

Sessualità e scelte consapevoli

Quale informazione
per le donne "a rischio"?

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE

4 dicembre 2007
Roma, Istituto San Gallicano

 Intermedia editore



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

Sessualità e scelte consapevoli

Quale informazione per le donne “a rischio”?

Questo convegno è stato realizzato da



in collaborazione con



con il patrocinio di



Sessualità e scelte consapevoli

Quale informazione
per le donne "a rischio"?

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE

4 dicembre 2007

Roma, Istituto San Gallicano



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

Introduzione

Questo volume contiene gli atti del convegno “Sessualità e scelte consapevoli. Quale informazione per le donne a rischio?”, che si è svolto il 4 dicembre 2007 all’Istituto San Gallicano di Roma. Il Convegno ha segnato l’avvio delle attività dell’Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e le Scelte Consapevoli che si propone di assicurare tutte le informazioni necessarie a favorire un atteggiamento maturo e responsabile nei confronti della propria vita sessuale, a garanzia del diritto alla salute. Nell’anno europeo per le Pari Opportunità per tutti, l’Osservatorio ha deciso di iniziare la propria opera concentrandosi sulle categorie più deboli, le giovanissime e le immigrate, più esposte al rischio di gravidanze indesiderate e contagio da malattie sessualmente trasmissibili. A loro è stata dedicata questa giornata di approfondimento, un’occasione che ha ribadito la necessità di intraprendere azioni e campagne di informazione mirate per questi gruppi di popolazione.

I dati e le relazioni dei vari esperti che hanno preso parte ai lavori dimostrano infatti come per alcune tipologie di donne vi sia, anche nel nostro Paese, una situazione di allarme legata al crescente numero di interruzioni volontarie di gravidanza e a fenomeni di estrema gravità come le mutilazioni genitali. Situazioni che in una società sempre più transculturale, richiedono l’intervento integrato di diverse figure: il ginecologo, il medico di famiglia, l’esperto di comunicazione, il mediatore culturale. Senza escludere le Aziende, che possono giocare un ruolo determinante, nell’ottica della responsabilità sociale dell’impresa, per contribuire a promuovere il dibattito e l’educazione su questi temi. Ma soprattutto coinvolgendo direttamente le Istituzioni, per garantire a tutti i cittadini le informazioni necessarie per il pieno esercizio del diritto alla salute. Un diritto che rischia di venire pregiudicato dall’ignoranza

su quali sono le norme e gli strumenti a disposizione, dando origine a pesanti discriminazioni.

L’Osservatorio si è quindi costituito con il preciso obiettivo di riunire queste diverse specificità e competenze e dar vita ad un organismo che ancora mancava nel nostro Paese: un punto di indagine e approfondimento privilegiato, capace di cogliere le nuove emergenze e individuare possibili modelli e soluzioni applicabili. L’Osservatorio intende anche farsi promotore del dibattito su questi temi, senza atteggiamenti ideologici, ma ponendosi come obiettivo la salvaguardia della salute.

L’Osservatorio è la più recente delle iniziative promosse da Scegli Tu, il programma di informazione sulla contraccezione, pensato e coordinato dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO). Un progetto iniziato nel 2005, che negli ultimi mesi si è arricchito di numerosi strumenti innovativi studiati proprio per rispondere alla molteplicità dei bisogni emergenti. Oltre all’Osservatorio, il convegno ha rappresentato anche l’occasione per presentare ufficialmente “SMS – Scegli Metodi Sicuri”, la prima fiction in 3D per migliorare l’educazione sessuale delle ragazze italiane. Nei mesi scorsi era stato invece attivato un numero verde gratuito per rispondere a dubbi su sesso e contraccezione, uno spazio dedicato alla salute della donna su Second Life e filmati di informazione su You Tube.

In questo più ampio disegno, il Convegno non ha rappresentato che una tappa, il momento di avvio di una fruttuosa collaborazione fra Istituzioni, medici, giornalisti e imprese private uniti per costruire una nuova visione della sessualità, che può rappresentare un’importante opportunità di evoluzione culturale per il nostro Paese.

Sessualità e scelte consapevoli

CONVEGNO NAZIONALE

Quale informazione
per le donne "a rischio"?

martedì 4 dicembre 2007
Roma, Istituto San Gallicano
via San Gallicano 25/A
9.45 - 13.30



Prima sessione: Contraccezione e sessualità responsabile negli adolescenti

Moderatore: Tiziano Motta

Presidente Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e
dell'Adolescenza (S.I.G.I.A.)

L'educazione sessuale: la scuola, la famiglia, le
istituzioni, i media

Federico Bianchi di Castelbianco
Istituto Italiano di Ortofonia, Roma

Gli adolescenti e il sesso nei media

Luigi Frudà

Direttore del Dipartimento di Sociologia e Comunicazione
Università "La Sapienza", Roma

Sessualità e contraccezione in Europa

Giuseppe Benagiano

Direttore 1ª Scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia
Università "La Sapienza", Roma

Il ruolo del medico di famiglia

Raffaella Michieli

Segretario nazionale Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e
vice-presidente Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC)

PROGRAMMA

Apertura dei lavori

Emilio Arisi

Consigliere SIGO e Responsabile della Campagna Scegli Tu

Aldo Morrone

Direttore Istituto Nazionale per la promozione della salute delle
popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Seconda sessione:

Le donne immigrate: specificità e interventi possibili

Moderatore: Daniela Daniele
Giornalista

Le popolazioni immigrate e il ricorso all'aborto:
fotografia di un disagio

Serena Donati
Istituto Superiore di Sanità

I consultori familiari, risorsa del sistema

Marina Toschi
Commissione Salute Donna Ministero della Salute

Mutilazioni genitali femminili:
linee guida nazionali

Vaifra Palanca
Ministero della Salute

Il ruolo della mediazione culturale

Danuta Gaszowska, Saliha Belloumi
Mediatrici culturali Istituto San Gallicano, Roma

Popolazione migrante e malattie sessualmente
trasmissibili

Issa El-Hamad
Dipartimento di Malattie Infettive Spedali Civili di Brescia

Terza sessione: Tavola rotonda

Come migliorare l'informazione? Il ruolo dell'Osservatorio Nazionale

Moderatore: Mauro Boldrini
Giornalista

Intervengono:

Il ginecologo. Emilio Arisi
Consigliere SIGO e Responsabile della Campagna
Scegli Tu

Il medico di famiglia. Claudio Cricelli
Presidente SIMG

Le Istituzioni. Nicola Di Tullio
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Le Aziende. Gian Carlo Frigerio
Bayer Schering Pharma

I media. Francesco Marabotto
ANSA

Conclusioni

Giorgio Vittori
Presidente eletto SIGO

Aldo Morrone
Direttore Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni
migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Relazione introduttiva/1

E M I L I O A R I S I

Consigliere SIGO e Responsabile della Campagna Scegli Tu

Vorrei introdurre questo convegno spendendo alcune parole su come è nato il progetto **Scegli Tu** promosso dalla SIGO, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, che raccoglie tutte le società scientifiche italiane dell'ambito ostetrico-ginecologico.

Due anni fa, nel 2005, la SIGO ha ipotizzato di svolgere un'azione di informazione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, ed ha deciso di attivare alcune iniziative coordinate su questo fronte. In particolare, dapprima è stato creato un sito, che si chiama appunto **www.sceglitu.it**, a cui hanno fatto seguito una serie di ulteriori attività fra cui, ad esempio, la produzione di materiale informativo da distribuire nelle scuole.

Abbiamo promosso indagini per cercare di capire, pur con campioni assolutamente parziali, alcuni elementi riguardanti le abitudini contraccettive nel nostro Paese. Abbiamo analizzato la qualità dell'informazione e dell'educazione in ambito sessuale-contraccettivo e di salute riproduttiva, per provare a valutare il comportamento o la consapevolezza dei medici rispetto a queste tematiche. Queste indagini sono poi sfociate in iniziative pubbliche, come conferenze stampa, per diffondere attraverso i media, che oggi sono qui particolarmente coinvolti, i risultati e le relative convinzioni che si sono ricavate. Parallelamente si sono organizzati in varie città d'Italia numerosi incontri con gli operatori sanitari, sia specialisti che medici di medicina generale.

La SIGO, insieme con altri partner scientifici internazionali, è stata anche attore di un momento molto importante, quale la Giornata Mondiale della Contraccezione, celebrata per la prima volta quest'anno a Berlino.

Si è voluta sottolineare l'importanza che la contraccezione può rivestire, in particolare in alcune aree del mondo e rispetto a certi gruppi di popolazione. Quest'anno la Giornata è stata mirata alle ragazze minorenni, perché pensassero bene a cosa facevano prima di giocare la vita ("Live your life before you start another").

A questa iniziativa la SIGO ha partecipato perché riteneva responsabilmente di dover giocare un ruolo su questo tema anche in Italia. E con questo spirito sono nati ulteriori progetti, anche in collaborazione con altri enti e Istituzioni. In particolare ci è gradito citare quella con la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dicastero per i Diritti e le Pari Opportunità, che ha concesso il patrocinio a tutte queste iniziative e che è oggi presente in questo convegno. Una collaborazione che vuole sfociare nell'attivazione di un "Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e le Scelte Consapevoli", con particolare attenzione ad alcuni gruppi di popolazione più svantaggiati o deboli, quali le minorenni e le immigrate. Riteniamo che le Istituzioni dovrebbero porre maggiore riguardo a queste "donne a rischio". Oggi vedremo come ciò sia possibile e cercheremo di cogliere i suggerimenti che emergeranno nel corso del convegno.

Relazione introduttiva/2

A L D O M O R R O N E

Direttore Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Vi ringrazio per la partecipazione a questa iniziativa di particolare importanza. Riteniamo infatti che questo tema non sia ancora affrontato adeguatamente nella nostra società, che non definiamo più multiculturale, ma “transculturale”, proprio perché attraversa tante culture, con una sorta di feconda contaminazione. Recentemente su un quotidiano nazionale veniva definito oggi quale nuovo movimento femminista in Italia quello delle donne straniere: sono loro che possono portare novità anche nell’ambito culturale.

Affrontare il tema della contraccezione, della sessualità responsabile nell’adolescente, è una grande sfida. L’incontro di oggi è una continuazione ideale dell’appuntamento di Berlino (Giornata Mondiale della Contraccezione) e vuole rappresentare la prima attività dell’Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e le Scelte Consapevoli.

Sul territorio esistono esperienze straordinariamente valide, portate

avanti con grande fatica ed estrema professionalità, e l’Osservatorio Nazionale offre un’ulteriore possibilità, che giunge quanto mai appropriata, visto che questo è l’anno europeo per i Diritti e le Pari Opportunità per tutti.

Vi ringrazio per la vostra presenza in questa sala, troppo piccola per contenerci tutti ma di grande valore storico: questo ospedale infatti fu aperto al pubblico nel 1726. Qui il 9 gennaio prossimo inaugureremo ufficialmente il nuovo Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà. È un significativo investimento, da parte del nostro Parlamento, nei confronti delle fasce di popolazione, siano esse straniere o italiane, a maggior rischio di marginalità. Noi da lungo tempo cerchiamo di lavorare con e per le persone più fragili le quali, anche se può sembrare paradossale, rappresentano una opportunità per il Paese. Dall’attenzione ai problemi della fragilità possono infatti derivare proposte valide per tutti.

Prima sessione

Contracezione e sessualità responsabile negli adolescenti



T I Z I A N O M O T T A

Presidente Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.I.G.I.A.)

Vorrei introdurre il tema della contraccezione e della sessualità responsabile negli adolescenti, tema assolutamente scottante ed attuale, con alcune diapositive utili a mettere in luce particolare aspetti della sessualità in questa età.

La contraccezione è oggi una reale esigenza per il giovane e deve tener conto di una pluralità di parametri, quali l'età del primo rapporto, la prevalenza di IVG (interruzioni volontarie di gravidanza) nelle diverse nazioni e soprattutto, nella malaugurata ipotesi in cui sopravvenga una gravidanza, l'aumentata mortalità neonatale associata.

Come possiamo osservare, nel periodo compreso tra il 1970 ed il 1995, gli adolescenti hanno mostrato, con lievi differenze tra Paese e Paese, un continuo incremento dell'attività sessuale ed un progressivo abbassamento dell'età del primo rapporto (coitarca). Questi dati devono costituire motivo di riflessione e di una nuova presa di coscienza per chi si occupa di adolescenza. Da ciò derivano diverse conseguenze, di cui le più gravi sono la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) e una preoccupante incidenza di gravidanze, parti ed aborti in questa età. Alcuni recenti ricerche statunitensi mostrano come le due fasce estreme del periodo fertile della donna siano quelle maggiormente interessate dal

fenomeno dell'interruzione della gravidanza. In particolare, nella fascia compresa tra i 15 e 20 anni, si rileva che il picco di frequenza di gravidanze esitate in IVG sia del 28%, per raggiungere percentuali addirittura del 42%, nelle adolescenti di meno di 15 anni.

Questi ultimi sono dati drammatici, che fanno a lungo riflettere. Se ci spostiamo al nostro Paese ed osserviamo il dato fornito dall'ISTAT, riguardante le ragazze di meno di 20 anni (espresso come tasso di abortività per 1000 donne; fonte ISTAT, 2004), abbiamo un tasso del 7,9‰. Se confrontiamo questo dato con quelli di altri Paesi, possiamo notare come la situazione in Italia non sia, in realtà, particolarmente allarmante: ad esempio il tasso di interruzione di gravidanza in Gran Bretagna è 3 volte maggiore (22,2‰), negli Stati Uniti addirittura del 30,3‰. La situazione nell'ex Unione Sovietica è ancora più critica, con percentuali di interruzione che raggiungono il 50‰. Sempre andando ad analizzare il campione d'età inferiore ai 20 anni in Italia, si nota che il trend di abortività è in salita: nel 1983 era dell'8,0‰, negli anni '90 si era ridotto fino ad arrivare al 5,5‰ del 1991, per poi risalire fino al 7,9‰ nel 2004.

C'è inoltre un ulteriore aspetto da considerare ed è, come ci indica la letteratura, il rischio di aumentata mortalità neonatale qualora la gravi-

danza avvenga nell'adolescente (3,2‰ rispetto allo 0,8‰ nella donna di età superiore - Phipps MG et al. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 481-6). Così come esiste un aumentato rischio di parto pretermine (<32^a settimana) nell'adolescente rispetto alla donna di età più avanzata (O.R.: 1,41- Jolly MC et al. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 962-6).

Vorrei, infine, fornire due ulteriori spunti su cui riflettere. Purtroppo, più tempo trascorre dall' utilizzo della contraccezione da parte della adolescente, più aumenta il rischio che la ragazza la interrompa. Dai dati presentati in questo studio si osserva come dopo 3 mesi dall'inizio dell'assunzione del contraccettivo orale, il 55% delle adolescenti abbia sospeso il suo uso, mentre a un anno di distanza solo il 33% utilizzi ancora la pillola (Clark LR et al. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14: 153-162).

Questo atteggiamento negativo fa profondamente riflettere e mostra come queste donne siano esposte a un ulteriore elevato rischio di gravidanza. Se andiamo ad analizzare i motivi per cui si interrompe l'uso del contraccettivo osserviamo che nel 42% dei casi l'adolescente agisce di sua spontanea volontà, senza chiedere consiglio a un sanitario. In circa il 20% smette senza passare ad un altro contraccettivo e nel 69% dei casi sceglie un metodo anticoncezionale di sicurezza inferiore.

Sessualità e scelte consapevoli
Quale informazione per le donne "a rischio" ?

4 Dicembre 2007
Istituto San Gallicano
Roma

**Contracezione e sessualità
responsabile negli adolescenti**
Tiziano Motta

I Clinica Ostetrica e Ginecologica
Fondazione IRCCS di Natura Pubblica
"Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena"

DIAPPOSITIVA 1

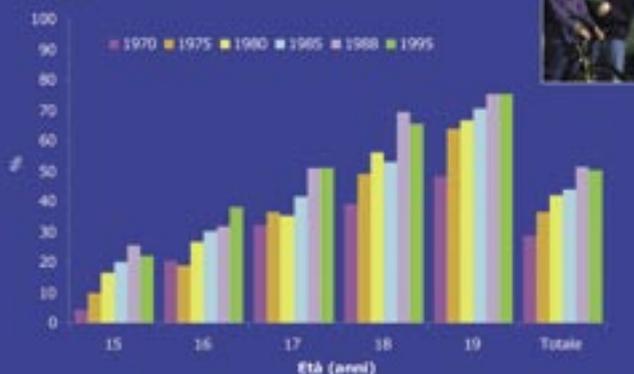
**Indicazioni contraccettive:
evitare la gravidanza**

- LA CONTRACCEZIONE E' UNA REALE ESIGENZA: la CO ha un'elevata efficacia protettiva nei confronti della gravidanza indesiderata
- Età del primo rapporto
- Prevalenza di IVG in adolescenza, nelle diverse nazioni
- Aumentata mortalità neonatale associata alla gravidanza



2

Adolescenti che hanno avuto rapporti



National Surveys of Family Growth, 1970, 1975, 1980, 1985, 1988, 1995.

