: giovanissime e immigrate. Ciascuna presenta proprie specificità e criticità, le soluzioni attuabili devono quindi essere necessariamente diversificate e mirate. Un tema più di tutti sembra però accomunare i due gruppi, ed è la mancanza di informazioni. Come sempre accade in sanità, la scarsità di conoscenza, dei meccanismi biologici, dei possibili rimedi e dei servizi esistenti, diventa la prima e vera fonte di disuguaglianza. La giornata odierna si pone proprio l'obiettivo di superare questa barriera e proporre possibili soluzioni, attraverso l'attenta analisi dei motivi che stanno all'origine di questa cattiva informazione. Si cercherà anche di analizzare nel dettaglio quali sono le responsabilità dei singoli enti preposti ad educare, la famiglia, la scuola, i professionisti e le Istituzioni, per cercare di capire se è stato fatto tutto il possibile o se invece esistono spazi di manovra per essere più incisivi nell'azione di prevenzione e contrasto all'aborto.



# Omissioni educative e vulnerabilità emergenti

A L E S S A N D R A  
G R A Z I O T T I N

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia  
Medica, San Raffaele Resnati, Milano

## Parte prima: lo scenario di vulnerabilità

Il tema che trattiamo oggi è di drammatica attualità perché riguarda le omissioni educative. Tutti coloro che dovrebbero svolgere questo ruolo (genitori, scuola, medici, Istituzioni, ecc.) tendono a rimandare la responsabilità educativa ad altri e i risultati sono poi disastrosi, soprattutto per le generazioni più giovani. Ritengo ancora utile e attuale un'affermazione di Margaret Sanger, infermiera, leader storica del femminismo americano, e madrina della contraccezione perché fra le più accese sostenitrici delle ricerche di Gregory Pincus che hanno portato alla scoperta e alla commercializzazione della pillola. La Sanger diceva: "Nessuna donna si può considerare libera se non ha il controllo del proprio corpo" e "Nessuna donna potrà considerarsi libera finché non avrà la possibilità di fare una scelta conscia di essere o no madre".

Io vorrei integrare queste affermazioni con un altro concetto: "Nessuna donna è davvero libera finché non saprà proteggersi in modo determinato da malattie sessualmente trasmesse richiedendo l'uso costante del profilattico". Illustrerò come questo sia un problema emergente anche per la protezione della fertilità delle giovani italiane.

Autoprotezione significa innanzitutto usare bene la contraccezione ormonale. A questo proposito è necessario fare una premessa, utile soprattutto per chi non è medico. Quando si parla di pillola, dobbiamo distinguere se si tratti di:

1. pillola contraccettiva: contiene estro-progestinici (o un progestinico), va assunta quotidianamente e impedisce l'ovulazione;
2. la cosiddetta "pillola del giorno dopo", che contiene un progestinico, il levonorgestrel, e va assunta entro 24 massimo 72 ore dal rapporto a rischio. Agisce soprattutto inibendo l'ovulazione e la fecondazione. È usata per la contraccezione d'emergenza;

3. pillola abortiva (RU 486) per cui è stata chiesta la registrazione per l'Italia. La prescrizione rientra nella legge 194 sulle interruzioni di gravidanza. Verrà usata solo in ambito ospedaliero.

### *Omissioni educative e contraccezione d'emergenza*

Un primo dato d'allarme riguarda la contraccezione di emergenza. C'è un ricorso crescente alla pillola del giorno dopo, con un incremento del 59,5% rispetto all'anno di immissione sul mercato. Ma il dato ancora più eclatante è che il 55% di questa enorme quantità (sono 364.000 pillole l'anno, per il 2007) viene utilizzato dalle ragazze tra i 14 e i 20 anni. Cioè in un arco temporale di soli 6 anni utilizzano più di quanto viene usato nei 30 anni successivi: possiamo affermare che la pillola del giorno dopo sta diventando il contraccettivo di scelta per le giovanissime.

Quando usano la pillola del giorno dopo le giovanissime? Ci vengono in aiuto i dati raccolti sul sito [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it), che raccomando a tutti perché attualmente è il modo gratuito più aggiornato per informarsi sulla contraccezione. La giovane alle prime esperienze presenta un ricorso intorno al 9,9%, la single al 9% mentre la donna innamorata ricorre alla pillola del giorno dopo nell'11,7% dei casi. Questo significa che rimane viva la concezione dell'amore talismano, cioè la ragazza ritiene che l'amore sia un fattore di protezione in sé. Noi dobbiamo aiutare queste ragazze a proteggersi prima, perché il fatto che 1 su 9 ricorra alla pillola del giorno dopo, indica l'entità dell'emergenza.

In questi anni si è registrata una grande diminuzione nelle interruzioni di gravidanza, ma analizzando nel dettaglio le curve, si scopre che essa è stata eccellente fino al '94/'95, picco a cui è seguita una situazione di stabilità che riguarda gli ultimi 10 anni. Ciò significa che sono mancati degli elementi critici nella nostra responsabilità educativa.

### *Omissioni educative e interruzioni volontarie di gravidanza*

Sono in riduzione le IVG nelle donne italiane sopra i 30 anni, mentre mostrano un aumento:

a. le giovani italiane al di sotto dei vent'anni. In effetti, nel 1983 le ragazze con meno di 20 anni presentavano un tasso di abortività intorno all'8%, nel 2004 siamo al 7,9% e oggi di nuovo all'8%. Questo significa che negli ultimi 10 anni abbiamo perso il vantaggio che avevamo guadagnato con una migliore educazione all'autoprotezione, più efficace intorno agli anni Novanta.

b. le donne immigrate, tra i 20 ai 30 anni. Per loro è essenziale un impegno educativo, espresso nella loro lingua, così da ottimizzare la possibilità di utilizzare al meglio le strutture sanitarie preventive italiane, e in particolare, i consultori familiari.

### *Omissioni educative e infezioni sessualmente trasmesse*

Riguardo all'utilizzo del profilattico, ritengo si sia verificato un errore storico nell'educazione sessuale dei giovani: ci siamo rivolti solamente alle femmine, con una grave omissione educativa nei confronti dei maschi. C'è stata un'impennata nell'uso del profilattico negli anni '90, in corrispondenza all'emergenza AIDS, ma poi si è verificata una riduzione e solo recentemente un modesto aumento che però non raggiunge nemmeno i valori degli anni '90. Se i maschi non usano il profilattico, si delineano immediatamente tre rischi drammatici: ovviamente le gravidanze indesiderate, il rischio di malattie sessualmente trasmissibili e anche la riduzione della fertilità quando la donna vorrà figli, perché l'endometrio e la tuba sono lesi. Per questo, a mio avviso, l'omissione educativa forse più importante è quella sui giovani maschi.

Il trend di aumento delle infezioni da chlamydia in Italia e in Europa ci indica chiaramente cosa avviene quando la promiscuità aumenta e noi non educiamo i giovani

a proteggersi. La chlamydia è praticamente endemica, soprattutto tra i giovanissimi. Inoltre esistono dati che mostrano come la cervice, l'utero e la tuba della ragazzina giovane siano molto più ricettivi alla chlamydia rispetto a tutte le altre fasce d'età. Questa infezione è aumentata negli ultimi 10 anni da 6 a 10 volte a seconda delle nostre regioni ed è la causa principale, insieme al gonococco, di lesioni delle tube. Il gonococco presenta un andamento diverso a seconda della popolazione, ma comunque la fascia 15/24 è la meno protetta, la più esposta. Questo vale sia per l'Italia sia per l'Europa.

*In sintesi:* è in aumento vulnerabilità contraccettiva. In particolare:

- è scarso l'uso di metodi efficaci come la contraccezione ormonale;
- è in rapida crescita l'uso della pillola del giorno dopo;
- è stabile (e scarso) l'utilizzo del profilattico, specie negli ultimi 10 anni, ancor più se rapportato al netto incremento della promiscuità sessuale;
- sono in aumento le interruzioni di gravidanza nelle giovani italiane con meno di 20 anni e nelle immigrate tra i 20 e i 30 anni.

Qual è il modo migliore per cambiare le cose? È seguire l'esperienza olandese degli anni '90, ossia proporre con una campagna mediatica fortissima il concetto di corresponsabilità, a cui ci si riferisce appunto come al "doppio olandese": lei deve sempre usare un contraccettivo ormonale e lui sempre un profilattico.

### *Contraccezione di barriera e protezione della fertilità*

L'età media della madre al parto si è modificata in maniera straordinaria in soli 20 anni. Andiamo dai 27,5 degli anni '80 ai 30,9 attuali, significa un aumento di età media al primo figlio di 3 anni e 4 mesi. Che si traduce in un rischio

aumentato di vulnerabilità e di infertilità non solo per il fatto di essere 3 anni più vecchie, ma soprattutto perché cresce il periodo di esposizione a quelle infezioni sessualmente trasmesse che potranno ledere l'endometrio e le tube.

Il tasso di fecondità per fascia d'età indica con molta chiarezza la riduzione della fecondità tra le ragazze tra i 15 e i 19 anni, con una drammatica caduta nelle giovani tra i 20 e i 24 anni. Si registra anche la riduzione fra le ragazze 25/30 mentre ovviamente c'è un aumento della fecondità e della ricerca di figli nelle fasce d'età superiori ai 30 anni. Il nostro obiettivo deve quindi essere proteggere la fertilità e dato il progressivo aumento dell'età di concepimento del primo figlio è indispensabile proteggerla da malattie sessuali, ma anche da interruzioni di gravidanza ripetute, che possono ridurre sia la qualità dell'endometrio sia la pervietà tubarica.

## Parte seconda: responsabilità ed omissioni educative

Vorrei ora analizzare più nel dettaglio il ruolo e le responsabilità dei diversi educatori, in modo specifico seppur conciso.

### *A. Genitori ed educazione contraccettiva e sessuale*

I genitori sono consapevoli dell'aumentato rischio sessuale e comportamentale nei propri figli? La risposta è no, i genitori non solo non vedono o non vogliono vedere, ma sono anche latitanti nel fornire informazioni sulle strutture a cui rivolgersi. I giovanissimi non sanno né dove siano localizzati i consultori, né come arrivarci. Anche in questo caso l'ignoranza è molto più elevata nei maschi che nelle femmine (86% dei maschi versus 65% delle femmine). È molto importante valorizzare queste strutture che esistono sul territorio, che costano alla collettività, e sono spesso non utilizzate o scarsamente utilizzate, così che i giovani abbiano la possibilità di accedere a informazioni corrette in modo praticamente gratuito.

Non è solo importante far passare il messaggio di utilizzare la contraccezione, bisogna anche spiegare come. Un recente studio pubblicato su Lancet dimostra infatti come usare bene la contraccezione ("uso perfetto") porti a determinati risultati, mentre l'utilizzo "tipico", nella vita reale, può ridurre l'efficacia di tutti i metodi "user dependent", che dipendono cioè da un corretto utilizzo da parte della persona, in maniera trasversale. Per esempio il profilattico va dal 3% dei fallimenti con un uso perfetto a un 14% di fallimenti con un uso imperfetto (così detto tipico). La pillola è sicura nel 99,9% nell'uso perfetto, ma può scendere fino al 95% nell'uso reale, soprattutto a causa di dimenticanze nell'assunzione. I consultori possono svolgere un ruolo fondamentale anche nell'insegnare l'uso corretto e consistente di metodi efficaci.

L'obiettivo ideale è portare tendenzialmente a zero le interruzioni di gravidanza. Questo è un obiettivo che dovrebbe essere comune e condiviso fra laici e cattolici, mentre possono invece ovviamente divergere i metodi per raggiungerlo. Gli uni predicano l'astinenza fino al matrimonio, ma sappiamo che anche i giovani cattolici non seguono questa linea nella grande maggioranza; i laici puntano invece su una prevenzione solida ed efficace prendendo atto che l'età del primo rapporto si sta abbassando.

La "latitanza" nell'informazione si registra in famiglia, nella scuola, nel rapporto medico-paziente, nella società. Oggi in Italia c'è un grande dibattito aperto per stabilire chi dovrebbe educare fra la scuola e la famiglia.

Quanto sono affidabili i genitori come educatori alla contraccezione? Poco. La maggioranza non ne parla esplicitamente e quando lo fa mostra conoscenze non appropriate o francamente errate in una percentuale significativa.

Nel mio sito [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it) è possibile scaricare una monografia appena pubblicata sul Pensiero scientifico, dedicata

ad analizzare come sia cambiato il rapporto madre-figlia negli ultimi 70 anni. Solo il 40% delle madri di ragazze nate dall'85 in poi parla di contraccezione con le figlie. Questo non è un dato ottimista, ci fa capire che dobbiamo lavorare sul 60% che manca. Inoltre la qualità del dialogo tra madri – figlie su temi importanti (religione, cinema, teatro, musica, cultura o politica), nelle giovanissime è zero, mentre gli argomenti più discussi sono abbigliamento, look, parrucchiere, cosmetici, ecc. oppure amori. Uno studio di Marla Eisenberg (l'unico sull'argomento) ci mostra come solo il 47% dei genitori ritenga il profilattico sicuro nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse mentre sappiamo che è l'unica vera barriera. Solo il 40% lo ritiene utile per evitare gravidanze indesiderate, mentre, se usato bene, ha una sicurezza del 97% (usato in modo tipico la sicurezza scende all'86%, secondo i dati di Lancet). Solo il 52% dei genitori intervistati ritiene che la pillola contraccettiva sia sempre sicura mentre usata bene è sicura al 99,9%. Solo un quarto dei genitori ritiene il figlio in grado di usare correttamente il preservativo: questo perché i padri non parlano coi propri figli maschi. Mentre invece il rapporto educativo maschio-maschio risulta essere il più efficace. E solo 4 su 10 ritengono la figlia capace di assumere la pillola correttamente. Uno scenario che merita davvero una riflessione condivisa. Il padre, secondo numerosi studi, risulta più affidabile nel dare informazioni ai figli sul profilattico, mentre la madre si dimostra più preparata e ascoltata dalle figlie femmine. Dobbiamo coinvolgere i padri e le figure maschili nell'educazione sessuale: genitori, insegnanti, allenatori. Un altro problema fondamentale è il timing, il tempo ottimale per l'educazione sessuale: spesso la spiegazione sui metodi contraccettivi arriva dopo che l'adolescente ha già iniziato ad avere rapporti completi e/o ha avuto problemi. Inoltre i genitori non hanno la percezione dei rischi a cui sono esposti i figli. Il Journal of Adolescent Health di maggio

2008, ha pubblicato una ricerca da cui risulta come i genitori sottostimino in modo drammatico i comportamenti a rischio delle figlie. Solo il 4% dei genitori pensa che la figlia beva contro il 22% che lo fa. Solo il 5% ritiene che la ragazzina (lo studio si riferisce a ragazze sotto i 15 anni) abbia avuto rapporti o del "petting spinto", contro il 38% di quelle che già lo fa. I genitori vorrebbero demandare la responsabilità alla scuola. Un altro studio di Marla Eisenberg, che è una delle figure più importanti nella ricerca sull'educazione sessuale, dimostra una frattura netta tra il desiderio di educazione sessuale a scuola espresso dai genitori e la qualità dei programmi offerti ai ragazzi. Uno studio su "Pediatrics" di marzo 2008 sottolinea inoltre l'importanza di tornare sull'argomento più e più volte. Più il genitore ha un rapporto di qualità con il figlio e torna a parlare con ampiezza argomentativa, cioè rispondendo alle diverse domande del figlio, più è efficace nel modulare un'assunzione di responsabilità. Uno studio qualitativo del 2008 ha comparato l'efficacia educativa del rapporto genitore (uno dei due) con il figlio adolescente versus l'educazione didattica, con programmi considerati di qualità. L'indagine ci dice che funziona molto di più il rapporto genitore-figlio.

*In sintesi:* i genitori non possono abdicare al loro ruolo. Dobbiamo convincerli che il primo passo spetta a loro. Vanno formati, anche mediante programmi appositi, perché abbiamo visto che sono loro i primi ad essere poco colti e poco preparati. Vi ripropongo quindi l'unico modello disponibile aggiornato e gratuito, che è [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it). Questo prezioso strumento didattico dovrebbe essere adottato nelle scuole, ma anche nelle famiglie come opportunità di dialogo tra genitori e figli.

#### *B. Partner ed educazione contraccettiva*

Il partner è stato poco coinvolto nella scelta della



contraccezione. Quando le donne usano la pillola, secondo i dati italiani, solo il 12,5% ne parla con il partner. Ma quando la ragazza non la prende, il partner pesa per il 41,5%. È proprio lui che dice “Ci penso io”... Dobbiamo quindi agire sui maschi perché sono dei modelli frenanti, potenti, nella scelta contraccettiva responsabile da parte della ragazza. Il coinvolgimento degli adolescenti maschi è essenziale nei programmi di educazione sessuale, in quanto l’assunzione di responsabilità sulla contraccezione dovrebbe essere condivisa. Il messaggio importante che deve passare è: pari opportunità – pari responsabilità.

Pari opportunità non significa solo che noi donne dobbiamo raggiungere sempre di più i livelli maschili di reddito, di posizione professionale, di status e così via, ma significa anche pari responsabilità dei maschi nella contraccezione. Un versante delle pari opportunità di cui non si sente mai parlare.

L’educazione sessuale funziona di più se si realizza:  
 – da maschio a maschio (da genitore a figlio maschio, da insegnante/allenatore ad allievo, da amico ad amico)  
 – tra pari. Ce lo insegna una recente esperienza milanese. Formare sulla contraccezione i giovani della classe V superiore, maschi e femmine, per farli parlare alle classi più giovani è una strategia efficace, perché i giovani recepiscono molto di più il messaggio se espresso da loro pari credibili e preparati;  
 – nella propria lingua. Se vogliamo che giovani di altre nazioni, di altre culture facciano contraccezione dobbiamo formare persone che parlino la loro lingua. Persone della stessa lingua e dello stesso sesso possono arrivare ad aumentare il senso di responsabilità, con il risultato di un aumento del senso del valore personale. Io valgo e uso una buona protezione (profilattico o pillola), tu vali e ti proteggerò.

### *C. Scuola ed educazione sessuale e contraccettiva*

Il dato sull’educazione a scuola nel nostro Paese è davvero

critico. Le ragazze che utilizzano la pillola non hanno fatto educazione sessuale a scuola nel 55,7% dei casi. Ci sono arrivate per altre vie, probabilmente la famiglia. Le non utilizzatrici, invece, hanno frequentato lezioni di educazione sessuale a scuola nel 50,7% dei casi. Paradossalmente quindi usano di più la pillola quelle che non hanno seguito corsi di educazione sessuale. Si rende quindi necessaria una seria riflessione sul contenuto e la qualità dell’informazione trasmessa, con serie valutazioni di efficacia.

Esistono fattori predittivi negativi che ci indicano quali sono i ragazzi e le ragazze più in difficoltà, quelli che dobbiamo sforzarci di raggiungere. Sono:

- a. la povertà (che è il fattore più forte in assoluto), e qui entrano drammaticamente in gioco le immigrate;
- b. l’essere stati bambini o adolescenti in affido o figli di madri adolescenti;
- c. gli insuccessi scolastici: quest’ultimo è un grandissimo indicatore di rischio. Ci sono ragazzi e ragazze che, a causa del fallimento scolastico, aderiscono a un’identità negativa, che li porta anche a vivere molto più precocemente la sessualità, in modo non protetto. Il fallimento scolastico comporta poi lavori insoddisfacenti e mal pagati, proprio a causa dell’insufficiente scolarità;
- d. l’essere state vittime di abusi (questo è un argomento molto importante e molto delicato);
- e. aver avuto problemi di salute mentale;
- f. aver commesso crimini.

I fattori predittivi positivi, indicatori di un buon rapporto con la sessualità sono invece:

- a. rapporti di qualità in famiglia e a scuola,
- b. una relazione stabile e protratta con un partner: perché significa capacità di attaccamento affettivo e stabilità affettiva;

c. avere un sentimento religioso. E su questo fronte, invece di entrare in rotta di collisione con i cattolici, dovremmo unire le forze perché un senso etico della vita è sicuramente fondamentale per favorire l'assunzione di responsabilità di ciascuno.

#### *D. Ginecologi ed educazione contraccettiva*

Analizziamo infine il ruolo dei ginecologi nell'educazione alla contraccezione. A prima vista il ginecologo è molto bravo a parlare di contraccezione con chi la usa: ne parla nel 76,7% dei casi. Ma con chi parla di sessualità la donna? Con le amiche, la madre, la cugina. Con il ginecologo invece ne parla lo 0%. Questo è indice di una frattura drammatica: ti prescrivo una pillola o qualsiasi altro contraccettivo, perché tu possa avere dei rapporti sicuri ma non menziono il motivo principe per cui te la prescrivo, che è la sessualità. Ergo, anche il ginecologo dovrebbe avere una formazione di sessuologia medica che al momento ancora manca. La comunicazione sulla contraccezione non può essere scissa dalla sessualità e dalle preoccupazioni sulla sessualità.

In particolare, poi, noi ginecologi dovremmo parlare con le giovanissime degli effetti collaterali, perché il 22% di quante useranno la pillola teme gli aumenti di peso e il 22,8% teme la ritenzione idrica. Nella realtà, solo il 4% ha un aumento di peso e solo il 6,7% ritenzione idrica. Ma tutti sappiamo che il passaparola sull'aumento di peso, soprattutto con l'arrivo dell'estate, porta ad abbandonare la contraccezione ormonale. E dovremmo raccomandare quelle pillole che ottimizzano l'effetto sul peso e non danno ritenzione idrica, perché per esempio contengono drospirenone che ha azione lievemente diuretica, così da favorire l'adesione della ragazza e la regolarità e continuità nell'assunzione.

Che cosa succede invece quando una donna abbandona la contraccezione ormonale? Quando la donna abbandona la contraccezione, nel 42% dei casi lo fa senza consultare il

medico, nel 19% senza scegliere un altro metodo contraccettivo o, nel 69%, scegliendo un metodo contraccettivo meno efficace, ossia il coito interrotto. Il buon counselling invece aumenta nettamente l'efficacia contraccettiva e soprattutto la continuazione della pillola, ossia l'aderenza al trattamento.

## Conclusioni

Le omissioni educative sono trasversali: nei genitori, nella scuola, nelle Istituzioni – che di fatto hanno violato il primo articolo della legge 194 che le chiamava ad assumersi la responsabilità educativa.

La famiglia deve tornare in primo piano nell'educazione sessuale dei figli. La scuola può promuovere l'educazione su genitori e figli. Il coinvolgimento anche dei genitori è importante perché diano un consenso informato e perché possano avere informazioni corrette e aggiornate così che a casa possano poi riprendere con i figli gli argomenti spiegati a scuola, essendo autorevoli.

Anche i media possono agire positivamente sulla consapevolezza e l'educazione dei più giovani, mentre le Istituzioni devono riassumersi la responsabilità di promuovere e coordinare l'educazione sessuale in Italia.

Abbiamo bisogno di una trasmissione del sapere verticale (adulto/adolescente), ma anche tra pari, purché affidabile. Quindi l'unico modo è aggiornare adulti e ragazzi, sempre tenendo presente che quando parliamo di contraccezione, di prevenzione e di malattie sessualmente trasmissibili, parliamo d'amore. Non togliamo poesia, bensì la diamo, perché diamo sicurezza nel presente e fiducia nel futuro.

*Per saperne di più*

[www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it); [www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

## Omissioni educative e vulnerabilità emergenti nelle donne italiane

**Alessandra Graziottin, MD**  
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica  
H. San Raffaele Piselli, Milano  
Professore at Università di Firenze

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

DIAPPOSITIVA 1



Margaret Sanger, infermiera  
"The family limitation" 1912 (1.000.000 di copie)  
The woman rebel. ("No gods, no masters")

2

## La pianificazione familiare

Nessuna donna si può considerare *libera* se non ha il controllo del proprio corpo.

Nessuna donna potrà considerarsi libera finché non avrà la possibilità di fare una scelta *cosciosa di essere o no madre*

Margaret Sanger  
Woman and the new race (1920)

Nessuna donna è davvero libera finché non saprà proteggersi in modo determinato da malattie sessualmente trasmesse richiedendo l'uso costante del profilattico.

A. Graziottin, 2008

3

## Obiettivi della presentazione

Analizzare:

- lo scenario di vulnerabilità delle donne italiane
- le omissioni educative
- le strategie di intervento

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

4

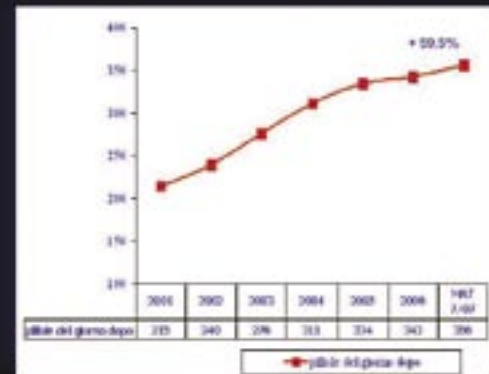
## Quando si parla di "pillola"

Chiarire se si tratti di:

- **Pillola contraccettiva:** Contiene estrogeni e progestinici (o un progestinico), va assunta quotidianamente e impedisce l'ovulazione
- **Pillola "del giorno dopo":** Contiene un progestinico, il levonorgestrel, va assunta entro 48 max 72 ore dal rapporto a rischio. Agisce soprattutto inibendo l'ovulazione e la fecondazione
- **Pillola abortiva (RU 486 o mifepristone):** È stata chiesta la registrazione per l'Italia, la sua prescrizione rientra nella legge 194 sulle interruzioni di gravidanza, verrà usata solo in ambito ospedaliero

5

## Trend Pillole del giorno dopo



Fonte: Data 2009 - ISTAT 7/2009

6

7

## Il dato critico

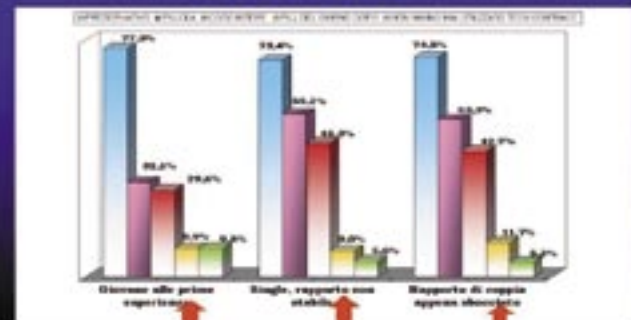
- Il 55% delle donne che utilizza la pillola del giorno dopo ha meno di 20 anni
- Il 45% viene assunto da donne tra i 20 e i 50 anni

**Incremento d'uso della pillola del giorno dopo come contraccettivo**

8

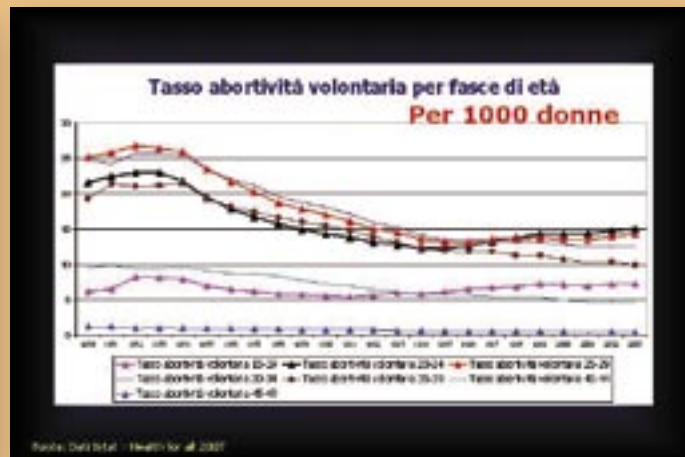
## La realtà

Le tecniche contraccettive utilizzate  
analisi per profilo di donna  
[www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)



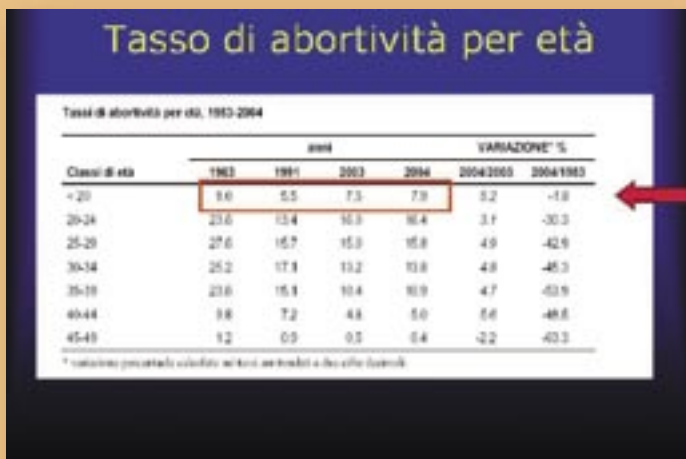


9



10

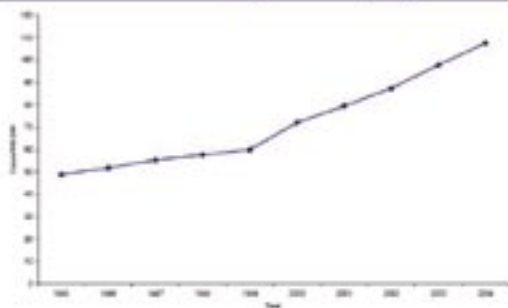
11



12



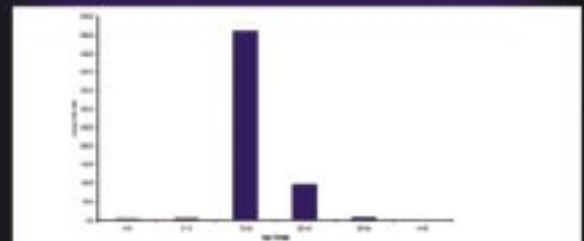
### Trend incidenza Chlamydia in Europa (1995-2004)



Source: Eurostat. Data from Belgium, Denmark, Estonia, Finland, Greece, Ireland, Latvia, Lithuania, Malta, Netherlands, France, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, United Kingdom, Iceland and Norway.