3

I.V.G. (Età < 20 anni)

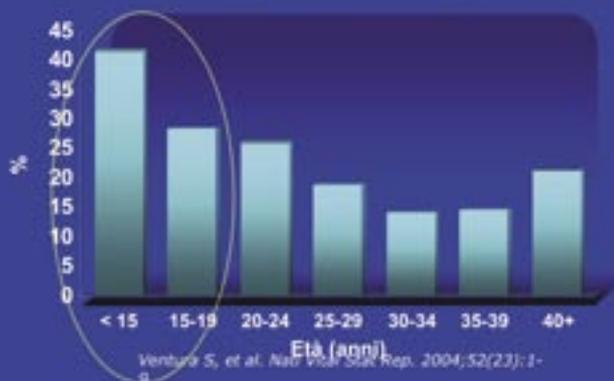
Tassi di abortività (per 1000 donne):
Confronti internazionali

Paese	Anno	< 20 anni
Olanda	1992	4.2
Germania	1997	5.5
ITALIA	2004	7.9
Francia	2002	14.3
Finlandia	1997	11.0
Svezia	1996	17.7
Inghilterra e Galles	2002	22.2
U.S.A.	1996	30.3
Bulgaria	1996	34.2

I.S.T.A.T., 2004

5

Distribuzione (%) delle gravidanze esitate in I.V.G. (Dati U.S.A. 2000)



Ventura S, et al. Natl Vital Stat Rep. 2004;52(23):1-9

4

I.V.G. (Età < 20 anni)

Tassi di abortività per 1000 donne:
1983 - 2004

Variazione %			
1983	1991	2004	1983-2004
8.0	5.5	7.9	- 1.9

I.S.T.A.T., 2004

6

Adolescenti e gravidanza

- Aumentata incidenza di mortalità neonatale (3.2 per 1000 vs 0.8 per 1000)
(Phipps MG et al. Obstet Gynecol 2002; 100: 481-6)
- Aumentato rischio di parto pretermine (<32[^] settimana) (O.R.: 1.41)
(Jolly Mc et al. Obstet Gynecol 2000; 96: 962-6)

What Happens When Women Discontinue Use of Their Oral Contraceptive Pills

- 42% discontinue without consulting their health-care provider
- 19% discontinue without selecting another contraceptive method
- 69% choose a less-effective contraceptive method

Rosenberg MI et al. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:577-582.

7

9

Adherence and the Adolescent Patient: Focus on Oral Contraceptive Pills

Low rate of adherence among adolescent oral contraceptive pill users:

- Approximately **45%** of adolescents are adherent after **three months** of use
- Approximately **33%** of adolescents are adherent after **one year** of use

Clark LR. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2001;14:153-162.

8

L'educazione sessuale: la scuola, la famiglia, le istituzioni, i media

FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO

Istituto italiano di Ortofonologia, Roma

Nel mio intervento vorrei presentarvi alcuni dati e provare a commentare queste cifre “dalla parte dei ragazzi”, per poi formulare proposte concrete.

Negli adolescenti uno dei fattori costituenti la propria identità sessuale avviene grazie al riconoscimento di essa da parte della società. I ragazzi quindi adottano comportamenti che li portano ad imitare e identificarsi con gli altri, atteggiamenti che spesso sfociano in un esibizionismo esasperato, per ottenere la conferma della propria richiesta di identità (io sono come mi presento). Non è un caso ad esempio che il regalo di Natale più “gettonato” degli ultimi anni da parte delle ragazze sia l’ingrandimento del seno: non un intervento per rendere più belle, a conferma della propria identità, ma per rendere più seduttive.

Vorrei in primo luogo riassumere una “fotografia” degli adolescenti e il sesso.

I ragazzi non vogliono che la loro intimità sessuale venga condivisa dai genitori, è un aspetto segreto che rimane “nella loro stanza” e di cui non parlano. Quando si fa riferimento all’iniziazione, l’esperienza omosessuale viene considerata in modo marginale, vissuta come un’eventualità remota. Da parte dei maschi la vera e propria iniziazione è rappresentata dal rapporto con una donna, spesso una prostituta.

Le principali paure nel maschio sono l’ejaculazione precoce e l’impotenza; nella ragazza il dolore, il rischio di gravidanza e l’assenza di orgasmo. La prima volta rappresenta per tutti una tappa di crescita che riempie di orgoglio, una grande bandiera.

Negli ultimi anni si è molto diffusa la masturbazione di gruppo fra i maschi, un comportamento che espone chi non partecipa all’estromissione sociale. L’atto saltuario viene inteso come comportamento che porta all’infelicità, l’atto ripetuto è invece più gratificante.

L’esperienza omosessuale, come singolo episodio, è piuttosto diffusa: l’ha provata il 18% delle ragazze, un dato a mio parere decisamente superato, come spiegherò meglio in seguito. Si tratta di un fenomeno che rappresenta un momento di passaggio e che è senza dubbio in forte aumento, soprattutto perché è ritenuta “di moda”, anche se spesso crea senso di colpa (soprattutto nei ragazzi). Questo sentimento si traduce per alcuni nella ricerca di partner eterosessuali a dimostrazione della propria identità, in altri nell’allontanamento temporaneo dall’attività sessuale.

I veri omosessuali invece si trovano nella condizione di vivere la propria “diversità” senza possibilità di interlocutori, con una qualità di vita pessima, una condizione davvero tormentata. Avvertono i propri impulsi come proibiti, con vergogna e sensi di colpa. Questo talvolta sfocia in tentativi verso il sesso opposto, che scatenano però ulteriori problemi come finzioni o l’instaurarsi di rapporti clandestini. Inoltre, se già gli adolescenti hanno la tendenza a vivere la propria sessualità in maniera segreta, a maggior ragione tendono a farlo gli omosessuali, anche perché in famiglia si riscontra un’assenza di comunicazione, dialogo e comprensione, in particolar modo quando si “scopre” la situazione, che spesso viene vissuta dai genitori, soprattutto la madre, come una colpa e un fallimento.

L’amore è in aumento, crescono la passione e il sentimento. Il tradimento, pur nella brevità dei rapporti a questa età, viene vissuto in maniera tragica, con forme di gelosia non pensabili fino a pochi anni fa. Una gelosia che degenera in possesso, addirittura in maltrattamento. Paradossalmente alcune ragazze sono “felici” di venire maltrattate, perché lo vivono come espressione di amore.

Negli uomini sono diffusi i comportamenti a rischio che derivano dalla paura dell’insuccesso sessuale: per assicurare la prestazione si assumono

alcool o droghe. Queste sostanze aiutano ad essere disinibiti e servono per giustificare il corteggiamento e i propri atteggiamenti.

Il sesso virtuale per i ragazzi è all'ordine del giorno perché è facilmente accessibile nella propria camera senza ansie 24/24h, attraverso video, foto, chat e webcam: non è un caso che i ragazzi stiano dormendo sempre meno, rimanendo molte ore insonni. È una ricerca di esperienze diverse, virtuali e non, da vivere in isolamento, protetti dall'anonimato, senza responsabilità. Rappresenta anche una manifestazione evidente del senso di solitudine e vuoto che i ragazzi sperimentano.

Dopo questa panoramica generale, vorrei ora mostrarvi alcuni brevi filmati che testimoniano quale messaggio noi adulti trasmettiamo ai ragazzi e che possano aiutarci a capirli meglio. Il primo è uno spot pubblicitario molto diffuso, a qualunque ora del giorno, che gioca sull'ambiguità di genere. Il segno di come l'esperienza omosessuale stia diventando sempre più una tappa obbligata, un'imposizione da parte della società. Il secondo esempio di questo tipo, è il famoso bacio fra Madonna e Britney Spears.

Passerei invece ora ad alcune immagini di quello che i ragazzi fanno tra di loro. Ad esempio, un filmato che rappresenta un uso ironico del preservativo, utilizzato come "cappello", che viene gonfiato con il naso in un'esibizione goliardica per gli amici. Un altro video invece mostra due ragazzi che in classe stanno mimando un atto sessuale. L'ultimo esempio che vi vorrei portare è quello di alcune ragazze nel bagno di una discoteca che si confrontano e mostrano a vicenda i propri organi sessuali, fotografandosi.

Si tratta di esempi di come i ragazzi oggi vivono il rapporto con il sesso e con il proprio corpo. L'omosessualità al femminile è ormai diventata una tappa d'obbligo. Quel dato del 18% che vi ho presentato è certamente

superato e credo possa facilmente raggiungere il 35%: sempre più spesso l'amichetta diventa amante, chi non fa l'esperienza omosex è escluso dal gruppo.

Sulla base di queste riflessioni mi piacerebbe ora formulare alcune proposte. In primo luogo credo sia necessario informare i giovani e ascoltarli per renderli partecipi, protagonisti e fiduciosi. Per coinvolgerli dobbiamo parlare di argomenti che li interessano: anatomia e fisiologia, di cui non conoscono nulla, orgasmo, contraccezione (ad esempio si deve sapere che molti ragazzi utilizzano il coito interrotto perché i preservativi costano troppo). È necessario aumentare la conoscenza sulle malattie sessuali, perché esiste la paura ma non si va dal medico. Le esperienze sessuali (non come rapporto completo) oggi vengono vissute in maniera molto anticipata, fin dalla scuola media (l'80% dei ragazzi nell'arco del triennio le sperimenta). Esiste inoltre un nuovo fenomeno, quello del telefonino, che consente di essere attori e di poter mostrare documenti che confermano la propria attività sessuale.

A casa non si parla di questi temi, sicuramente la scuola può rappresentare il luogo più adatto per affrontarli, ma è importante procedere nella maniera corretta: l'approccio non deve essere all'insegna della paura ("se io ti spiego la teoria tu poi farai la pratica..."). È dimostrato infatti che l'educazione sessuale non provoca aumento o inizio precoce delle pratiche bensì favorisce una maggiore attenzione, una maggiore sensibilità al tema della precauzione.

Alcuni consigli: ai genitori suggerisco di lasciare in casa preservativi in bagno. Immagino che sarebbe più opportuno se li invitassi a confrontarsi con i figli, ecc. ecc., ma l'aspetto pratico non elimina il possibile dialogo.

Agli insegnanti propongo di affrontare l'educazione sessuale andando

oltre la lezione informativa scientifica, organizzando anche incontri per piccoli gruppi omogenei. In questo modo i ragazzi si sentiranno responsabilizzati e saranno resi consapevoli: devono partecipare non essere spettatori.

Vorrei concludere portandovi un esempio di comunicazione pensata per i ragazzi: è *Dire Giovani*, un portale giornalistico realizzato appositamente per loro. In particolare è prevista un'area dedicata alle ragazze (Arianna non ti perdere il filo. . .). Vi si possono trovare informazioni, esperti che rispondono a seconda delle tematiche e il servizio *SOS, stop alle ingiustizie* con una psicologa che risponde per aiutarle ad affrontare situazioni di abuso, vessazioni o comunque di disagio.

I ragazzi hanno bisogno di aiuto, lo chiedono, dimostrano di saper apprezzare le proposte e utilizzare questi strumenti di informazione quando vengono loro offerti.



DIAPOSITIVA 1



2

INIZIAZIONE



- ESPERIENZA OMOSESSUALE NON VIENE CONSIDERATA
- ESPERIENZA CON PROSTITUTA VIENE CONSIDERATA
- OGGI PERCENTUALE MAGGIORE DI PRINCIPIANTI ASSOLUTI:
PAURA M. IMPOTENZA – EIACULAZIONE PRECOCE
F. DOLORE – ASSENZA ORGASMO
- F. PRIMA VOLTA SENTIMENTO DI CRESCITA (ORGOGGIO)

3

ESPERIENZA OMOSESSUALE (UNICA)



MASCHI 60/65 % FEMMINE 18%

- MOMENTO DI PASSAGGIO
- OMOSESSUALITÀ PIÙ CHE IN AUMENTO È DI MODA
- SPESSO SENSO DI COLPA

SI TRADUCE:

- RICERCA DI PARTNER ETEROSESSUALI
- ALTRI SI ALLONTANANO TEMPORANEAMENTE DALL'ATTIVITÀ SESSUALE

5

ADOLESCENTI E MASTURBAZIONE



13 – 18 M. 82% F. 29%
19 – 20 M. 85% F. 60%

- VISSUTO COME INFANTILE – SENSO DI COLPA
M. 35% F. 40%
- FANTASIE EROTICHE 90%
- SINGOLO – GRUPPO ANNI 90

PETTING - ECCITAZIONE SESSUALE – FINTO COITO
M. 59% (30% SENZA ORGASMO) F. 60% (45% SENZA ORGASMO)

PETTING SOSTITUITO CON TOCCARSI E ATTO SESSUALE

Toccarsi M. 80/90% F. 60%
Atto M. 70% F. 75%

- ATTO SALTUARIO 20-30% INFELICI
- ATTO RIPETUTO – INNAMORATI, RELAZIONE FISSA 20%

4

OMOSESSUALITÀ



- VIVERE LA DIVERSITÀ - SENZA POSSIBILITÀ DI INTERLOCUTORI
- IMPULSI PROIBITI - VERGOGNA
- SENSI DI COLPA - SESSUALITÀ SBAGLIATA

TENTATIVI VERSO IL SESSO OPPOSTO:

- FINZIONI - INVENZIONI, REPRESSIONE
- INNAMORAMENTO OMOSESSUALE COME AGGRAVANTE DEI PROBLEMI
- RAPPORTI CLANDESTINI

FAMIGLIA:

- ASSENZA DI COMUNICAZIONE
- COLPEVOLIZZAZIONE DELLA MADRE
- FALLIMENTO GENITORIALE

6



Istituto di Orizzontiologia

- AMORE - IN AUMENTO
- PASSIONE - COTTE - SENTIMENTO
- TRADIMENTO - TRAGICITÀ
- GELOSIA - FORMA DI PREVENZIONE
- POSSESSO - FINO AL MALTRATTAMENTO

7



Istituto di Orizzontiologia

SESSO VIRTUALE

- ACCESSIBILE - IN CAMERA SENZA ANSIE
- VIDEO - FOTO - CHAT - WEBCAM
- RICERCA ESPERIENZE DIVERSE VIRTUALI E NON

INTERNET ECCITANTE

- ACCESSIBILITÀ - 24H
- ISOLAMENTO - DISTACCATO SENZA RISCHI
- ANONIMATO - VERSO GLI ESTRANEI E CONOSCENTI
- DISPONIBILITÀ - DIVERSE SITUAZIONI
- FANTASIA - SENZA RESPONSABILITÀ, RIFIUTO, ANSIA
- TEMPI LUNGHİ - DIPENDENZA CHE VIENE NEGATA
- SOLITUDINE - IL VUOTO

9

7

9



Istituto di Orizzontiologia

COMPORAMENTI A RISCHIO

ALCOOL - DROGHE PER ATTO SESSUALE

- PER ESSERE DISINIBITI
- PER GIUSTIFICARE IL CORTEGGIAMENTO
- PER ASSICURARE LA PRESTAZIONE
- PER ASSUMERE RISCHI

8

8



10



13



11



14



12

PROPOSTE



- INFORMARE I GIOVANI
- ASCOLTARE I GIOVANI
- RENDERLI PARTECIPANTI
- RENDERLI PROTAGONISTI
- RENDERLI FIDUCIOSI

1

15

EDUCAZIONE SESSUALE



- a casa non se ne parla
- a scuola è importante come si presenta
- l'educazione sessuale non provoca aumento o inizio delle pratiche sessuali
- maggiore attenzione sentimento e precauzione
- in casa lasciare preservativi in bagno
- a scuola oltre la lezione informativa scientifica
- incontri piccoli gruppi omogenei
- partecipanti non spettatori accettano discutono valorizzano la salute
- si rendono consapevoli

3

17

ARGOMENTI DI INTERESSE DEI GIOVANI



- Anatomia e fisiologia
- Orgasmo
- Contracezione:
coito interrotto preservativi costano troppo
- Malattie sessuali:
c'è la paura ma non si va dal medico
- Esperienze sessuali anticipate (15 anni)
- Pratiche sessuali scuola media
- Telefonino consente di essere attori

2

16



18

Home | Chi siamo | I nostri servizi | News | Contatti

BENVENUTA su Progetto Arzano

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

La posta di Paola

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

Severino 20
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

S.O.S. stop alle ingiustizie

S.O.S. stop alle ingiustizie
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

S.O.S. stop alle ingiustizie
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

S.O.S. stop alle ingiustizie
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

S.O.S. stop alle ingiustizie
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

S.O.S. stop alle ingiustizie
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

RACCONTATI

RACCONTATI
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

RACCONTATI
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

RACCONTATI
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

RACCONTATI
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

RACCONTATI
 1° premio della
 Concorso Nazionale del
 20° e 21° maggio

19

Home | Chi siamo | I nostri servizi | News | Contatti

SOS stop alle ingiustizie

SOS, stop alle ingiustizie!