Fonte: "The First European Communicable Disease Epidemiological Report",  
 Editors: Andrew Arispe-Gallo and André de Preter - June, 2007

### Incidenza Chlamydia per fasce d'età in Europa



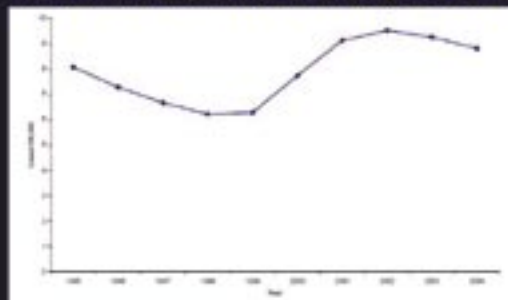
Source: Country reports. Reports with age-specific data were available from Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Estonia, Latvia, Malta, Slovenia, Spain, Sweden, United Kingdom, Iceland and Norway.

Fonte: "The First European Communicable Disease Epidemiological Report",  
 Editors: Andrew Arispe-Gallo and André de Preter - June, 2007

13

14

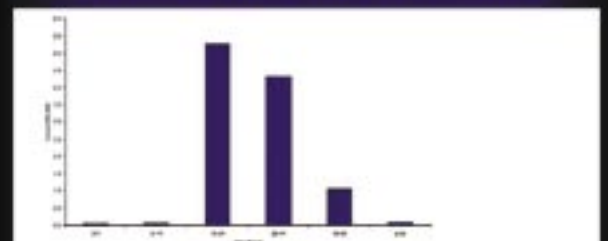
### Trend incidenza Gonorrea in Europa (1995-2004)



Source: Eurostat. Data missing from Liechtenstein.

Fonte: "The First European Communicable Disease Epidemiological Report",  
 Editors: Andrew Arispe-Gallo and André de Preter - June, 2007

### Incidenza Gonorrea per fasce d'età in Europa



Source: Country reports. Reports with age-specific data were available from Belgium, Denmark, Estonia, Finland, Italy, Latvia, Portugal, while Cyprus, Malta, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and Iceland reported zero cases.

Fonte: "The First European Communicable Disease Epidemiological Report",  
 Editors: Andrew Arispe-Gallo and André de Preter - June, 2007

15

16



## La vulnerabilità contraccettiva

- Scarso uso di metodi efficaci come la contraccezione ormonale (pillola classica, cerotto, anello vaginale)
- Rapida crescita dell'uso della pillola del giorno dopo (+59,5% dal 2001)
- Uso stabile (e scarso) del profilattico negli ultimi 10 anni (1995-2005)
- Aumento delle interruzione di gravidanza nelle giovani italiane con meno di 20 anni

www.alessandragraziottin.it

17

## Contraccezione e autoprotezione

- Il "doppio olandese" = uso costante e contemporaneo di contraccettivo ormonale e profilattico è l'unica combinazione efficace sulla doppia prevenzione, contraccettiva e di MST
- L'educazione contraccettiva e preventiva dei maschi è ancora inadeguata

A.Graziottin, 2008

18

## Il mondo imperfetto

- L'ideale sarebbe la castità fino ad un'età in cui la consapevolezza di sé e dei propri gesti sia sufficiente (16 anni)
- La realtà mostra un abbassamento dell'età del primo rapporto, specie in un gruppo di adolescenti ad alto rischio psicosociale

→ I genitori sono consapevoli dell'aumentato rischio sessuale e comportamentale nei propri figli?

19

## 5. I giovanissimi, il sesso e i consultori

Nella Regione Veneto circa il 40% degli adolescenti di 15 e 16 anni ha già avuto esperienze rapporti completi. Questo dato concorda con l'evidenza di un alto numero di gravidanze nelle teenager (una ogni 40 prima dei 18 anni).

Conoscenza sui servizi (adolescenti Regione Veneto)

	Maschi %	Femmine %	Totale %
<b>Esiste un consultorio dove abiti?</b>			
Sì	21	28	24
No	23	18	22
Non so	56	54	54
<b>Stipetto essere migliorato?</b>			
Sì	2	1	2
No	60	78	67
Non so	38	21	31
<b>Quali procedure per accedere?</b>			
Costa	11	38	24
Stipetto	9	19	14
Non so	80	43	61

→ Aumentare nei giovani la conoscenza delle strutture sanitarie disponibili

20





## Obiettivo: proteggere la fertilità

Dato il progressivo aumento dell'età di concepimento del primo figlio è indispensabile proteggere la fertilità da malattie sessuali che riducono sia la qualità dell'endometrio, sia la pervietà tubarica

A. Graziottin, 2008

25

## L'omissione educativa

In famiglia

Nella scuola

Nel rapporto medico-paziente

Nella società

A. Graziottin, 2008

26

## Chi educa?

I genitori sono affidabili come educatori alla contraccezione?

- La maggioranza NON parla esplicitamente di contraccezione con i propri figli!
- Quando lo fa, mostra conoscenze non appropriate o francamente errate in un percentuale significativa

27

## Sessualità e contraccezione: il rapporto tra madre e figlia negli ultimi 70 anni



Graziottin A. Il rapporto madri-figlie  
Il Pensiero Scientifico, Roma, 2008

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

28



29

30

31

Le opinioni dei genitori su profilattico e contraccezione orale:  
sono corrette dal punto di vista medico?

Da uno studio condotto in Minnesota ed in Wisconsin su un campione di 1.059 genitori di adolescenti 13-17enni è emerso che:

- Solo il 47% dei genitori intervistati ritiene che il profilattico sia sicuro nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse
- solo il 40% lo ritiene utile per evitare gravidanze indesiderate

M. Eisenberg et Al, 2004

32

Le opinioni dei genitori su profilattico e contraccezione orale:  
sono corrette dal punto di vista medico?

- Solo il 52% dei genitori intervistati ritiene che la pillola contraccettiva sia *sempre* sicura
- Un quarto dei genitori ritiene il proprio figlio in grado di usare correttamente il preservativo
- 4 genitori su 10 ritengono la figlia capace di assumere la pillola correttamente.

M. Eisenberg et Al, 2004

Le opinioni dei genitori su profilattico e contracccezione orale: sono corrette dal punto di vista medico?

**Il padre risulta più affidabile nel dare informazioni ai figli sul profilattico**

**La madre si dimostra più preparata e ascoltata sulla pillola.**

**Spesso la spiegazione sui metodi contraccettivi viene data *dopo* che l'adolescente ha già iniziato ad avere rapporti completi e/o ha avuto problemi**

H. Eisenberg et Al, 2004

**QUANDO dare l'informazione è un fattore critico**

33

Support for comprehensive sexually education: perspectives from parents of school-age youth.

**Blanking M, Bernard B, Bourgoignie L, Resnick M**

Parents from Generation Prevention Research Center, Division of Adolescent Health and Medicine, Department of Pediatrics, School of Medicine, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA, www.EDSchnr.edu

**OBJECTIVE:** Contemporary school-based sexually education in public schools has continued over the past decade, despite mounting evidence that comprehensive sexuality education effectively promotes sexual health and that parents support these programs in public schools. The present study replicates and expands upon previous findings regarding public views on school-based sexuality education. **METHOD:** One thousand six hundred five parents of school-age children in Minnesota responded to telephone surveys in 2004-2007 (50% participation rate), including items regarding general sexuality education, 11 specific topics, the grade level at which each should be taught, and attitudes toward sexuality education. **RESULTS:** The large majority of parents supported teaching about both abstinence and contraception (comprehensive sexuality education [CSE], 89.5%), and support was high across all demographic categories of parents. All specific sexuality education topics received majority support (53.0%-95.8%), even those often viewed as controversial. Parents believed most topics should first be taught during the middle school years. Parents held slightly more favorable views on the effectiveness of CSE compared to abstinence-only education, and these views were strongly associated with support for CSE (odds ratio [OR](95%CI) = 4.11). **CONCLUSIONS:** The data support a broader, more parent-empowered approach and perspective, and actual sexuality education content is currently taught in the majority of public schools. In light of broad parental support for education that emphasizes multiple strategies for prevention of pregnancy and sexually transmitted infections (including abstinence), parents should be encouraged to express their opinions on sexuality education to teachers, administrators, and school boards regarding the importance of including a variety of topics and beginning instruction during middle school years or earlier.

**KEY WORDS:** parents—attitudes to sexual

**La frattura tra il desiderio di educazione sessuale a scuola espresso dai genitori e qualità dei programmi offerti ai ragazzi**

34

Parenting practices, parents' endorsement of daughters' risks, and alcohol and sexual behaviors of urban girls.

**O'Donnell L, Stovon A, Green K, Walco G, Auerbach S, Ben-David A, Wilson-Simmons B**

Health and Human Development Program, Education Development Center, Inc., Boston, Massachusetts 02445, USA, hhd@edc.org

**OBJECTIVE:** In urban, economically distressed communities, high rates of early sexual initiation combined with alcohol use place adolescent girls at risk for unwanted health consequences. This article reports on the extent to which parents of young teens understand their role in their daughters' decisions and behaviors. **METHOD:** Surveys were conducted with more than 100 urban girls and their parents, recruited from across four years (six schools) during two waves. **RESULTS:** Our multivariate analysis revealed significant relationships among parents' practices and perceptions of daughters' risks, girls' reports of parenting, and outcomes of girls' alcohol use, binge and peer drinking, and heterosexual contacts and sexual behaviors that typically precede sexual intercourse. **CONCLUSIONS:** Although only four parents thought their teen daughters had used alcohol, 23% of the daughters reported drinking in the past year. Approximately 1% of parents thought their daughters had engaged and missed a line for a long time on not being able to use their boys, whereas 19% of girls reported these behaviors. Parents' endorsement of risk was correlated with lower reports of positive parenting practices for daughters. In multivariate analysis, girls' reports of parental overprotection, rules, and disapproval of risk are associated with all these behavioral outcomes. **KEY WORDS:** parenting practices are associated with girls' alcohol and heterosexual behaviors, but not with their alcohol use. **CONCLUSIONS:** Creating greater awareness of the early onset of risk behaviors among urban adolescent girls is important for increasing effective parenting practices, which in turn may help parents to support their daughters' choices.

**KEY WORDS:** parents—attitudes to sexual

**I genitori sottostimano in modo drammatico i comportamenti a rischio delle figlie: alcool: 4 vs 22%- uso; rapporti 5% vs 38% attive**

**Aumentare la loro consapevolezza sui rischi dei figli è essenziale per promuovere comportamenti educativi adeguati**

35

Parent adolescent relationship education (PARE) program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STIs.

**Lindhorst TP, Chan W, Roberts-Lacey C**

University of Texas Health Science Center, Galveston, TX 77550-1226, USA, rhl@utmsd.edu

The first author recruited parent-adolescent dyads (N = 192) into after-school prevention education groups at public schools in southeast Texas. The author paired participants in either (1) an intensive program (IP) in which they roleplayed, practiced resistance skills, and held parent-child discussions or (2) an Attention Control Program (ACP) that used the same curriculum but was delivered in a traditional, didactic format. Questionnaires administered at the beginning and end of the 8-session program and again after booster sessions in 3 additional months provided measures of social controls (ag, communication with parents) and self-control (eg, protection against risk) on the youths' sexual health behaviors. Linear mixed models adjusted for gender, age, and ethnicity showed that the IP, in comparison with the ACP, enhanced youths' gains in social control by increasing parental rules about having sex and other risky behaviors and also enhanced youths' self-control by increasing their knowledge about prevention and enhancing resistance responses when pressured to have sex.

**KEY WORDS:** parents—attitudes to sexual

**L'educazione sessuale nella diade genitore-figlio è molto più efficace del programma educativo didattico scolastico tradizionale**

36



**Report the "big talk": the role of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics**

Wentz SL, Elliott MN, Catania A, Kannan GJ, Schetter ME

Child Psychol Psychiatr 2008; 49(12): 1442-9

**OBJECTIVE:** Most studies of parent-adolescent communication about sexuality focus on the frequency of communication without disentangling between the breadth of topics covered and repetition. The goal of this study was to assess the independent influence of breadth and repetition of sexual discussion on adolescents' perceptions of their relationship and communication with their parents. **DESIGN:** Data come from 212 adolescents who, along with their parents, were invited to participate in a randomized, controlled trial for a website-based intervention designed to improve parent-adolescent sexual communication. Adolescents completed surveys before the intervention (Time 1) and at 3 weeks, 3 months, and 6 months after the intervention (Time 2, 3, and 4, respectively). At each survey, adolescents reported whether they had discussed each of 22 sex-related topics with their parent. Breadth was defined as the number of topics discussed for the full time between Time 1 and 4, and repetition was defined as the number of previously discussed topics repeated during that period. **RESULTS:** Adolescents whose sexual communication with their parents increased more frequently fell closer to their parents, but were able to communicate with their parents in general and about sex specifically, and perceived their discussions with their parents about sex occurred with greater openness than did adolescents whose sexual communication with their parents included less repetition. Breadth of communication was associated only with the perceived ease of parent-adolescent sexual communication; adolescents who discussed more new topics with their parents between Time 1 and 4 felt that their sexual discussions occurred with greater openness than did adolescents who discussed fewer topics. **CONCLUSIONS:** Clinicians may need to advise parents about the value of the using sexual topics repeatedly with their children, because this may provide parents an opportunity to reinforce and build on what they have taught their children and provide children the opportunity to ask clarifying questions as they attempt to put their parents' sexual education into practice.

doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x

Oltre i grandi discorsi: importanza della ampiezza argomentativa e della ripetizione nella comunicazione genitori-figli sulla sessualità

37

## Il futuro educativo

Formazione dei genitori  
sul fronte dell'educazione sessuale  
anche mediante programmi appositi  
radiofonici o televisivi  
nel frattempo: [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)

38

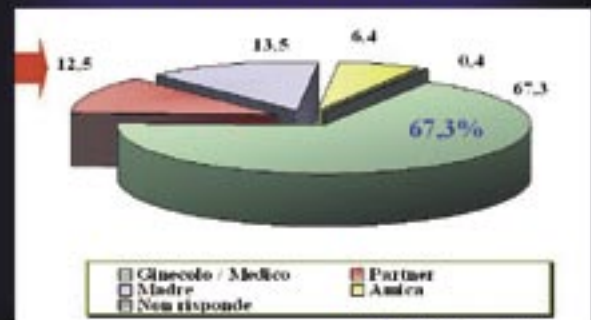
## L'omissione educativa

Il Partner è stato poco coinvolto nelle campagne di educazione contraccettiva

A. Graziottin, 2008

39

CON CHI PARLANO DI CONTRACCETTAZIONE, LE GIOVANI UTILIZZATRICI DI PILLOLA  
n= 600 tra i 15 e i 24 anni

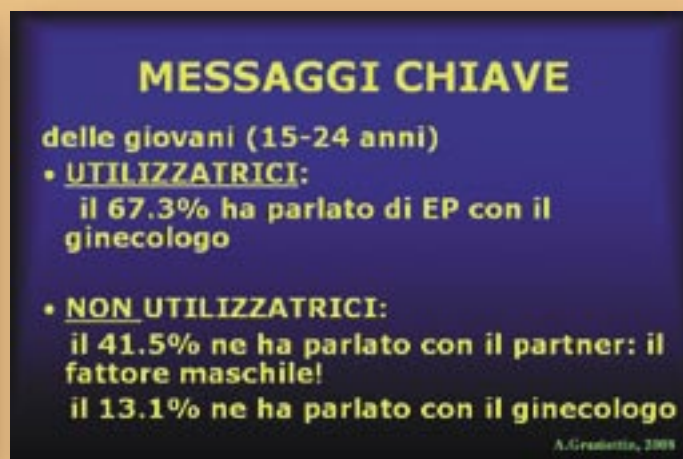


Ennio Beghini, 2003

40

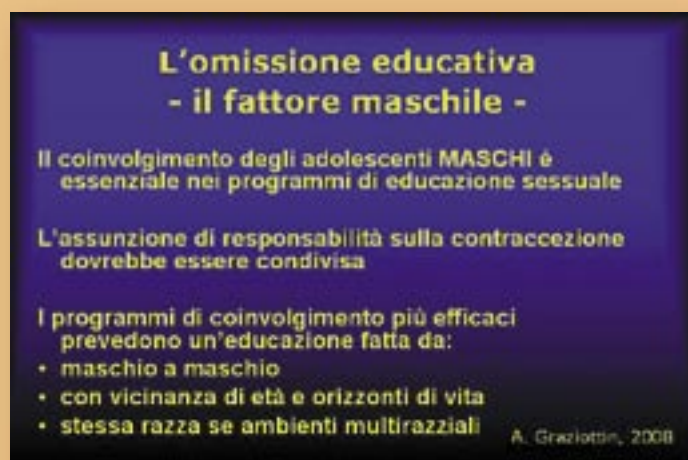


41



42

43



44



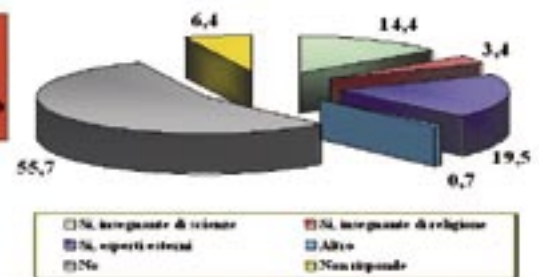
## Omissioni educative

Scuola/insegnanti  
e contraccezione

45

## LE UTILIZZATRICI HANNO FREQUENTATO LEZIONI DI EDUCAZIONE SESSUALE?

NO!  
55,7%

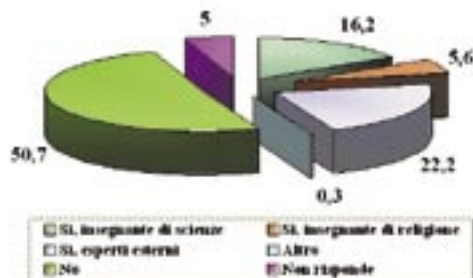


Emilia Degennaro, 2002

46

## LE NON UTILIZZATRICI HANNO FREQUENTATO LEZIONI DI ED. SESSUALE?

NO!  
50,7%



Emilia Degennaro, 2002

48

## La verità dolorosa

Gli indicatori di efficacia dell' impatto degli interventi di educazione sessuale a scuola sulla scelta contraccettiva- dicono che l'impatto è NULLO, con un trend verso l'effetto NEGATIVO (55,7% vs 50,7%)

Necessità: che gli esperti – a scuola – riesaminino gli effetti di quello che dicono... per migliorare la qualità e l'efficacia della comunicazione, specie emotiva, con appropriati indicatori di efficacia

A. Graziottin, 2008



## Fattori predittivi di rischio di gravidanza nelle adolescenti

- Povertà (il più forte in assoluto)
- L'essere stati bambini/adolescenti in affido
- Figli di madri adolescenti
- Insuccessi scolastici
- Insoddisfacente passaggio dalla scuola al lavoro a 16 anni
- Vittima di abuso sessuale
- Problemi di salute mentale
- Crimini

Tripp J. & Viner R. BMJ, 330: 590-593, 2005

## Fattori protettivi nei confronti di gravidanze indesiderate

- Relazioni di qualità in famiglia e a scuola
- Relazione stabile e protratta con un partner
- Forti sentimenti religiosi

Tripp J. & Viner R. BMJ, 330: 590-593, 2005

49

50

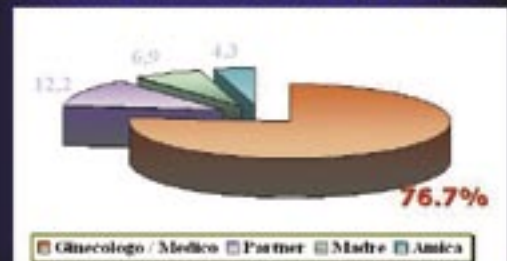
51

## L'omissione educativa

### Il Ginecologo e la donna

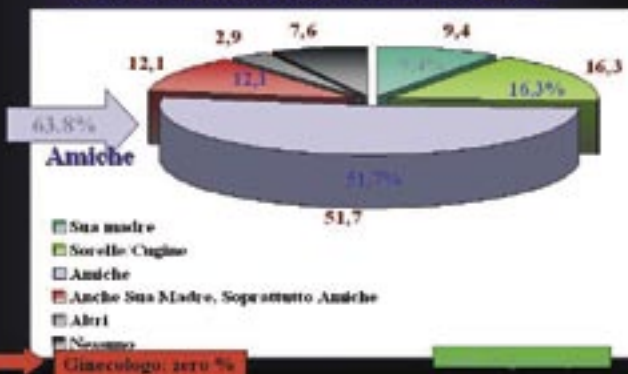
52

## CON CHI SCELGONO IL METODO CONTRACCETTIVO n=914 donne utilizzatrici tra i 15 e i 45 anni



## CON CHI PARLANO DI SESSUALITA'

n=914 donne tra i 15 e i 45 anni



53

## MESSAGGI CHIAVE

La comunicazione sulla contraccezione non può essere scissa dalla sessualità:

- il 76.7% sceglie il contraccettivo con il ginecologo
- il 61.8% parla di sessualità con amiche e madre
- lo 0.0% ne parla con il ginecologo

A. Cavalletto, 2008

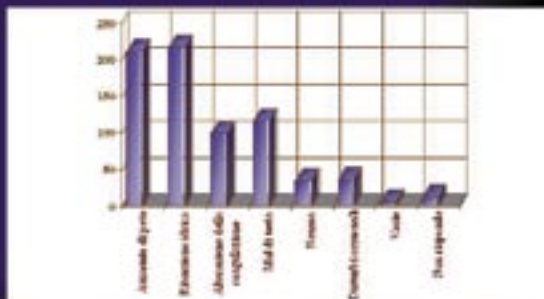
54

## EFFETTI COLLATERALI CONOSCIUTI

n=914 donne tra i 15 e i 45 anni

il 22% teme gli aumenti di peso

il 22,8% teme la ritenzione idrica



Emilia Degenerato, 2002

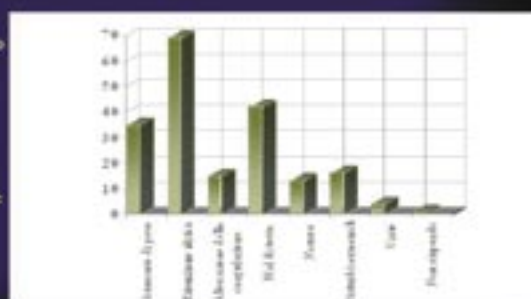
56

## EFFETTI COLLATERALI SUBITI

n=914 donne tra i 15 e i 45 anni

In realtà solo il 4% ha aumento di peso

e il 6,7% ha ritenzione idrica



Emilia Degenerato, 2002

## MESSAGGI CHIAVE

**La discussione degli effetti collaterali (EC) è centrale:**

- il 4.0% ha > di peso contro il 22% che lo teme
- il 6.7% ha ritenzione idrica vs il 22.8%
- il 60.5% delle non utilizzatrici teme gli EC

Utilizzare pillole che ottimizzano effetto sul peso e non danno ritenzione idrica perché contengono drospirenone, che ha azione lievemente diuretica

57



58

## Cosa accade quando una donna interrompe il contraccettivo orale?

- 42% interrompe senza consultare il suo medico
- 19% interrompe senza scegliere un altro metodo contraccettivo
- 69% sceglie un metodo contraccettivo meno efficace

Rosenberg M.J. et al. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:577-581.

59

## Contracezione e IVG.1

- N=500 donne che hanno effettuato IVG c/o Ia Clinica Ginecologica, Università La Sapienza, di Roma
- 49.4% = coito interrotto
- 34.8% = nessun metodo ← **84.2%**
- 19.0% = IVG precedenti

↳ Uso occasionale e inconsistente di CI, contraccettivi orali e condom

Bastianelli et Al. 1996, 48: 359-363

60

## Omissioni educative

La realtà mostra un **abbassamento dell'età** del primo rapporto, specie in un gruppo di adolescenti ad alto rischio psicosociale

E' urgente ricreare una **cultura contraccettiva**, amica della libertà ma anche del senso di responsabilità verso se stessi e il/la partner

[www.alessandragraziottin.it](http://www.alessandragraziottin.it)

61

## Conclusioni 1

- Le omissioni educative sono trasversali.
- La famiglia deve tornare in primo piano nell'educazione sessuale dei figli
- La scuola può promuovere educazione sui genitori e sui figli
- I media possono agire positivamente sulla consapevolezza e l'educazione

Le Istituzioni devono riassumersi la responsabilità di promuovere e coordinare l'educazione sessuale in Italia

62

## Conclusioni 2.

Trasmissione del sapere verticale e tra pari: purché affidabile

- Condividere l'aggiornamento sulla contraccezione con un dialogo aperto
- andando *insieme* adulti e ragazzi, su siti affidabili
- [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it) può costituire la base per un dialogo fondato su conoscenze sicure, corrette, facili da acquisire e *condivise*

63



Cammina  
con passo leggero  
perché  
è sui miei sogni  
che cammini

W. B. Yeats

Parlare di contraccezione e prevenzione MTS  
è parlare d'amore

64



## Vulnerabilità nelle donne non italiane: G1, G2 e oltre

### **ABDULCADIR OMAR**

Coord. Naz. delle Comunità Straniere in Italia

### **LUCREZIA CATANIA**

Resp. Ricerca Centro di Rif. Regionale  
Prevenzione e Cura delle complicanze legate  
alle Mutilazioni dei Genitali Femminili

### **JASMINE ABDULCADIR**

Medico Specializzando in Ginecologia e  
Ostetricia, Firenze

### **DALMAR ABDULCADIR**

Univ. di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia

In Italia sono presenti circa 3 milioni e mezzo di immigrati, e il numero è in costante aumento. Nel mio intervento mi concentrerò particolarmente su quelli di seconda generazione: sono 660.000 coloro che vivono in Italia fin da bambini o nascono nel nostro Paese. Le prime cinque comunità di immigrati sono costituite da persone che provengono, nell'ordine, da: Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina. Delle 188.047 immigrate da Paesi a tradizione escissoria presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno (luglio 2006), si ipotizza che 93.809 abbiano subito mutilazioni genitali femminili (MGF). L'entità del fenomeno non è però pienamente compresa per il numero non esattamente accertato di donne clandestine.