Se sei vittima di un'ingiustizia o se hai un'idea di come si può
 cambiare il mondo, raccontaci la tua storia e ti daremo
 il servizio che desideri dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 19.

Il numero di telefono è lo 02-86401961/2/3.

Per saperne di più, invia, al numero 02-86401961/2/3.

S.O.S.
 SOS stop alle ingiustizie



20

Gli adolescenti e il sesso nei media

LUIGI FRUDÀ

Direttore del Dipartimento di Sociologia e Comunicazione Università “La Sapienza”, Roma

L'argomento che mi è stato assegnato, “Adolescenti e sesso nei media”, rappresenta, per i ristretti limiti di tempo attribuiti ai relatori, una sfida davvero difficile ma non potevo rifiutare un invito così affettuoso e accattivante dal punto di vista dell'analisi sociologica.

Io insegno alla Facoltà di Scienze della Comunicazione e mi occupo da sempre di metodologia della ricerca sociale applicata ed è da qui quindi che vorrei muovere la mia prima riflessione, in stretta connessione con quanto finora presentato dai relatori che mi hanno preceduto.

Vi prego innanzitutto di porre attenzione alla questione dei dati. Attenzione soprattutto quando questi dati diventano sempre più analitici e dettagliati. Non sempre infatti possono rappresentare l'intero universo, neanche in termini di stima, se tentiamo di adoperarli come generalizzabili ai comportamenti di un intero campione. Quindi la prima osservazione, dal punto di vista tecnico prima ancora che scientifico, è che è necessaria molta prudenza perché in realtà noi su questi fenomeni agiamo parecchio “al buio” e sappiamo ancora molto poco.

Tendo però ad essere anche molto pragmatico e quindi lanciai subito una prima proposta: bisogna ragionare e cercare di portare alla luce le complesse dinamiche interne a questo fenomeno attraverso ricerche più mirate e ristrette, e in maniera tecnicamente più controllata — non certo con soggetti astratti come “i ragazzi italiani”. Dobbiamo quindi sforzarci di approfondire la conoscenza in più modi, non pensando solo al rapporto universo-campione. Questo tipo di approccio generalizzante infatti può portare a giocare sia al ribasso che in eccesso rispetto alla stima, e meno che mai si può operare in questo modo quando si vogliono approntare dei piani operativi che prevedano ricadute di prima linea e che potrebbero anche impegnare risorse importanti: è necessario quindi essere molto più mirati per produrre conoscenze sempre più affidabili.

Provo a porre una seconda questione: fenomeni di questo tipo all'interno di cosa agiscono? In quale flusso dinamico-culturale evolvono? La risposta, dal mio punto di vista, è più sociologica che medico-epidemiologica ed è proponibile in questi termini: a che punto siamo della mutazione socio-culturale che stiamo attraversando?

Noi stiamo vivendo un vero e proprio terremoto culturale. Nelle grandi evoluzioni si registrano in genere cicli molto lunghi, ma qui vi è qualcosa di assolutamente innovativo e diverso. Siamo inseriti all'interno di un momento nuovo, in cui le azioni individuali agiscono sempre di più sul collettivo. Questi cicli sul piano della storia sociale avevano una loro densità di modello e a un certo punto si condensavano, anche temporalmente, su stratificazioni di lunga durata. Ora invece si è inserito un fattore del tutto originale: la velocità e la brevità del ciclo.

Proverò ad esemplificare questo concetto con un esempio. Il modello della donna è rimasto lo stesso dai tempi della Bibbia sino, grosso modo, agli anni '50 del secondo millennio, fino al dopoguerra: la donna non sapeva leggere o scrivere — abilità che non erano ritenute assolutamente necessarie —, aveva dei ruoli ben precisi all'interno della società, l'istruzione era solo un'appendice residuale là dove si attivava. E questo avveniva non solo per i ceti più bassi ma anche per le classi più agiate e per l'aristocrazia, in cui l'apprendimento e la formazione non avevano fini educativi ma di “bon ton” e di status sociale. Fra il 1950 e il 1960 si è registrato in Italia un innesco prepotente di rivoluzione culturale, di cui forse il tratto più caratteristico è stato la mobilità territoriale, che ha comportato un inevitabile “meticciamiento” in più direzioni della popolazione.

Questo periodo, in una logica che accorcia e salta i cicli di mutazione, ha registrato a metà degli anni '80 un ulteriore sviluppo, con la tecnologia e la comunicazione. A metà degli anni '90 lo scenario cambia di nuo-

vo. I fattori strutturali sono, da un lato, la velocità della mutazione e, dall'altro, il numero e la potenza degli attori che entrano nel nuovo modello culturale. In particolare, si aggiungono nuovi e spesso più potenti generatori di modelli culturali accanto a quelli tradizionali di riproduzione sociale (famiglia e scuola).

Per concludere, nella sfera dell'educazione sessuale i due attori di base, quelli della socializzazione primaria, devono oggi poter recuperare un ruolo che si è di fatto indebolito nel breve volgere di alcuni decenni: devono entrare con autorevolezza nell'arena culturale. Attualmente non sono molto coinvolti in questo processo: in primo luogo perchè non possiedono una perfetta consapevolezza della dinamica che stiamo attraversando e secondariamente perchè manca la conoscenza esatta dei fattori che giocano sul campo e della loro portata culturale. In questo sistema c'è poca famiglia e poca scuola, e, inoltre, mancano strumenti operativi spendibili a breve.

Viviamo in una società definita "diffusa" in cui la potenza dei mezzi (tecnologia e comunicazione) e la potenza economica – anche micro – dei singoli individui rivestono un peso determinante. Questo ha portato alla frammentazione della dinamica, dello spazio e del tempo, con la produzione di micro-comunità: ognuno può, potenzialmente e di fatto, creare la propria realtà dove e quando preferisce. Esistono pochi luoghi in cui si genera, unitariamente e collettivamente, identità e modello culturale. Non possediamo più spazi identitari specializzati e coesi (come la piazza, il paese, la chiesa, il quartiere, la regione, la nazione) e quindi si producono sempre meno vissuti esperenziali e modelli comuni.

Bisogna partire da questa consapevolezza per "tirare dentro il modello" due attori fondamentali come la famiglia e la scuola e insieme costruire una rete di azioni per il sociale dove in molti si possa intervenire, anche in una prospettiva medico-educativa, epidemiologica e di cultura della salute. Solo così, a mio modo di vedere, è possibile realizzare interventi come quelli che fin qui hanno proposto i relatori che mi hanno preceduto.

Sessualità e contraccezione in Europa

GIUSEPPE BENAGIANO

Direttore 1ª Scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia Università “La Sapienza”, Roma

Si è parlato in questo Convegno dell’accelerazione forzata dei cambiamenti che avvengono nella nostra come in molte altre società moderne. Questo è particolarmente vero in materia di riproduzione umana. Fin dalla prima comparsa sulla terra dell’*homo sapiens sapiens* la riproduzione è avvenuta attraverso una ed una sola modalità; l’attività sessuale era fondamentalmente procreativa e gli aspetti riproduttivi ed “unitivi” dell’atto sessuale erano coincidenti (1). Si poteva certo “stare attenti”, ma sostanzialmente non era possibile separare questi due aspetti. Poi, all’inizio degli anni cinquanta del XX secolo abbiamo assistito alla realizzazione di un mito pluriennale: la sessualità senza riproduzione (2). Solo 25 anni dopo si è arrivati a realizzare la riproduzione senza sessualità (3). In seguito è stata ottenuta, sia pure attraverso la donazione ovocitaria, la riproduzione in menopausa (4) e, piaccia o no, la clonazione umana, pur rigettata (ed a ragione) da quasi tutti, è dietro l’angolo (5).

Posti di fronte a cambiamenti così epocali avvenuti in un lasso di tempo tanto breve, i primi ad essere confusi siamo noi medici che facciamo fatica a stare al passo con i tempi; figuriamoci allora quale può essere il disorientamento della persona comune. È per questo che non ci si può meravigliare se il referendum sulla legge 40 non ha, di gran lunga, ottenuto il quorum: la gente non ha, né avrebbe potuto, capire (6).

Mentre tutto cambiava vorticosamente in materia di riproduzione, l’atteggiamento verso la sessualità non avrebbe certo potuto restare lo stesso. Ecco allora che è utile analizzare alcuni dati estrapolati da un recente sondaggio di opinioni, un studio multinazionale che ha esplorato la visione dei cittadini europei di 12 Paesi su sessualità e contraccezione. Ne è risultato un quadro variegato ed a volte sorprendente rispetto agli stereotipi a cui siamo abituati. Lo studio è stato condotto da Ipsos, società leader nei servizi di ricerca di marketing, prevalentemente di tipo survey based, e si è rivolto al-

la popolazione sessualmente attiva tra i 16 ed i 49 anni di Belgio, Danimarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Malta, Polonia, Olanda, Repubblica Ceca, Svizzera ed Ungheria (7).

La Sessualità. In tema di vita coniugale, è risultato che, mentre tra gli olandesi ed i finlandesi oltre il 60% degli intervistati vivevano stabilmente con un partner, questa percentuale scendeva al di sotto del 50% in Italia ed in Grecia. La percentuale dei single, cioè di coloro senza un rapporto fisso, è quasi ovunque di circa il 20%, ma in Italia sale al 28%, più alta che in altri Paesi. Come ci poteva aspettare, il numero di partner dichiarato dai maschi è superiore a quello dichiarato dalle femmine, con un’unica eccezione, l’Olanda.

Esistono poi importanti differenze nel tipo di educazione sessuale dei giovani dei 12 paesi. Mentre in Finlandia circa il 70% degli adolescenti riceve un’educazione sessuale a scuola, questo in pratica non succede mai in Grecia. Secondo questo sondaggio, al primo rapporto, le più precoci sono le giovani finlandesi, che hanno in media 16,7 anni, mentre le più riflessive sono le maltesi che iniziano in media a 19,2 anni. I ragazzi italiani sono coloro che attendono per giungere al primo rapporto più di tutti i loro coetanei, mentre i finlandesi sono i più precoci, fatto questo che potrebbe spiegare perché, nell’arco della vita, hanno più partner degli altri.

Nei 12 paesi il metodo contraccettivo più utilizzato è il condom, seguito dalla pillola e dal coitus interruptus. Va detto però che l’utilizzo di questi due ultimi metodi presenta notevoli variazioni regionali. Nell’Europa centrale sono le donne a farsi carico della contraccezione, magari senza che il loro partner maschile lo sappia o lo chieda.

In genere — come da copione — sono i ragazzi ad prendere per primi l’iniziativa di sedurre; fatto questo confermato dalle loro partner. È interes-

sante però che i 2/3 delle giovani italiane abbiano dichiarato di essere altrettanto attive nell'arte di sedurre. In Svizzera e Germania sembra addirittura che la seduzione sia più un'arte femminile che maschile.

Qual è il momento migliore per avere un rapporto con un nuovo partner? In Europa la percezione su quale sia il momento più adatto varia da Paese a Paese: mentre i greci chiedono di "arrivare al punto" molto presto (nel 50% entro una settimana), quasi il 30% dei maltesi sono dell'opinione che occorra aspettare fino al matrimonio ed il 22% mette in pratica questa idea. Finlandesi e svizzeri sono tra coloro che vorrebbero "procedere" al più presto; tuttavia, in generale, un po' ovunque, i giovani finiscono per aspettare più di ciò che vorrebbero.

In generale l'importanza della sessualità nel rapporto di coppia è ritenuta rilevante, anche se la soddisfazione al primo atto sessuale è tutt'altro che ottimale. Mentre agli uomini non dispiace avere un rapporto anche senza essere innamorati, per le donne, specialmente nei Paesi in predominanza cattolici e nei Paesi ex-socialisti, il desiderio di "procedere rapidamente" cresce con l'età e cioè, mano a mano che le giovani maturano.

Per quanto concerne la frequenza, in Svizzera, Irlanda e Grecia circa ¼ di tutte le coppie ha dichiarato di averne almeno 4-6 volte alla settimana. A Malta ed in Polonia addirittura con scadenza giornaliera. Di converso, circa il 6% delle coppie non aveva mai avuto un rapporto sessuale. Infine, circa 1/3 delle coppie in tutti i Paesi ha dichiarato di avere rapporti 2-3 volte alla settimana. Due considerazioni si impongono: la prima che — ovviamente — alcune differenze sono dovute all'età; la seconda che è un argomento sul quale le bugie abbondano.

La Contraccezione. Al momento del primo rapporto sessuale i maltesi sembrano essere coloro che prendono meno precauzioni; in genera-

le, al primo rapporto chi si "protegge" usa soprattutto il preservativo e la pillola.

In materia di comunicazione, nella stragrande maggioranza delle coppie, sono state le ragazze a parlare per prime di contraccezione; successivamente però esiste una certa eguaglianza di vedute nell'affrontare questo argomento. Gli uomini in genere sostengono la decisione della donna circa il metodo da usare; in questo i greci rappresentano il fanalino di coda: l'uomo dà pochissimo sostegno alla propria compagna. Nonostante questo, in Italia solo la metà delle donne sceglie il metodo da usare. Un momento critico in materia di contraccezione, perché la rende più problematica è quello che si potrebbe definire la "follia di una notte". Si tratta di un'esperienza vissuta da oltre metà degli europei dell'Est e dei greci; la percentuale sale addirittura al 64% tra gli irlandesi e gli svizzeri. Più fedeli invece olandesi e maltesi.

Due fenomeni che hanno importanti riflessi in fatto di contraccezione sono il cosiddetto "sesso telefonico", ovviamente sicuro, ed il "sesso a pagamento", con problemi contraccettivi particolari, anche per possibili riflessi sul rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Entrambi sono oggi più frequenti di quanto in generale si pensi: il 32% degli irlandesi e dei greci hanno fatto sesso per telefono o internet e il 17% dei greci hanno avuto rapporti a pagamento.

Nella maggioranza dei 12 Paesi una metà degli intervistati ritiene che la pillola aiuti la spontaneità nel rapporto, fatto importante per migliorare la propria vita sessuale, dato che c'è una maggioranza che privilegia la spontaneità. Inoltre agli uomini italiani il sesso spontaneo piace anche se avviene in luogo esposto al pubblico.

L'Italia. Analizzando nel dettaglio la situazione italiana come appare da questo sondaggio, vediamo che in nel nostro Paese sono più le donne

che gli uomini a ritenere che una maggiore attività sessuale migliorerebbe la propria vita. In generale gli uomini hanno circa 2 partner in più delle donne (8.3 invece di 6.4). La loro attività sessuale inizia più tardi di quella di tutti gli altri Europei (in media a 19.2 anni). Gli italiani sono inoltre i più restii ad ammettere di non provare desiderio sessuale. Solo il 20% (significativamente meno di qualunque altro paese europeo) ha risposto di non aver fatto sesso perché non ne aveva voglia. Invece il 56% ha attribuito il fenomeno allo stress. La seduzione è molto importante: l'85% crede che sia necessaria per avere una vita sessuale soddisfacente.

Le donne italiane si mostrano molto sicure di non essere seconde a nessuno in fatto di seduzione. Il 64% crede di sedurre il proprio partner maschile nella stessa misura di quanto lo faccia lui, il che significa che mostrano maggior iniziativa rispetto a tutte le altre europee. Questo dato è confermato dagli uomini: il 70% di loro crede che, in materia di seduzione, le donne ne sappiano di più. Baciarsi, un'atmosfera romantica, spogliarsi appropriatamente sono ritenuti i modi più efficaci per sedurre. Per la maggioranza degli italiani (67%) quando si fa l'amore per la prima volta con un nuovo partner, il sentimento ha la stessa importanza del desiderio sessuale. Uomini e donne italiani hanno un'idea molto diversa dell'aver un rapporto sessuale senza essere innamorati: il 60% degli uomini ha dichiarato che lo farebbe, a fronte di solo il 27% delle donne.

In Italia, usare un contraccettivo significa soprattutto utilizzare il condom. Nonostante le italiane inizino l'attività sessuale più tardivamente, solo poche usano la pillola al momento del primo rapporto (13%). Il "sesso spontaneo" è molto popolare in Italia. Il primo rapporto è di solito spontaneo (61%) ed il 90% degli italiani afferma che questo tipo di sesso è il migliore (siamo i primi in Europa). L'importanza attribuita al sesso in Italia è maggiore della media europea: il 78% lo considera molto importante, il 53% vorrebbe farlo più di frequente ed il 20% è disposto ad interrompere un rapporto se il sesso diviene noioso.