Le donne immigrate in Italia sono per la maggior parte giovani sane, che vengono per lavorare o per ricongiungersi ai propri familiari o per fuggire ad una realtà di guerra o povertà. Possono stabilirsi in territorio italiano oppure passare, dirette verso altri paesi d'Europa. Pur non essendo malate all'arrivo nel nostro Paese di solito, vari fattori influenzano il loro stato di salute: le condizioni socio-economiche, lo sradicamento culturale, il livello di integrazione e di accesso ai servizi socio-sanitari; ecco perché le loro condizioni di salute diventano più vulnerabili. Esistono variabili correlate a questa vulnerabilità tra cui, in particolare, la cultura del paese d'origine, la durata dell'esperienza migratoria, la particolare congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione e la dimensione della comunità immigrata d'appartenenza. Da ciò dipendono il comportamento della

donna e del suo nucleo familiare e il livello di apertura e integrazione alla società di accoglienza. Tra le cause di vulnerabilità vanno aggiunte anche la lingua e le condizioni abitative e di vita e infine i possibili fenomeni di stigma e di emarginazione.

Integrare significa da un lato innalzare il livello di istruzione di queste donne, dall'altro favorire l'inserimento scolastico dei minori per promuovere la partecipazione alla vita del Paese. Più elevato è il livello di integrazione, maggiore è la propensione ad abbandonare pratiche tradizionali condannate nei Paesi di accoglienza. Le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari sono dovute alla carenza di informazioni e di collegamenti con strutture sanitarie, alle difficoltà di rapporto con gli operatori degli sportelli, a ostacoli burocratici, alla mancanza di reti tra Servizio sanitario nazionale e associazioni di volontariato, alla carenza di personale socio-sanitario multilinguistico e alla scarsità di mediatori culturali. Tutto ciò porta ad una non corretta comunicazione medico-paziente. Ne derivano incomprensione, irritazione e insofferenza e ripercussioni sulla qualità della presa in carico e della soddisfazione della paziente immigrata, quindi sulla salute riproduttiva della donna (spesso inizialmente giovane e sana), che dovremmo seguire dall'infanzia fino alla senescenza per le varie possibili patologie organiche, funzionali e psicologiche.

In Toscana, la Regione da dove vengo, stiamo affrontando due problemi cruciali: l'IVG fra le donne straniere e l'alto tasso di recidive e le mutilazioni genitali femminili (MGF). Si è rilevata la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza con azioni mirate. Gli obiettivi che ci prefiggiamo sono: accoglienza, informazione, educazione, comunicazione efficaci. Molto importanti sono anche il potenziamento dei consultori e l'invio al consultorio di riferimento anche dopo l'interruzione volontaria di gravidanza, la prevenzione e riabilitazione delle mutilazioni (deinfibulazione) e la definizione di una rete tra il Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e cura

delle MGF, ospedali, consultori regionali, associazioni. Tra i nostri obiettivi vi sono anche la formazione di personale sanitario, la presenza di mediatori culturali formati sulla contraccezione e le MGF, la produzione di indagini sulla qualità dell'assistenza rispetto ai bisogni per ulteriori azioni future. Intendiamo diffondere modulistica multilingua, prendere in carico la donna portatrice di mutilazioni, favorire l'invio attivo al controllo post-IVG e il percorso di acquisizione delle competenze sulla contraccezione al momento dell'IVG e implementare l'informazione sulla contraccezione. Il progetto della regione Toscana è intitolato "Conoscere per prevenire". Il Centro di Riferimento per la Prevenzione e la Cura delle Complicanze legate alle MGF da anni è impegnato nella promozione della salute delle donne immigrate e dei loro bambini e nel trattamento delle complicanze delle MGF. Ci occupiamo di donne infibulate, della loro riabilitazione e delle complicanze che derivano da queste pratiche in particolare attraverso la deinfibulazione. Tra il 2000 e il 2007 tra le varie attività abbiamo raggiunto una notevole riduzione di inutili tagli cesarei in donne con infibulazione, eseguito 120 deinfibulazioni, ci siamo occupati di problemi legati all'infertilità e dell'educazione sessuale delle giovani. Contraccezione e prevenzione dell'IVG e delle malattie a trasmissione sessuale sono al centro del nostro interesse. Sebbene nella nostra regione tra il 2004 e il 2007 ci sia stata una netta flessione delle IVG (una riduzione del 5,86%), occorre sottolineare l'aumento del ricorso all'IVG come metodo contraccettivo tra le immigrate. Le nazionalità tra cui è più diffusa sono quella rumena, albanese e cinese. Ciò è dovuto alle limitate conoscenze sui metodi contraccettivi. Tuttavia nell'interpretare tali dati va tenuto presente che il tasso di abortività volontaria è collegato al numero di concepimenti, che tra le donne straniere dal 2001 al 2006 è aumentato del 77%. Persistono miti e false credenze riguardo agli effetti della contraccezione ormonale sulla salute, le donne spesso

esagerano i rischi e sottostimano i benefici della pillola. È importante considerare la provenienza delle donne e la loro storia: ad esempio alcuni interessanti studi riportano che in Egitto i tre quarti delle donne credono che la pillola causi debolezza. In Francia la pillola è il metodo più usato, con alti livelli di soddisfazione, tuttavia la preoccupazione per gli effetti collaterali è ancora la prima causa di interruzione. Manca la percezione del rischio correlato al mancato utilizzo della pillola e all'attività sessuale promiscua non protetta; è quindi necessario migliorare il counselling per aumentare l'adesione al trattamento contraccettivo specialmente nelle nuove generazioni. Inoltre la donna straniera risulta più vulnerabile anche alla recidiva di IVG. Dobbiamo quindi spiegare, con un linguaggio ed una didattica comprensibili per tutti, come usare la pillola in maniera efficace e corretta. La comprensione aumenta la capacità di aderenza al metodo e quindi favorisce un uso corretto. Un altro problema emergente è l'aumento della sterilità di coppia tra gli immigrati. I motivi sono diversi: innalzamento dell'età media della prima gravidanza anche tra le immigrate (nei paesi di origine a 18/20 anni sono già madri), fattori di rischio (MGF e infezioni croniche) e desiderio di avere una famiglia numerosa (perché non si accontentano di avere solo due figli). Nel centro antiviolento sui minori di Careggi è stato infine riportato un aumento anche del numero di donne immigrate che si rivolgono alla struttura per fare denunce. Per quanto riguarda la vulnerabilità della seconda generazione (G2), i bambini che nascono e crescono in Italia si trovano spesso schiacciati tra due culture, quella del Paese dove vivono e quella della famiglia. È possibile che manchi un'identità culturale e di genere e che nascano scontri, conflitti e incomprensioni tra G1 e G2 o tra G2 e il Paese ospitante. Nelle scuole talvolta le bambine possono essere stigmatizzate, discriminate, basti pensare alla mutilazione dei genitali femminili o al velo. Il rischio è quello dell'esclusione sociale.



Ogni comunità è inoltre diversa. Nella popolazione cinese e filippina, per esempio, i bambini ancora piccoli vengono riportati nel paese di origine e vi rimangono fino all'età scolare, per cui acquisiscono la lingua e le tradizioni, per poi tornare in Italia. Ciò non accade invece per i paesi in cui esiste la guerra, come la Somalia.

I ragazzi di origine somala crescono di solito nel paese europeo arrivando all'età adolescenziale, momento in cui non raramente si determina uno scontro forte, per cui vengono riportati in Somalia per educarli e riportarli alla tradizione dei padri.

È molto importante sottolineare come la seconda generazione costituisca una preziosa risorsa: parlano italiano, acquisiscono la cittadinanza italiana, fanno da tramite per la traduzione, la comunicazione, il passaparola. E la seconda generazione è fautrice del cambiamento culturale all'interno del nucleo familiare. In assenza di fratture, è una risorsa per la famiglia e per la società. La soluzione è una famiglia forte che trasmetta valori universali e incoraggi l'istruzione, grazie anche a un rapporto forte famiglia-scuola. È importante insegnare ai giovani il rispetto dei valori umani fondamentali che trascendono le singole ideologie e culture, discutere sui valori controversi riguardo comportamenti e scelte sessuali, in un'ottica pluralistica e rispettosa delle diversità, ed educare i giovani ai valori della democrazia, della legalità, della parità tra i sessi.

Un problema che non si deve tralasciare è il conflitto inevitabile tra i messaggi di libertà sessuale delle società occidentali e i valori inculcati in famiglie immigrate da paesi in cui il comportamento sessuale è regolato da norme religiose/sociali. Paesi dove il requisito fondamentale per il matrimonio è la verginità e il valore della donna è basato sulla sua castità sessuale (educazione repressiva, diversa libertà tra maschio e femmina, divieti e tabù, matrimoni precoci e forzati, MGF). In proposito abbiamo condotto ricerche su giovani donne che da

bambine erano state mutilate nel Paese di origine ma che erano poi cresciute in paesi occidentali in cui i significati delle MGF sono radicalmente opposti e negativi; è emerso, in accordo con altri autori, che i messaggi negativi dei media sulla "sessualità distrutta per sempre" e la stigmatizzazione sociale possono provocare disfunzioni sessuali, una sorta di seconda infibulazione mentale/psicologica per via di cattive aspettative sul piacere sessuale, sentimenti negativi sulla propria immagine corporea e critica sociale.

In questi anni abbiamo ottenuto un cambiamento culturale importante: al nostro centro di Careggi le giovani donne infibulate, anche non sposate, hanno deciso di propria iniziativa di essere deinfibulate.

Oltre alla contraccezione, le IVG, le MGF, le malattie a trasmissione sessuale, la gravidanza e il parto, anche per la donna immigrata un altro aspetto importante da considerare è quello della menopausa: tra le donne africane e arabe la menopausa è da un lato una fase naturale della vita e non una malattia, dall'altro uno status che gode di alta considerazione sociale, tanto che la donna in postmenopausa con molti figli ha un'autorità superiore rispetto alle mogli più giovani. Nei paesi occidentali la percezione della menopausa e l'attribuzione dei sintomi ad essa connessi possono variare in rapporto all'origine etnica e al Paese ospite. In occidente i sintomi sono maggiormente percepiti come disturbi.

In conclusione, quello che dobbiamo sviluppare è l'accoglienza perché la paziente immigrata si senta fiduciosa e "in buone mani"; la conoscenza delle diverse culture, perché si senta compresa e capita; la competenza per potersi comportare efficacemente e correttamente. È importante agire senza giudicare, comprendere le necessità di queste donne ed evitare l'incomunicabilità che ostacola la promozione sanitaria e culturale.

CONFERENZA STAMPA - DIBATTITO

**POLITICHE PER UN CONTRASTO ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA NELLE DONNE A RISCHIO**

Roma, 9 giugno 2008 - 9.30 -13.30

Biblioteca del Senato "G. Spadolini" - Sala degli Atti parlamentari  
Piazza della Minerva, 38

Senato della Repubblica

DIAPPOSITIVA 1

**VULNERABILITA' NELLE DONNE NON ITALIANE G1, G2 E OLTRE**

*Abdulcadir Omar*

Roma, 9 Giugno 2008

2

In Italia: 3,5 milioni di immigrati  
454.000 nuovi arrivati nel 2007

102 nazionalità e 150 lingue  
→ 49,9% degli immigrati in Italia sono donne

**> 660.000 stranieri di "seconda generazione"**

Prime cinque comunità presenti	n
Romania	640 mila
Albania	400 mila
Marocco	370 mila
Cina	160 mila
Ucraina	135 mila

*(Dati Istat al 31 gennaio 2008)*

3

♀ con MGF (dimensione del problema)

Delle 188.047 immigrate da Paesi a tradizione escissoria presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno (luglio 2008), si ipotizza che **93.809** abbiano subito MGF di cui:

- 409 bambine sotto 14 anni
- 3.535 bambine dai 14 ai 18 anni
- 62.710 donne dai 19 ai 40 anni (la fascia delle madri)
- 26.098 le donne con oltre 40 anni (donne mature)

A questi dati si devono però aggiungere le donne clandestine

4

### La donna immigrata in Italia:



- Selezionata per salute
- Giovane, proiettata verso una nuova realtà
- Giunta per lavoro/ Ricongiungimento familiare/ Fuga
- Di passaggio, diretta verso altri paesi d'Europa/ Stabile sul territorio

Condizioni socio economiche (abitazione, alimentazione, occupazione)

Clima

↓

**SALUTE**

Sradicamento culturale

Difficoltà comunicative

Livello di integrazione

Accesso ai servizi socio sanitari

5

### Variabili correlate alla vulnerabilità della donna non italiana:

- Culturale/paese d'origine
- Durata dell'esperienza migratoria
- Caratteristiche del paese di accoglienza
- Particolare congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione
- Dimensione della comunità immigrata d'appartenenza

Influenzano

- Comportamenti della donna e del suo nucleo familiare
- Livello di apertura e integrazione in società di accoglienza
- Attaccamento alle tradizioni

• Cause di vulnerabilità della donna immigrata-non italiana

- Stato sociale ed economico
- Tipo di immigrazione
- Lingua
- Grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari
- Condizioni abitative
- Stigma ed emarginazione

6

### Valutazione del livello di integrazione

- inserimento degli immigrati nei segmenti centrali del mercato del lavoro
- innalzamento del livello di istruzione delle donne
- inserimento scolastico dei minori
- accesso ai servizi sanitari
- partecipazione alla vita del paese

**Più elevato è il livello di integrazione più elevata è la propensione ad abbandonare pratiche tradizionali condannate nei Paesi di accoglienza**



7

### DIFFICOLTA' DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI:

- Carenza di informazioni e collegamenti con strutture sanitarie
- Difficoltà di rapporto con operatori degli sportelli (CUP) e dei sanitari
- Difficoltà burocratiche
- Mancanza di reti tra SSN e associazioni (volontariato, immigrati)
- Carenza di personale socio-sanitario multilinguistico (BARRIERE LINGUISTICHE)
- Insufficienza di mediatori culturali (BARRIERE CULTURALI)
- Non corretta comunicazione medico paziente

Incomprensioni, irritazione, insofferenza

**RIPERCUSSIONI SULLA SALUTE**

POSSIBILITA' DI FISSARE APPUNTAMENTI E RISPETTARLI, COMPLIANCE, QUALITA' DELLA PRESA IN CARICO, SODDISFAZIONE DELLA PAZIENTE




8

Ripercussioni sulla salute riproduttiva della donna  
(gravidanza, controllo nascite, contraccezione, programmi di screening)

- ❖ Infanzia
- ❖ Pubertà
- ❖ Età Fertile
- ❖ Transizione Menopausale
- ❖ Senescenza

Violenza sessuale



Patologie organiche  
Patologie funzionali  
Disturbi psicologici



9

## Problemi cruciali di vulnerabilità in Toscana

- 1) IVG fra le donne straniere e alto tasso di recidive
- 2) MGF e relativi problemi connessi alla riabilitazione (deinfibulazione) e alla prevenzione (bambine a rischio)



Necessario miglioramento della qualità  
dell'assistenza con azioni mirate e di rete  
con il Centro di Riferimento Regionale MGF

10

11

## OBIETTIVI IN TOSCANA

- Accoglienza, Informazione, Educazione, Comunicazione EFFICACE
- Potenziamento dei consultori
- Invio al consultorio di riferimento per il controllo post IVG dal presidio ospedaliero
- Prevenzione e riabilitazione MGF
- Definizione di una rete tra CRR per le MGF, ospedali, consultori regionali, associazioni
- Formazione personale sanitario
- Presenza di mediatori culturali FORMATI sulla contraccezione e le MGF (colloquio competente)
- Indagini sulla qualità dell'assistenza rispetto ai bisogni per ulteriori azioni future



12

Comunicazione interculturale, reti, competenza, organizzazione

Opuscoli-Modulistica multilingua, implemento presenza mediatori, mediatore su chiamata, inter-

Preso in carico donna MGF e delle sue figlie (cura, riabilitazione, prevenzione)

### FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E MEDIATORE CULTURALE

Invio attivo al controllo post-IVG, percorso di acquisizione delle competenze sulla contraccezione al momento dell'IVG. Implemento dell'informazione sulla contraccezione e le MGF attraverso mediatori, associazioni, incontri





Centro di Riferimento Regionale  
per la Prevenzione e la Cura delle  
Complicanze Legate alle Mutilazioni  
Genitali Femminili

- **Conoscere per prevenire:**  
progetto di miglioramento della  
qualità dell'assistenza erogata alle  
utenti straniere che hanno subito  
**MGF** e alle utenti straniere che  
accedono al percorso **IVG**

13

Centro di Riferimento per la Prevenzione  
e la Cura delle Complicanze delle MGF

- **Promozione salute donne immigrate e  
loro bambini (coinvolgimento partner)**
- **Trattamento delle complicanze delle MGF**
- **Prevenzione delle MGF**
- **Ricerca scientifica**





Centro di Riferimento Regionale  
per la Prevenzione e la Cura delle  
Complicanze Legate alle Mutilazioni  
Genitali Femminili

L. CAVALI - D. FRISCI

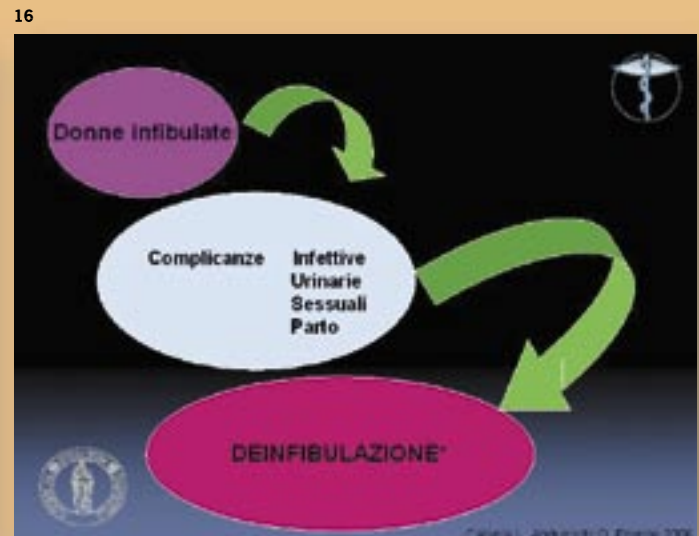
14

- **DEINFIBULAZIONE=**  
**RIABILITAZIONE (a una  
vita normale)**
- **Contracezione e  
Prevenzione IVG e MTS**
- **Follow-up prenatale**
- **Strategie di parto in donne  
con MGF**
- **Cure post partum**
- **Screening**
- **Ricerche scientifiche/Tesi  
universitarie/Collaborazione  
nazionale e internazionale**
- **Corsi formazione e Lezioni a  
studenti di medicina,  
specializzandi e medici**



Abdulcadir O. Frischi 2009

15



16

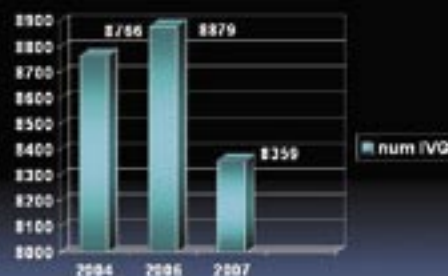
**RESULTATI RAGGIUNTI:  
(2000-07)**

- 120 deinfibulazioni
- Riduzione di inutili tagli cesarei in donne con infibulazione
- Soluzione di problemi sessuali e di infertilità connessi a MGF
- Educazione sessuale, soluzione di problemi ginecologici in giovani donne infibulate



17

**Numero IVG in Toscana 2004-2007: netta flessione nel 2007 con riduzione del 5,86% (-520 interventi)**



18

- In Toscana il ricorso all'IVG come metodo contraccettivo è in aumento tra le immigrate

Nazionalità	2004	2006
Rumena	8,44%	9,84%
Albanese	3,61%	4,29%
Cinese	2,86%	3,87%



Limitate conoscenze sui metodi contraccettivi

19

Il tasso di abortività va collegato al numero di concepimenti!

- Aumento popolazione di donne straniere = Aumento numero di concepimenti  
2001: 39.496 concepimenti tot di cui 14,6% donne straniere
- 2006: 44.731 concepimenti di cui 23% donne straniere
- Da 5.767 a 10.213 concepimenti, con un aumento del 77% tra le straniere
- Da 33.729 a 34.518 concepimenti, con un aumento del 3% circa tra le Italiane

20



- ❖ Persistenza di **miti e false credenze** riguardo agli effetti dei C.O. sulla salute
- ❖ Le donne spesso esagerano i rischi e sottostimano i benefici della pillola
- ❖ False convinzioni derivano dalla scarsa conoscenza, dalla mancanza di informazione, o da dicerie che non sono dimostrate scientificamente
- ❖ **Erronee credenze causano paure nei confronti dell'uso della pillola, portando la donna a preferire altri metodi contraccettivi o a non usarne nessuno.**

Lee and Jozewski, 2007 Page 10, April 2007

21

### Review di 28 studi su atteggiamento delle donne verso la contraccezione orale Lee, Jozewski, 2007 (studi non sperimentali)

percezione degli effetti positivi e negativi

Autore	N° soggetti, paese	Risultati
DeClerque et Al, 1986	3190 Egitto	% delle donne credono che la pillola causi "debolezza"
Ogawa and Retherford, 1991	2888 Giappone	Uso raro della pillola tra donne sposate che usano metodi contraccettivi (<1%)
Panitchpakdi et Al, 1993	600 Birmania	Donne fortemente spaventate dall'uso di C.O.
Condon et Al, 1995	145 Australia	Per molte donne la pillola non ha influenza sul benessere. Il 73% ha paura della pillola

22

23

Autore	N° soggetti, paese	risultati
Knodel et Al, 1995	538 Vietnam	Chi ha fatto uso di C.O. ha un atteggiamento più positivo di chi non ne ha fatto uso. Prevalenza di paure per gli effetti collaterali
Murphy et Al, 1995	995 U.S.A	<b>La maggior parte delle donne sono scettiche o hanno un'errata percezione di rischi e benefici O.C.</b>
Farsoun et Al, 1995	240 Giordania	Prevalgono dicerie ("rumors") e concezioni erranee
Fuchs et Al, 1996	1201 Germania Francia UK	I C.O. sono il metodo più utilizzato, tuttavia le donne sentono la necessità di migliorare il regime di trattamento. Poche donne conoscono i benefici non contraccettivi

24

Autore	N° soggetti, paese	risultati
Forman et Al, 1997	205 USA	65% ritiene che gli O.C. non dovrebbero essere disponibili over the counter per i potenziali effetti collaterali
Tessier and Pelport, 1997	335 Islanda	Le donne non hanno una chiara percezione dei rischi e benefici del C.O. per la salute. Tuttavia, il 90% delle donne stima correttamente l'efficacia
Chalmers et al, 1998	917 Russia	Gli O.C. sono uno dei metodi più popolari tra chi ne fa uso (79.4%). Le donne hanno un alto livello di consapevolezza e di accettazione della pillola.
Fisher et al, 1999	1599 Canada	64% ha una migliore opinione della pillola rispetto agli altri metodi contraccettivi. Il 73% delle usere è molto soddisfatto

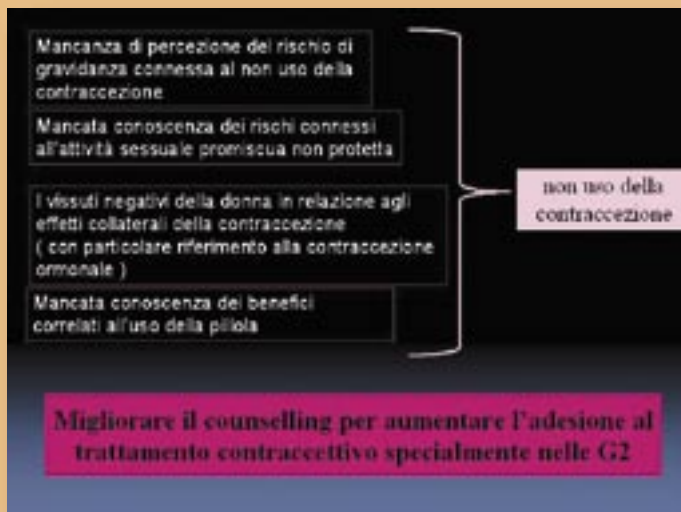
Autore	N° soggetti, paese	risultati
Kirkkola et al, 1998	788 Finlandia	La pillola è il metodo favorito ed il secondo più frequentemente usato
Kihara et al, 2001	630 Giappone	La principale ragione dell'atteggiamento negativo verso la pillola è la paura degli effetti collaterali(84%). La ragione di un atteggiamento positivo è la sua efficacia
David, 2002	167 Israele	Le donne ebraee ritengono che la pillola causi discomfort fisico, debolezza, cattiva salute
Lim and Cho, 2003	337 Corea	Più sono informate le donne sulla pillola, più sono favorevoli al suo uso

25

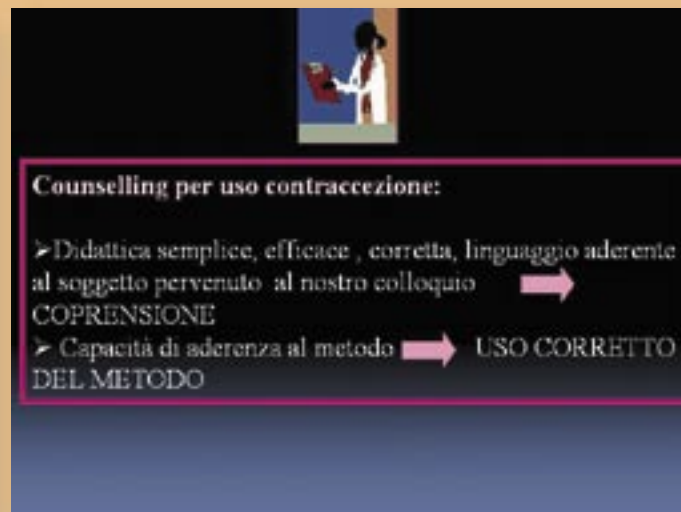
Chen et Al, 2003	509 Cina	Solo il 12% ha assunto la pillola. Di queste, il 36,7% ne ha interrotto l'uso a causa della preoccupazione per i rischi per la salute.
Eisenberg et al, 2004	1069 Minnesota	Le donne sottovalutano l'efficacia e la sicurezza della pillola. Il 55% ritiene che sia efficace in tutti i casi, solo il 42% ritiene che sia sicura per la salute.
Keravus et al, 2004	220 Turchia	Attitudine negativa verso la pillola per la paura degli effetti collaterali
Skoulay, 2004	12.138 Francia, UK, Spagna, Italia	La pillola è il metodo più usato, con alti livelli di soddisfazione. Tuttavia, la preoccupazione per gli effetti collaterali è ancora la prima causa di interruzione.
Kridl and Newton, 2005	245 Giordania	Il IUD era il principale metodo che le donne pianificavano di usare nel futuro. Il principale criterio nella scelta del metodo sono gli eff coll

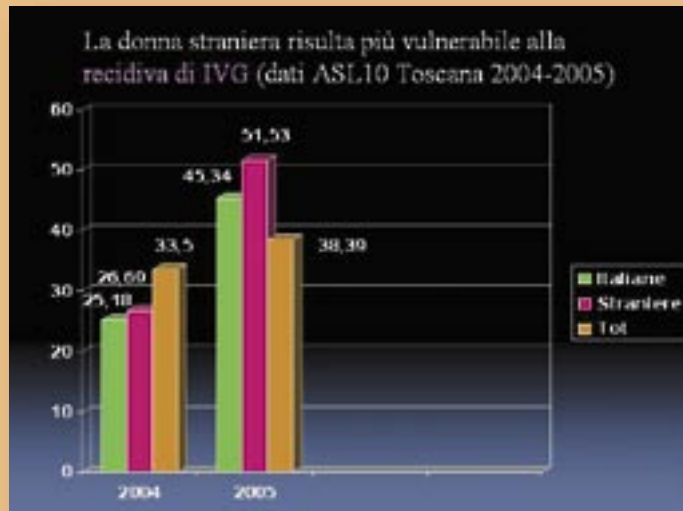
26

27



28



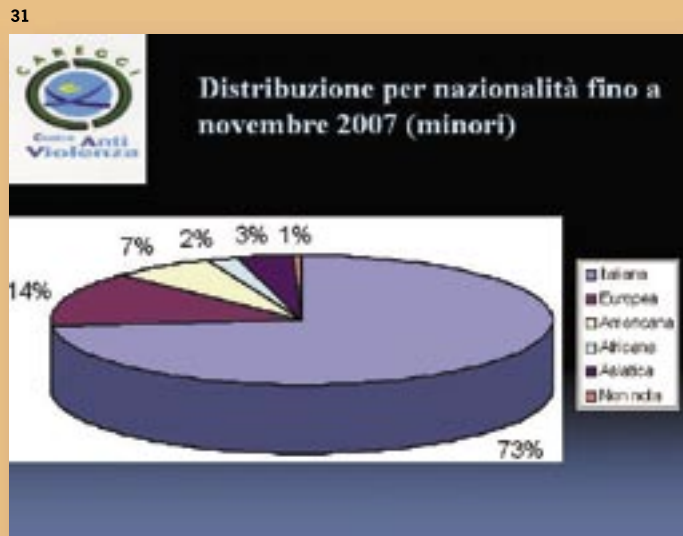


29

**Problema emergente in donna immigrata:**  
STERILITA' DI COPPIA

- Aumento dell'età media della prima gravidanza anche tra le immigrate (motivi economici)
- Fattori di rischio (MGF, infezioni croniche)
- Desiderio di famiglia numerosa

30



31

**Vulnerabilità G2**

- Mancanza di identità culturale e di genere (schiacciate tra due culture)
- Stigma, discriminazione, esclusione sociale
- Scontri, Conflitti e Incomprensioni G1-G2 o G2 e paese ospite
- Spesso G2 nata in occidente viene ri-inviata nel paese di origine (es: Cinesi, Filippine) o in paesi culturalmente vicini a quello di origine (es: Somale) durante infanzia o adolescenza

**G2 come risorsa**

- G2 come tramite tra G1 e paese ospite: tradizione, comunicazione, informazione, passaparola
- G2 fautrice del cambiamento culturale all'interno del suo nucleo familiare
- In assenza di fratture e scontri G2 = risorsa per la famiglia e per la società

La soluzione spesso è una famiglia forte che trasmette valori UNIVERSALI e incoraggia l'istruzione. Rapparto solido famiglia scuola

32



- incoraggiare i giovani al **rispetto dei valori umani fondamentali** che trascendano le singole ideologie e culture
- discutere sui valori controversi riguardo comportamenti e scelte sessuali, in una ottica pluralistica e **rispettosa delle diversità**
- **educare i giovani ai valori della democrazia, della legalità, della parità ♀-♂**

33



Conflitto inevitabile tra i messaggi di libertà sessuale delle società occidentali e i valori inculcati in famiglie immigrate da paesi in cui il comportamento sessuale è regolato da regole religiose/sociali e dove requisito fondamentale per il matrimonio è la verginità della donna e il valore della stessa è basato sulla sua castità sessuale (educazione repressiva, diversa libertà tra maschio e femmina, divieti e tabù, matrimoni precoci e forzati, MGF)

34

35

Stigmatizzazione sociale e messaggi negativi da parte dei media sulla "sessualità distrutta per sempre" nelle donne con MGF

- aspettative negative (capacità piacere sessuale)
- sentimenti negativi su propria immagine corporea
- critica sociale
- significati culturali negativi delle MGF



Sperimentazione di una seconda mutilazione:  
"Infibulazione mentale /psicologica"

**DISFUNZIONI SESSUALI**



Al CRR di Firenze negli ultimi anni abbiamo assistito ad un **cambiamento culturale importante**: giovani infibulate singole richiedono di propria iniziativa di essere deinfibulate.

36



Problemi donne immigrate: contraccezione, IVG, MGF, MST, gravidanza, parto, menopausa.

37

Donne africane e arabe in menopausa nel paese d'origine

Donne africane e arabe in menopausa nel paese ospite

• Menopausa come status: alta considerazione sociale

• Società poligamica: donna in postmenopausa con molti figli ha un'autorità superiore rispetto alle mogli più giovani

• *Menopausa è considerata una fase naturale della vita e non una malattia*

Percezione della menopausa e attribuzione dei sintomi ad essa connessi possono variare in rapporto all'origine etnica e al paese ospite. In occidente i sintomi sono maggiormente percepiti come disturbi

Geeta P, *Climacteric* 2006

38

39



In conclusione quello che dobbiamo sviluppare e curare è:

- accoglienza perché la paziente immigrata si senta fiduciosa e "in buone mani"
- conoscenza delle diverse culture, perché si senta compresa e capita
- competenza per poter agire efficacemente e correttamente



- E' importante agire senza giudicare, comprendere le necessità di queste donne, evitare l' incommunicabilità che ostacola la promozione sanitaria e culturale

40

GRAZIE



## TERZA SESSIONE **Le soluzioni possibili**

**FRANCESCO MARABOTTO** Nella strategia globale di prevenzione dell'aborto giocano un ruolo fondamentale molti attori, fra cui in primo luogo il medico di famiglia e il mediatore culturale. Sono proprio loro infatti spesso ad intercettare la persona più fragile, loro che hanno la possibilità di cogliere per tempo eventuali campanelli d'allarme, anche grazie ad una maggiore conoscenza della famiglia e del contesto culturale. Ma oltre a queste figure, anche le aziende possono garantire un apporto importante intervenendo con le loro risorse, in un'ottica di responsabilità sociale dell'impresa, a sostenere la Società scientifica nel promuovere campagne di sensibilizzazione. Abbiamo infatti già avuto modo di capire, e lo vedremo ancor meglio nel corso dei lavori, come un maggior investimento nell'educazione e nell'informazione sia assolutamente necessario.

In questa sessione non si parlerà di dichiarazioni di intenti o progetti possibili, bensì di azioni concrete, messe in campo sui diversi fronti, che ci permettono già oggi di trarre un primo bilancio e individuare le aree sulle quali intensificare gli sforzi congiunti.





# Le opportunità del Medico di Famiglia

**RAFFAELLA MICIELI**

Segretario nazionale Società Italiana  
di Medicina Generale

L'Osservatorio ha deciso di focalizzare l'attenzione su due categorie di donne, straniere e adolescenti, che sperimentano diverse difficoltà ma con comuni elementi di debolezza: entrambe presentano una scarsa conoscenza dei meccanismi biologici, entrambe mostrano evidenti lacune sulla contraccezione.

Le adolescenti in genere non si rivolgono al medico di famiglia anche se forse vorrebbero farlo, ma si sentono spesso in imbarazzo perché il medico per primo non ne parla. Se è vero che le madri sono la principale fonte di informazione per le ragazze, ritengo si tratti però di un'informazione spesso mal tarata perché inquadrata in un rapporto più amicale che genitoriale, che personalmente non condivido. Indubbiamente il ruolo del genitore è importante ma non so quanto sia corretto che entri in questi argomenti; mi sembra più utile e opportuno che l'informazione arrivi da professionisti che possiedono le necessarie competenze. L'importante è che i ragazzi trovino un punto di riferimento, perché la realtà dei dati ci dimostra come il loro livello di conoscenza sia davvero molto scarso. Il 50% delle ragazze non crede di poter rimanere incinta durante il primo rapporto e sia l'uso del condom che del contraccettivo orale decrescono man mano aumenta il numero di partner. Diciamo a questi ragazzi che esiste un consultorio e che ci si può accedere liberamente. Allo stesso tempo, sproniamo i medici di famiglia a parlare con gli adolescenti di questi temi.

Riguardo alle donne immigrate la mia esperienza come medico di famiglia a Mestre (Ve) è piuttosto ricca in quanto la nostra zona attrae molti immigrati in cerca di lavoro (fabbriche, turismo, ecc). Questo scenario mi ha portata a conoscere in maniera abbastanza approfondita soprattutto alcune etnie. Credo vada premessa una opportuna precisazione fra la prima generazione e la seconda, quella dei

figli che sono spesso già adolescenti, cresciuti nel nostro Paese ed integrati nel nostro tessuto sociale.

Nell'arco di 10 anni il numero dei pazienti extracomunitari nel mio ambulatorio è cresciuto del 20%. Nel 2006 erano poco più di 300, oggi siamo già oltre i 400 su un totale di 1.300 pazienti, quindi circa un terzo. Su 10.600 pazienti (il totale della popolazione assistita dalla nostra medicina di gruppo) le donne extracomunitarie sono il 16%. Se valutiamo la fascia d'età 15-50 anni (donne in età fertile), vediamo che la percentuale delle straniere sale al 25%. Eppure su un totale di 1.200 prescrizioni di contraccettivo ormonale nel periodo 2006/2007, le donne extracomunitarie ne usano solo il 25,5%. Analizzando le gravidanze, su uno storico di 640, quelle nelle donne straniere mostrano un evidente picco nella fascia d'età più giovane (21-30 anni), mentre le italiane rappresentano la grande maggioranza per la fascia d'età 31-40 anni. Un dato quindi che conferma il trend di età del parto sempre più avanzata per le italiane.

Le interruzioni volontarie di gravidanza di cui siamo venuti a conoscenza nella nostra popolazione sono 54, e anche in questo caso il nostro campione è fedele ai risultati della media nazionale: dai 21 ai 30 anni le IVG sono pressoché tutte di donne extracomunitarie, dato che si livella nell'età superiore, anche se in generale il numero totale è superiore nelle donne extracomunitarie.

Il problema principale che noi medici di famiglia ci troviamo ad affrontare con le donne non italiane riguarda la comunicazione. La mia esperienza è certamente limitata, in quanto mi confronto principalmente con due sole due etnie, le donne dell'est Europa (di diversi Paesi – Ucraina, Ungheria, Romania, ecc.) e le donne del Bangladesh. Le donne dell'est generalmente parlano, quelle del Bangladesh assolutamente no, quindi non si tratta solo di un ostacolo dovuto alla lingua ma di un più complesso fattore culturale.

Un altro problema davvero rilevante riguarda gli aspetti medico legali: sia quando la gravidanza viene diagnosticata in fase avanzata (e la donna vuole comunque procedere all'IVG), sia quando la donna non parla e la volontà di abortire viene espressa dal marito.

L'interruzione volontaria di gravidanza rappresenta una problematica molto difficile, soprattutto nelle donne del Bangladesh, perché da quanto ho potuto conoscere in questi anni, desiderano una famiglia molto allargata, fare molti figli e averli molto presto, ma le condizioni economiche ed igienico-sanitarie sono spesso difficili (coabitazioni, famiglie allargate, percentuale dell'80% di presenza di *Helicobacter pylori*, ecc.), per cui purtroppo l'interruzione diventa talvolta una scelta obbligata.

I problemi delle donne dell'est Europa sono invece in parte diversi perché presentano una capacità linguistica maggiore e abitudini sessuali completamente diverse, con rapporti molto precoci, spesso non protetti e, in genere, lavorano.

Quando gli immigrati si rivolgono a noi, in gran parte dei casi la causa è un problema legato alla sfera sessuale. Sono donne che vanno incontro a frequenti gravidanze, con un elevato rischio di contrarre malattie sessuali, con disfunzioni sessuali anche maschili.

Dobbiamo sforzarci di comunicare il più possibile con queste donne utilizzando vari sistemi: qualche parola d'inglese, ricorrendo a "mediatori naturali" come i figli, soprattutto

se sono già scolarizzati, ma anche i mariti, che spesso parlano in vece della moglie. Possiamo poi usare disegni o immagini anche se, ovviamente, quando l'educazione alla contraccezione avviene con questi strumenti il margine di errore aumenta in modo esponenziale.

Non sono purtroppo previsti mediatori culturali sul territorio, la medicina generale è totalmente abbandonata, pur essendo il primo punto di riferimento per queste persone. Abbiamo bisogno di qualcuno che ci aiuti a capire.

Cosa può fare il medico di medicina generale? Informare sulla contraccezione e sui rischi, educare all'utilizzo corretto dei vari metodi, fare counselling, supportare in caso di situazioni difficili, interagire con i familiari, ascoltare. Di frequente queste attività vengono già svolte, ma con i limiti evidenti che ho evidenziato: mancano i mediatori culturali, il rapporto con i consultori, il collegamento con l'ospedale. A mio avviso andrebbero previsti spazi integrati dedicati ad adolescenti e extracomunitari, in cui siano previsti medico di medicina generale, infermieri, mediatori culturali, insegnanti, ecc. Abbiamo necessità di materiali informativi tradotti nelle diverse lingue, di siti internet dedicati, ecc.

Solo questo sforzo organico e congiunto per cercare di farsi davvero carico delle reali difficoltà potrà permetterci di migliorare il livello di informazione con queste nostre pazienti più "fragili".

**POLITICHE PER UN CONTRASTO ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA NELLE DONNE A RISCHIO**

**Le opportunità del Medico di Famiglia**

Raffaella Michieli

Segretaria Nazionale SIMG

DIAPOSITIVA 1

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti 2000

**Le adolescenti**




2

3

6532 Studenti di 13-15 anni di 24 ASL in 11 regioni italiane

*Chi ti ha parlato delle modificazioni del tuo corpo legate allo sviluppo sessuale?*

Risposta	Totale %
Madre	53,5
Padre	22,8
Amici	54,5
Tv	25,9
Medico	9,2
Scuola	32,5
Sorelle/fratelli	10,8
Libro/rivista	27,4
Servizi per adulti	12,4



4

*A chi ti rivolgeresti per avere informazioni o approfondimenti sulla sessualità?*

Risposta	Totale %
Madre	38,5
Padre	21,1
Amici	49,5
Tv	5,6
Medico	17,6
Scuola	11,5
Sorelle/fratelli	15,5
Libro/rivista	22,9
Servizi per adulti	9,2



*In quale dei seguenti argomenti il liceo dovrebbe ricevere informazioni?*



Risposta	Totale %
Come e fatto e come funziona l'apparato genitale	17.2
Quali sono e come funzionano i metodi anticoncezionali	52.4
L'igiene e le MST	75.9
La gravidanza	14.8
L'aborto	28.1
La sessualità ed i suoi aspetti psicologici	59.1

5

*Pensi che una ragazza possa rimanere incinta quando ha il suo primo rapporto sessuale?*



Risposta	Totale %
Sì	53.6
No	21.2
Non so	25.2

6


**SIGNIFICANT DIFFERENCES IN BEHAVIORAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS IN SINGLES, SEQUENTIAL, AND CONCURRENT SEXUAL RELATIONS (IPS(WAVE 1,ADOLEHEALTH)-4707)**

Characteristic	Single	Sequential	Concurrent	F or $\chi^2$	p
Number of partners (mean)	1.0	2.45	3.80	1398.2	.000
Condom use based on condom use at intercourse (%)	58.3(13.5)	55.2(21.0)	47.3(22.8)	4.98	.008
Manual birth control based at first intercourse (%)	17.5(9.07)	14.4(11.4)	12.8(22.0)	2.81	.607
Manual birth control based at recent intercourse (%)	27.7(11.4)	22.9(11.8)	21.7(12.2)	2.97	.605
Alcohol					
Regret of sex involving alcohol (%)	13.7(9.08)	26.6(11.8)	30.5(22.7)	36.33	.001
Contraceptive efficacy	58.8(9.08)	50.5(11.2)	56.2(9.05)	7.11	.001

Society for adolescent medicine USA. Report 2007

7


*Ti sei mai rivolto/a ad un consultorio?*



Risposta	%
Sì	4.1
No	93.6

*Sai se esiste un consultorio nella zona dove abiti?*

Risposta	%
Sì	25.1
No	33.7
Non so	41.2



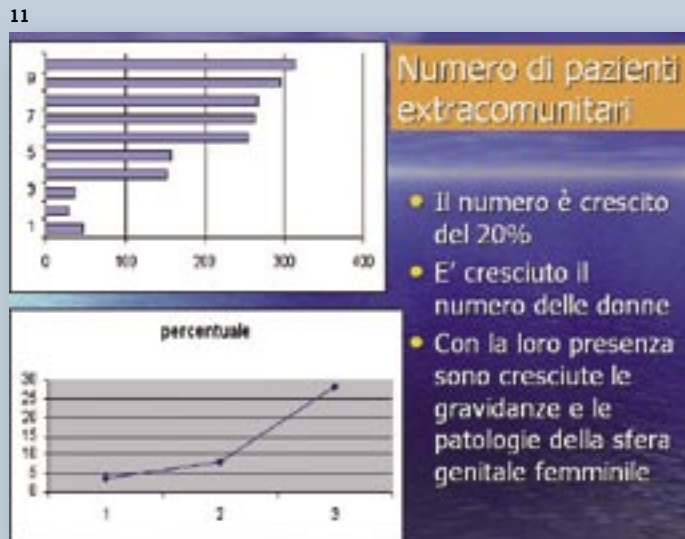
8



9



10



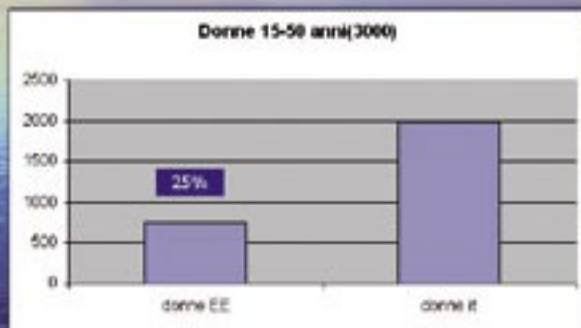
11



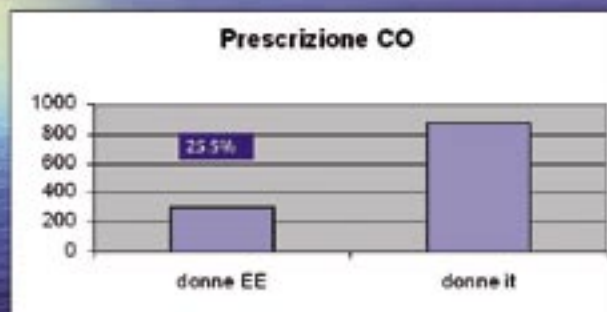
12



## Medicina di gruppo 10.600 pazienti



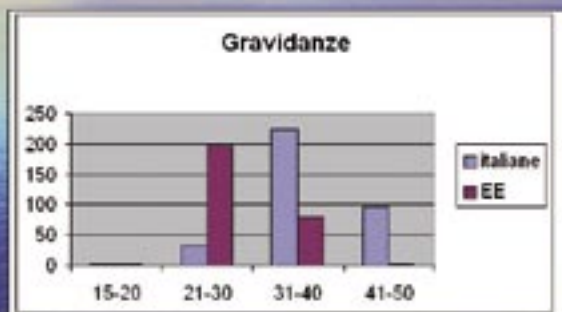
3.000 donne in età fertile  
1200 prescrizioni CO(2006/07)



13

14

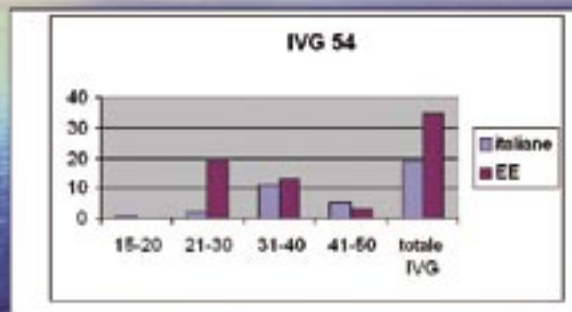
## 640 gravidanze



15

16

## Totale IVG







## Il primo approccio del medico di medicina generale con l'immigrato

17



## Problema comunicativo



- La relazione in particolare con le donne è molto difficile perché non parlano la lingua
- Perché?
  - Non vogliono loro?
  - Non vogliono i loro uomini?

18

## Come capirsi?



- Inglese
- Gestì
- Parole comuni
- Bambini
- Amici
- Immagini

19

## Problematiche particolari

- sessualità
- gravidanza
- infertilità
- contracccezione
- disfunzione erettile



20

## Difficoltà

- Differenza lingua
- Mancanza mediatori
- Mancanza materiale informativo
- Mancanza conoscenza cultura
- Presenza dei maschi



21

## IVG

- Poco insegnamento di base
- Poca conoscenza metodi contraccettivi
- Classi sociali basse
- Problemi economici
- Poco colloquio diretto con il medico



22

23

## Etnie diverse: Bangladesh

- Cultura
- Religione
- Frequente attività sessuale
- Forte senso della famiglia
- Isolamento



24

## Etnie diverse: Est Europa

- Rapporti precoci non protetti
- Alte % IVG
- Difficili rapporti con l'uomo
- Lavoro pesante



## Generazioni vecchie e nuove



- Crescita culturale
- Informazione nelle scuole
- Passaparola

25

## Compiti del MG

• **CONOSCERE per informare**

↓

**Formazione**

- Le varie forme di contraccezione
- Le loro indicazioni e controindicazioni
- Le indagini diagnostiche necessarie
- Le modalità d'uso efficaci



26

## Compiti del MG

• **INFORMARE** sui rischi, le opportunità, lo stile di vita...

→

**MTS**

**Contraccezione**

**IVA**

- Garantire la privacy
- Chiedere se hanno attività sessuale
- Chiedere se usano contraccettivi e che tipo
- Sondare le loro conoscenze (sanno tutto e sono immuni da tutto)
- Specificare i rischi individuali
- Metterli a conoscenza dei metodi contraccettivi/prevenzione MTS
- Metterli a conoscenza degli ambulatori/spazi dedicati

27

## Compiti del MG

• **FACILITARE i comportamenti corretti**

↓

**Contraccezione**

- Counselling su contraccezione
- Insegnare l'uso del metodo che è stato concordato
- Definire il follow-up



28





29

Gravidanze per 100 donne nei primi 12 mesi di uso

		As commonly used	Used correctly and consistently
Senza molto efficacia	Vasectomy	0.2	0.1
	Female sterilization	0.5	0.5
	Progestin only oral contraceptives (short-acting)	1	0.5
	(Oral MDT)	0.8	0.6
Efficace nell'uso comune, molto efficace se usato molto bene	Lactational amenorrhea method	2	0.5
	Combined oral contraceptives	4-8	0.1
Non efficace nell'uso comune, efficace se usato molto bene	Male condoms	14	5
	Coitus interruptus	29	4
	Diaphragm with spermicide	20	6
	Spermicides	26	6

CANADIAN CONTRACEPTIVE COORDINATOR February 2004

30

31

## Compiti del MG

- SUPPORTARE in caso di situazione "off limits"
- INTERAGIRE con familiari, insegnanti, psicologi.....
- ASCOLTARE.

- Frequenti situazioni particolari!!
- IVG
- Pillola del giorno dopo
- Violenza
- Figli-e di divorziati/separati/alcolisti
- Genitori apprensivi
- ...
- ...

32

## Che fare?

- Mediatori culturali
- Collaborazione con i consultori
- Spazi dedicati ed integrati
  - Il corpo e le sue funzioni
  - I contraccettivi
  - La gravidanza
- Materiale cartaceo
- Siti dedicati



33

# Le campagne di sensibilizzazione e il ruolo del privato

GIAN CARLO FRIGERIO

Bayer Schering Pharma

I dati che hanno presentato i relatori che mi hanno preceduto dimostrano l'esistenza di una serie di problemi drammatici: le interruzioni di gravidanza diminuiscono tranne in un gruppo di donne, quelle più giovani. L'educazione sessuale finora somministrata a ragazzi e ragazze è decisamente scarsa. La scuola non sta facendo nulla in questo senso, le Istituzioni sono assolutamente assenti.

Ritengo quindi quanto mai opportuna la scelta di aver accolto, ormai più di due d'anni fa, l'invito della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, che ci chiese di sostenerla in una grande campagna di sensibilizzazione su questi temi. La Bayer Schering Pharma, l'azienda che rappresento, è leader mondiale nel settore della ginecologia e ritiene proprio dovere etico partecipare e promuovere progetti di informazione ed educazione sessuale, un'attività che inoltre indubbiamente ci permette anche un ritorno d'immagine. Il progetto nato in collaborazione con la SIGO si chiama Scegli Tu, a rimarcare il valore di una scelta consapevole. Il primo passo è stato quello di realizzare un sito dedicato al tema della contraccezione, completo, aggiornato ed esaustivo. Noi siamo leader mondiali nelle pillole contraccettive, ma nel sito si parla di metodi naturali, di preservativo, di sessualità e affettività, con interventi degli esperti. Ma ovviamente ben presto ci siamo resi conto di come questo non potesse bastare ad intercettare i diversi bisogni informativi. Abbiamo quindi attivato numerose altre azioni, che indubbiamente hanno già prodotto ottimi risultati (il progetto è stato preso come modello a livello europeo), ma che rischiano di rimanere insufficienti se non interverranno in maniera decisa anche le Istituzioni pubbliche.

Lo scorso anno è stata promossa una campagna estiva, sono stati distribuiti opuscoli sulle spiagge rivolti a giovanissime, donne adulte ed immigrate, con la traduzione in tre lingue. Ora, con l'Osservatorio si è già deciso di riproporli in ulteriori altre lingue.

È stata inoltre realizzata un'indagine per cercare di capire esattamente quali sono le problematiche che sottendono al mancato utilizzo di anticoncezionali (l'Italia è il fanalino di coda in Europa, davanti soltanto a Turchia e Grecia, per l'uso di contraccettivi sicuri).

Da settembre abbiamo inoltre attivato anche un numero verde dedicato (800.555.323) a cui rispondono operatori formati e una ginecologa, che ha già ricevuto oltre 2.500 chiamate, ma che va assolutamente potenziato, perché è uno sportello gratuito a disposizione di tutte le donne che possono avere dubbi sulla contraccezione.

Ci siamo sforzati di arrivare ai giovani parlando il loro linguaggio, siamo quindi andati in rete con un video educativo su youtube e, in occasione del primo World Contraception Day (il 26 settembre 2007), abbiamo inaugurato su Second Life il palazzo della salute, che ha avuto ad oggi oltre 40.000 accessi.