In materia di infedeltà gli italiani rientrano nella media europea: ¼ è

stato infedele (molti più uomini, 30%, che donne, 19%). Il 53% delle infedeltà sono attribuite alla seduzione. Il 27% dei fedifraghi lo ha poi confessato (in perfetta media con il resto d'Europa). Gli italiani sono anche i più pronti ad accettare di essere osservati mentre fanno sesso. Il 26% degli intervistati aveva già avuto un'esperienza di "sesso in un luogo pubblico" (il 23% in ascensore): molto più che in altri Paesi.

Conclusioni. Nonostante il grande processo di integrazione che sta avvenendo in Europa, i cittadini dei 12 Paesi rappresentano ancora una serie di gruppi variegati in materia di sessualità e contraccezione. È però importante sottolineare che molti degli stereotipi che ci sono tanto cari non resistono alla realtà dei fatti, almeno come sono stati determinati in questa ricerca.

Referenze

1. Benagiano G.: Male and female reproductive strategies. Edwards symposium, *Reprod. BioMed. Online*, 4(suppl. 1):72-76, 2002.
2. Benagiano G., Bastianelli C., Farris M. Contraception: A social revolution. *Eur. J. Contraception Reprod. Hlth Care*. 12:3-12, 2007
3. Steptoe P, Edwards R.G.: Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*. 2, 366-368, 1978.
4. Antinori S., Gholami G.H., Versaci C., Cerasico F., Dani L., Antinori M., Panci C., Nauman N. Obstetric and prenatal outcome in menopausal women: a 12-year clinical study. *Reprod Biomed Online*. 2003 Mar;6(2):257-61
5. Benagiano G.: The four referendums attempting to modify the restrictive Italian IVF legislation failed to reach the required quorum. *Repr. BioMed. Online*, 11:279-81, 2005.
6. Benagiano G., F.M. Primiero: Human Reproductive Cloning. *Int. J. Obstet. Gynec.* 79:265-268, 2002.
7. IPSOS, giugno 2007.



Come l'Europa Vede la Sessualità e la Contraccezione



Chi ha condotto le interviste

Nobody's Unpredictable

DIAPOSITIVA 1

3

Sondaggio di opinioni

Un studio multinazionale ha esplorato di recente la visione che gli Europei di 12 paesi hanno della sessualità e della contraccezione ed ha messo le loro opinioni a confronto.

Ne è risultato un quadro variegato e qualche sorpresa rispetto agli stereotipi a cui siamo abituati.

Lo studio si è rivolto alla popolazione sessualmente attiva tra i 16 ed i 49 anni

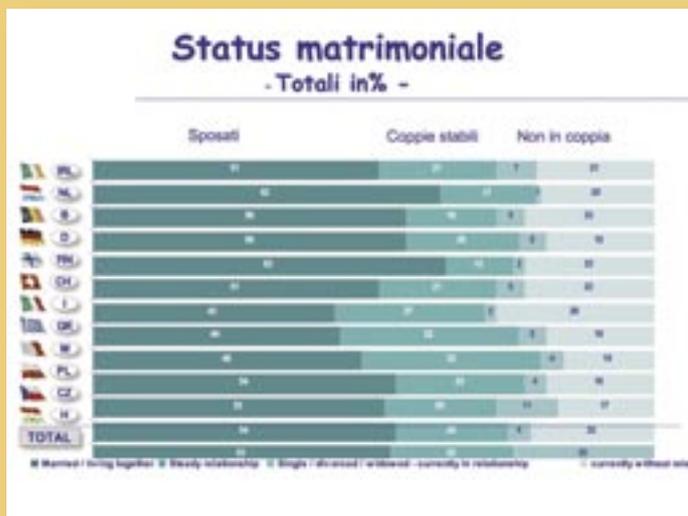
2

Le coppie

Tra gli Olandesi ed i Finlandesi oltre il 60% degli intervistati vivevano stabilmente con un partner; questa percentuale scende al di sotto del 50% in Italia ed in Grecia.

La percentuale dei *singles* (senza un rapporto fisso) è quasi ovunque di circa 20%, ma in Italia sale al 28%.

4



5



7

Come ci poteva aspettare il numero di partners dichiarato dai maschi è superiore a quello dichiarato dalle femmine.

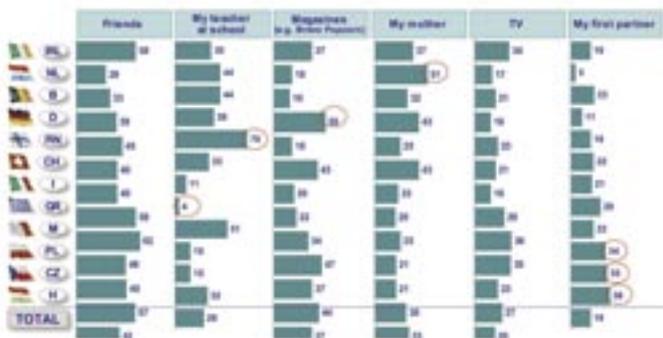
Fa eccezione dell'Olanda, dove è vero il contrario!

6

Esistono importanti differenze nel tipo di educazione sessuale ricevuta dai giovani dei 12 paesi. Mentre in Finlandia circa il 70% dei giovani riceve un'educazione sessuale a scuola, questo non sembra affatto succedere in Grecia

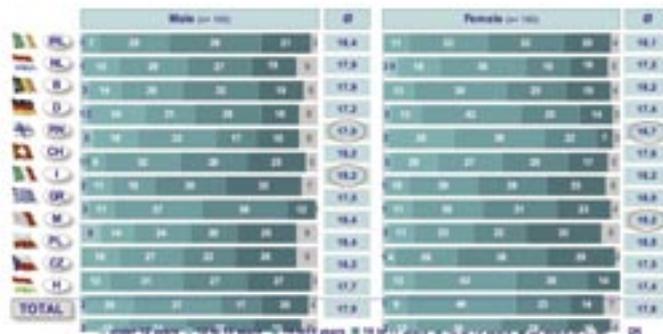
8

Educazione Sessuale: Chi insegna la sessualità



9

Età al primo rapporto



11

In media le giovani finlandesi hanno 16,7 e le Maltesi 19,2 anni al loro I° rapporto.

I ragazzi Italiani aspettano più di tutti i loro coetanei degli altri 11 paesi, mentre i Finlandesi sono i più precoci. Questo potrebbe spiegare perché hanno più partners degli altri

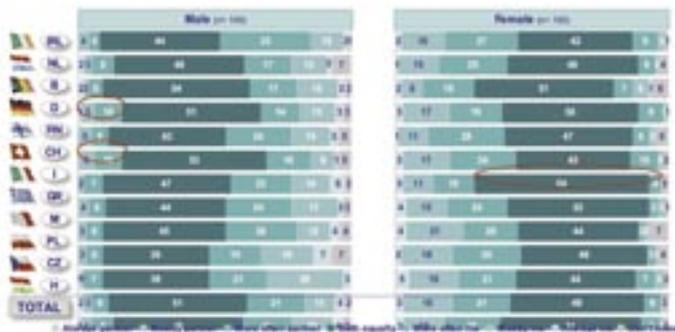
10

Nei 12 Paesi il metodo più usato è condom, seguito dalla pillola e dal coitus interruptus. L'utilizzo di questi due ultimi metodi presenta notevoli variazioni regionali:

nell'Europa centrale sono le donne a farsi carico della contraccezione, magari senza che il loro partner maschile lo sappia o lo chieda.

12

Chi seduce chi?



Soddisfazione al I° Rapporto



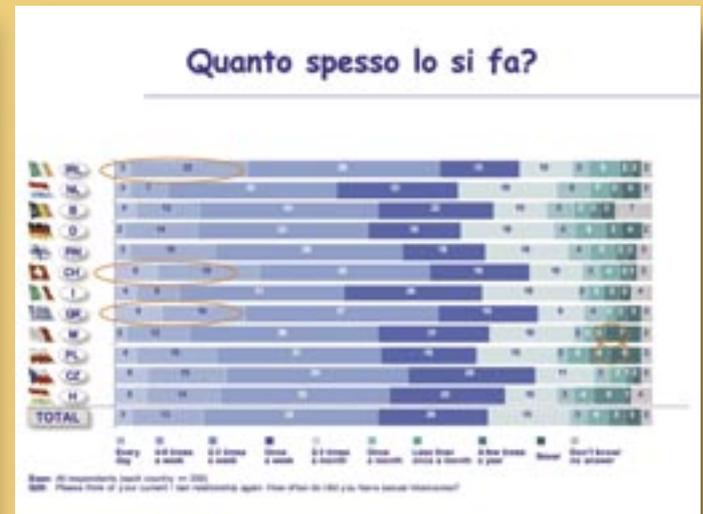
Importanza della sessualità nel rapporto di coppia



Mentre agli uomini non dispiace avere un rapporto anche senza essere innamorati, per le donne, specialmente nei Paesi in predominanza Cattolici e nei Paesi ex-socialisti, il desiderio di "procedere rapidamente" cresce mano a mano che esse maturano



21



23

Quale frequenza nei rapporti?
 In Svizzera, Irlanda e Grecia circa $\frac{1}{3}$ di tutte le coppie lo fa almeno 4-6 volte alla settimana. In Malta ed in Polonia 7 volte.
 Di converso, circa il 6% delle coppie non aveva mai fatto sesso.
 Infine, circa $\frac{1}{3}$ delle coppie in tutti i paesi ha dichiarato di farlo 2-3 volte alla settimana.

Attenzione però: questo è un argomento sul quale le bugie abbondano.....

22

La Contraccezione

Contraccezione utilizzata al momento del I° rapporto con il partner attuale



Primo rapporto sessuale senza alcuna contraccezione



Comportamento Responsabile: Chi ha parlato per primo di Contraccezione?





28



30



29



31

Comportamento nei confronti della Contraccezione



"A Walk on the Wild Side"



32

34

Una botta e via...

"Follia di una notte" è un'esperienza vissuta da oltre la metà degli Europei dell'Est, dei Greci e addirittura dal 64% di Irlandesi e Svizzeri.

Più fedeli invece Olandesi e Maltesi.

"Sesso telefonico" e sesso a pagamento sono più frequenti di ciò che si pensa: 32% degli Irlandesi e dei Greci hanno fatto sesso per telefono o internet e 17% dei Greci hanno avuto rapporti a pagamento.

33

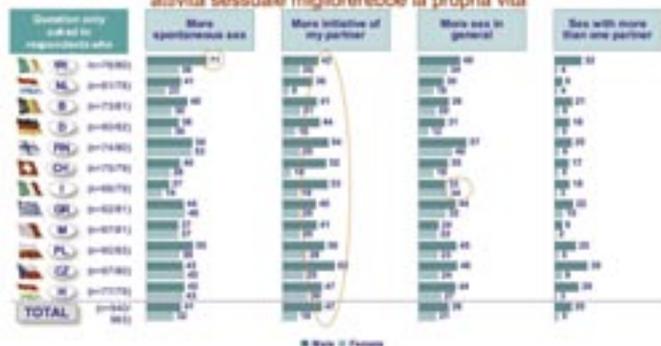
Come migliorare la propria vita sessuale?



35

Come migliorare la propria vita sessuale

In Italia vi sono più donne che uomini che ritengono che una maggiore attività sessuale migliorerebbe la propria vita





In materia di infedeltà gli Italiani rientrano nella media Europea: $\frac{1}{2}$ è stato infedele (molti più uomini, 30%, che donne 19%).

Il 53% delle infedeltà sono attribuite alla seduzione. Il 27% dei fedifroghi lo ha poi confessato (in perfetta media con l'Europa).

Gli Italiani sono coloro che sono più pronti ad essere osservati mentre fanno sesso. Il 26% degli intervistati avevano già avuto un'esperienza di "sesso in un luogo pubblico ed il 23% in ascensore - molto più che in altri paesi.

40

In conclusione

Gli Europei rappresentano ancora un gruppo variegato in materia di sessualità e contraccezione e molti degli stereotipi che ci sono tanto cari non resistono ai fatti come sono stati qui determinati

41

Il ruolo del medico di famiglia

R A F F A E L L A M I C H I E L I

Segretario nazionale Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e vice-presidente Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC)

Quanto riporterò nella mia relazione è l'attività quotidiana del medico di medicina generale, la base su cui possiamo agire per cercare di migliorare. Parlare di sessualità in generale e, in particolare, di sessualità tra gli adolescenti è un tema cruciale per la medicina generale perché non ci si riferisce soltanto alla salute riproduttiva ma anche all'identità sessuale. Noi spesso entriamo in contatto con gli adolescenti figli dei nostri pazienti dai 12-13 anni in poi, quando si rivolgono a noi per motivi di vario genere: dal certificato per l'attività sportiva al raffreddamento di stagione. Durante questi primi incontri si impara a conoscersi e si cerca di instaurare un rapporto di fiducia, indispensabile per poter approcciare, se capita, discorsi di ogni genere, anche relativi alla percezione del proprio corpo e della propria sessualità.

I dati della letteratura ci dicono che le principali preoccupazioni per i maschi riguardano la dimensione dei genitali, fonte di grande insicurezza, l'infedeltà, l'eiaculazione precoce, il calo del desiderio sessuale, le malattie sessualmente trasmissibili, la presenza di un'attrazione omosessuale (stessa percentuale anche fra le ragazze).

Per le femmine le preoccupazioni circa l'aspetto fisico in generale, la forma e le dimensioni del seno e la difficoltà di raggiungere gli ideali proposti dalla società e dai media, possono portare a problematiche diverse da quelle dei maschi, più legate a variazioni di peso come anoressia e bulimia. Anche loro temono l'infedeltà, il calo del desiderio sessuale e l'incapacità di raggiungere l'orgasmo, l'attrazione omosessuale, ed in più vivono l'ansia della perdita della verginità, ed il timore della gravidanza. Quest'ultimo aspetto in realtà è vissuto con ambivalenza perché contemporaneamente al terrore del rimanere incinta, c'è nelle giovani una sorta di curiosità di sapere se ciò in realtà sia possibile anche per loro: è anche per questo che, magari inconsapevolmente, si espongono a rapporti non

protetti, quasi a sfidare la sorte. La scelta di non utilizzare alcun metodo contraccettivo può rappresentare il tentativo di dimostrare a se stesse che "se voglio io posso".

Le adolescenti spesso credono di sapere tutto, ma in realtà sono molto poco informate. In una ricerca dell'ISS di qualche anno fa alla domanda: "Pensi che una ragazza possa rimanere incinta quando ha il suo primo rapporto sessuale?" il 50% delle ragazze tra i 13 e i 15 anni non ha saputo dare una risposta corretta. Si tratta di un dato molto preoccupante. Così come è preoccupante che non conoscano i consultori, con i servizi ivi offerti e quindi non ci vadano. Alla domanda: "Ti sei mai rivolto/a ad un consultorio?" il 90% ha risposto negativamente.

Altri problemi tipici dell'adolescenza riguardano le false sicurezze e le molte incertezze: hanno un'attività sessuale intermittente, spesso sporadica, talvolta promiscua, e anche in ragione di ciò c'è discontinuità nella pratica contraccettiva. Un altro problema è la difficoltà di "reperimento" dei metodi (perché costano, perché è necessaria la prescrizione, perché temono che il medico ne parli con i genitori), e le controindicazioni, vere o presunte.

D'altronde anche i medici non sono preparati dai loro studi universitari ad affrontare queste problematiche: infatti in una ricerca svolta tra i tirocinanti della scuola di formazione in medicina generale della Sicilia alla domanda: "Chi pensi debba informare prevalentemente sui metodi contraccettivi?" hanno risposto: la scuola (50.5%), i genitori (26.7%), i fratelli (4.3%), i giornali (3.5%), la televisione (3%), senza che nessuno menzionasse i MMG fra coloro che possono avere un ruolo nell'informazione agli adolescenti.

Credo invece che questo compito rientri a pieno titolo fra quelli del medico di medicina generale che può essere in grado in particolare di individuare i soggetti a rischio (ragazzi con difficoltà a scuola, problemi eco-

nomici, che fanno uso di sostanze): è proprio con questi che è ancor più necessario instaurare un colloquio.

Per poter fornire informazioni dobbiamo però a nostra volta essere ben preparati. Dobbiamo conoscere le varie forme di contraccezione, le indicazioni e controindicazioni, le indagini diagnostiche necessarie, le modalità di utilizzo efficaci (la pillola se usata perfettamente è sicura ma non lo è altrettanto se la si assume in maniera impropria). Noi medici dobbiamo dare questo tipo di informazioni alle ragazze, cercando di essere molto precisi.

Non è sufficiente spiegare i rischi ma è necessario anche, nel rispetto della privacy, chiedere se praticano attività sessuale, se usano contraccettivi e di che tipo, sondare le loro conoscenze (sanno tutto e sono immuni da tutto), specificare i rischi individuali, metterle a conoscenza dei metodi anticoncezionali e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e dar loro indicazione degli ambulatori e degli spazi dedicati.