Sempre utilizzando l'animazione di Second Life abbiamo prodotto una fiction (*SMS - Scegli Metodi Sicuri*), divisa in 20 puntate, in cui si delinea il percorso di una ragazza che ha avuto un rapporto a rischio (momento di confronto con il ginecologo, con la mamma, l'influenza dell'amica, ecc.) provando a riproporre una storia che potrebbe capitare ad una delle nostre ragazze.

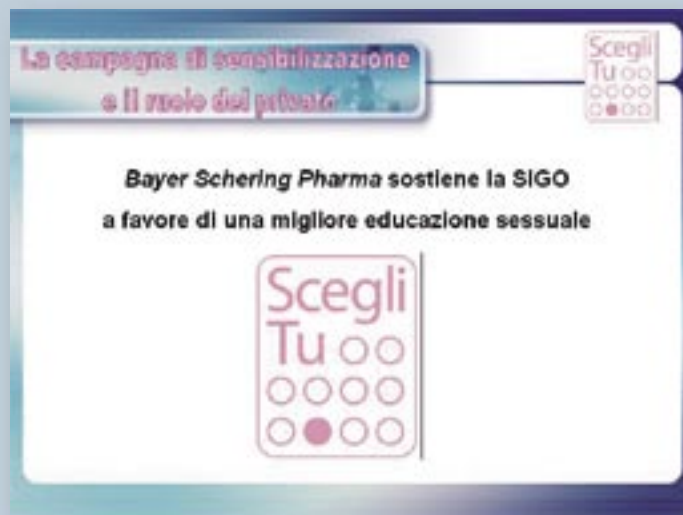
Nell'ambito di questo progetto si è costituito inoltre l'Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli, che ha già promosso due convegni e si pone l'obiettivo di sensibilizzare le Istituzioni alle vulnerabilità contraccettive.

Pochi mesi fa abbiamo realizzato l'opuscolo "Sesso senza sorprese", per smentire le più frequenti bufale sulla contraccezione, che ha riscosso un grande successo fra i ragazzi e nelle scuole ed è stato distribuito ai 500.000 maturandi in allegato alla "Guida alla maturità". Questa esperienza ci ha dimostrato che esiste la necessità di trovare



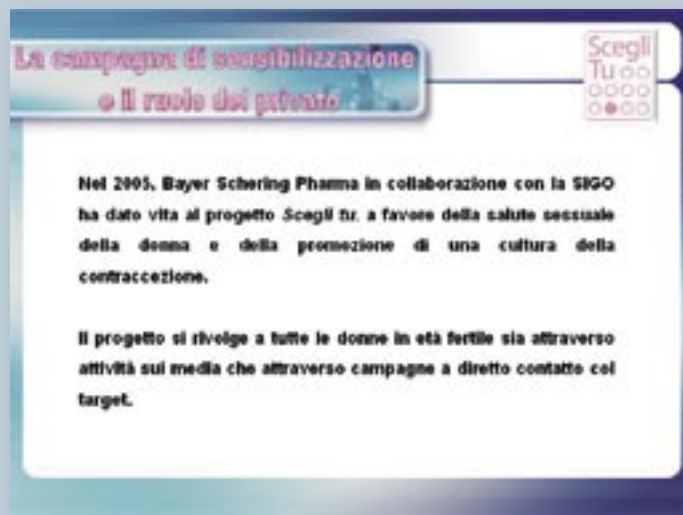
spunti per poter parlare, anche se rimane il grosso limite di non disporre di un progetto educativo organico.

L'obiettivo di questa campagna è raggiungere migliaia di ragazzi e rivolgerci alle fasce più vulnerabili, stimolando anche il coinvolgimento di altre società scientifiche e delle Istituzioni. Al momento si è stretta una collaborazione con il Ministero delle Pari Opportunità, che ha concesso il proprio patrocinio alla campagna, ma ci auguriamo che presto altri Ministeri ed enti possano diventare partner del progetto. Abbiamo infatti avuto modo di comprendere questa mattina come sia assolutamente indispensabile investire di più nell'educazione, soprattutto dei giovanissimi.



DIAPPOSITIVA 1

2



**www.sceglitu.it**

Scegli Tu

È attivo un sito internet dedicato al progetto, che offre un'informazione costante attraverso la Città delle Donne, newsletter, webzine e consulenza ginecologica, e che si avvale del contributo di esperti del mondo scientifico.

3

**La campagna estiva 2007**

Scegli Tu

Nel 2007 la campagna estiva di informazione ha previsto la distribuzione sulle spiagge italiane di opuscoli dedicati ai diversi target: adolescenti, immigrate (in 3 lingue) e donne adulte.

4

**La campagna estiva 2007**

Scegli Tu

In contemporanea alla distribuzione degli opuscoli informativi, si è svolta un'indagine sottoponendo alle ragazze italiane il sondaggio "Io e il sesso", da cui è emerso che un terzo delle ragazze non fa uso di metodi contraccettivi.

5

**Il Numero Verde della contraccezione**

Scegli Tu

Settembre 2007, attivazione del Numero verde della Contraccezione, attivo nei giorni feriali dalle ore 14.00 alle ore 17.00.

Dall'attivazione abbiamo ricevuto oltre 2.500 chiamate.

Numero Verde Contraccezione  
**800-555323**

6

**Scegli Tu sul new media**

Diffusione su You Tube del video realizzato durante la campagna estiva.

N° visualizzazioni del filmato:

- You Tube 19.824
- Yahoo 1.858
- Libero 126.561



7

**Scegli Tu sul new media**

In occasione del primo World Contraception Day, è stato inaugurato il Palazzo della Salute su Second Life con una conferenza stampa di lancio, che si è tenuta in contemporanea nel mondo reale e virtuale.

Da settembre a dicembre 2007 oltre 48.000 accessi.



8

**Scegli Tu sul new media**

**SMS - Scegli Metodi Sicuri**

La prima fiction in 3D sull'educazione sessuale delle giovanissime, realizzata nel mondo virtuale di Second Life.

È stata realizzata anche una versione internazionale della fiction dal titolo *Safety Means Satisfaction*.



9

**Osservatorio Nazionale**

Nel dicembre 2007 nasce l'Osservatorio: un board scientifico che promuove le attività istituzionali in favore della salute della donna.

Il 4 dicembre 2007 si è svolto il dibattito "Sessualità e scelte consapevoli - Quale informazione per le donne a rischio?"



10

## Campagna anti-bufale



Nel marzo 2008 nasce l'opuscolo informativo **Sesso senza sorprese**, per sfatare i falsi miti sulla sessualità ed i metodi contraccettivi che ancora oggi "ingannano" i giovani.

Distribuito nelle maggiori piazze italiane in occasione della Festa della Donna e attualmente allegato alla Guida alla maturità per tutti gli studenti che si apprestano a sostenere l'esame di maturità.



Per evitare di rimanere incinta bisogna lavarsi con la coca-cola o il limone dopo un rapporto sessuale



11

12

## Obiettivi raggiunti dalla campagna



- In 3 anni sviluppo di un percorso che ha raggiunto migliaia di ragazzi
- Attenzione speciale alle fasce più vulnerabili: giovanissime ed immigrate
- Coinvolgimento di altre società scientifiche
- Forte presenza istituzionale
- Campagna "modello" a livello internazionale

# Superare le fratture comunicative: il ruolo dei mediatori culturali

**A N A B U L C U B U T E A**

Mediatore culturale Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP)

Lo Sportello Informativo e di Orientamento Socio-Sanitario è uno dei servizi che si avvale, all'interno dell'Istituto Nazionale, della presenza di Mediatori Culturali.

Questo servizio nasce nel 2002, al termine del primo corso per Mediatori Interculturali organizzato dall'allora Ospedale San Galliciano. La creazione e la sua attivazione è stata il frutto del lavoro del tirocinio che questi ultimi hanno svolto presso la struttura.

Attualmente il Servizio è costituito da un gruppo di Mediatori, persone volontarie e tirocinanti, di diverse provenienze geografiche e etnico-culturali, Paesi che vanno dall'Africa all'Europa al Sud America e ci rivolgiamo a persone straniere e non solo.

Le attività di mediazione che svolgiamo comprendono l'orientamento e l'informazione sui Servizi Socio Sanitari Territoriali, a carattere sociale, scolastico, formativo, lavorativo e ci occupiamo anche di indirizzare le persone presso consulenze legali sia interne che esterne; forniamo informazioni sulle diverse modalità da seguire per ottenere i documenti, come ad esempio i permessi di soggiorno, i ricongiungimenti, ecc.; informiamo le persone sui propri diritti ma anche sui doveri di cittadini e sulle leggi che riguardano l'immigrazione. Infine, abbiamo anche attivato al nostro interno un servizio gratuito di 'facilitazione' nei percorsi di offerte e domande di lavoro.

Sostanzialmente, il nostro compito consiste nell'accogliere, nell'ascoltare e nel cercare di indirizzare le persone verso possibili risposte alle loro tante domande e bisogni. Gli argomenti e le problematiche sono innumerevoli... come le persone e le loro storie.

Ogni giorno, allo sportello informativo accogliamo le persone, mettendo a disposizione informazioni e tempo, perché ci vuole tempo quando qualcuno parla dei suoi problemi, delle sue difficoltà. I casi sono molto vari: c'è chi

arriva inviata dal ginecologo della nostra struttura per essere indirizzata verso il consultorio di competenza e seguire le procedure che riguardano la gravidanza. C'è chi ha ottenuto l'asilo politico ma non ha un lavoro e tanto meno una casa, chi ha perso l'impiego e di conseguenza la casa perché, magari, lavorava presso una persona anziana deceduta. C'è chi cerca un lavoro disperatamente perché deve mantenere tutta la famiglia e non riesce a fare la baby-sitter perché la fa pensare ai suoi figli lontani. C'è chi vuole sapere come si fa a ricongiungersi con i familiari o farsi riconoscere un titolo di studio.

Stabilire la giusta distanza emotiva in generale non è facile, soprattutto, quando sentiamo storie così complesse attraversate da vissuti dolorosi.

Considerando il tema di questo convegno, mi soffermerei sui casi delle donne che si rivolgono al nostro sportello per sapere qual è la procedura che devono seguire per portare avanti la gravidanza e si sentono completamente disorientate, disinformate; di donne che hanno difficoltà nel decidere, di ragazze che lavorano per strada e sono rimaste incinte perché hanno avuto rapporti non protetti e vogliono interrompere la gravidanza.

In quest'ultimo caso, le donne vengono indirizzate allo sportello dal nostro ginecologo, dopo aver avuto la conferma della gravidanza in seguito ai risultati delle analisi.

Il nostro primo passo è quello dell'accoglienza. Accogliamo le donne nel momento cruciale, quando devono prendere una decisione. La donna, sempre con grande difficoltà e imbarazzo ci comunica la sua decisione di interrompere la gravidanza, e spesso si sente obbligata a giustificarsi per questo. Cerchiamo di ascoltarla, dandole la possibilità di percepire che noi siamo lì per sostenerla, non per giudicare ma per rispettare la sua scelta. Non vuole essere un sostegno dall'alto ma piuttosto un posare lo sguardo all'altezza della persona.



I motivi determinanti per questa scelta più o meno sono sempre gli stessi: sono donne venute in Italia per un problema economico nel loro Paese lasciando spesso i figli con parte della 'famiglia': nonni, zii. La maggior parte lavora irregolarmente e sa che portando avanti la gravidanza rischierebbe di perdere l'impiego trovato con grande difficoltà; alcune si sentono troppo sole per riuscire ad affrontare una gravidanza frutto di relazioni brevi, occasionali. La maggior parte di loro è lasciata sola anche nel momento della decisione. Raramente è capitato di vedere 'lei e lui' che si rivolgono al nostro servizio per una richiesta del genere.

#### *Qual è il passo successivo?*

Cerchiamo di capire qual è la situazione dal punto di vista amministrativo della donna nell'accesso al S.S.N. Laddove necessario rilasciamo la tessera sanitaria STP per le persone che non fanno parte della comunità europea e sono irregolari, o il codice ENI che è stato creato da poco tempo per le persone comunitarie che non hanno nessun tipo di assistenza sanitaria. Arrivano allo sportello anche donne che sono in regola e non hanno mai fatto l'iscrizione al S.S.N perché non sono state informate sui loro diritti.

Successivamente individuamo la zona di domicilio della persona e prendiamo un primo appuntamento con il consultorio familiare di appartenenza. Ci mettiamo in contatto direttamente con l'assistente sociale del consultorio, la quale fissa un primo incontro insieme a lei e alla ginecologa.

Potrebbe sembrare assistenzialismo alla persona, ma non lo è. È una modalità condivisa per poter dare sicurezza e fiducia nei confronti delle strutture sanitarie. Non ci sostituiamo alla persona, ma la sosteniamo in questo primo passo verso la tutela della scelta. Insistiamo molto sull'importanza di ritornare al consultorio per la visita ginecologica di controllo

post-IVG, e sulla prevenzione di gravidanze indesiderate che in futuro potrebbero creare vari problemi, accennando alcune informazioni sui metodi contraccettivi che vengono poi approfondite dai ginecologi.

Diamo informazioni sulle malattie sessualmente trasmissibili, un problema che le persone spesso non conoscono. Ci riferiamo specialmente alle donne che non hanno un partner fisso, alle ragazze che lavorano per strada per cui la gravidanza rappresenta non solo un atto indesiderato, ma spesso nasconde azioni di violenza fisica o psichica.

Comunque, se l'iter continua e se il periodo di gravidanza ha superato le 10 settimane, prendiamo contatto direttamente con il coordinamento per la 194 dell'ospedale San Camillo. In questo contesto, il nostro servizio si occupa anche delle donne che vogliono portare avanti la gravidanza e provengono dalle diverse realtà. Vengono inviate dal ginecologo della nostra struttura, oppure dalle associazioni o da altri enti sanitari che individuano nell'INMP la struttura più funzionale ad accogliere problematiche legate all'immigrazione.

La maggior parte di loro sono irregolari, non sono informate sui loro diritti, in questo caso sul diritto alla salute; come noto arrivano anche al terzo-quinto mese di gravidanza senza aver fatto nessun controllo, nessun esame specifico. Il nostro contatto di rete è sempre il consultorio familiare come previsto dalla legge (194 art.2).

#### *Che significa essere irregolare?*

Irregolare è semplicemente colui che non è in possesso di un permesso di soggiorno, che ha un visto turistico scaduto, che è entrato nel Paese e non ha avuto la possibilità di regolarizzarsi, che i numerosi problemi del Paese di origine hanno portato a fare questa scelta. Spesso quando si parla di reato di clandestinità si crea una grande tensione nei

confronti delle persone irregolari, rischiando di rendere difficile il loro avvicinamento e accesso ai servizi pubblici. Ribadirei il concetto che clandestina non è la persona ma l'azione.

Informiamo la donna anche su altri diritti che può avere in gravidanza: rilascio del permesso di soggiorno per la gravidanza che si rinnova anche dopo il parto, fino all'età di sei mesi del bambino. Tale permesso si ottiene in base a un certificato medico rilasciato dalla ginecologa che segue la donna, solo dopo i tre mesi di gravidanza. Spesso le donne intendono questo permesso di soggiorno come una soluzione alla loro condizione di irregolarità, quando invece è solo un permesso di soggiorno temporaneo.

Alcune donne, invece, esprimono la paura di dover andare in questura anche se le rassicuriamo che tutto ciò è legale, che è un diritto e che non può accadere nulla che possa impedire la loro permanenza in Italia in tale periodo.

Presso la nostra struttura arrivano anche le donne che vorrebbero interrompere la gravidanza nonostante abbiano

superato il termine di tre mesi previsto dalla legge 194.

In questi casi le informiamo sulle possibilità previste dalla legislazione italiana: lasciare il bambino in ospedale in anonimato, darlo in adozione, in affidamento, affinché si possano prevenire gli aborti clandestini o provocati con i farmaci, oppure ancora, come sappiamo dai loro racconti, i 'viaggi' effettuati per andare ad abortire in strutture private nel proprio Paese.

Quanto alle donne che esprimono il desiderio di portare a termine la gravidanza ma hanno grossi impedimenti economici, cerchiamo di informarle e, con il loro accordo, di attivare i contatti con il segretariato sociale per la vita che può inserirle in un progetto di assistenza sanitaria ed economica.

In conclusione: cerchiamo di essere validi decodificatori che mettono in rete i bisogni delle persone rendendo visibile il disagio senza sovrapporsi o sostituirsi ma cercando di facilitare la conoscenza e l'utilizzo dei servizi territoriali attraverso l'attivazione del lavoro di rete.

# Contrasto all'IVG nelle donne immigrate: esperienze pilota

**A L D O M O R R O N E**

Direttore Generale Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP)

**A L E S S A N D R A  
S A N N E L L A**

Ricercatrice presso l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) e Docente in Sociologia presso 'Sapienza' Università di Roma

I dati relativi all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel 2005 ci mostrano che il 26% delle IVG in Italia è stato effettuato da donne migranti e, negli ultimi anni, il decremento del tasso e del rapporto di abortività ha subito una battuta di arresto a causa del contributo delle donne straniere che ricorrono più spesso all'IVG, con un tasso di abortività stimato pari a 3-4 volte (34 per 1000 donne) quello delle donne italiane (8 per 1000 donne).

Esiste un lieve aumento della percentuale rispetto al 2004 (25,4%), determinato dalla presenza di donne straniere. La percentuale, riferita alle donne italiane, è del 22,1% contro il 37,9% per le donne con cittadinanza straniera. Un dato che deve essere *valutato* attentamente è se con l'accezione *donne straniere* si intendano anche le giovani minorenni. Purtroppo sono moltissimi i casi di minori che si presentano presso le nostre strutture sanitarie per richiedere un'interruzione di gravidanza. In realtà, questo dato comprende la stessa fascia d'età delle italiane con l'unica differenza che l'assistenza familiare e genitoriale delle giovani straniere è spesso totalmente assente. La rete comunitaria di appartenenza delle donne minorenni, pertanto, non riesce a sostenerle nelle scelte conseguenti una gravidanza non programmata o non desiderata.

Quindi, vediamo affacciarsi in questo scenario, anche le minori non accompagnate, e l'impossibilità delle famiglie di assistere la propria figlia rispecchiano la difficoltà per gli stranieri di essere consapevoli del ruolo genitoriale, fortemente sentito per le comunità di appartenenza. Presso il nostro Istituto spesso giungono persone provenienti

da vari Paesi dell'Africa portatori di saperi tradizionali antropologici e sociali molto radicati: per esempio, ci sono donne che utilizzano come contraccettivo fili di erba preparati finemente da 'marabut' o altri capi di comunità etniche che vengono posti come 'cinta ombelicare' per preservarsi da gravidanze indesiderate.

Introdurre una cultura contraccettiva di matrice culturale 'altra' da quella di provenienza, introiettandola e comprendendola è sicuramente un passo che necessita di un incontro basato sullo scambio culturale e sui principi della mediazione e della conoscenza. I dati mostrano in questo caso specifico (dati che, precisiamo, vanno non solo letti, ma fortemente interpretati) un aspetto preoccupante riguardo gli aborti ripetuti, delle donne che fanno più di un aborto. Il secondo aborto è un dato più 'allarmante' rispetto al primo per noi operatori poiché mostra una coazione a ripetere un evento dannoso verso se stessi, una ripetitività verso la negazione alla vita, una mancata attenzione da parte delle Istituzioni nei confronti del 'dialogo con le pazienti'. L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) può rappresentare anche una violazione dei diritti umani, esistendo infatti molti casi di donne vittime di tratta, costrette a non utilizzare contraccettivi e ad abortire successivamente dai loro protettori e dai loro clienti. Storie, queste, di violenze atroci, che le donne straniere subiscono in Italia, sia da parte di loro connazionali che di italiani, e ancora troppo spesso la strada è il detentore di questa violenza.

Lo scorso anno l'Istituto nazionale ha condotto una ricerca sulle *Discriminazioni in ambito socio-sanitario*, in cui sono

stati seguiti casi di donne che hanno subito più di un aborto. L'esempio più eclatante è sicuramente quello di una ragazza che a soli 23 anni aveva già effettuato 17 IVG. È chiaro che in questo caso non si può parlare solamente di mancata contraccezione, ma bisogna indagare più a fondo, alle radici di un atto così cruento.

Spesso, infatti, la contraccezione non è compresa nella sua interezza e l'apertura verso la sensibilità dell'altro deve passare dagli operatori sanitari. Ciò indica come la 'comprensione del senso' di tali pratiche deve accogliere tutto l'*iter* che la 194 contempla per la tutela della donna, e non solamente lo stadio ultimo dell'IVG. Se una donna di 23 anni arriva ad avere 17 aborti, probabilmente significa che nella sua passata esperienza è stata vittima di una violenza inaudita. La violenza non riguarda solamente la donna che la subisce, rispetto al fenomeno e all'atto, ma coinvolge quella della vera e propria della interruzione di gravidanza.

Il tasso di abortività tra le donne immigrate è sicuramente superiore rispetto alle italiane. Questo dato è da mettere in relazione anche al fatto che molte donne straniere nel nostro Paese vivono in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'abortività legale o clandestina è più alta che in Italia.

Di seguito si riportano i dati dello sportello socio-sanitario rivolto a donne straniere presente nel nostro Istituto dal 1995. Negli ultimi dieci anni, l'incremento di presenze è stato fortissimo fino ad arrivare a più di 2.000 nel 2006 e 2007. La provenienza degli utenti rimarca il *trend* di arrivo degli stranieri in Italia: la Romania rappresenta il 51%, seguita da Perù, Ucraina e Moldavia. Molto interessante è il dato relativo alle donne dell'Ecuador, le quali presentano una marcata difficoltà verso l'uso di contraccettivi e le ritroviamo, purtroppo, più spesso nella richiesta al ricorso all'IVG. La tipologia di accoglienza dello sportello soddisfa le richieste

sotto l'aspetto legale, sociale, sanitario e lavorativo ed è rivolto anche ai bisogni di prima necessità.

Tali richieste non necessariamente arrivano all'interruzione della gravidanza perché le finalità dello sportello sono di portare avanti un principio cosiddetto 'positivo', cioè come da una richiesta si possa giungere talvolta ad un aiuto concreto alla donna. Spesso la possibilità di avere un figlio mal si concilia con la realtà lavorativa, specialmente se non si è in regola dal punto di vista legale e burocratico. L'alternativa all'aborto sarebbe perdere il lavoro con ripercussioni, non solo per se stesse, ma per tutta la famiglia, sia quella in Italia, che per quella rimasta nel paese d'origine che dall'Italia riceve risorse economiche.

Tra le donne immigrate provenienti dai Paesi a economia meno avanzata, i fattori di rischio individuali sono ancora una volta povertà ed emarginazione, dove per povertà non si intende solamente quella economica, ma soprattutto la povertà sociale, culturale ed educativa. Se si considerano poi altre variabili quali la giovane età, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie, di infezioni dell'apparato genito-urinario, il disagio interculturale e le condizioni socio-economiche precarie, emerge allora il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze. L'accesso alle strutture spesso non è possibile, soprattutto per gli orari che non consentano alle donne straniere, ad esempio le badanti – i cui orari non si conciliano con quelli delle strutture pubbliche – di essere accolte.

Quali sono quindi i canali che le donne straniere prendono in considerazione nei casi dell'IVG? Quelli dell'irregolarità. C'è un ritorno allarmante delle 'famosé' mammane locali, etniche o italiane o ai più atroci viaggi della speranza/disperazione ovvero il rimpatrio ai Paesi di appartenenza per interrompere la gravidanza facendo poi ritorno in Italia. Pertanto è un dato

che non deve sfuggire all'attenzione, perché nel momento in cui si parla di prevenzione, di fattori di rischio si deve poter tutelare non solo la persona che si trova in Italia ma evitare anche che le donne vadano in un altro Paese per interrompere la gravidanza. Quindi gli esiti negativi per le donne straniere sono maggiormente significativi in gravidanza rispetto alle donne italiane, in questo caso del paese ospitante. Le motivazioni sono la giovane età, il disagio sociale ed interculturale.

Prioritario diventa impegnare mediatori interculturali formati *ad hoc*, che non siano in grado solo di tradurre la lingua ma che fungano da ponte, che siano dei facilitatori tra le strutture del territorio e le istituzioni, tra il cittadino e quello che può essere lo sviluppo sociale della salute pubblica.

Questo è il progetto che sarà presentato dall'Osservatorio a vari Ministeri. Il progetto dell'INMP prevede la tutela materno-infantile nelle donne immigrate: *Accogliere la vita oltre ogni confine*.

Obiettivi salienti del progetto saranno: fornire ai consultori familiari un supporto e creare una rete sociale che sia funzionale al 'benessere' comune; prevedere l'impiego di mediatori linguistico-culturali; elaborare linee guida ottimali per l'assistenza e la realizzazione di materiali informativi, almeno per le 8 lingue che rappresentano le etnie maggiormente presenti in Italia; affiancare programmi di formazione del personale che opera nelle Aziende sanitarie locali e di comunicazione alla salute destinati espressamente alle migranti e alle comunità dirette da migranti.

*Accogliere la vita*, ovvero, accogliere un percorso di reale attuazione della legge 194, promuovere l'offerta attiva di

*counselling* sui metodi di una procreazione responsabile per le donne migranti, specifici interventi della Sanità pubblica e l'impiego fondamentale di professionisti della mediazione culturale. I risultati più significativi si otterranno proponendo il counselling sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare un'evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane.

Abbiamo la fortuna di avere a disposizione professionisti di intermediazione che veramente fanno la differenza nei confronti di quello che è il counselling terapeutico cosicché la relazione medico-paziente possa risultare efficace ed efficiente, secondo scienza e coscienza. Rispettando le diversità.

È necessaria pertanto la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio, il sabato o la domenica, o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali.

A questo va ad aggiungersi la promozione del dialogo con gli uomini. L'interruzione di gravidanza – come nel caso delle mutilazioni genitali – troppo spesso è un tema ad esclusivo appannaggio femminile, che estromette la funzione del genere maschile.

Bisogna quindi promuovere il dialogo, anche dal punto di vista dell'educazione familiare, e soprattutto lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione.



**BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

MORRONE A, SPINELLI A, GERACI S, TOMA L, ANDREOZZI S, ed. Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. *Rapporti ISTISAN*. 2003;03(04).

REGIONE LAZIO, Agenzia di Sanità Pubblica. *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio*. Anno 2000. Monografie ASP 2002.

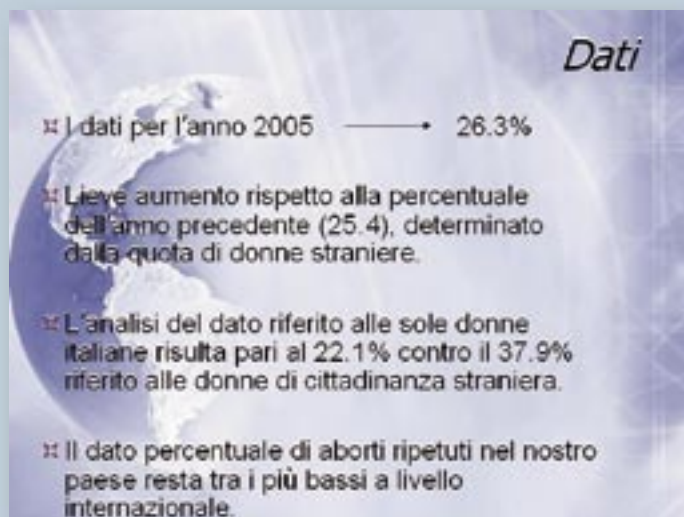
OMS, *Safe abortion: Technical and Policy Guidance for health systems*, WHO, Ginevra, 2003.

MINISTERO DELLA SALUTE, Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (21 aprile 2008).



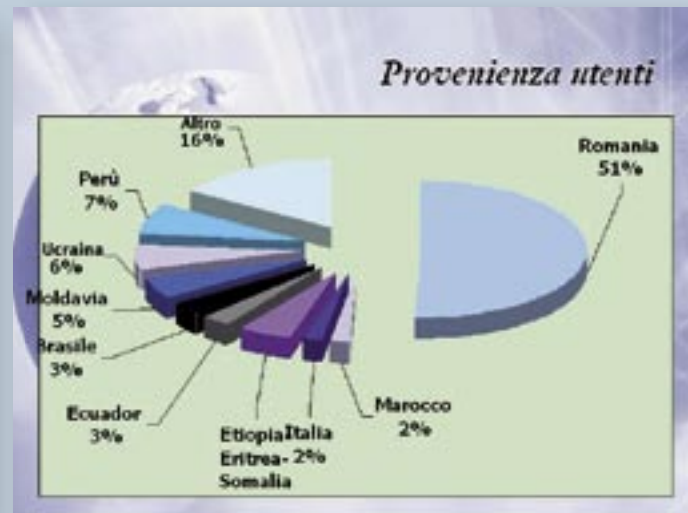
DIAPPOSITIVA 1

2





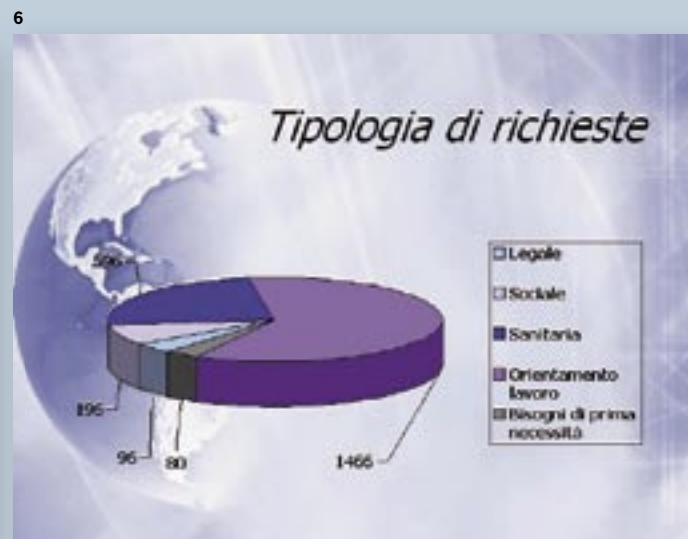
3



4



5



6



7

### ... fattori di rischio

- La povertà e all'emarginazione sociale si associano a un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante.
- Giovane età, il disagio sociale e interculturale, le condizioni socio-economiche precarie, le difficoltà lavorative, le difficoltà di accesso alle strutture, l'anonimato etnico...

8

### IL PROGETTO • SULLA TUTELA MATERNO INFANTILE DELLE DONNE IMMIGRATE

#### 'ACCOGLIERE LA VITA OLTRE OGNI CONFINE'

- 1) Fornire ai consultori familiari un supporto, attraverso l'istituzione di un call center nazionale dedicato alle donne migranti, e di alcuni punti di accoglienza specializzati con il coordinamento dell'INMP, unitamente alla disponibilità di mediatrici linguistiche-culturali appartenenti ai gruppi etnici maggiormente a rischio, formate specificamente sul tema della salute materno-infantile. Si propone che le regioni designino almeno un consultorio per provincia da inserire in una apposita rete nazionale coordinata dall'INMP.
- 2) Elaborare linee guida sulle modalità ottimali per fornire l'assistenza e realizzazione di appositi materiali formativi e di opportunità di programmi di formazione al personale che opera presso le Aziende Sanitarie Locali.
- 3) Realizzare appositi materiali informativi nelle diverse lingue e programmi di informazione e di comunicazione direttamente destinati alle donne migranti e alle loro comunità.

9

### Accogliere la vita...

- Promuovere l'offerta attiva di counselling sui metodi della procreazione responsabile tra le donne migranti con specifici interventi di Sanità Pubblica
- Prevedere l'impiego fondamentale dei professionisti nella mediazione interculturale
- Reorganizzare i servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali
- Coinvolgere le comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari
- Promuovere lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione

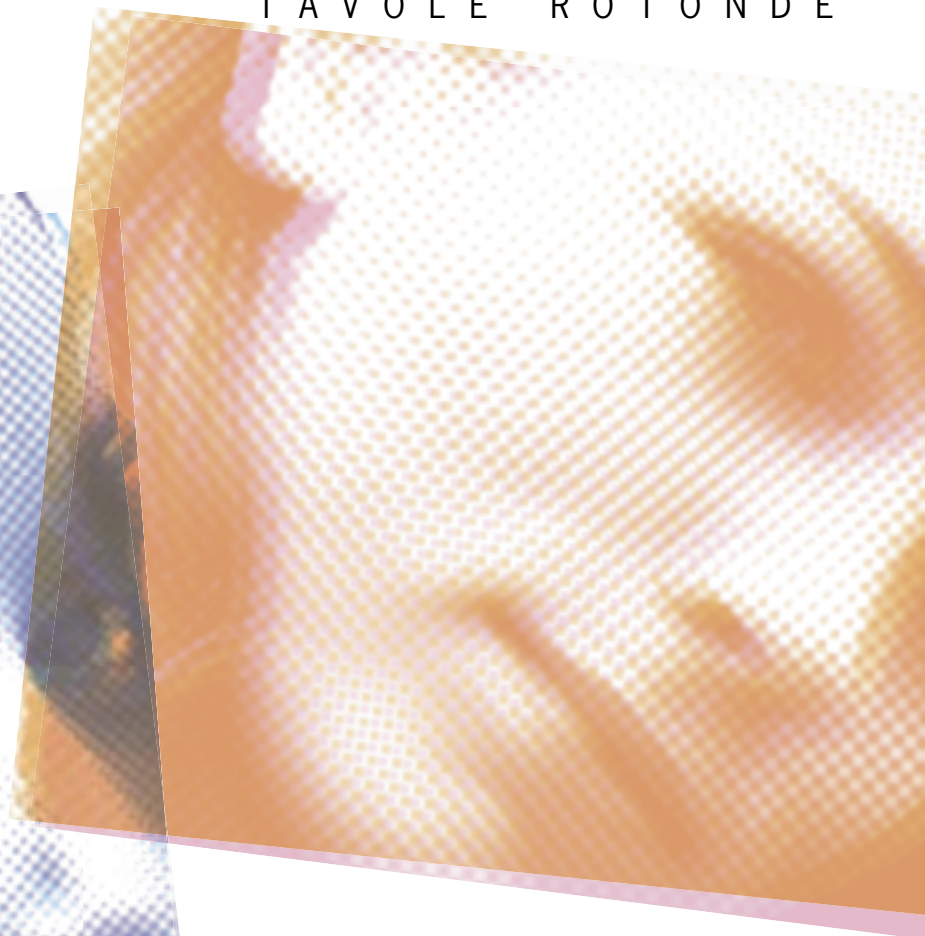
10







TAVOLE ROTONDE



## Esperienze a confronto

**MAURO BOLDRINI** Partire dall'analisi delle esperienze vincenti è uno dei possibili modi di individuare soluzioni efficaci, pur nella consapevolezza che non sempre sono esportabili e praticabili su larga scala. Si susseguiranno ora gli interventi di ginecologi di provenienza e formazione diversa, operanti in Regioni differenti, che nel loro lavoro quotidiano hanno individuato possibili modelli per ridurre le disuguaglianze e prevenire il ricorso all'IVG. Un confronto che offrirà senza dubbio interessanti spunti e un fedele spaccato della variegata situazione esistente nel nostro Paese, in cui si passa da regioni, come la Toscana, dotate di una capillare rete di servizi territoriali, a regioni in cui, come il Lazio, i consultori andrebbero invece potenziati perché appaiono insufficienti a rispondere ai bisogni dell'utenza. Un dibattito che prevede interventi di medici obiettori e non obiettori, a dimostrare come oggi un dialogo fra queste due culture sia non solo possibile, ma necessario per offrire risposte ai problemi emergenti.

**MIRELLA PARACHINI**

Ospedale S. Filippo Neri, Roma

Il primo messaggio che credo dovrebbe uscire dal convegno è che, forse per la prima volta in Italia, si è aperta la possibilità di un confronto fra esperti e coloro che dovranno poi prendere le decisioni, una formula molto collaudata all'estero. Un altro grande merito è quello di aver infranto un tabù, quello dei pro e contro l'aborto, identificati nelle figure professionali degli operatori che eseguono le interruzioni di gravidanza e di quelli che invece non le eseguono. Siamo stanchi di sentirci come coloro che in qualche modo vogliono "favorire" l'aborto, un'esperienza che ritengo di poter condividere con molti colleghi che applicano la 194. Siamo oggi riuniti in questo convegno per affrontare lo stesso tema: quali possono essere le politiche efficaci di prevenzione dell'aborto. Un grazie sentito quindi a quanti hanno voluto abbattere questo steccato che a mio avviso ha danneggiato moltissimo l'evoluzione della tematica nel nostro Paese.

Sono però preoccupata dei possibili messaggi che la stampa potrebbe riprendere, in particolare in riferimento ad alcuni spunti lanciati dalla prof.sa Graziottin, il cui intervento mi ha, come sempre, molto stimolata. Un primo chiarimento riguarda il dato dell'IVG nelle minorenni: se anche è vero che il calo sensibilissimo registrato nel numero di aborti non si riscontra in questa fascia d'età, è doveroso sottolineare che si fa riferimento a numeri estremamente contenuti, il 3,2 per cento di tutte le interruzioni di gravidanza (dati dell'ultima relazione presentata dal ministro Turco).

Un secondo chiarimento riguarda la pillola del giorno dopo, poiché non condivido la "criminalizzazione" della paziente che fa ricorso alla contraccezione di emergenza.

Sono stata una delle prime ad aprire all'utilizzo di questo metodo, pagando talvolta a caro prezzo la coerenza perché si è davvero chiamati ad ogni ora del giorno e della notte dalle pazienti. Ritengo quindi che questo tema debba essere oggetto di una vera e propria rivendicazione sindacale per chiedere che questo farmaco diventi da banco come già avviene in molti Paesi europei e come molte società scientifiche raccomandano. Credo sia un controsenso affermare che il nostro obiettivo debba essere tendere ad un ricorso zero all'aborto e ad un ricorso zero alla contraccezione di emergenza, in quanto questa è proprio uno degli strumenti che ci permettono di raggiungere il primo risultato. Identificare la contraccezione di emergenza come uno strumento che induce un comportamento sessuale sbagliato è, a mio avviso, pericoloso. Che si tratti di una responsabilizzazione contraccettiva dannosa è smentito dalla letteratura scientifica e dalle esperienze di Paesi che ben prima di noi si sono confrontati con questo tema. I dati internazionali e italiani sono concordi nel dimostrare che la maggiore accessibilità alla contraccezione di emergenza non è parallela ad una riduzione del ricorso alla contraccezione ordinaria.

Per concludere vorrei accennare ad un fatto, purtroppo passato sotto totale silenzio nella stampa italiana, che è l'approvazione da parte del Consiglio d'Europa di una risoluzione che raccomanda ai Paesi in cui l'aborto non è ancora legale di legalizzarlo ma, soprattutto, alle nazioni che hanno una legislazione sull'IVG di favorire l'accessibilità ai servizi perché esistono indirette difficoltà all'accesso che sfociano poi in un aumentato rischio di complicazioni per un ricorso all'IVG in una fase gestazionale più avanzata.

**VALERIA DUBINI**

Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio, Firenze

Vorrei condividere con voi una riflessione affrontando essenzialmente tre punti: le cose che abbiamo realizzato attraverso l'applicazione della legge 194, le cose che ancora si devono costruire, e una terza questione che io chiamerei "assunzione di responsabilità".

Quello che abbiamo realizzato: nella mia regione, la Toscana, oggi si registra una riduzione nel ricorso all'IVG superiore a quella della media nazionale (oltre il 51%). Si osserva anche un cambiamento nella popolazione che ricorre all'IVG, con la presenza sempre più importante di donne immigrate, che in qualche misura maschera la riduzione. Oggi questo gruppo di donne adotta gli stessi comportamenti che la popolazione femminile italiana aveva negli anni '80, con tassi di abortività e ricorso alle IVG ripetute sostanzialmente analoghi.

Così come abbiamo lavorato allora con le nostre connazionali, oggi abbiamo la necessità di attivarci con le donne immigrate: i risultati ottenuti ci dicono che è possibile farlo.

Nella nostra realtà ci sono 240 consultori attivi, cioè un punto di riferimento molto importante sul territorio. Dal 1992, alcuni di questi sono dedicati alle donne straniere e contiamo che, attraverso il coinvolgimento delle comunità e programmi "ad hoc" sia possibile raggiungere anche questa popolazione.

È chiaro che si tratta di donne che si trovano in difficoltà e che possono avere bisogno di aiuto: sono donne che ricorrono più all'IVG ma che fanno anche più figli e, se analizziamo il rapporto tra questi due parametri, scopriremo grandi differenze tra le varie popolazioni con rapporti di abortività talvolta molto più alti rispetto alle donne italiane, talvolta quasi sovrapponibili.

È chiaro che dobbiamo aiutarle a "scegliere" con programmi

indirizzati, ma non servono allarmismi, piuttosto impegno. In Toscana esistono anche i consultori per le adolescenti, altra fascia fragile.

Ricordiamo innanzitutto che nel nostro Paese per questa fascia d'età la percentuale di ricorso all'aborto si è mantenuta più o meno costante negli ultimi 10 anni: anche nella nostra Regione si registra una sostanziale stabilità, con percentuali che si attestano intorno al 2,8%. Rileviamo però come nelle teenager la situazione sia ribaltata rispetto alle over 18, con un'incidenza minore delle adolescenti straniere rispetto alle italiane.

Possiamo dunque riflettere su ciò che ancora non abbiamo costruito: sulla indubbia mancanza di educazione sanitaria e sessuale, sulle scarse e non sempre corrette informazioni rivolte alle nostre adolescenti.

Se le ragazze temono di ingrassare con la pillola, è perché tutti quanti noi educatori (medici, insegnanti, genitori) non abbiamo saputo indicare loro una vera strada di autoprotezione.

E ancora riflettiamo su quanto poco abbiamo lavorato per ottenere la massima diversificazione dei metodi contraccettivi, favorendo l'introduzione anche in Italia di prodotti molto diffusi in altri Paesi, che invece da noi non esistono (l'iniezione mensile, il dispositivo sottocutaneo): spesso sono anche metodi più semplici, che le donne straniere ad esempio ci richiedono perché a loro i più noti.

Nella nostra regione abbiamo anche cercato di darci una regolamentazione sulla sterilizzazione tubarica, utilizzata in tutto il mondo e molto richiesta dalle donne straniere: un'altra possibilità che in Italia è sempre stata trascurata. Ognuno di noi deve comunque assumersi le proprie responsabilità, perché non si tratta, come è purtroppo stato suggerito da alcuni in questa campagna elettorale, di

un'esclusiva responsabilità femminile. Senza dubbio le donne devono imparare ad essere più autoprotettive ma bisogna anche imparare a "leggere" quali scenari si celano sotto i dati sul ricorso all'IVG.

Una pubblicazione sulla prestigiosa rivista Lancet, nel 2006 avvertiva del fatto che le donne che ricorrono all'IVG, presentano in misura maggiore delle altre, una storia di violenza da parte del partner: specie in coloro che si sottopongono ad IVG ripetute è necessario pensare a questo nesso causale, perché può essere un momento in cui la donna può accettare il nostro aiuto.

In Toscana abbiamo stabilito dei fondi destinati alla formazione di mediatori e operatori consultoriali su questo specifico tema.

Ma allora ci dobbiamo dire con chiarezza che le responsabilità non possono essere solo delle donne ma anche dei maschi: dobbiamo ricordare che ogni pillola del giorno dopo significa un preservativo non usato il giorno prima.

Probabilmente su questo aspetto non si è ancora lavorato a sufficienza. Anche noi sanitari abbiamo le nostre responsabilità: una, importante, di avere talvolta confuso scienza ed ideologia, dicendo che faceva male ciò che forse non ci piaceva utilizzare.

Non possiamo proseguire su questa strada: è necessaria la massima onestà e chiarezza, anche da parte di chi è ideologicamente contrario all'IVG. Anche i medici obiettori dunque devono assumersi la loro parte di responsabilità, soprattutto all'interno dei percorsi educativi: non tanto per svolgere un'opera di persuasione ma piuttosto per la consapevolezza che non si affronta il problema girando la testa dall'altra parte e stando lontani da un mondo fatto da problematiche dolorose, faticose e difficili da affrontare.



**ANTONIO BELPIEDE**

Ospedale civile "Caduti in guerra", Canosa

Vengo da una regione, la Puglia, che presenta storicamente uno dei tassi di abortività più elevati. Questo anche perché in questi trent'anni, dall'entrata in vigore della legge 194, è stata favorita una politica di acquisto di servizi nelle cliniche private, piuttosto che la sua applicazione nei centri pubblici: il 57% delle IVG in Puglia avvengono in 3-4 cliniche private della regione. Questa esperienza è significativa perché è in totale contrasto con lo spirito della legge.

Noi non obiettori condividiamo il valore della vita, ma non ci sentiamo di abbandonare donne che vivono un momento drammatico della loro esistenza. Questa situazione è oggi ancor più evidente con le immigrate, spesso in critiche condizioni di vita. Ci troviamo ad aiutarle e il nostro primo obiettivo è che questa esperienza non si ripeta e che l'aborto non diventi una forma di contraccezione. Non so se ci riusciamo. Abbiamo tentato per anni di parlare con le donne, prescritto gli anticoncezionali, offerto la spirale, spiegato l'importanza del profilattico, ma la questione si è complicata con l'avvento delle immigrate e noi siamo rimasti indietro, con risposte insufficienti e senza la capacità di intravedere gli scenari futuri. Spesso ci siamo trovati da soli, senza l'aiuto di politiche sanitarie adeguate, che han fatto sì che i non

obiettori diventassero una sparuta minoranza con quasi il 70% di obiettori di coscienza. Siamo figure residuali, con molti professionisti anziani che forse resistono ricordando da quale orrore ci abbia liberato l'aborto legale.

La 194 è una buona legge che ha risolto quasi completamente la tragedia dell'aborto clandestino, ma per chi non ha vissuto quegli anni in cui le donne morivano è difficile comprenderne la portata. Nessun investimento politico-culturale-istituzionale è stato compiuto per applicare quella parte della legge che impone la prevenzione.

Nella mia esperienza personale ho ritenuto, nell'ottica della prevenzione dell'aborto, che la pillola del giorno dopo potesse rappresentare uno step, un passo utile per intercettare la donna in un momento di bisogno e utilizzare questo contatto come opportunità per costruire una rete che possa prevenire il ricorso all'aborto in primo luogo, ma anche avviare una contraccezione definitiva e responsabile.

Non c'è cannibalismo fra contraccezione d'emergenza e definitiva. Io ho scelto di informare attivando un sito [www.pilloladelgiornodopo.it](http://www.pilloladelgiornodopo.it), che ha raggiunto quasi 800.000 contatti, dove rispondo da anni alle telefonate che arrivano da tutta Italia, soprattutto nei weekend.

I consultori non hanno mai proposto un'offerta attiva nelle discoteche, nei luoghi che i ragazzi frequentano e dove davvero si verifica il rischio.

L'offerta attiva prevede di individuare i tempi e i luoghi di più alto rischio per intervenire in maniera puntuale e tempestiva, con manifesti di informazione e indirizzi d'emergenza. Io offro la mia disponibilità per rispondere alle domande in una situazione come quella attuale in cui, sulla contraccezione di emergenza, regna il caos nelle diverse zone del Paese, dove i consultori sono chiusi nei weekend e molti ospedali e troppi medici si rifiutano di aiutare coppie di ragazzi in difficoltà. Nessun politico ci dica che serve l'educazione nelle scuole e nelle famiglie affinché i rapporti a rischio non si verifichino! Noi ne siamo più che convinti, ma nel frattempo, se ragazzi disinformati e "poco educati sessualmente" dalle nostre famiglie e dalle nostre scuole, hanno un rapporto a rischio, che facciamo? Li abbandoniamo al loro destino? I consultori dovrebbero invece "pubblicizzare" il loro numero di telefono fuori dalle discoteche, andare in internet, dove spesso i giovani si rivolgono per avere risposte. Se riuscissimo ad attivare una rete per intercettare i giovani, fidelizzarli, guadagnarci la loro fiducia, iniziare un percorso di contraccezione consapevole, questa sarebbe la strada per incidere in maniera significativa sulla prevenzione dell'aborto. Perché, soprattutto per chi ha applicato in tutti questi anni la legge 194, l'obiettivo è quello di liberarsi dalla necessità dell'aborto e, in seguito, anche della necessità della contraccezione d'emergenza.

GIOVANNA SCASSELLATI SFORZOLINI

Ospedale S. Camillo, Roma

Da otto anni sono responsabile del servizio del day hospital 194/1978 del San Camillo Forlanini, uno dei più grandi d'Italia, che mi sono "trovata" a dirigere in quanto unico ginecologo non obiettore in tutta la struttura. La legge 194 oggi nel nostro Paese viene applicata a macchia di leopardo, e sono convinta che l'aborto clandestino sia in aumento.

La 194 è una buona legge, che va mantenuta, e che ha l'indubbio merito di aver drasticamente ridotto gli aborti clandestini e le morti materne e mi rammarico della frattura che tuttora persiste fra medici obiettori e non obiettori. Nel Lazio il 70% dei medici e il 75% degli anestesisti sono obiettori. In alcune regioni, come la Basilicata o la Lucania, raggiungiamo l'80-90%.

Forse una soluzione potrebbe essere quella di incidere sui contratti di lavoro, ad esempio adottando al clausola 15/septies, in modo da non prevedere l'obiezione per chi viene assunto all'interno di un reparto di ginecologia di un ospedale pubblico, perché l'attività correlata all'IVG rappresenta una gran parte della nostra attività quotidiana. Non è infatti ammissibile che alcuni medici, in nome dell'obiezione, si disinteressino di fatto della donna, affidandola a noi. Un'altra misura utile potrebbe essere una clausola nella valutazione dei direttori generali, per capire se fanno funzionare il servizio dell'IVG.

Un ulteriore grave problema è che l'aborto rimane tuttora escluso dalla formazione universitaria, che invece ritengo un elemento importante nel curriculum di un ginecologo. Un'altra situazione del tutto anomala è la mancata possibilità in Italia di ricorrere all'aborto farmacologico, già utilizzato da anni in altri Paesi, oggi di fatto vietato per l'impossibilità di avere accesso al farmaco. Poiché l'Aifa ha completato l'iter di

approvazione chiediamo che ora venga messo a disposizione degli ospedali e degli operatori.

La 194 prevedeva inoltre un aggiornamento periodico e continuativo sulle tematiche connesse (aspetti psicologici, contraccezione, counselling, ecc.), che invece non c'è stato. E questa è una grave perdita. Nella pratica clinica vediamo che se il counselling è realizzato in maniera competente, se viene dedicato il tempo necessario, spesso la donna rinuncia. Un ruolo fondamentale viene svolto dai mediatori culturali, che integrano quanto noi medici non abbiamo il tempo e le competenze per portare a termine.

Mancano poi le strutture consultoriali, che avrebbero dovuto essere previste nella misura di una ogni 20.000 abitanti, ma che in alcune regioni, come il Lazio, non sono mai aumentate dal 1978. Una carenza grave, perché si tratta di strutture di primo approccio, per offrire consulenza e supporto multidisciplinare alla donna.

Infine, rispetto alla problematica delle 22 settimane, ritengo che la definizione di aborto terapeutico (che indica i 180 giorni) vada modificata, prevedendo la limitazione della legge alle sole 22 settimane, e che solo in casi assolutamente eccezionali si possa andare oltre. Questo discorso è ovviamente legato a doppio filo con la diagnosi prenatale, che deve essere effettuata presto, non a 24-25 settimane come purtroppo talvolta avviene. Questo eviterebbe il dramma di quelle donne che si trovano purtroppo in alcuni casi a voler ricorrere all'IVG e a non trovare nessun centro disposto a praticarla.

Per concludere, un accenno all'educazione sessuale, a mio avviso deficitaria soprattutto nei confronti dei ragazzi: in Italia non ci sono mai state grandi campagne sulla contraccezione, alcuni metodi sono del tutto assenti (ad esempio il preservativo femminile o gli impianti ormonali), altri di fatto abbandonati (spermicidi). Questo a mio parere è segno d'arretratezza e dovremmo sforzarci per superare questa situazione.

## POLITICHE PER UN CONTRASTO ALL'IVG NELLE DONNE A RISCHIO

Giovanna Scassellati  
Modulo Dipartimentale DS DI Legge 194  
A.O. S. Camillo Forlanini - Roma

## Problematica dell'Obiezione di Coscienza

- Nel Lazio è stata presentata da circa il 70 % dei medici specialisti in O&G e il 75 % degli Anestesiisti
- Nel contratto di lavoro per i medici dipendenti di ospedali pubblici sarebbe necessaria una clausola che preveda la condizione di non obiezione di coscienza (possibili contratti quindi di septis)

DIAPOSITIVA 1

2

3

## Applicazione della Legge 194

- Significativo il fatto che l'attuazione della Legge non è compresa nel curriculum formativo degli specializzandi in O&G
- Da considerare il mancato aggiornamento delle tecniche e procedure per l'IVG che, salvo singole realtà, in Italia non hanno subito variazioni da trenta anni (mentre in Europa l'utilizzo del Mifepristone e Misoprostol è routinario e permette aborti precocissimi: Isterosuzione 7-9 sett., Aborto medico 5-7 sett.) vedi art. 15 della Legge

4

## Applicazione della Legge 194

- Da considerare il mancato aggiornamento degli Operatori impegnati, cosa peraltro prevista dalla Legge che esorta all'utilizzo di metodologie sempre più attuali
- Auspicabile è il confronto tra i vari Centri per raggiungere livelli di qualità sempre più omogenei

## Art. 1 Legge 194

- Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e la tutela della vita umana dal suo inizio.
- L'IVG non è un mezzo di controllo delle nascite.
- Lo Stato, le Regioni e gli Enti Locali nell'ambito delle proprie funzioni e competenze promuovono e sviluppano i servizi socio sanitari (il POMI auspica un C.F. ogni 20.000 abitanti).

5

## Aborto terapeutico

- Limitazione dell'epoca di gravidanza non a 180 gg, ma a 22 settimane e tre giorni, come previsto dal Consensus Conference e dalla Commissione presso il Ministero della Salute con i Presidenti delle Società di OC e Neonatologia.
- Il limite delle 22 settimane può essere superato solo in casi incompatibili con la vita (anencefalia, sindrome di Patau), valutando caso per caso.
- Implica una corretta diagnosi prenatale nei tempi e modi dovuti.

6

7

## Mancata prevenzione dell'IVG

- Deficitaria l'educazione alla salute e rare e occasionali le campagne di prevenzione e informazione sulla contraccezione.
- Metodi contraccettivi mai arrivati in Italia (preservativo femminile, impianti ormonali, spermicidi, spugna, cappuccio cervicale, c.o. depot).