Nell'iniziare il counselling sulla contraccezione, è indispensabile definire la competenza e l'affidabilità dell'interlocutore, cioè quanto sia in grado di prendersi carico di questa responsabilità: solo discutendo con la

ragazza, valutando il suo grado di conoscenza, la sua motivazione, e l'influenza dell'ambiente familiare, otterremo una corretta condivisione del metodo contraccettivo ed avremo una certa sicurezza del suo mantenimento nel tempo. Il nostro compito sarà quindi quello di insegnare con pazienza l'uso del metodo che è stato concordato e di definire il follow-up.

In caso di utilizzo della contraccezione ormonale è necessario programmare sempre un follow up dopo i primi tre cicli e comunque entro il primo anno di trattamento per valutare gli eventuali effetti indesiderati la compliance e le modalità di assunzione in modo da poter porre in atto delle correzioni, se necessarie.

In conclusione possiamo affermare che il nostro ruolo deve essere di supportare l'adolescente in sinergia con le altre figure (familiari, insegnanti, psicologi, ecc), tenendo conto anche del fatto che spesso vivono situazioni di difficoltà (rapporti non protetti, necessità della pillola del giorno dopo, episodi di violenza di violenza, figli/e di divorziati/separati, alcolisti, genitori apprensivi), e dovremo perciò essere particolarmente attenti a cogliere campanelli d'allarme per evitare il ricorso all'IVG.

Contraccezione e sessualità responsabile negli adolescenti

Il ruolo del medico di famiglia
Raffaella Michieli



DIMOSTRANO CHE LE BARBINE SONO PIÙ SVEGLIE NEI MASCHIETTI !!!



DIAPPOSITIVA 1

Le preoccupazioni dei ragazzi e delle ragazze

<ul style="list-style-type: none"> Forma e dimensioni degli organi genitali Infedeltà Elaculazione precoce Calo del desiderio sessuale MST Attrazione omosessuale (stessa % delle F) 	<ul style="list-style-type: none"> Aspetto fisico generale Forma e dimensioni del seno Calo del desiderio sessuale Infedeltà Incapacità di raggiungere l'orgasmo Attrazione omosessuale (stessa % dei M) Perdita della verginità Timore della gravidanza
--	--



4° Rapporto ASPER - 1999

3

LA SALUTE SESSUALE

- Apprezzare e valutare positivamente il proprio corpo
- Sviluppare e mantenere relazioni interpersonali significative
- Evitare relazioni esplorative o manipolative
- Trovare conferma del proprio orientamento sessuale e rispettare quello altrui
- Interagire rispettosamente ed appropriatamente con entrambi i sessi
- Esplicitare affettività, amore ed intimità in accordo con i valori personali
- Esprimere la personale sessualità nel rispetto dei diritti degli altri

Sviluppo sessuale

Salute riproduttiva



2



"Le ragazze temono di non avere un rapporto sessuale soddisfacente, ma anche di non potere avere figli e anche per questo si espongono al rischio di rimanere incinte, quasi a sfidare la sorte"

Jole Baldaro Verde
presidente della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica

4

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



Risposta	Totale %
Si	53.6
No	21.2
Non so	25.2

ISS Studenti di
13-15 anni.

Problemi nell'adolescenza

- False sicurezze, molte incertezze
- Discontinuità nell'attività sessuale, spesso sporadica, talvolta promiscua
- Discontinuità nella pratica contraccettiva
- Difficoltà di "reperimento" dei metodi contraccettivi (prescrizione!)
- Controindicazioni vere o presunte

5

7



Ti sei mai rivolto/a ad un consultorio?

Risposta	%
Si	4.1
No	93.6

Sai se esiste un consultorio nella zona dove abiti?

Risposta	%
Si	25.1
No	33.7
Non so	41.2



Chi pensi debba informare prevalentemente sui metodi contraccettivi ?

- 50.5 % la scuola
- 26.7 % i genitori
- 4.3 % i fratelli
- 3.5 % i giornali
- 3 % la televisione
- 12 % altro (MMG !?)

Medici tirocinanti MG
(26-30aa (21%) - 31-35 (37%) - 36-40 (34%))

"CONTRACCIZIONE, IVG e SERRIALITA": studio e commento del gruppo MMG*
Fabbro - Congresso MMG Firenze - 2004

6

8

Compiti del medico di medicina generale

- **CONOSCERE** per informare
- **INDIVIDUARE** i soggetti a rischio
- **INFORMARE** sui rischi, le opportunità, lo stile di vita...
- **SUPPORTARE** in caso di situazione "off limits"
- **FACILITARE** i comportamenti corretti
- **INTERAGIRE** con familiari, insegnanti, psicologi.....
- **ASCOLTARE**

9



11

Compiti del MG

- **CONOSCERE** per informare

Contracezione

↓

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

10

Percentuale d'impiego dei metodi anticoncezionali

Censis

Coito interrotto	31,6
Preservativo	28,4
Pillola	18,4
Spirale	3,2
Metodi naturali	4,2
Altro	1,7

12

Compiti del MG

•INDIVIDUARE I soggetti a rischio

- Il modello HEADSSS
- Home and family
 - Education and school
 - Activities and friends
 - Drugs, alcohol, and tobacco use
 - Sexuality and sexual activity
 - Safety violence, and abuse
 - Suicide, depression and emotional distress

13

Compiti del MG

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

- Garantire la privacy
- Chiedere se hanno attività sessuale 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



15

13

15

SIGNIFICANT DIFFERENCES IN BEHAVIORAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS IN SINGLES-SEQUENTIAL, AND CONCURRENT SEXUAL RELATIONSHIPS(WAVE 1,ADHEALT,N=4707)

Characteristic	Singe	Sequential	Concurrent	F or χ^2	p
Number of partners (mean)	1.8	2.45	3.03	1398.2	.000
Condom use					
Used a condom, recent intercourse (%)	58.1(1.5)	55.2(2.4)	47.3(2.6)	4.98	.008
Hormonal birth control					
Used at first intercourse(%)	17.5(0.87)	14.4(1.4)	12.8(2.2)	2.81	.67
Used at recent intercourse(%)	27.7(1.4)	22.9(1.9)	23.7(2.2)	2.97	.65
Alcohol					
Regret of sex owing to alcohol(%)	13.7(0.98)	26.6(1.9)	26.5(2.7)	36.13	.001
Contraceptive efficacy					
	10.8(0.68)	10.5(0.12)	10.2(0.65)	7.11	.001

Society for adolescent's medicine, USA, Report 2002

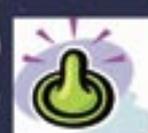
14

Compiti del MG

•FACILITARE I comportamenti corretti

Contracezione

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



16

14

16



17

Gravidanze per 100 donne nei primi 12 mesi di uso

		As commonly used	Used correctly and consistently
Sempre molto efficace	Vasectomy	0.2	0.1
	Female sterilization	0.5	0.5
	Progestin-only oral contraceptives (during breastfeeding)	1	0.5
	Cu-380 IUD	0.8	0.6
	Lactational amenorrhea method	2	0.5
Efficace nell'uso comune, molto efficace se usato molto bene	Combined oral contraceptives	6-8	0.1
Poco efficace nell'uso comune, efficace se usato molto bene	Male condoms	14	3
	Coitus interruptus	19	4
	Diaphragm with spermicide	20	6
	Spermicides	26	

CANADIAN CONTRACEPTION CONSENSUS February 2004

19

- La decisione sul metodo contraccettivo va presa assieme all'adolescente, tenendo conto delle sue caratteristiche individuali:
 - ambiente familiare e socioeconomico
 - grado di istruzione
 - carattere e stile di vita
 - affidabilità complessiva

18

Quando cominciare?

Donna mestruada	Dal 1 ^a al 5 ^a g	Attiva subito
Amenorroica	Qualsiasi g (certezza che non sia gravida)	Protezione x 7 gg
Allattamento	>6 mesi dopo il parto	Protezione x 7 gg
Switch da altro metodo ormonale	Immediatamente.	
Switch da IUD	Entro il 5 ^a g dall'inizio del ciclo	
Switch da pillola a cerotto	Il giorno della M il giorno dopo l'ultima pillola	Attivo subito Salta la M

20

Ho saltato una pillola

1 pill dim tra 1 e 21 g	Prenderla entro 12 ore + la normale p successiva	
Inizia 2 gg dopo	Cominciare quel giorno e continuare	Protezione x 7 gg. Ev EC
Da 2 a 4 pill dim nei primi 7 gg	Riprenderla il più presto possibile	Protezione per 7 gg Ev EC
Da 2 a 4 pill dim nella seconda settimana	Riprenderla il più presto possibile	Non serve protezione
Da 2 a 4 pill dim nella terza settimana	Riprenderla il più presto possibile ed iniziare subito il ciclo successivo	
5 pill dim	Idem	Protezione per 7 gg Ev EC ★★
Salto di pillola inattiva	Continuare come sempre	★

21

Follow Up terapia CO

Programmare *sempre* un follow up dopo i primi tre cicli e comunque entro il primo anno di trattamento per valutare:

- Effetti indesiderati: generalmente spotting, tensione mammaria, nausea... tendono a scomparire entro i primi tre mesi
- La terapia e/p non necessita di sospensione periodica
- Compliance e modalità di assunzione

23

Insegnare l'uso del profilattico



- Deve essere conservato con cura, in un contenitore che eviti lo schiacciamento eccessivo, così come va evitato il calore eccessivo, tutte situazioni che favorirebbero la rottura
- Va inserito prima della penetrazione
- Non devono essere usati lubrificanti a base di oli minerali, che danneggiano il lattice e favoriscono le rotture
- Una volta avvenuta l'eiaculazione, il pene va estratto dalla vagina con cautela, effettuando una certa compressione alla base dell'asta, in modo da mantenere in sede il profilattico
- Si deve poi controllare se lo stesso non sia rotto (ciò va verificato anche prima del rapporto)
- A ogni nuovo rapporto deve essere utilizzato un nuovo dispositivo

22

Compiti del MG

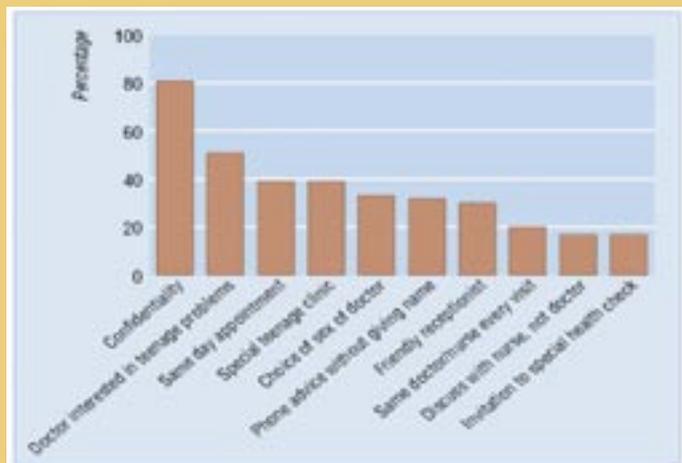
- SUPPORTARE in caso di situazione "off limits"
- INTERAGIRE con familiari, insegnanti, psicologi.....
- ASCOLTARE.

•Attenzione alle situazioni particolari!!

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



24



Aspects of primary care identified as most important to young people. Data from Donovan C et al. *Br J Gen Pract* 1997;47:715-8

25

Communicating with young people

- Be clear that you will respect their privacy and confidentiality
- See young people by themselves (time consuming and perhaps difficult to arrange but essential for providing enough confidential space for discussion)
- Be patient (teenagers may need further consultations before they trust you enough)
- Ask open ended question to draw out information
- Listen more than you talk
- Use terms the adolescent will understand
- Do not be judgmental about their values and opinions unless these place them at clear risk

26

Seconda sessione

Le donne immigrate: specificità e interventi possibili



DANIELA DANIELE

Giornalista

Ringrazio tutti i relatori della prima parte della mattinata che si è concentrata sul primo dei due gruppi di donne considerati particolarmente “fragili”, le giovanissime.

Questa seconda sessione, dal titolo “Le donne immigrate: specificità e interventi possibili”, sarà invece dedicata all’approfondimento delle problematiche tipiche di una società sempre più transculturale. La nuova Italia che si sta delineando negli ultimi anni, con una presenza sempre più massiccia di popolazione proveniente da altre e diverse zone del mondo – e delle seconde generazioni, richiede infatti che i servizi, così come erano stati disegnati e concepiti, vengano rimodulati.

La coesistenza di più culture, di sensibilità e tradizioni differenti, ci impone una riflessione ed uno sforzo per modificare in positivo i nostri atteggiamenti e allargare lo spettro dei diritti. L’integrazione non deve però portarci ad accettare passivamente tradizioni, o pseudo tali, lesive

della dignità delle persone, come ad esempio le mutilazioni genitali. Tutti insieme dobbiamo impegnarci affinché, nel rispetto reciproco, si cresca nella garanzia della tutela del diritto alla salute per ogni persona.

In questo processo devono giocare un ruolo determinante le Istituzioni, chiamate ad assicurare pari opportunità di accesso ai servizi e pari dignità per tutti i cittadini, le categorie professionali ma anche le stesse associazioni che rappresentano questa “nuova” popolazione. Per questo è importante prevedere ad esempio un sempre più massiccio coinvolgimento dei mediatori culturali.

Tutte queste voci si alterneranno ora nel corso dei lavori: credo che da questa mattinata potranno emergere interessanti stimoli che dovranno guidare i decisori, ma anche noi giornalisti e gli operatori sanitari, a ripensare dinamiche e servizi, ormai inadeguati alla complessità della nostra società.

Le popolazioni immigrate e il ricorso all'aborto: fotografia di un disagio

SERENA DONATI

Istituto Superiore di Sanità

In Italia, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) è stata legalizzata nel 1978 e l'andamento del fenomeno è stato seguito nel tempo grazie all'istituzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica che ha permesso di rilevare una riduzione del ricorso all'aborto dal 1982 ad oggi pari al 44%. Il numero di donne straniere è invece aumentato negli anni e l'immigrazione nel nostro Paese non può più essere considerata come un fenomeno emergenziale, bensì come una dimensione strutturale, dinamica e molto eterogenea della società. La presenza delle donne straniere è maggiore nelle Regioni del Nord e nelle principali città dell'Italia Settentrionale e Centrale. La gran parte delle donne migranti (80%) proviene da Paesi Poveri, con un notevole aumento delle donne dell'Europa dell'Est. Nel 2005 il 30% 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 d'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 italiane (8 per 1000 donne). Estrapolando i dati relativi alle IVG effettuate da donne immigrate il tasso di abortività delle donne italiane dal 1982 ad oggi continua a diminuire con una riduzione complessiva pari al 60%.

A causa della forte eterogeneità della popolazione migrante nel nostro Paese, il numero di aborti effettuati dalle donne straniere varia in funzione del Paese di origine con proporzioni maggiori tra le donne provenienti dall'Est Europa. Inoltre le Regioni dove risiedono più donne straniere (Nord e Centro Italia) registrano ovviamente più interruzioni di gravidanza. Anche l'andamento del fenomeno per età presenta delle differenze tra italiane e straniere: queste ultime infatti vi ricorrono più spesso nelle classi d'età più giovani con un tasso del 56/1000 tra i 18 e 24 anni rispetto all'11/1000 delle italiane della stessa età.

L'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio hanno intervistato campioni di donne originarie dall'Est Europa, dall'Asia, dall'Africa e dal Sud-America che si recavano ai servizi per effettuare un'IVG. Hanno inoltre condotto interviste semi-strutturate per approfondire meglio le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione immigrata, individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'IVG, evidenziare le differenze tra i gruppi etnici, valutare l'accesso ai servizi socio-sanitari e le difficoltà più frequentemente incontrate e fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi per la prevenzione dell'IVG.

Le motivazioni per l'IVG riportate dalle donne intervistate sono risultate spesso legate alle condizioni di migrante, all'aver raggiunto il numero di figli desiderato e a problemi economici. Le abitudini riproduttive dei Paesi di origine giocano un ruolo specifico e importante. In generale, le conoscenze sulla fisiologia riproduttiva e sulla contraccezione sono risultate scarse. Ad esempio, il 50% delle intervistate (41% delle sudamericane) non è in grado di identificare il periodo fertile del ciclo. Le conoscenze e l'uso di contraccettivi ad alta efficacia è modesto e spesso le donne hanno difficoltà ad utilizzare gli anticoncezionali in maniera appropriata. Infatti il 44% delle intervistate ha riferito di essere rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi a bassa (più frequenti tra le donne africane e cinesi) e alta efficacia (più frequenti tra le donne sud-americane).

Le immigrate ricorrono più spesso rispetto alle italiane alle strutture pubbliche e abortiscono a settimane gestazionali più avanzate. In generale appaiono soddisfatte dell'assistenza ricevuta dai servizi territoriali (la metà delle certificazioni viene rilasciata dai consultori familiari) e dagli ospedali dove effettuano l'intervento.