**MAURO ALBERTO BUSCAGLIA**

Ospedale S. Carlo Borromeo, Milano

Il San Carlo Borromeo di Milano, l'Ospedale in cui opero, da oltre otto anni ha aperto un centro di ascolto e aiuto per le donne immigrate e i loro bambini, centro che presenta la caratteristica principale di avere accesso libero per l'utenza e presenza multidisciplinare degli operatori. Questo ha permesso di attuare interessanti iniziative di prevenzione dell'IVG che passano in primo luogo attraverso un'adeguata informazione e comunicazione ed iniziative specifiche. Fra queste, l'applicazione della spirale subito dopo l'IVG, una problematica poco affrontata; nel nostro centro la spirale in corso di IVG viene inserita, previo consenso, al 30% delle donne straniere (che da noi rappresentano il 60% dell'utenza). Negli ultimi anni abbiamo inoltre avviato un momento di confronto post IVG con la presenza della mediatrice culturale e di una psicologa, che favorisce la riflessione sul vissuto dell'aborto e che vede una frequenza mista (donne italiane e straniere) con un positivo scambio di esperienze. Ciò consente di andare all'origine delle motivazioni che hanno portato all'IVG: non solo mancata conoscenza dei metodi contraccettivi, ma anche, soprattutto per le straniere, problemi economici, mancanza di una casa, di un lavoro,

ecc. Se vogliamo contrastare l'aborto, non possiamo limitarci a considerare l'aspetto contraccettivo ma dobbiamo agire a ben altri livelli, in primo luogo sulla tutela della famiglia e dei figli. Ritengo che questo sia un messaggio importante da trasmettere all'interlocutore politico.

La nostra esperienza è difficile da mantenere e portare avanti, anche perché presenta costi considerevoli, e oggi l'attività continua solo grazie alla disponibilità della Direzione Generale.

Condivido la riflessione secondo cui la misura più importante nel nostro Paese per contrastare l'aborto sia porre fine alla "guerra" fra obiettori e non obiettori. Per arrivare a questo obiettivo è necessario in primo luogo riconoscere qual è la realtà comune di partenza, la problematica dell'aborto clandestino nell'Italia degli anni '70: in Lombardia, quando la mortalità materna era di 40 donne /100.000 nati, l'aborto clandestino rappresentava la terza causa di morte: siamo quindi arrivati alla legge 194 come risposta a un'emergenza. In secondo luogo, considerare i principi di fondo, che fanno parte dell'etica personale, e riconoscere che al di là delle posizioni personali si può arrivare ad una condivisione di un'etica comune, fondata sul principio del rispetto della vita, che non è appannaggio solo dei cattolici, ma di tutti coloro che operano per la salute dei cittadini.

**BRUNO MOZZANEGA**

Ricercatore Clinica Ginecologica di Padova

*Due problemi quotidiani cruciali: l'aborto clandestino farmacologico con Cytotec e la disinformazione delle adolescenti*

Sono forse l'unico medico obiettore che ha preso la parola in questa Tavola Rotonda ma concordo pienamente con i relatori che mi hanno preceduto nell'invito a superare la frattura che divide obiettori e non-obiettori in nome del comune rispetto per la vita, un valore che senza dubbio ci unisce e dovrebbe essere il principio fondante per una procreazione consapevole e responsabile.

Vorrei esprimere una iniziale riserva nel considerare la "pillola del giorno dopo" come anticoncezionale, perché esistono dati in base ai quali risulta che essa non inibisce l'ovulazione, se non raramente (forse soltanto nel primo dei giorni fertili e nemmeno con certezza), mentre invece determina un forte effetto anti-estrogenico proprio nei giorni in cui il follicolo, grazie agli elevati livelli di estradiolo che produce e contiene, si dovrebbe dotare di quei recettori per l'LH che gli permetteranno di diventare un corpo luteo adeguato a sostenere l'impianto.

E vorrei anche porre degli interrogativi sulla liceità di questo farmaco; la legge infatti consente di eliminare un essere umano già concepito in una sola ed unica circostanza: quella prevista appunto dalla stessa 194, a gravidanza diagnosticata, e non in altri casi quali, ad esempio, a concepimento avvenuto inibendo l'impianto, meccanismo d'azione verosimile della "pillola del giorno dopo".

Fatta questa premessa, vorrei soffermarmi su due problemi:

1. l'aborto clandestino, in particolare quello farmacologico col Cytotec (misoprostolo)

2. la carente informazione sugli aspetti biologici della riproduzione umana

Quanto al primo punto, il Cytotec è una prostaglandina usata diffusamente per l'aborto clandestino dalle donne immigrate ma verosimilmente anche dalle italiane. La capacità del farmaco di indurre l'aborto è ben nota: per averne conferma basta digitare misoprostol and first (ma anche second) trimester abortion nel sito PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>.

Gli articoli che trattano il tema sono centinaia.

Io personalmente mi sono trovato ad assistere, in soli 15 mesi, 9 pazienti straniere che avevano utilizzato questo metodo per abortire, a volte anche con conseguenze estremamente gravi: due di loro sono arrivate in ospedale in pericolo di vita. Ciò si verifica perché le donne straniere assumono il farmaco in modo improprio e soprattutto senza essere seguite da un medico di riferimento. Ho attivato personalmente la Direzione Sanitaria e la Regione, l'allora ministro Storace che mi rispose personalmente, ma l'Aifa deliberò in termini minimali limitandosi a modificare la prescrivibilità del farmaco e rendendone non ripetibile la ricetta. Una misura certamente non sufficiente a scongiurare l'impiego di questo farmaco per procurare aborti clandestini.

Il fatto che si tratti esclusivamente di pazienti straniere induce a ritenere che queste pazienti siano lasciate sole durante e dopo la somministrazione clandestina del farmaco. Inoltre, ad ognuna di esse era stato fortemente raccomandato di attendere a domicilio il completo espletamento dell'aborto, preannunciato come evento certo e privo di complicazioni. Queste pazienti, prive di strutture mediche di riferimento o di medici "di fiducia" che siano collegati al SSN, inevitabilmente confluiscono al centro di Pronto Soccorso quando si presentino complicanze importanti e, se richieste, rivelano l'assunzione di farmaci a scopo abortivo. Sarebbe strano, però, se le procedure farmacologiche riguardassero solo pazienti straniere... Qualche dubbio è lecito.

Come avviene l'aborto clandestino delle pazienti italiane? Come avvengono quei 15-20.000 casi stimati dall'ISTAT? È possibile che le proprietà abortigene del misoprostolo siano note soltanto ai medici stranieri? E cosa rappresenta quel surplus di aborti spontanei che l'ISTAT quantifica in circa 12.000 all'anno rispetto ai dati di venti anni fa?

La risposta a queste domande è suggerita dai fatti. In Internet sono disponibili a chiunque tutte le informazioni necessarie per praticare l'aborto farmacologico clandestino.

Il sito olandese <http://www.womenonwaves.org/> spiega in dettaglio, in lingua inglese, come comportarsi quando si voglia ottenere un aborto clandestino: innanzitutto, se possibile, è meglio avere un medico di cui potersi fidare e al quale poter fare costante riferimento. In altri termini, un medico che si occupi dell'aborto clandestino; e poi viene spiegato come procurarsi e assumere il Cytotec, e infine quando chiedere l'assistenza del medico nel caso si sia fatto tutto da sole. Le stesse indicazioni, in lingua italiana, sono facilmente reperibili nel sito italiano <http://www.lucacoscioni.it> in un articolo del dott. Viale.

È pensabile che un medico italiano che pratichi aborti clandestini ricorra ancora a procedure chirurgiche che lo rendono protagonista visibile dell'evento, che richiedono un suo coinvolgimento diretto, che lasciano tracce e lo espongono al rischio di essere incriminato, quando può disporre di metodiche che lo tengono al di fuori di tutto?

Oggi anche la diagnosi di gravidanza è un fatto privato: la si ottiene con test acquistati in farmacia, il cui esito, non refertato, è nella esclusiva disponibilità dell'utente. Trovato un medico disponibile a seguire un aborto clandestino, un esame ecografico che non sarà refertato confermerà o meno la presenza di un embrione vivo in utero.

L'assunzione del misoprostolo potrà avvenire a domicilio.

Il farmaco si può ottenere senza grandi difficoltà ed una confezione di 50 compresse da 200 mcg può bastare ad indurre

almeno sei aborti. Ogni medico può prescriberlo, o acquistarlo da sé e consegnarlo alla paziente.

Se tutto procederà senza complicanze, il medico referente si manterrà disponibile, anche per eventuali suggerimenti a fini analgesici, e alla fine di tutto, con un controllo ecografico, accerterà l'assenza di materiale in utero.

Di questa gravidanza non resterà traccia. Esce da ogni contabilità. È quanto succede in oltre il 90% delle gravidanze interrotte con misoprostolo. Se invece vi saranno complicazioni, la paziente sarà ricoverata per aborto spontaneo e sarà sottoposta a revisione della cavità uterina.

Prima del ricovero, dovrà rimuovere i residui del farmaco dal fondo della vagina e dovrà negare in ogni modo che il suo aborto non sia spontaneo (da [womenonwaves.org](http://www.womenonwaves.org)).

Gli aborti spontanei oggi sono 70.000, 12.000 in più – come già detto – rispetto a vent'anni fa. Indubbiamente influisce l'aumentata età della donna in gravidanza, ma quanti di questi aborti possono invece rappresentare la punta dell'iceberg dell'aborto farmacologico clandestino, quel 5-10% di aborti non andati a buon fine? Sono cifre non immaginabili e non documentabili, ma si tratta di una realtà che esiste ed è ben nota a noi ginecologi. A noi, ma soprattutto a quei colleghi che di queste tematiche si occupano. Nota necessariamente a chi pratica l'aborto farmacologico sperimentale negli ospedali pubblici (il Cytotec è il secondo farmaco somministrato e certamente ne è stata letta la bibliografia relativa) e nota ai ginecologi che aderiscono alla F.I.A.P.A.C., la Federazione Internazionale degli Operatori di Aborto e Contraccezione, che nell'ottobre 2006 a Roma ha tenuto un Congresso Internazionale in cui questi argomenti sono stati ampiamente dibattuti. Il sito <http://www.fiapac.org/> ne riporta il programma e il testo completo di alcune relazioni.

A questa stessa Tavola Rotonda sono presenti due relatrici che hanno attivamente partecipato ai lavori di quel Congresso,

essendo rispettivamente una la Delegata Nazionale dell'Organizzazione e l'altra la Presidente di una Sessione in cui il misoprostolo era presentato come "farmaco salva-vita"; e chiedo a me stesso, ma chiedo soprattutto a loro, perché non abbiano richiesto che il farmaco sia tolto dalla libera disponibilità nelle farmacie. Propongo il quesito a voi tutti non senza inquietudine: perché soltanto io ho formulato questa richiesta alle Autorità competenti?

La pillola abortiva RU-486, se mai sarà approvata, verrà utilizzata esclusivamente in ospedale sotto stretto controllo medico; il Cytotec, invece, si trova liberamente nelle farmacie e determina l'aborto con una sicurezza estrema. È vero che esiste senz'altro un mercato nero del farmaco e che il Cytotec si può acquistare anche da siti internet, ma mi sembra incomprensibile che si discuta se autorizzare l'uso della RU-486, il cui utilizzo rimarrà comunque esclusivamente intraospedaliero, e si finga di ignorare che il Cytotec è disponibile in farmacia da sempre. Questa discussione diventa comprensibile in un solo ed unico caso: che si parli tanto della RU-486 proprio per tacere del Cytotec, e lasciare che il suo utilizzo dilaghi nel silenzio, libero e incontrollabile, coperto da rumori del tutto strumentali.

La legge 194, di cui oggi si parla, ha fra i suoi scopi la prevenzione dell'aborto clandestino. Mi parrebbe doveroso, soprattutto da parte dei suoi sostenitori, un atteggiamento mirato a rimuovere sia le occasioni che gli strumenti in grado di facilitare l'aborto clandestino.

A meno che l'obiettivo reale, anche se non confessabile, sia proprio quello di garantire un aborto autodeterminato, meglio ancora se clandestino, privato e autogestito, e assistito da sanitari competenti e disponibili. Non ho idea di quanti fossero i partecipanti italiani al Congresso della F.I.A.P.A.C., ma certamente esiste in Italia una rete di operatori sanitari che conoscono a fondo il problema e saprebbero come assistere una donna che intendesse percorrere la via dell'aborto clandestino

con Cytotec. Non dico che lo facciano, ma certamente saprebbero farlo. Come saprebbe farlo qualunque ginecologo, ma anche qualunque medico non specialista ma informato. Da ultimo alcune considerazioni sul secondo punto del mio intervento: il livello di informazione della nostra popolazione in merito alla fertilità e alle sue possibilità di essere gestita. Il quadro legislativo fa riferimento a tre leggi: la 405/1975, istitutiva dei Consulori Familiari, che pone come obiettivi la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; la 194/1978 che afferma il diritto alla vita sin dal suo inizio; la legge 40/2004, infine, che attribuisce espressamente diritti e tutela al concepito.

La legge 405/75 prevede, in particolare, un compito specifico per i Consulori Familiari: la divulgazione delle informazioni idonee a consentire all'utenza una scelta libera e consapevole dei mezzi per conseguire le finalità individuate in ordine alla procreazione responsabile.

La realtà sperimentata nella mia città, Padova (ricco nord est, città universitaria), ci rivela però dati disarmanti. Nell'ambito di uno studio condotto insieme al Dipartimento di Statistica dell'Università, a mille pazienti seguite dai Consulori (100 pazienti per ognuno dei 10 consultori dell'area urbana) è stato chiesto di indicare la durata del proprio ciclo mestruale, di identificare su di un grafico il periodo fertile del proprio ciclo, di indicare il giorno della propria ovulazione, e il giorno presunto della ovulazione in un ciclo che durasse solo 22 giorni. I questionari erano somministrati personalmente dal ginecologo titolare, preparato a non indirizzare le risposte ma solo a chiarire il quesito. Ebbene, fra le ragazze di 20 anni, quelle appena uscite dalle scuole superiori, solo una su cinque è risultata informata; il massimo di competenza si osserva fra le ultra-quarantenni laureate, in cui la percentuale delle informate è del 42%, sempre meno, comunque, di una donna su due. Sottolineo che parliamo di elementi basilari della fertilità, come il periodo fertile del ciclo e il giorno dell'ovulazione, e

che abbiamo valutato donne che afferiscono ai Consultori Familiari, le strutture che hanno il compito di fornire queste informazioni specifiche; donne quindi che, almeno in termini di opportunità di informazione, dovrebbero rappresentare una fascia privilegiata.

Questa drammatica mancanza di informazione costituisce senza dubbio un problema etico grave perché chi non conosce non è in grado di scegliere: non è libero.

Ma un progetto organico sull'informazione manca. Manca soprattutto un progetto di formazione e informazione che coinvolga insieme la famiglia e la scuola, e trovi nei media un alleato e non un ostacolo. Gli adolescenti sono stimolati all'attività sessuale ma senza un preliminare adeguato sostegno in termini di informazione né, tantomeno, di educazione alla sessualità e ai sentimenti. Pare quasi che l'unica preoccupazione degli adulti sia quella di chiedere ai ragazzi di non creare problemi... e di riempire le loro tasche di profilattici e di "pillole del giorno dopo".

Nel concludere ritorno all'affermazione iniziale: obiettori e non-obiettori cesseranno di essere in conflitto fra loro quando saranno tutti insieme coinvolti in una campagna di informazione e formazione mirata alla responsabilità nella sessualità e nella procreazione, che proponga il rispetto di sé e soprattutto dell'altro, ma certamente sia fondata sull'obiettivo condiviso del rispetto della vita umana fin dal suo inizio, principio naturale che sta alla base di tutti gli altri.

Ma non bastano le dichiarazioni di intenti, servono fatti concreti e prese di posizione chiare e non contraddittorie. Non sarebbe, infatti, credibile né efficace proporre il rispetto del concepito come valore fondante nella procreazione responsabile, se in contemporanea reclamassimo come conquista civile il diritto di sacrificare quegli stessi embrioni a fini di ricerca o di selezione genetica e se, nel presentare i diversi contraccettivi, fossimo indifferenti al loro meccanismo d'azione.



DIAPPOSITIVA 1

2





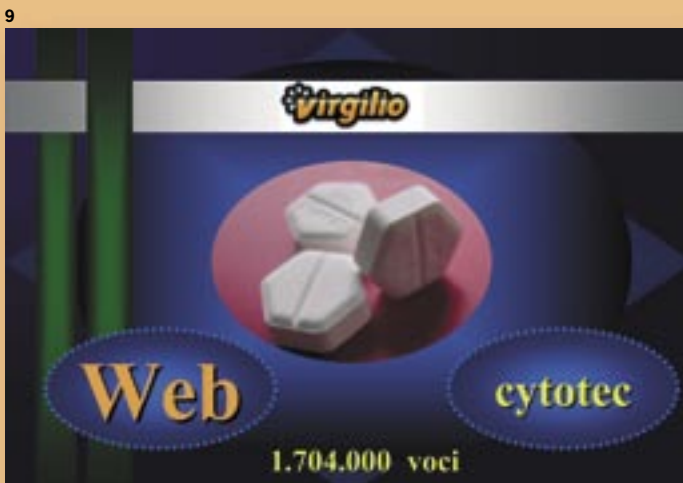




7



8



9



10

Women On Waves  
| Home | Felten | Hulp | Acties | Support | Pers | About us

- How can I do an abortion?
- How does an abortion with Misoprostol work?
- How to get Misoprostol?
- How to use Misoprostol?
- Side effects
- When to contact a Doctor or go to the Hospital?

11

Italia [www.lucacoscioni.it](http://www.lucacoscioni.it)

- CYTOTEC: legittima difesa

informazioni sull'uso  
nell'aborto clandestino

Viale

Agenda Coscioni, anno II, Dicembre 2007

12

13

Cytotec **Virgilio**

perché?

pur sapendo nessuno ne ha  
chiesto rimozione dalle farmacie

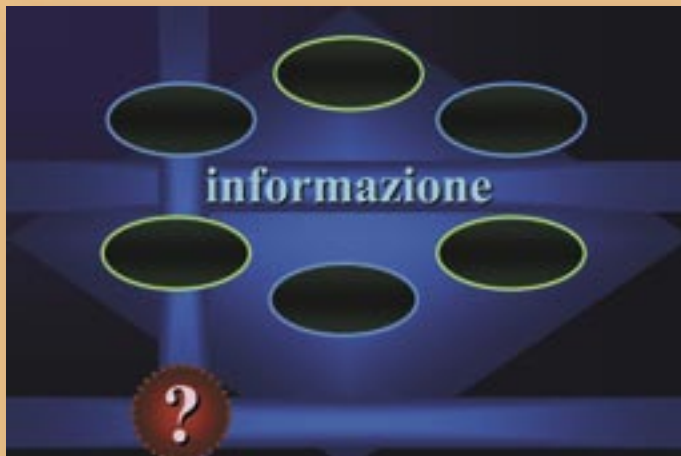
14

Cytotec **Virgilio**

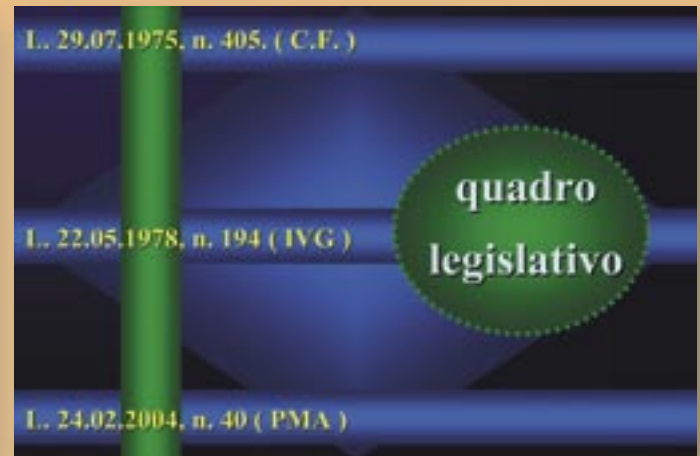
rete di sanitari in grado  
di assistere la donna

nell'aborto  
farmacologico e clandestino





15



16

17

L. 29.07.1975, n. 405. Istituzione dei Consulenti Familiari

C.F. assistenza a famiglia e maternità **scopi**

- somministrazione mezzi per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle condizioni etiche e integrità fisica degli utenti
- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento
- **la divulgazione delle informazioni idonee**

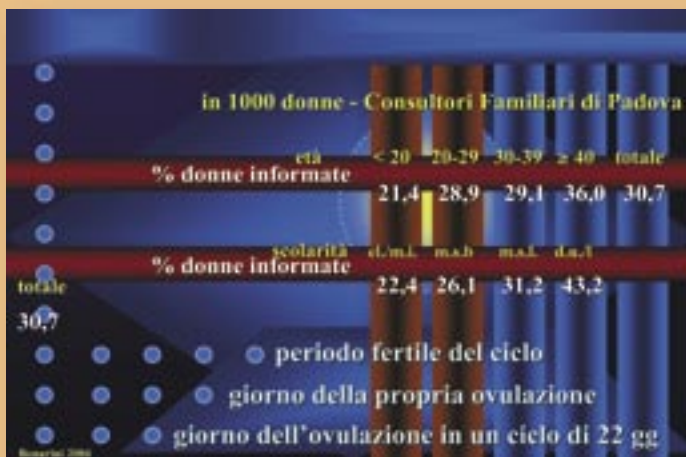
18

**pillola del giorno dopo** ADOLESCENTI 55%

fornitura anticipata

- stesso numero di gravidanze indesiderate
- rapporti non protetti sei volte più frequenti (25% versus 4%; RR 5.8)

Jackson. Advance supply of emergency contraception effect on use and sexual contraception – a randomized trial. Obstetrics & Gynecology 2003, 102: 8-14



19



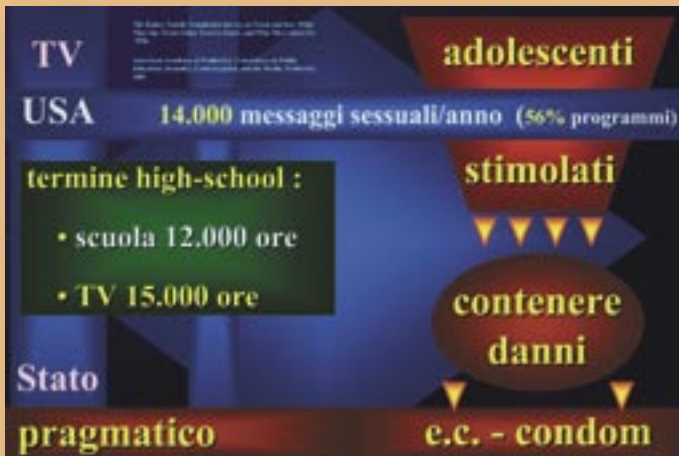
20

21

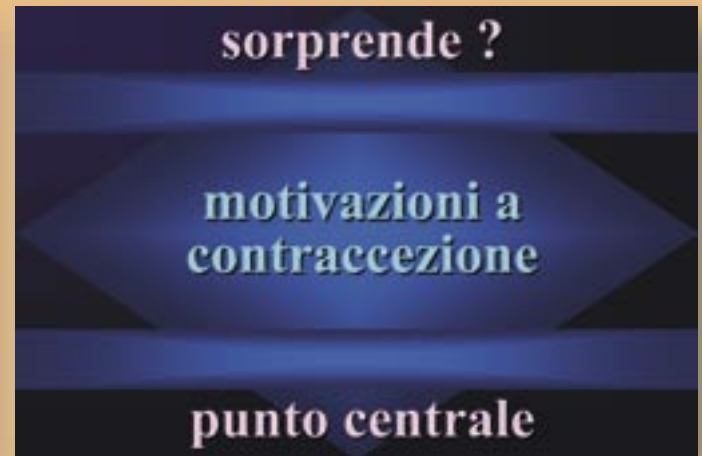


22

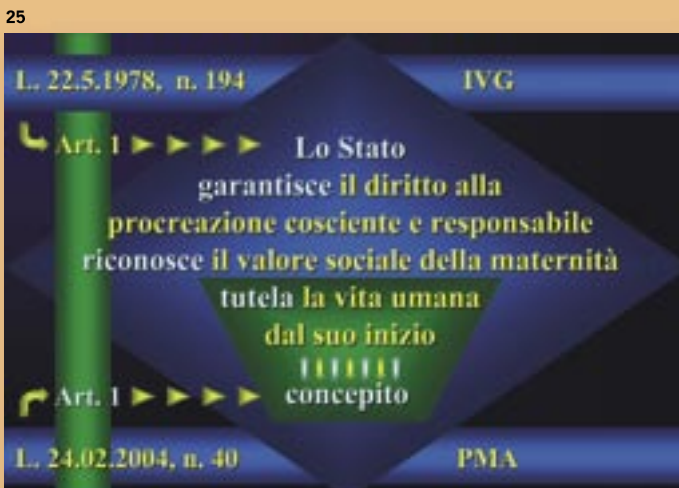




23



24



25

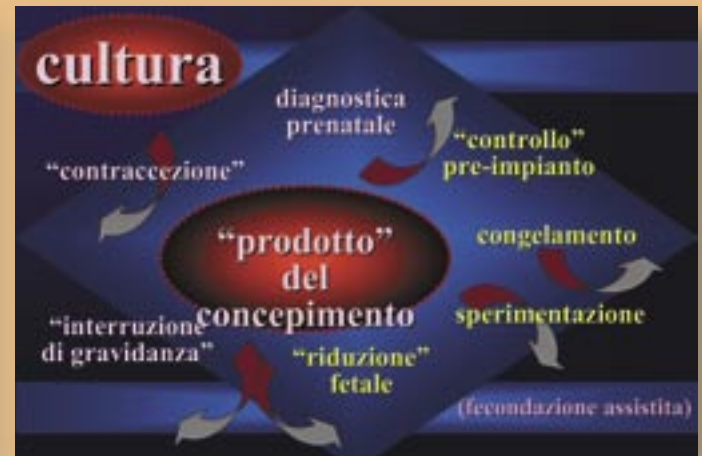


26





27



28

29



30



## Percorsi ad hoc o maggior integrazione nel sistema?

**MAURO BOLDRINI** Siamo arrivati alla parte conclusiva della nostra riflessione che, dopo aver visto susseguirsi le testimonianze degli esperti, chiama ora i politici a raccogliere questi stimoli e a proporre possibili linee di intervento. Sono con noi il sottosegretario al Welfare l'on. Eugenia Maria Roccella, il sen. Cesare Corsi, Presidente della Commissione Industria del Senato e Coordinatore dell'Osservatorio Sanità e Salute e l'on. Paola Binetti, membro della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

Abbiamo assistito ad un dibattito acceso, in cui sono intervenuti ginecologi, mediatori culturali, medici di famiglia, sessuologi, tutti concordi nel sottolineare l'importanza di una maggiore informazione e cultura. Una spinta sull'educazione che possa consentire effettivamente, soprattutto alle donne più fragili, le giovanissime e immigrate, di realizzare un vero salto culturale teso all'obiettivo "aborto zero" da tutti condiviso.

**ON. PAOLA BINETTI**

Membro Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Il tema della 194, in una prospettiva di applicazione completa della legge, ha occupato la fine del dibattito della legislatura precedente, anche per la coincidenza con i trenta anni della sua approvazione.

È di fatto evidente che la disparità di applicazione delle diverse parti che compongono la legge ne ha fortemente condizionato la corretta interpretazione, insinuando il sospetto che ci sia stata e ci sia tuttora una volontà politica concreta di darne una lettura in chiave pressoché esclusivamente abortista.

In questi trent'anni poco o nulla si è fatto per garantire la tutela sociale della maternità con gli strumenti previsti dalla stessa legge, mentre l'interruzione volontaria di gravidanza ha trovato una sua applicazione generalizzata, sostenuta con mezzi e risorse non indifferenti.