Alla luce dei dati emersi dall'indagine è possibile formulare alcune pro-

Le popolazioni immigrate e il ricorso all'aborto:
fotografia di un disagio

poste operative. In primo luogo investire sulla consapevolezza delle donne immigrate così come è stato fatto per le donne italiane che, grazie alla possibilità di accedere alle informazioni e ai servizi appropriati, hanno saputo governare consapevolmente la loro fecondità dimezzando il ricorso all'aborto volontario. La riorganizzazione dell'assistenza considerando la figura del migrante anche da un punto di vista culturale, la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale per fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole sono azioni prioritarie. Questi obiettivi richiedono l'aggiornamento degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali e la flessibilità organizzativa dei servizi, tenendo conto delle esigenze della popolazione straniera (orari e giorni di apertura, almeno una ginecologa donna nei punti nascita e nei servizi IVG e mediatrici culturali per le etnie a maggior rischio).

Per favorire la visibilità delle donne migranti è opportuno sfruttare ogni occasione di contatto con le strutture sanitarie e, dal momento che la gran parte dei ricoveri delle straniere è ascrivibile a gravidanza, parto e puerperio, l'assistenza al percorso nascita rappresenta un'opportunità preziosa per offrire informazioni e counselling sulla contraccezione e la prevenzione dell'aborto. È necessario infine sviluppare nuovi modelli di comunicazione con il coinvolgimento partecipativo delle comunità dei migranti per promuovere l'educazione tra pari quale strumento di diffusione delle conoscenze.

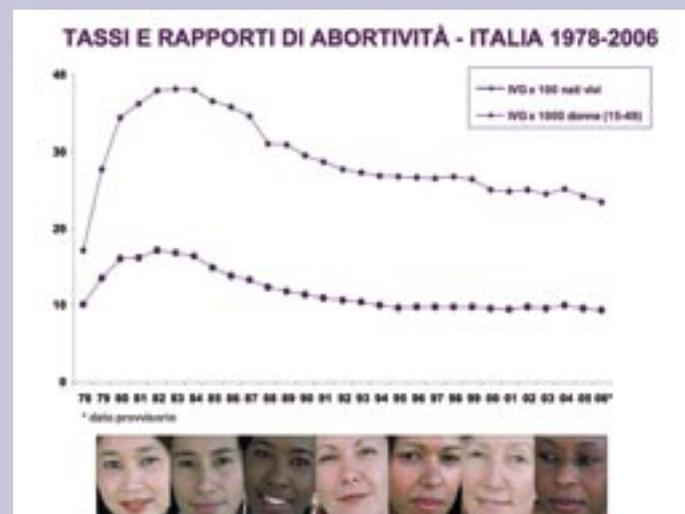
Sessualità e scelte consapevoli:
Quale informazione per le donne "a rischio"?

**Le popolazioni immigrate e il ricorso all' aborto:
fotografia di un disagio**

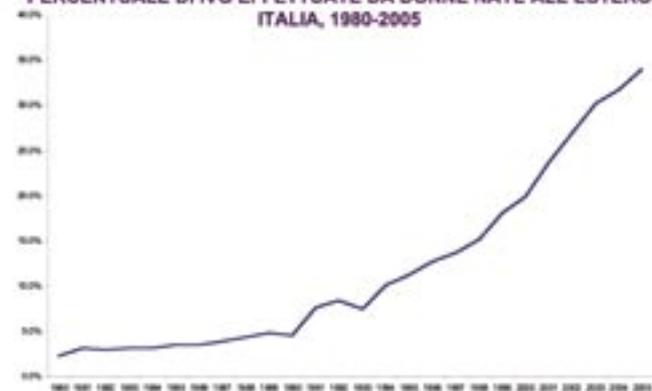
Serena Donati
Istituto Superiore di Sanità
Roma, Istituto San Gallicano - 4 dicembre 2007



DIAPOSITIVA 1



**PERCENTUALE DI IVG EFFETTUATE DA DONNE NATE ALL'ESTERO
ITALIA, 1980-2005**



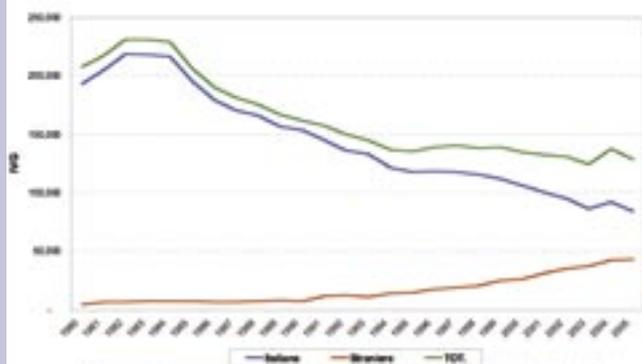
3

**DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLE IVG TRA LE STRANIERE,
ITALIA 2005**

REGIONE	IVG STRANIERE	
	n.	%
PIEMONTE	11.174	36,7
VALLE D'AOSTA	2242	22,7
LOMBARDIA	22.468	41,7
SOLOZANO	988	30,1
TRENTO	1.243	30,2
VENETO	7.151	41,0
FRILULI VENEZIA GIULIA	2.309	29,8
LIGURIA	3.726	34,8
EMILIA ROMAGNA	11.379	39,6
TOSCANA	8.758	36,1
UMBRIA	2.279	37,4
MARCHE	2.589	36,2
LADU	15.874	35,3
ABRUZZO	2.760	20,6
MOLISE	616	6,7
CAMPANIA	11.967	13,9
PUGLIA	11.953	6,0
BASILICATA	591	6,1
CALABRIA	3.256	17,7
SICILIA	9.487	9,1
SARDEGNA	2.379	7,3
ITALIA	132.790	29,6

5

IVG PER PAESE DI NASCITA 1980-2005



4

**TASSI DI ABORTIVITÀ VOLONTARIA PER 1.000 DONNE RESIDENTI IN
ITALIA, SECONDO LA CITTADINANZA E LE CLASSI DI ETÀ - 2003**

Età	Cittadinanza	
	italiana	straniera
18-24	11,2	56,1
25-29	10,4	48,0
30-34	9,2	39,3
35-39	7,6	26,4
40-44	3,9	10,5
45-49	0,4	0,7
18-49 tasso standardizzato	7,8	34,0

Fonte: Spinelli A., Loghi M. (2006), "Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita", in: Rapporto Osservasalute 2006, p 216-218



6

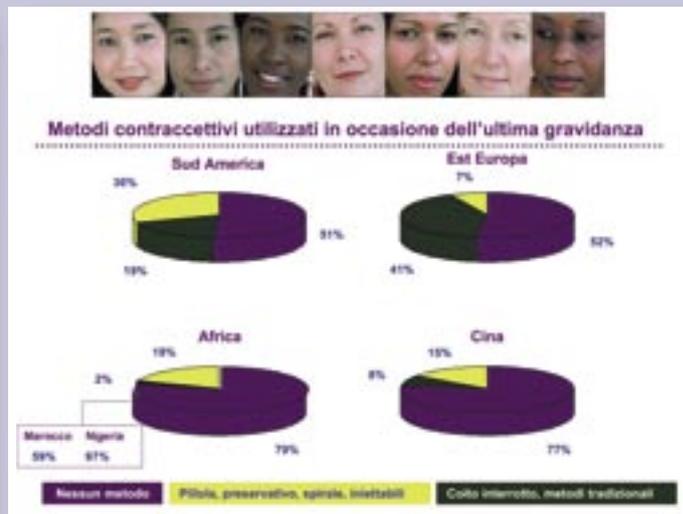
Le popolazioni immigrate e il ricorso all'aborto:
fotografia di un disagio

IVG PER CITTADINANZA DELLE STRANIERE (Italia, 1995-2004)

CITTADINANZA	1995	1997	2004	Confronto %		Tasso
				1995	2004	stimato %
EUROPA						
- Europa dell'Est	2.638	3.984	18.595	30,0	51,2	42,2
- Altri Paesi europei	659	649	942	7,5	2,6	9,0
AFRICA	2.297	3.246	6.232	26,1	17,2	37,0
ASIA	1.419	1.658	3.928	16,1	10,8	22,1
AMERICA						
- Nord	118	117	110	1,3	0,2	3,5
- Centro-Sud	1.653	2.033	6.548	18,8	18,0	38,1
OCEANIA	18	16	14	0,2	0,1	16,5
TOTALE	8.802	11.703	36.323			28,7



7



9

INDAGINE SULL'IVG TRA LE DONNE STRANIERE IN ITALIA
Istituto Superiore di Sanità e Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

principali obiettivi:

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



8

Le motivazioni per l'IVG sono spesso legate alle condizioni di migrante

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

Cina, 29 anni, sposata, 2 figli
*"Perché non lo volevo in questo momento, ho 2 figli, sono ancora troppo piccoli, se ne facessi un altro sarebbe troppo pesante (...)
 Qui la vita è troppo dura, ci vogliono tanti soldi per crescere i figli"*

Marocco, 31 anni, sposata, senza figli
"Io non avevo preso ancora la decisione ma io non parlavo ancora bene l'italiano e la mia casa è brutta e non ho il lavoro e non era il momento giusto per avere bambini, allora ho deciso di abortire"



10

ALCUNE CONCLUSIONI DELL'INDAGINE

Le straniere non sono tutte eguali e le abitudini riproduttive del loro Paese di origine giocano un ruolo importante.

Le conoscenze sulla fisiologia riproduttiva sono scarse, ad esempio, il 50% delle intervistate (41% delle sudamericane) non è in grado di identificare il periodo fertile, e in generale la conoscenza dei metodi contraccettivi risulta superficiale.

L'uso di contraccettivi ad alta efficacia è modesto e spesso non corretto
Il 44% delle immigrate (52% sudamericane) è rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi (coito interrotto tra le donne dell'Est Europa; pillola e preservativo tra le donne del Sud America).

Le motivazioni per l'IVG più frequentemente riferite sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici.

In generale le donne sono soddisfatte dell'assistenza ricevuta.



11

PROPOSTE OPERATIVE

Investire sulla consapevolezza delle donne: messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale per fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole.

Riorganizzare i servizi: considerando la figura del migrante anche da un punto di vista culturale. Formare gli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali; sfruttare l'occasione dei contatti con gli operatori sanitari durante l'assistenza al percorso nascita per offrire informazioni e counselling sulla contraccezione; favorire la flessibilità organizzativa dei servizi tenendo conto delle esigenze della popolazione straniera (orari e giorni di apertura, almeno una ginecologa donna nei punti nascita e nei servizi IVG e di mediatrici culturali per le etnie a

Sviluppo di nuovi modelli di comunicazione: coinvolgimento partecipativo delle comunità per promuovere attività di informazione e promozione; educazione tra pari.



13

Alcune riflessioni sulle popolazioni immigrate e il ricorso all'aborto

In Italia il numero di donne straniere è aumentato negli anni e l'immigrazione non va considerata come un fenomeno emergenziale, bensì come una dimensione strutturale, dinamica e molto eterogenea della società.

La presenza delle donne straniere è maggiore in alcune regioni e nelle maggiori città dell'Italia Settentrionale e Centrale. La gran parte (80%) proviene da Paesi Poveri, con un notevole aumento delle donne dell'Europa dell'Est.

Nel 2005 il 30% delle IVG in Italia è stato effettuato da donne migranti. Il tasso di abortività volontaria tra le immigrate è 3 - 4 volte quello delle donne italiane.

Le immigrate ricorrono maggiormente alle strutture pubbliche e abortiscono a settimana gestazionale più avanzata.



12

I consulenti familiari, risorsa del sistema

M A R I N A T O S C H I

Commissione Salute Donna Ministero della Salute

Vi ringrazio per il gradito invito a partecipare con le mie esperienze e riflessioni al tema della contraccezione e dei servizi per le donne migranti, di cui mi occupo volentieri da molto tempo, giudicando la loro presenza nei nostri Servizi, un grande stimolo a riflettere sulla loro mission, sull'organizzazione e su come le diverse culture approcciano il mondo della sessualità e delle riproduzione.

Vorrei solo accennare alla attuale istituzione della Commissione Interministeriale della Salute della Donna costituita nel giugno 2007 dalla Ministra Turco, a cui prendono parte circa 70 persone, in maggioranza donne, che lavorano nei più svariati campi, per sviluppare ed indicare le direzioni da assumere nel Piano Triennale di Azioni che il Ministero intende perseguire assieme molti altri Ministeri (Solidarietà Sociale, Lavoro, Famiglia, Pari Opportunità, Istruzione, Università e Ricerca scientifica) ed istituti Nazionali (ISTAT, INPS, INAIL). Questo in ottemperanza a quanto stabilito a Pechino nell'96, nell'ultima conferenza Mondiale delle Donne e quanto ripetuto dai Millennium Goals del 2000, dalle Nazioni Unite.

Nella Commissione, siamo divise in 6 gruppi di lavoro (percorso nascita, tumori, violenza contro le donne, salute nell'arco di tutta la vita, approccio di genere alla salute, organizzazione della Conferenza Nazionale e Piano intersettoriale, salute sessuale e riproduttiva). Questo ultimo gruppo, coordinato dalla dr.ssa Angela Spinelli e da me, ha il compito di analizzare dati ed esperienze in coerenza con le azioni raccomandate da OMS e Unione Europea, stabilire le priorità, al fine di produrre un rapporto nazionale con confronti e proposte sui temi della salute sessuale e riproduttiva.

Il gruppo, in cui sono presenti diverse professionalità (ginecologhe, psicologhe, sociologhe, igienisti, biologhe, sessuologhe) ha identificato 3 priorità: Consulenti, IVG e Contraccezione, Fertilità e MST.

Uno degli strumenti riconosciuti come necessari in tutti e tre gli ambiti, è una maggiore e comune formazione tra operatori dei Consulenti, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, per condividere pratiche ed obiettivi, ciascuno con il suo specifico ruolo.

I Medici di famiglia, come ha ricordato la dr.ssa Raffaella Michieli, ci insegnano che operare nel campo della contraccezione significa lavorare con e nella società attuale italiana, facendo attenzione ed interagendo con l'utenza che viene nei nostri ambulatori e possibilmente anche con quella che non viene e non domanda. Se vogliamo contribuire a modificare l'attuale basso tasso italiano di utilizzazione di contraccezione sicura, ci sarebbe molto bisogno di affrontare l'argomento con tutti, uomini e donne. Quindi per essere realmente efficaci, noi tutti, dobbiamo tenere gli occhi aperti ben aperti su cosa succede nella realtà intorno a noi, sia tra i giovani (come ci ha ben mostrato il collega Bianco Di Castelbianco) che i meno giovani, in Italia, in Europa e nel mondo.

A tal proposito vorrei iniziare con una piccola provocazione, regalando alla collega moderatrice un Femidon, un preziosissimo preservativo femminile. Particolarmente prezioso poiché in Italia non esiste. Non vi spaventate delle dimensioni, che sembrano sproporzionate, è fatto per essere abbondante e vi assicuro, per averlo provato personalmente, che funziona bene e senza difficoltà particolari. Aumentare l'informazione e la conoscenza di questo strumento contraccettivo potrebbe forse indurre il produttore a distribuirlo anche in Italia. Soprattutto bisogna cominciare qui da noi a far sapere che esiste! E che rappresenta è uno strumento in più per le donne sia per la contraccezione che per la protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili, con "pari opportunità" di uso che possono facilitare quelle tante donne che non riescono ad ottenere dal partner l'uso del profilattico!

Ma veniamo al tema principale che mi è stato chiesto di approfondire: i Consultori familiari italiani e cosa ne sappiamo allo stato attuale. Bisogna subito denunciare che i dati al 2007 sono piuttosto scarsi e disomogenei e ci derivano dalla relazione annuale del Ministro al Parlamento, preparata estrapolando i dati forniti all'ISS dalle Regioni e dalle ASL oltre che dai pochi privati.

I Consultori sono distribuiti su tutto il territorio nazionale, e secondo i dati più recenti di cui disponiamo (relazione del 2006 su dati 2005) sono più diffusi nell'Italia settentrionale (vedi Slide da 2 a 5).

Al di là dei numeri che vedete nelle prime 5 slide, il fenomeno più rilevante, per questo come per altri Servizi, è che le persone che avrebbero più bisogno di consulenza contraccettiva gratuita, come i/le giovani e le/gli immigrati, spesso non conoscono nemmeno l'esistenza del Servizio oppure hanno difficoltà a trovare l'orario di apertura adatto alle proprie esigenze lavorative. Infatti, da varie ricerche regionali si è visto che l'utenza giovanile si limita al 3/5 % del totale.

I Servizi Consultoriali dovrebbero sempre avere al primo posto l'attenzione alla capacità di risposta ai bisogni anche non manifesti e praticare l'offerta attiva. Per questo ripetiamo che: chi più ha bisogno, meno chiede, spesso bisogna "stanarla/o" o andarla/o a cercare a domicilio o nel luogo di lavoro o di studio (scuola, università).