Il dibattito recente sulla 194 ha rappresentato uno sforzo molto interessante sotto il profilo culturale: ripercorrendo le tappe iniziali che avevano condotto alla approvazione della legge per contrastare l'aborto clandestino, si è visto come fin dal primo momento si andasse affermando anche l'interpretazione dell'aborto come diritto, con forte accentuazione del principio dell'autodeterminazione della donna. Ora però i tempi sono cambiati o per lo meno stanno cambiando. Mentre si afferma sempre più la cultura dei diritti individuali, di tutti, compreso il diritto a nascere del bambino, si va facendo strada un'altra ottica, che vede l'aborto come scelta drammatica. Una decisione a cui le donne non accedono mai indifferentemente ma sotto la spinta di una forte pressione emotiva, in cui si riflette il timore di non poter fronteggiare difficoltà come la povertà, la solitudine, l'insicurezza lavorativa ed economica. L'aborto

nel vissuto delle donne che vi fanno ricorso rappresenterebbe solo una possibile soluzione ad una situazione non facilmente gestibile da loro nella concretezza di una fragilità e di un timore che configura il futuro in modo ostile per sé e per il proprio figlio.

Questo cambio di mentalità e di prospettiva, ha portato molte colleghe, sia in Senato che alla Camera a condividere come obiettivo comune l'ipotesi "aborto zero": lo scopo è assumere l'elemento di drammaticità intrinseco nell'aborto per valutare quali sono le possibili misure politiche che si possono porre per contrastarlo e prevenirlo. Questa posizione implica il mantenimento della legge 194 così com'è, per puntare ad una sua applicazione integrale, che guardi con particolare attenzione a quelle parti che sino ad ora sono risultate inesprese. Sono gli articoli che parlano di prevenzione dell'aborto, che ipotizzano una serie di misure alternative all'aborto, che sottolineano il possibile ruolo dei consultori, pongono limiti concreti ai tempi dell'aborto, avendo sempre presente le maggiori garanzie possibili da offrire anche al bambino. Non dobbiamo dimenticare che questa legge, trent'anni fa, segnò un punto di intesa, per certi aspetti doloroso, fra due culture molto diverse che si confrontavano cercando una mediazione per contrastare l'aborto clandestino, in cui oltre alla vita del bambino c'era la vita della donna ad essere esposta ad un rischio particolarmente elevato. Nella cultura di ispirazione cattolica, allora identificata con la linea politica della Democrazia cristiana, l'aborto era e rimane una vera e propria aggressione alla vita umana in uno dei momenti più fragili della sua esistenza. Ma come è possibile rilevare dal dibattito di allora, molte parlamentari cercarono di intervenire passo passo nella formulazione della legge per mitigarne l'impatto e assicurare alla donna una serie di alternative per ovviare alle possibili cause dell'aborto. Uno sforzo che il modo in cui è stata

applicata la legge finora ha in gran parte vanificato. Ci sono, come è evidente, due culture ben visibili all'interno della 194, a cominciare dal titolo: da un lato l'interruzione volontaria di gravidanza, e dall'altra la tutela sociale della maternità. L'investimento di risorse in un senso o nell'altro ha indubbiamente contribuito a strutturare un certo tipo di applicazione della legge e quindi ne ha condizionato anche nella opinione pubblica il senso. La 194 è per tutti la legge sull'aborto, anche se nel suo primo articolo afferma: "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio".

La sfida oggi per il governo, ma anche per l'opposizione, è identificare quali e quante siano le risorse positive da investire nel profilo della tutela sociale della maternità. La legge precisa che deve essere svolta un'analisi attenta delle cause che inducono la donna all'interruzione volontaria di gravidanza e che devono essere offerte possibili alternative all'interruzione. Abbiamo avuto un esempio molto efficace con il caso di quella donna che ha scritto al Presidente della Repubblica per raccontare i motivi della sua drammatica scelta di aborto e, dopo aver ricevuto le rassicurazioni di cui aveva bisogno, ha deciso di non abortire.

Ecco la cultura, il terreno, su cui occorre trovare l'intesa. L'intesa significa chiedere alle donne che si trovavano in una condizione di grande fragilità anche emotiva: di cosa hai bisogno, di che cosa hai paura. Con la speranza di raggiungere una nuova intesa vogliamo imprimere al contesto sociale un cambiamento di indirizzo. Riteniamo possibile chiedere ad una donna spaventata dalla sua maternità, per qualunque ragione, se vuole essere aiutata a portare avanti la sua gravidanza e come vorrebbe essere aiutata. Per questo servono consultori capaci di affiancare le donne, per supportarle nel prendere una decisione senza farle sentire sole, ma anche senza nessun atteggiamento

manipolatorio, né in un senso né nell'altro. Consultori in cui lavorino operatori in grado di ascoltare con il massimo rispetto possibile le persone che liberamente vi accedono, ma anche in grado di offrire servizi concreti, perché i margini di libertà di una persona si accrescono quando aumentano le alternative e le risorse disponibili.

Attualmente in alcuni ambienti si va diffondendo l'idea che una alternativa all'aborto potrebbe essere la contraccezione di emergenza. Di questo stanno abusando soprattutto le persone giovani, che nell'ipotesi di essere rimaste incinta intervengono prendendo la cosiddetta pillola del giorno dopo, la cui efficacia è legata al doppio effetto preventivo ed abortivo. Per cui in molti casi si tratta di veri e propri aborti.

Non è così però che si può fare una buona campagna di educazione della sessualità e meno ancora è così che si può restituire alla tutela della maternità tutta la dignità di cui c'è bisogno. La banalizzazione della esperienza sessuale porta spesso i giovani, ma anche i giovanissimi a non avere piena consapevolezza di quello che fanno. Occorre una prospettiva alta e forte, in cui ognuno possa riscoprire il valore di una progettualità personale a tutto campo in cui affettività ed educazione sessuale si collocano in una nuova visione della tutela sociale della maternità. Questo non contraddice al principio di autodeterminazione, perché vale la pena ribadire che una persona è tanto più libera quanto maggiore è il numero delle alternative che può prendere in considerazione e quanto più è capace di far fronte a certi condizionamenti di moda. La banalizzazione del sesso è tra i fattori di rischio maggiore per quanti pensano ad una vita fondata su legami affettivamente solidi.

Non può esserci contraddizione tra chi pone alla base delle proprie decisioni l'amore per la vita e per la famiglia e chi dà priorità al valore della libertà personale e al principio di autodeterminazione.

Occorre risolvere una possibile conflittualità tra questi valori assumendo una prospettiva culturale che rappresenti un punto di sintesi in cui una donna possa prendere in considerazione anche l'ipotesi di non abortire. Decidere liberamente significa anche contemplare la prospettiva della vita. Non una contemplazione meramente antropologica però, perché la donna ha bisogno di mezzi, risorse, aiuti concreti. Per questo una delle domande più decise per il nuovo governo riguarda le risorse che intende destinare alla tutela della vita fin dal suo concepimento. Per concludere, vale la pena ripensare tutta la 194 soffermandosi anche sul fenomeno che oggi è stato definito emergenza educativa.

La vera sfida in questo campo, positiva e propositiva nello stesso tempo, richiede la capacità di far riflettere i giovani, ma anche i loro genitori e tutti gli educatori, dagli insegnanti agli animatori di associazioni e di attività giovanili, sulle implicazioni a tutto campo della sessualità, da riposizionare all'interno di un progetto di vita per aiutarli a creare legami affettivi stabili. Questo aumenterebbe la libertà degli adolescenti, la loro consapevolezza, la maturità, l'autodeterminazione. E questa sembra una grande sfida da assumere insieme genitori ed educatori, medici e politici, cinema e stampa, associazioni sportive ed associazioni culturali, attività di volontariato e attività di tempo libero.



## SEN. CESARE CURSI

Presidente Commissione Industria, Commercio e Turismo del Senato della Repubblica e  
Coordinatore dell'Osservatorio Sanità e Salute

Su temi come quello del contrasto all'interruzione volontaria di gravidanza spesso, fortunatamente, le divergenze fra maggioranza e opposizione sfumano, scompaiono perché sono temi talmente importanti da andare oltre la mera appartenenza.

Oggi il tema dell'aborto assume senza dubbio una valenza determinante, così come è avvenuto in campagna elettorale. Assistiamo ad un superamento delle ideologie per cui ritengo esista un consenso trasversale nell'interpretazione dell'aborto come un grande momento traumatico che la donna si trova a vivere, spesso in solitudine. E si assiste anche ad una comune volontà di rispondere a questo dramma creando un contesto sociale di supporto e sostegno, sia di carattere psicologico che concreto. L'autodeterminazione è un principio che va salvaguardato ma che presuppone una scelta informata, cosciente e responsabile.

Una misura fondamentale è definire i percorsi ottimali ed impegnarsi affinché tutte le donne siano a conoscenza dei loro diritti e degli strumenti messi a loro disposizione. Vale allora forse la pena, a 30 anni dalla 194, di ammettere che probabilmente la legge non è stata vissuta integralmente, che esistono alcune zone ombra che ancora non sono state opportunamente messe in luce. In primo luogo probabilmente non è stato sufficientemente rafforzato il ruolo dei consultori, distribuiti in maniera non omogenea nelle

diverse regioni, troppo differenziati nelle funzioni, spesso non utilizzati al pieno dello loro potenzialità e non sempre adeguatamente sostenuti dal punto di vista economico-finanziario.

Prima di pensare ad una revisione della 194, vale la pena sforzarsi per applicarla in toto. È stata attuata fino in fondo? Sono stati messi in moto tutti i meccanismi volti a potenziare il ruolo dei consultori? Mi pare si registri un consenso unanime sulla necessità di una verifica o un monitoraggio complessivo, soprattutto a livello regionale, per sondare quanto è stato realizzato in questo periodo, dove e come si è operato e individuare i possibili margini di miglioramento e potenziamento delle strutture già esistenti e attive.

La donna deve poter contare su strumenti veri, come quelli già concepiti ed insiti nella legge. Vanno realizzate campagne vere di formazione e informazione, soprattutto in collaborazione con i ginecologi che mi auguro riescano a superare la frattura fra obiettori e non, per tendere all'obiettivo comune della tutela della donna e della maternità.

Un obiettivo che deve necessariamente contemplare anche la decisione di non abortire, senza che questa venga letta come una mancanza di libertà, ma anzi come la più alta espressione del principio di autodeterminazione.

Come è già stato ricordato esiste un'etica condivisa che è quella del rispetto della vita. Un valore fondante da tutelare e difendere che ritengo sia il messaggio più importante che emerge da questo convegno.

**ON . EUGENIA MARIA ROCCELLA**

Sottosegretario di Stato al Lavoro, Salute e Politiche Sociali

Ritengo sbagliato identificare l'interruzione volontaria di gravidanza con la 194, perché una legge non crea il fenomeno, non può instaurarlo e purtroppo non può cancellarlo. Se proviamo a porci come obiettivo ideale la riduzione tendenziale degli aborti a zero, credo sia possibile trovare un'unità di intenti, fra obiettori e non, fra destra e sinistra, fra fautori dell'autodeterminazione della donna e difensori della tutela del concepito.

Abbiamo oggi a disposizione le esperienze di altri Paesi su come e in quali luoghi si debba fare prevenzione, esempi che possono fornirci indicazioni estremamente utili. Ad esempio, recentemente ho letto uno studio di una rivista demografica francese, in cui ci si poneva il problema del perché in Francia gli aborti non riescano a diminuire (da decenni presentano un trend costante) nonostante siano state attuate tutte le strategie classiche "razionali" che dovrebbero condurre a una riduzione: promuovere la diffusione dei contraccettivi e la formazione e l'informazione sui metodi anticoncezionali avanzati (sostanzialmente su quelli chimici ma anche sul preservativo), liberalizzare la pillola del giorno dopo, facilitare l'accesso delle minori all'aborto (in Francia oggi si può ottenerlo senza il consenso dei genitori). È stata quindi attuata in toto una politica di sostegno della contraccezione, anche di quella di emergenza, senza però ottenere risultati. Anche la realtà inglese si interroga su questi temi per fronteggiare l'aumento esponenziale di aborti nelle minorenni, sempre più numerosi anche fra le bambine (dodici, undici, addirittura nove anni), con l'aggravante di un alto tasso di ripetizione delle interruzioni. Per individuare possibili soluzioni credo ci si debba sforzare di

capire le specificità del nostro Paese. Il caso italiano rappresenta veramente una straordinaria anomalia, il nostro è uno "strano luogo" in cui non si usa la pillola contraccettiva, in cui è quasi del tutto assente una responsabilizzazione del maschio, e dove però gli aborti calano costantemente (anche se si verifica un'area di evidente criticità rappresentata dalle donne immigrate). Registriamo un tasso di abortività molto più basso rispetto ad altri Paesi europei, anche a quelli, come ad esempio la Svezia, in cui c'è una contraccezione diffusissima. Potremmo quindi nel nostro caso "rovesciare" la domanda francese e chiederci: perché in Italia le cose funzionano meglio?

A mio avviso la risposta sta nella coesione sociale. Funziona ancora il rapporto fra genitori e figli, la famiglia "regge" e riesce quindi ad instaurarsi un vero rapporto educativo. Questo pur in presenza, anche in Italia, di nuovi rischi, che vanno affrontati coscienti della forza del nostro patrimonio culturale, una risorsa a cui non dobbiamo rinunciare e che va anzi valorizzata al meglio. Ritengo che la prima parte della 194 costituisca da sempre il punto debole di questa legge, disapplicata o applicata a macchia di leopardo. Quindi, è vero che è importante finanziare, ma è fondamentale anche definire cosa finanziare, d'intesa con le regioni. Va chiarito quale politica sia veramente efficace sul piano della prevenzione, quali gli indirizzi da perseguire, come vogliamo utilizzare al meglio una norma che nessuno vuole mettere in discussione ma che sicuramente ha bisogno di un aggiornamento.

La mia proposta è creare linee guida, una sorta di "tagliando" alla legge, che, come nel caso di un'auto, non significa cambiare il mezzo ma registrarne il buon funzionamento. Non si tratta quindi di modificare dal punto di vista legislativo la 194 ma di ridefinire alcuni criteri che oggi, dopo 30 anni, sono molto laschi, cioè applicati e interpretati in modo disomogeneo sul

territorio, anche all'interno delle stesse regioni.

Un esempio emblematico è quello della RU486 che in alcune zone del Paese ed aziende ospedaliere viene utilizzata pur in assenza di un protocollo, perché non è mai stata approvata dall'AIFA. Ci sono altri passaggi della legge molto delicati, su cui sarebbe necessario un chiarimento, come ad esempio il famoso articolo 7, che impedisce l'interruzione di gravidanza quando il feto abbia possibilità di vita autonoma. Un articolo molto saggio ed equilibrato perché non fissa un termine ma lo affida all'indirizzo della comunità scientifica. Indirizzo che però deve essere definito con urgenza per evitare iniquità e situazioni drammatiche.

Forse la soluzione potrebbe essere identificare linee guida, come aveva tentato di realizzare il precedente Ministro Turco. Sicuramente c'è bisogno di un'applicazione uniforme della legge e di politiche di prevenzione condivise, su cosa significhi formazione, informazione, counselling nei consultori, per delineare un percorso di accompagnamento della donna. Non deve essere una corsa a ostacoli, ma un cammino di accoglienza e sostegno.

Per questo condivido la necessità di chiamare in causa direttamente anche gli obiettori: l'aborto è un problema che riguarda tutti. Non ho ben chiare quali siano le modalità per arrivare a questo coinvolgimento, ma ritengo sia un passo necessario, che può portare inoltre ad una maggiore condivisione delle strategie di prevenzione. Quando consideriamo l'interruzione volontaria dobbiamo ricordarci che è pur sempre un aspetto della maternità, ne rappresenta il lato oscuro, la "parte fallimentare". Su questo punto si sono osservate in passato evidenti carenze, molta retorica ma scarso impegno concreto: proprio su questo terreno cercherò di lavorare sodo nei prossimi mesi.

# Conclusioni: similitudini e differenze nelle vulnerabilità

GIORGIO VITTORI

Presidente SIGO

Vorrei ringraziare tutti i partecipanti, i colleghi ma anche i rappresentanti delle Istituzioni, per questa splendida giornata che ci ha visto insieme a discutere di tematiche al di sopra delle divisioni ideologiche, temi che non sono di pertinenza né dei tecnici, né solamente delle pazienti, ma riguardano tutti, in particolar modo le donne.

Ci siamo concentrati sulla sensibilizzazione nei confronti dell'IVG nell'adolescenza e nell'immigrazione perché riteniamo si tratti della punta di un iceberg.

Ora, provando a delinearne un bilancio di questa giornata, vorrei contestualizzare il tema all'interno del più ampio quadro delle fragilità nella ginecologia. Abbiamo visto che il contesto sociale in cui viviamo sta cambiando, si delineano nuovi scenari e problemi, e la 194, che ha 30 anni, può forse essere migliorata senza però farci distrarre da quello che è il problema più importante: la donna.

Vorrei oggi lanciare un appello a professionisti e, soprattutto, rappresentanti delle Istituzioni, sull'emergenza fragilità in ostetricia e ginecologia. Le prestazioni sanitarie che riguardano la donna sono oggi decisamente sottovalutate. Le difficoltà assistenziali sono avvertite non solo dagli ospedali, ma ricadranno sul genere femminile sempre più pesantemente ora e nei prossimi anni.

Per portarvi un esempio concreto, oggi un intervento sul colon vale più di un intervento conservativo sull'utero, un'asportazione della colecisti vale più di un intervento conservativo sull'ovaio. Una protesi di femore vale molto di più del più complesso intervento femminile demolitivo/conservativo/oncologico che sia: due volte tanto. In regione Lazio, un intervento conservativo in una donna è stato valorizzato dal punto di vista amministrativo 0,8 (peso medio variabile) e vale 2421 euro, quando vengono pagati. Negli ambulatori di Milano si chiede di portare il tempo della visita ginecologica da 30 a 20 minuti, riducendolo del 30%. Come

si fa a comprimere l'incomprimibile? E come è possibile promuovere l'informazione, se questo è il contesto? Questa situazione, che privilegia l'aspetto economico e svilisce le tematiche femminili, pone tutta la ginecologia, gli operatori del settore ma soprattutto le pazienti, in gravissimo pericolo. Non dimentichiamo il contesto sociale nel quale viviamo, in Italia l'età media del primo figlio è circa 35 anni. Il manager, che ha decisamente un'altra formazione, non fa nessuna differenza tra un intervento conservativo e un intervento demolitivo mentre è evidente che esiste una differenza strategica fondamentale in una società che fa sempre meno figli e li fa ad un'età sempre più avanzata. Su tematiche pregnanti come la 194 abbiamo provato oggi a parlare in presenza di obiettori e non-obiettori, laici e cattolici, destra e sinistra, per sottolineare come in realtà il nocciolo della questione sia prendersi cura di un problema che riguarda oltre la metà della società e il nostro futuro. In quest'ottica non possiamo più permetterci di proseguire in questa divisione che vede il manager perseguire obiettivi economici e il clinico obiettivi clinici, su due strade completamente divergenti. Noi operatori siamo completamente soli, privi di un interlocutore, privi di un linguaggio comune. Oggi il linguaggio della sanità si sintetizza in grafici e diagrammi. È ridotto a tematiche su cui noi clinici non siamo formati: l'appropriatezza delle prestazioni e l'efficienza del sistema sanitario. Argomenti importanti, ma che non possono essere esaustivi perché rappresentano un modo di ragionare che non riusciamo a tradurre in efficacia dal punto di vista clinico.

In conclusione, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia che mi onora di rappresentare vuole denunciare le fragilità del sistema, e cogliere l'occasione per portarle in questa sala istituzionale del Senato, per rappresentare queste necessità, e

dar voce alla difficoltà e al dolore nei quali viviamo. Vogliamo anche provare a formulare risposte alle vulnerabilità più evidenti, in particolare quella delle adolescenti e delle immigrate. Proponiamo quella che viene definita una strategia integrata “made in Italy”. Chiediamo alle Istituzioni Regionali e Nazionali di collegare in rete le risorse per assicurare un’appropriata assistenza, di non abbattere i DRG ginecologici, devalorizzandoli oltre il 30%, perché si arresti questa ondata di depauperamento delle prestazioni, soprattutto di quelle rivolte alla donna. Ciò che auspichiamo, al di là delle strumentalizzazioni, è il passaggio da una medicina di genere ad una politica di genere.



DIAPOSITIVA 1

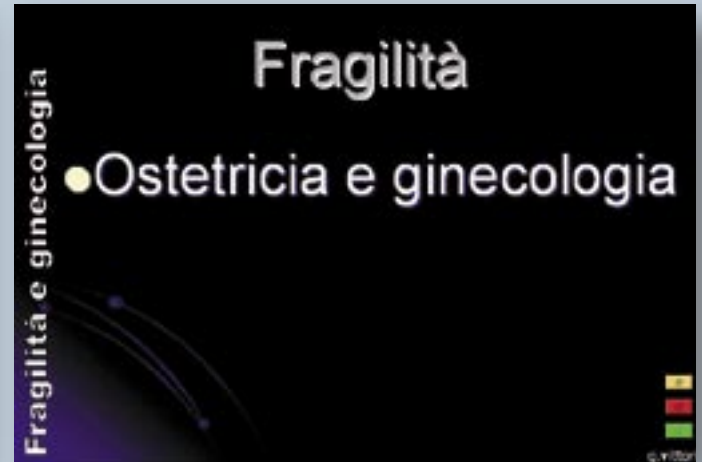
2



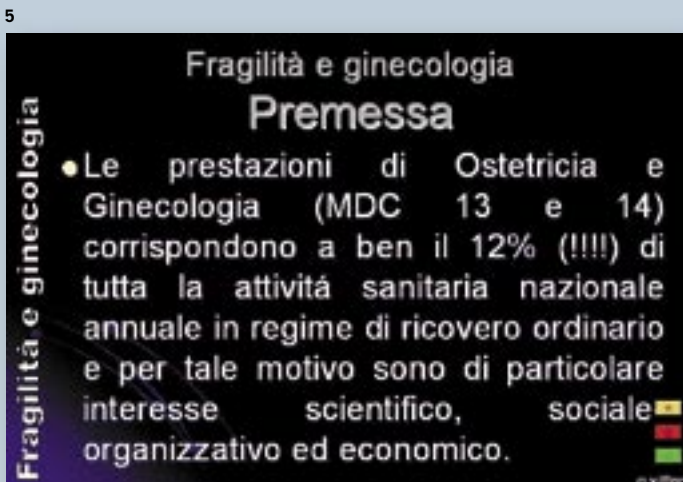




3



4



5



6

## Quanto vale la fertilità

- Negli ambulatori di Milano si chiede di portare il tempo di visita ginecologica da 30 minuti a 20 minuti
- In Italia l'età media al primo figlio è circa 35 anni
- Per il manager non vi è nessuna differenza tra la chirurgia che conserva l'integrità genitale femminile e quella demolitiva (tutto insieme nel DRG 359)



7

### Tabella 1: DRG della Ginecologia Regione Lazio (D.R. 22-03-2006)

Descrizione della prestazione	1	2	3	4	5		
111 Spinecografia pelvica, con orientamento laterale e	1	11	2.800	2.100	200	38	1.270
112 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	3.500	1.900	200	32	1.240
113 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	3.400	1.970	140	16	1.170
114 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	3.200	1.500	100	14	1.060
115 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	3.000	1.400	100	11	1.000
116 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	2.800	1.300	100	10	980
117 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	2.600	1.200	100	9	950
118 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	2.400	1.100	100	8	920
119 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	2.200	1.000	100	7	890
120 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	2.000	900	100	6	860
121 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	1.800	800	100	5	830
122 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	1.600	700	100	4	800
123 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	1.400	600	100	3	770
124 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	1.200	500	100	2	740
125 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	1.000	400	100	1	710
126 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	800	300	100	0	680
127 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	600	200	100	0	650
128 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	400	100	100	0	620
129 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	200	0	100	0	590
130 Interventi su utero e su annessi per neoplasie	1	11	0	0	100	0	560



8

## Fragilità e ginecologia Il rapporto con i manager

- Il rapporto con il manager di sanità è complesso, spesso sono diversi sensibilità, formazione, modalità comunicative, obiettivi
- Il clinico vede soprattutto il problema tecnico, umano e di complessità assistenziale
- Il manager vede soprattutto il problema organizzativo ed economico
- La donna è la Cenerentola del SSN

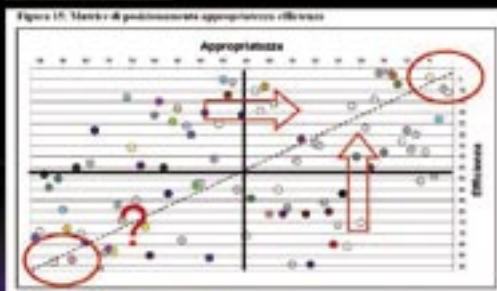


9

Prototipo di analisi - Management - Governance vs. case-mix

Indirizzo: [ ]  
 [ ]  
 [ ]  
 [ ]

Management e clinica comunicano?  
 Presentazione di un prototipo di analisi



10

**Fragilità e ginecologia**

### Fragilità e ginecologia

#### Conclusioni e SIGO propone:

1. **Strategia integrata made in Italy**
2. Che le Istituzioni regionali e nazionali **NON adottino alcun abbattimento** dei rimborsi relativi ai DRG ginecologici e ostetrici (MDC 13 e 14) di **rivalutare il peso medio dei DRG ostetrico-ginecologici**
3. Costituire una Commissione mista di studio, con rappresentanti delle Istituzioni Nazionali e Regionali e delle Società Scientifiche Ginecologiche
4. Dalla Medicina di genere alla Politica di genere

g.vittori

11

12

### Fragilità e ginecologia grazie per l'attenzione!!!

Giorgio Vittori  
Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

g.vittori

# Indice

- 5 **Introduzione**  
Mauro Boldrini, Emilio Arisi, Giorgio Vittori, Giovanni Monni,  
Antonio Chiantera
- Prima sessione: i dati**
- 10 **Interruzione volontaria di gravidanza nelle  
giovannissime in Italia: dimensioni del fenomeno**  
Emilio Arisi
- Seconda sessione: Le problematiche specifiche  
nel ricorso all'IVG**
- 28 **Omissioni educative e vulnerabilità emergenti  
nelle donne italiane**  
Alessandra Graziottin
- 50 **Vulnerabilità nelle donne non italiane:  
G1, G2 e oltre**  
AbdulCadir Omar, Lucrezia Catania, Jasmine Abdulcadir,  
Dalmar Abdulcadir
- Terza sessione: Le soluzioni possibili**
- 64 **Le opportunità del Medico di Famiglia**  
Raffaella Michieli
- 75 **Le campagne di sensibilizzazione e il ruolo del  
privato**  
Gian Carlo Frigerio
- 80 **Superare le fratture comunicative: il ruolo dei  
mediatori culturali**  
Ana Bulcu Butea
- 83 **Contrasto all'IVG nelle donne immigrate:  
esperienze pilota**  
Aldo Morrone, Alessandra Sannella
- 92 **Tavola rotonda: esperienze a confronto**  
Mirella Parachini  
Valeria Dubini  
Antonio Belpiede  
Giovanna Scassellati Sforzolini  
Mauro Alberto Buscaglia  
Bruno Mozzanega
- 113 **Tavola rotonda: Percorsi ad hoc o maggiore  
integrazione nel sistema?**  
On. Paola Binetti  
Sen. Cesare Corsi  
On. Eugenia Maria Roccella
- 120 **Conclusioni**  
Giorgio Vittori