L'obiettivo con cui sono stati istituiti i Consultori è allestire "Servizi di salute primaria", caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute. In tal modo i Consultori possono avere un impatto importante in settori sanitari strategici, quali il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili "(M. Grandolfo - ISS), obiettivo su cui stiamo migliorando, e l'educazione alla salute riproduttiva per gli adolescenti. Tutto questo, ovviamente, sia per le donne italiane che per le immigrate.

I Consultori rappresentano quindi una grande risorsa, un patrimonio italiano unico in Europa, aperto a tutti i cittadini, donne e uomini. Non sono residui del passato, ma strumenti fondamentali per un Sistema Sanitario aperto, attento a cogliere le modificazioni dell'utenza e che sa guardare al futuro, poiché si pone come *mission* la tutela e la promozione della salute pubblica.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000 rappresenta un buon punto di partenza per un processo di riqualificazione di tali Servizi, anche se è necessario partire proprio da una sorta di Anagrafe di tutti i Consultori esistenti, sia come luoghi fisici che come servizi forniti che, soprattutto, come personale affidato, qualifica e tempo di lavoro effettivo. Ciò è previsto anche nei L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) del 2002. Ma in realtà, poiché non vi è finora obbligo di raccolta e di invio dell'informazione, questi dati a livello nazionale e regionale, sono ancora assolutamente carenti.

Abbiamo comunque alcune indicazioni sulla presenza della popolazione immigrata nel nostro Paese, che ci vengono fornite dai dati Caritas 2006: nelle grandi città oltre il 40% dell'utenza consultoriale è di origine straniera, i figli di immigrati sono il 3,5% della popolazione scolastica nazionale, in alcune scuole superano il 50%, alcuni medici di medicina generale hanno il 30% di pazienti stranieri. In determinati impieghi l'80% degli occupati sono stranieri/e, in alcuni grandi ospedali del nord un neonato su 4 ha almeno un genitore straniero, il 7,4% degli aborti spontanei sono di donne straniere e sono loro a compiere più del 20% delle interruzioni volontarie di gravidanza. Questi numeri ci indicano che la salute delle immigrate è la nostra salute: non è un'altra cosa, non è "altro da noi" e dobbiamo imparare a prestare al tema sempre più attenzione, considerando che non è mai una perdita di tempo occuparsi di

questi argomenti, che riguardano una parte sempre più consistente della popolazione in Italia.

Sul fronte delle giovanissime il Piano per Azioni della Ministra Turco del marzo 2007 prevedeva l'istituzione di spazi adolescenti in tutti i Consultori e la nostra Commissione "Salute Sessuale e Riproduttiva" ha previsto anche l'apertura di sportelli anti violenza che permettano di accogliere le donne, i bambini e le bambine che abbiano vissuto situazioni di violenza psicologica, fisica o sessuale sia in famiglia (70 % dei casi) che fuori. I Consultori dovranno pertanto dotarsi di spazi ed operatori capaci di accogliere, ascoltare, rispondere, aiutare e mettere in atto le azioni necessarie con tutte le altre Agenzie che sul territorio devono e possono accogliere tali domande di aiuto, che sono, come ormai è noto, correlate al 70% delle patologie femminili.

Fondamentale per tali azioni sarà la presenza costante e partecipe delle mediatrici culturali che anche oggi, ci hanno ben spiegato come si sentano ormai parte del nostro SSR e SSN! Si tratta di essere capaci di accogliere davvero queste figure, che da tempo esistono in molti altri Paesi europei che prima di noi hanno conosciuto l'immigrazione, e di utilizzare appieno il loro grande potenziale nell'integrazione delle diverse culture.

Inoltre si prevede la predisposizione di un piano di prevenzione della sterilità come stabilito anche dalla legge 40, che a tale scopo fornisce fondi, necessari all'informazione delle coppie.

Gli interventi necessari ed identificati come utili a favorire il ricorso alla contraccezione efficace e continuativa sono:

- diminuire il prezzo gli anticoncezionali (mettere più blister nei pacchetti di pillole; acquistare ad un prezzo ospedaliero i DIU da distribuire poi nei servizi Consultoriali, in modo che le donne possano pagare un prezzo ridotto; distribuirli gratis alle persone con difficoltà economiche);

- rendere più facilmente accessibili i consultori (attenzione agli orari di apertura in modo che in ogni Distretto ci sia sempre un Consultorio aperto, almeno 6 giorni su 7);
- lavorare insieme con i Medici di famiglia e i Pediatri sulla contraccezione;
- progetti di educazione alla sessualità nelle scuole sin dalla materna.

Vorrei terminare il mio intervento con una notazione in qualità di Consigliera di Parità della Regione Umbria, nominata dal Ministero del Lavoro e delle Pari Opportunità: credo che anche nelle nostre Regioni, così come in tutto il Paese, sia necessario cominciare a pensare che le donne italiane e straniere, presenti in gran numero tra gli immigrati del nostro Paese, rappresentano una risorsa, una grande risorsa per la nostra economia, per il nostro sviluppo culturale e sociale, utile e necessario affinché ci siano davvero scelte consapevoli da parte delle donne.

Le politiche di genere sono necessarie, in Medicina, nell'Organizzazione del Lavoro e della Famiglia, perché la nostra diventi una società davvero attenta ai bisogni delle persone tutte. Si deve quindi prestare maggiore attenzione alla ricaduta che queste scelte rivestono sui due generi, in tutte le implicazioni e quindi nelle decisioni strategiche, economiche, sociali e delle infrastrutture. Una insufficiente considerazione di queste problematiche significherebbe un deficit di qualità sia sul piano regionale che nazionale, significherebbe sprecare, come ora avviene, le nostre migliori chance. Le ragazze italiane e straniere sono le prime a laurearsi e con i migliori voti ma poi sono escluse una volta che si arriva nel mondo del lavoro, perché "a rischio di maternità"! È questo, assieme allo scarso numero di rappresentanti nel mondo degli stakeholder e della politica, che fa dell'Italia, come ci dice il Forum sull'Economia mondiale del 2007, l'84esimo Paese al mondo per le Pari Opportunità, superato da molti Paesi africani. La cosa più grave è che proprio le giovani, ma anche noi stessi, facciamo davvero fatica a rendercene conto.

La grave difficoltà nella capacità di scelta contraccettiva che vediamo tuttoggi nel nostro Paese è diretta conseguenza di questa situazione e solo una collettiva presa di coscienza sulla necessità di cambiamento culturale, condiviso con le nuove generazioni di migranti e con le loro figlie/i, porterà una crescita sociale, in cui le decisioni individuali troveranno pari opportunità per tutti/e.

Bibliografia

Michele Grandolfo: I Consulteri familiari nel POMI. www. Epicentro -ISS

POMI (progetto obiettivo materno infantile) - D.M. del 24/4/2000: Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000: salute della donna e consulteri familiari

Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per i consulteri familiari e Estratto dai L.E.A. - Suppl. Ord. Gazzetta Ufficiale n.19 del 23 gennaio 2002

Relazione al Parlamento del Ministro della Salute sull'IVG anno 2005-2006

CARITAS: Dossier Statistico 2003/4/5/6/7

Geraci Salvatore- Slides al Congresso di Pg 28/5/05 " Problemi di salute connessi al fenomeno migratorio in Italia"



DIAPOSITIVA 1

Relazione al Parlamento del Ministro Sanità-2006 dati ISS

	N° Consulteri pubblici	Consulteri pubblici/ 10.000 donne 15-49 anni	N° Consulteri privati
Nord Italia	914	1,5	92
Piemonte	180	1,9	0
Valle d'Aosta	20	7,1	0
Lombardia	230	1,0	38
Bolzano	0	0	13
Trento	8	0,7	0
Veneto	149	1,3	28
Friuli	22	0,8	6
Liguria	87	2,6	0
Emilia Romagna	218	2,3	7

2

Relazione al Parlamento del Ministro Sanità-2006 dati ISS

	N° Consultori pubblici	Consultori pubblici/ 10.000 donne 15-49 anni	N° Consultori privati
Centro Italia	428	1,6	1
Toscana	204	2,5	0
Umbria	34	1,8	1
Marche	38	1,1	0
Lazio	152	1,2	0

3

Relazione al Parlamento del Ministro Sanità-2006 dati ISS

	N° Consultori pubblici	Consultori pubblici/ 10.000 donne 15-49 anni	N° Consultori privati
Nord Italia	914	1,5	92
Centro Italia	428	1,6	1
Sud Italia	514	1,5	35
Italia insulare	207	1,3	6
Italia	2063	1,5	134

5

Relazione al Parlamento del Ministro Sanità-2006 dati ISS

	N° Consultori pubblici	Consultori pubblici/ 10.000 donne 15-49 anni	N° Consultori privati
Sud Italia	514	1,5	35
Abruzzo	74	2,4	9
Molise	7	0,9	1
Campania	168	1,1	0
Puglia	158	1,6	24
Basilicata	35	2,4	0
Calabria	72	1,4	1
Italia insulare	207	1,3	6
Sicilia	130	1,1	0
Sardegna	77	1,9	6

4

Breve storia

- Istituiti nel 1975, i consultori familiari sono stati realizzati con tempi e modalità diversi, in seguito all'approvazione delle relative leggi regionali.
- Indagini condotte dall'ISS hanno dimostrato che l'applicazione delle indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) garantisce migliori esiti di salute.

6

Offerta Attiva

- Ma proprio le persone che ne avrebbero più bisogno spesso non sono coinvolte per la mancanza di offerta attiva.
- L'obiettivo è allestire una serie di servizi di salute primaria, caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute.
- Iniziative di questo genere potrebbero avere un impatto importante in settori sanitari strategici, quali il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e l'educazione alla salute riproduttiva per gli adolescenti.

7

Se ...

- nelle grandi città oltre il 40% dell'utenza consultoriale è di origine straniera;
- i figli di immigrati sono il 3,5% della popolazione scolastica nazionale,
- in alcune scuole superano il 50%; alcuni medici di medicina generale hanno il 30% di pazienti stranieri... (Dr. Geraci- CARITAS)

9

P.O.M.I. 2000

- "I consultori rappresentano un patrimonio unico: non sono residui del passato, ma fondamenti per sistemi sanitari del futuro, volti a tutelare e promuovere la salute pubblica.
- Il Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000 è un buon punto di partenza per un processo di riqualificazione"
- (M.Grandolfo – ISS da Epicentro)

8

Se ...

- in alcuni lavori l'80% degli occupati sono stranieri/e; in alcuni grandi ospedali del nord 1 neonato su 4 ha almeno un genitore straniero; il 7,4% degli aborti spontanei sono di donne straniere ed il 20% delle interruzioni volontarie di gravidanza;

10

Allora ...



La Salute delle immigrate è la nostra salute

11

Commissione Salute DONNE

- Salute Sessuale e Riproduttiva
- Approccio di Genere alla Salute
- Percorso nascita
- Tumori Femminili
- Violenza contro le donne
- Salute nell'arco di tutta la vita

13

PIANO per AZIONI della Ministra TURCO

- Apertura SPAZI ADOLESCENTI in tutti i Consultori
- Apertura degli SPORTELLI ANTIVIOLENZA
- Predisposizione di un piano di prevenzione della sterilità (legge 40)
- **Piano strategico intersettoriale sulla Salute della Donna**

12

Commissione Salute Sessuale e Riproduttiva

- 12 partecipanti- 2 Coordinatrici
- **Identificare 3 priorità da sottoporre alla Ministra**

1)CONSULTORI FAMILIARI

- **a)** Garantire l'incardinamento del Servizio Consultoriale all'interno del SSN e Regionale per individuare
- Responsabili a livello Regionale, di ASL e di Distretto:
- Personale, obiettivi, progetti e budget propri
- Sviluppi di carriera chiari e definiti per U . O. Complesse e U . O. Semplici

14

Commissione Salute Sessuale e Riproduttiva

- Provvedere a rendere più facile l'assunzione continuativa di CO tramite l'inserimento di più blister nella stessa scatola (fino a 6 confezioni)
- Inserire nel SSN in classe A le pillole a basso dosaggio (30 gamma di EE) o di solo progestinico, attualmente tutte in C.
- Rendere accessibili nel prezzo gli IUD sia al rame che al progestinico (prezzo ospedaliero anche per i servizi Consultoriali) in modo che le donne possano pagarle un prezzo ridotto e, in alcuni casi di donne con difficoltà economiche, possano essere date gratuitamente.

15

Commissione Salute Sessuale e Riproduttiva

2. IVG e Contracezione

- Formare i MMG e i PLS assieme ai medici Consultoriali e ai medici ginecologi Ospedalieri su:
 - legge 194- epidemiologia, metodiche Karman, nuova strumentazione,
 - aborto medico (RU486),
 - contraccezione (post- IVG IUD e CO, e su CE)
- Rendere la CE un prodotto da banco come avviene nel resto d'Europa

17

Commissione Salute Sessuale e Riproduttiva

- > **b)** Garantire e definire il collegamento con il II e III livello (Specialistica ed Ospedali) e con i MMG e i PLS (SMIC)
- > **c)** Garantire l'apertura Consultori per Distretto
 - ca) Almeno 6 mattine e 5 pomeriggi alla settimana
 - cb) Accoglienza senza appuntamento (<48 ore)
 - > per Contracezione d'emergenza (CE);
 - > per Problemi di Violenza di genere
 - > Inserimento di IUD,
 - > problemi in gravidanza, problemi degli adolescenti,
 - > Attestazione di richiesta IVG

16

Commissione Salute Sessuale e Riproduttiva

- Garantire la presenza di almeno un medico non obietore in ogni Distretto, presente almeno una volta la settimana.
- Comprare strumentazione negli Ospedali che eseguono IVG, ora spesso è assolutamente inadeguata (non Karman), usando proventi dei DRG
- Obbligare ASL a pubblicizzare (Internet e materiale cartaceo) i nomi e gli orari di tutti gli Ospedali e dei Consultori, anche delle ASL limitrofe
- Organizzare in modo chiaro tutto il percorso prima e dopo la IVG in ogni ASL

18

Commissione Salute Sessuale e Riproduttiva

3. FERTILITA' e MST

- Utilizzare i fondi relativi alla LEGGE 40 individuando il modo di evitare storni nelle ASL
- Formare sul tema e sul counselling MMG, PLS, Ginecologi Consultoriali ed Ospedalieri
- Prevedere informazioni per la popolazione giovane (unire agli incontri per l'orientamento all'ultimo anno delle scuole medie superiori)
- Ipotizzare lo screening per la Chlamydia assieme al 1° PAP test

19

Grazie per l' attenzione....



21

Donne = RISORSA

- Politiche di genere = società attenta ai bisogni delle persone
- Implicazioni nelle scelte strategiche economiche sociali e delle infrastrutture
- Mancata attenzione = deficit qualità regionale/nazionale



20

Mutilazioni genitali femminili: linee guida nazionali

V A I F R A P A L A N C A

Ministero della Salute

Lavoro presso il Gabinetto del Ministro della Salute con il compito di seguire le tematiche della salute connesse all'immigrazione. Mi collego agli interventi che mi hanno preceduto per offrire un supplemento di informazione. Presso il Ministero infatti, oltre alla Commissione salute donna, è stata istituita dal Ministro Livia Turco una Commissione sulla salute degli immigrati, che possiede al suo interno uno specifico gruppo che si occupa della salute delle donne straniere e dei minori che vivono in Italia. Sono evidenti i campi di collaborazione. Uno dei problemi emersi nel corso delle prime riunioni è stato proprio quello dell'elevato ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, di cui ha parlato anche la dott.ssa Donati, a capo anche della nostra Commissione. Ci siamo quindi posti l'obiettivo di agire per ridurre questo problema. Come primo passo abbiamo pensato ad una campagna sulla contraccezione rivolta alle donne straniere, una campagna che stiamo attualmente preparando, che pone una grande enfasi sulla predisposizione delle informazioni, ma soprattutto sulla loro diffusione. Non basta infatti informare, ma è importante come si lo si fa, come si riesce a far scattare la motivazione ad accogliere questa informazione. Per questo pensiamo di coinvolgere senz'altro le operatrici dei consultori familiari, ma soprattutto le comunità delle donne straniere, perché ci sia una discussione al loro interno e una presa in carico da parte loro della responsabilità della prevenzione. Questo è un primo passo e un contributo. Sappiamo infatti che dietro il ricorso all'IVG delle donne straniere esistono anche motivazioni sociali, condizioni di vita incompatibili con la maternità, che sono più difficili da modificare, che richiedono altri tipi di interventi.

L'altro punto sul quale stiamo lavorando è quello della prevenzione delle Mutilazioni genitali femminili e della cura delle donne che le hanno subite. Ci siamo infatti posti il problema di dare seguito ai compiti attribuiti

al Ministero della Salute dalla legge del febbraio 2006 sul contrasto delle Mutilazioni genitali femminili. Una legge che prevede una parte dedicata alla repressione delle mutilazioni genitali ed una parte invece contenente politiche sociali di sostegno e di aiuto alle donne che le hanno patite e di supporto alle loro comunità. In realtà, norme di contrasto delle mutilazioni genitali in Italia erano già previste nel codice penale, la legge non ha fatto altro che inasprire le pene e attirare maggiormente l'attenzione sul problema. La parte più importante della legge è però quella che riguarda le politiche sociali a favore delle donne vittime delle mutilazioni genitali, la comunicazione, la promozione dei loro diritti e della loro salute.

Al Ministero della Salute è stato affidato il compito di produrre le linee guida per gli operatori sanitari che dovessero trovarsi a contatto con donne vittime. Si è parlato precedentemente della difficoltà di acquisire informazioni statistiche su vari aspetti di tipo sociale. Su questo tema il problema si amplifica, perché parliamo di aspetti che riguardano la vita intima delle persone, di esperienze vissute nella convinzione che fossero fondamentali per la propria crescita e la propria accettazione nella comunità, di cui si parla solo con chi ne condivide il significato. Parliamo di pratiche proibite in molti Paesi e pertanto avvolte in un clima di clandestinità. Per sapere quante sono le donne presenti nel nostro Paese con mutilazioni genitali si ricorre a stime in base alla diffusione della pratica nei Paesi di provenienza, ma si tratta di stime molto approssimative, perché si sa, con l'emigrazione i comportamenti delle persone cambiano e possono modificarsi sia verso l'abbandono di tradizioni che verso un maggiore attaccamento.

Non esistono nemmeno dati sanitari sulle donne portatrici di mutilazioni genitali, perché, anche quando rilevate nelle normali visite mediche, non essendo una patologia, non vengono contemplate nelle classificazioni

internazionali. In alcune realtà sono state adottate classificazioni miste per poter rilevare l'esistenza di questo fenomeno, ma soprattutto per darne evidenza nelle cartelle cliniche se ritenute informazioni rilevanti per la diagnosi e la cura delle patologie denunciate dalle donne. Tuttavia, al di là dei problemi statistici, siamo sicuri che vi sono in Italia donne che hanno subito mutilazioni genitali, lo denunciano gli operatori sanitari, lo denunciano le donne stesse. Riteniamo che questa sia una delle più gravi violazioni della dignità della persona e dei diritti umani. Per questo pensiamo che ci debba essere un preciso impegno delle nostre strutture sanitarie per diffondere le conoscenze sul fenomeno e le competenze mediche per prendere in carico i problemi sanitari di queste donne ed offrire loro tutte le prestazioni di cui hanno bisogno, senza incontrare ostacoli o scontrarsi con l'imbarazzo di operatori sanitari che non conoscono questo tipo di problematiche.

Abbiamo per questo elaborato, con il supporto di una Commissione di esperti, linee guida rivolte a medici, ginecologi, pediatri, ostetrici, infermieri, che presentano però una struttura particolare rispetto alle linee guida che il mondo sanitario è abituato ad utilizzare. Sono infatti costituite da due parti di cui una di tipo antropologico, sociale e culturale che introduce l'argomento, spiega le motivazioni profonde che ci sono dietro le mutilazioni genitali, cercando di invitare soprattutto all'ascolto e alla comprensione, e non alla criminalizzazione o alla stigmatizzazione delle

vittime. Pur in questo contesto, è ribadito in maniera molto forte che in Italia le mutilazioni genitali non possono assolutamente essere praticate, sono un reato grave, punito severamente. Viene quindi attirata l'attenzione sulla necessità di fare opera di sorveglianza e prevenzione soprattutto nei confronti delle figlie delle donne che le hanno già subite nel loro Paese d'origine. C'è poi una seconda parte specifica di tipo tecnico, che descrive come si presentano le mutilazioni genitali femminili, quali sono le complicanze mediche e psicologiche, come si può intervenire, quali accorgimenti si devono prendere in caso di gravidanza e in occasione del parto.

Le linee guida sono già state approvate dalla Conferenza Stato Regioni e saranno presto pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale (ma sono già disponibili sul sito del Ministero della Salute). Un altro elemento importante della legge sul contrasto delle mutilazioni genitali femminili è la previsione di risorse finanziarie per la formazione, ma anche per campagne di informazione e di divulgazione della cultura dei diritti umani e del diritto all'integrità della persona. Il Ministero della Salute ha già distribuito parte dei fondi alle regioni per la formazione degli operatori sanitari su questi temi. Noi crediamo che la formazione sulle mutilazioni genitali possa essere anche uno spunto per aumentare la sensibilità sul tema del diritto alla salute e sulla medicina transculturale, sulla diversa sensibilità delle donne straniere rispetto alla sessualità, alla maternità, al loro corpo e alla loro salute.

Il ruolo della mediazione culturale/1

DANUTA GĄSZOWSKA

Mediatrice culturale Istituto San Gallicano, Roma

Siamo tutti consapevoli di quanto sia diventato importante il ruolo del mediatore culturale. La specificità del nostro Istituto risiede proprio nel fatto che il San Gallicano da tanto tempo si avvale nelle sue attività della collaborazione dei mediatori culturali. La mediazione culturale nasce dallo stato di necessità; è un processo che rende possibile la comunicazione e la comprensione dei vari codici linguistici e culturali, ma fa anche emergere la diversità in tutta la sua complessità. Il mediatore, che possiamo anche chiamare decodificatore, traduce e interpreta pensieri, valori, emozioni, prospettive, linguaggi, immaginario, ma anche rapporti relazionali delle persone che si rivolgono ai servizi. Per quanto riguarda la sessualità nelle diverse culture è importante parlare della costruzione culturale dell'identità sessuale. Si tratta di un insieme di concetti e simboli collegati al genere femminile, credenze e ritualità adottate, codici comportamentali e tabù, norme che regolano i rapporti tra i due generi, status e ruolo sociale attribuiti alla donna nel contesto socio-culturale.

Vi voglio portare l'esempio dell'identità di una donna dell'Est Europa, pre e post muro, in particolare in Polonia. La donna da un punto di vista sociale è considerata una roccia (in polacco "skala"): madre, operaia (come l'uomo lavorava nelle fabbriche), elemento fondamentale della famiglia. Da un punto di vista culturale è istruita (la scuola d'obbligo era fino a 18 anni e la maggior parte riusciva diplomarsi o laurearsi), poco espansiva nell'emotività (non abituata ad esprimere in pubblico ma nemmeno in privato i propri sentimenti), non educata a pensare al proprio corpo (aspetto estetico) e alla sua sessualità (si parla poco del ciclo mestruale, del rapporto sessuale, del piacere e della contraccezione).

Con la caduta del muro (negli anni '90), molte donne emigrano ed entrano in contatto con una nuova percezione dell'identità femminile, quella occidentale; questo molte volte le disorienta, soprattutto per quanto riguar-

da il rapporto con gli uomini non polacchi. Si lasciano spesso incantare dall'espansività e dalle attenzioni che ricevono, interpretandole come la testimonianza di un affetto profondo e sincero. Accade che restino incinte, trovandosi ad affrontare la situazione da sole (infatti le relazioni sono brevi). Dopo aver vissuto questo incontro-scontro con una realtà differente, la concezione dell'identità femminile polacca si è avvicinata a quella occidentale. Le problematiche più frequenti che vengono riportate dalle persone che si rivolgono ai servizi in merito alla sessualità sono: la relazione individuale con il proprio corpo, l'atteggiamento sessuale del partner, i disagi emotivi nel rapporto con il partner causati da una diversa concezione della sessualità e del piacere sessuale, la sterilità, il ricorso all'IVG, le malattie sessualmente trasmissibili.

Esempi:

- Storia di una ragazza filippina di 24 anni in attesa del terzo figlio che, avendo osservato il modo di vivere in Italia, intende pianificare lo sviluppo della propria famiglia attraverso l'uso di metodi contraccettivi.
- Storia di una ragazza rumena di 19 anni che in seguito a un'esperienza rischiosa, si è resa conto dei pericoli che si corrono negli incontri occasionali non protetti, venendo informata sulla tutela preventiva e sui controlli successivi.

Vorrei sottolineare come nell'ambito delle attività informative di prevenzione si cerchi sempre una strategia comunicativa che permetta di sensibilizzare la persona, considerando ovviamente il suo punto di vista. Per prima cosa spieghiamo ciò che si intende per diritto alla salute, illustriamo il funzionamento del sistema sanitario nazionale e del consultorio familiare, per poi arrivare all'orientamento più specifico: funzionamento e uso dei metodi contraccettivi, conoscenza dell'apparato riproduttivo femminile, gravidanza e IVG, malattie sessualmente trasmissibili, AIDS, fino alla prevenzione oncologica.

Il ruolo della mediazione culturale/2

S A L I H A B E L L O U M I

Mediatrice culturale Istituto San Gallicano, Roma

Sono Mediatrice Culturale all'Ospedale San Gallicano di Trastevere di Roma e provengo del mondo arabo, per essere più precisa dall'Algeria.

Alcuni elementi sono fondamentali per l'emancipazione della donna: in primo luogo l'accesso all'istruzione. Nel mondo arabo le donne hanno cominciato ad essere scolarizzate solo in tempi recenti e, a prescindere dalle attitudini, molte sono state orientate prevalentemente verso le scuole secondarie di carattere professionale. Questo aspetto non è affatto marginale poiché, escluse dagli studi classici, le donne hanno elaborato modi diversi di interpretare la realtà.

L'altro aspetto rilevante è il ruolo di madre che emerge dalla tradizione islamica: l'immagine non è quella di donna nubile, libera cittadina del mondo. Anzi, il ruolo fondamentale della donna si identifica con quello di madre.

Fino a che una donna è vergine non è possibile parlare di prevenzione, né tantomeno praticarla. Vorrei portare un esempio per spiegare come è la situazione della donna all'interno della famiglia. Quando una bambina comincia a crescere non può chinarsi davanti al padre o ai fratelli, non può mostrarsi all'uomo. Quando comincia a svilupparsi e ad avere il seno deve coprirsi, per questo si portano indumenti larghi e lunghi.

Che ruolo può ricoprire il mediatore? Innanzitutto far conoscere il sistema sanitario nazionale alle comunità.

È necessario approfondire la conoscenza anche del sistema sanitario del Paese di origine, così come è accaduto in collaborazione con l'Istituto Superiore della Sanità e il San Gallicano con la comunità Nigeriana. Un'ottima esperienza, che ha aiutato le donne ad instaurare un rapporto di fiducia e a diventare consapevoli del proprio corpo.

Produrre materiali tradotti e prevedere la presenza di mediatori madrelingua è fondamentale perché la lingua non è solo uno strumento tecnico, ma rappresenta una cultura e una visione del mondo. . .

Uno dei problemi è che spesso sono gli uomini a recarsi dal ginecologo con la moglie e sono loro a farsi portavoce del disagio delle donne. Questo non tanto per motivi culturali ma perché le donne si ritrovano in una condizione di solitudine, sottomissione e assenza di autonomia economica. Per questo sono necessari più mediatori che conoscano la lingua e il sistema di pensiero che collaborino con i medici.

La donna può diventare più autonoma e imparare a parlare del proprio corpo, come ad esempio nel mondo arabo già avviene tra donne nel bagno turco, dove si parla di sessualità, di uomini, di soldi, ecc. . . .

Il mediatore può giocare un ruolo importante, di ponte fra le culture, ma è necessario anche che vi sia un'attenzione alla mediazione da parte di tutto il Sistema Sanitario, perché solo in questo modo si potrà realizzare un'educazione permanente alla prevenzione.

Popolazione migrante e malattie sessualmente trasmissibili

I S S A E L - H A M A D

Dipartimento di Malattie Infettive Spedali Civili di Brescia - ASL di Brescia

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) sono malattie infettive gravate da elevati indici di mortalità e morbilità e possono comportare una serie di complicanze importanti. Attualmente si conoscono circa 30 affezioni inquadrabili tra le IST e le stime sulla dimensione di questo fenomeno evidenziano una grande diffusione in tutti i paesi del mondo, con maggiore prevalenza di alcune forme nei paesi in via di sviluppo, da cui provengono molti dei nostri immigrati.

Lo studio epidemiologico delle IST rappresenta un elemento fondamentale nelle strategie di controllo di queste infezioni. L'assenza a livello nazionale di un valido sistema di notifica per tutte le IST è alla base della attuale carenza di dati epidemiologici affidabili. Le uniche due patologie per cui è prevista la notifica nel nostro Paese sono la sifilide e la gonorrea, che peraltro presentano tassi di incidenza largamente inferiori alla loro reale diffusione a causa della sottototifica.

Se si considerano le IST tra migranti è prevedibile che possano insorgere altre difficoltà da affrontare: la definizione dei veri gruppi a rischio per IST, la reale dimensione del problema negli immigrati, quali patologie e quali differenze rispetto alla popolazione locale, l'influenza della variabile "accesso alle strutture sanitarie", la normativa vigente in Italia in ambito di assistenza sanitaria agli immigrati e le strategie di controllo delle IST in questo gruppo di popolazione.

Innanzitutto, l'immigrazione in Italia è un fenomeno strutturale, consolidato, complesso, avvertito con 15 anni di ritardo e ancora percepito in modo errato. Secondo i dati ufficiali dell'ultimo dossier statistico della Caritas gli immigrati regolari attualmente presenti in Italia sono 3.690.000, a cui deve essere aggiunta una quota di immigrati irregolari stimata intorno a 500.000 unità. Complessivamente circa il 6-7% sulla popolazione totale nel nostro Paese è costituita da immigrati. Tuttavia persistono an-

cora oggi molte difficoltà nel definire in tempo reale il numero esatto a causa della dispersione degli immigrati in diverse tipologie. Infatti, oltre a quelli regolari e irregolari, esistono anche gli immigrati "nel limbo" che hanno chiesto il permesso di soggiorno e per mesi non sanno se e quando verrà rilasciato e quelli "fluttuanti" che passano continuamente dallo stato di regolarità allo stato di irregolarità in base alla presenza o meno di un contratto di lavoro. Tale situazione può facilmente generare confusione ed errori nel calcolo del numeratore e del denominatore nell'ambito delle indagini epidemiologiche sulle malattie negli immigrati.

Sulla base dell'esperienza di molte strutture pubbliche e del volontariato sociale, che si sono occupate dell'assistenza sanitaria a queste persone, i dati sul profilo sanitario del migrante in Italia non appaiono preoccupanti. In particolare, non emergono elementi a favore di un allarme sanitario. Le malattie infettive in genere rappresentano in tutte le casistiche una percentuale che va dal 3 al 10% del totale e tra queste alcune sono riconducibili alle infezioni sessualmente trasmissibili.

Tuttavia, in analogia con quanto avviene nella popolazione locale, anche tra gli immigrati non disponiamo oggi di dati affidabili sulla reale diffusione delle IST. A questo proposito è importante sottolineare che gli immigrati non costituiscono una categoria unica ed omogenea nei confronti del rischio di contrarre una IST, ma rappresentano un insieme eterogeneo di persone, culture, religioni, vissuti, tradizioni diversi, provenienti da 191 paesi diversi, che parlano circa 200 lingue e dialetti ed hanno comportamenti e rischi sessuali differenti. Tra gli immigrati, al pari di quanto accade nella popolazione italiana, vi sono sotto gruppi a maggiore rischio per IST- HIV. La sifilide, ad esempio, è chiaramente in aumento soprattutto tra le prostitute straniere dall'Europa dell'Est ed i soggetti transessuali provenienti dall'America Latina. Per contro, i casi di AIDS negli

immigrati mostrano una costante tendenza alla diminuzione dei tassi di incidenza da alcuni anni.

Concludendo, le IST rappresentano un capitolo importante delle malattie infettive nel migrante in Italia, sono necessarie maggiori conoscenze epidemiologiche e dati più completi ed accurati su scala nazionale. Le strategie di controllo dovrebbero tenere conto della complessità del fenomeno migratorio, la prevenzione primaria e secondaria dovrebbe essere comprensibile, accessibile e in grado di raggiungere i veri gruppi a rischio. È indispensabile assicurare un regolare accesso alle strutture ed una estensiva offerta di servizi, test e informazioni. Servono inoltre politiche di integrazione del migrante nel tessuto sociale e lavorativo per ridurre le disuguaglianze economiche e la fragilità sociale.

Sessualità e scelte consapevoli
Qualità informazione per le donne "a rischio"
Roma, 4 dicembre 2007
Istituto San Gallicano

Popolazione migrante e malattie sessualmente trasmesse

Dr. El-Hamad Issa
Dipartimento di Malattie Infettive - Ospedale Civile di Brescia
CUI - ASL di Brescia

DIAPPOSITIVA 1

Epidemiologia delle ITS

Mortalità

Leading Causes of Death Worldwide, 2000
(Based on number of global deaths)

1. Ischemic Heart Disease
2. Cerebrovascular Disease
3. Lower Respiratory Infections
4. HIV/AIDS
5. COPD
6. Perinatal Conditions
7. Diarrhoeal Diseases
8. Tuberculosis
9. Road Traffic Injuries
10. Lung Cancers

WHO, 2001

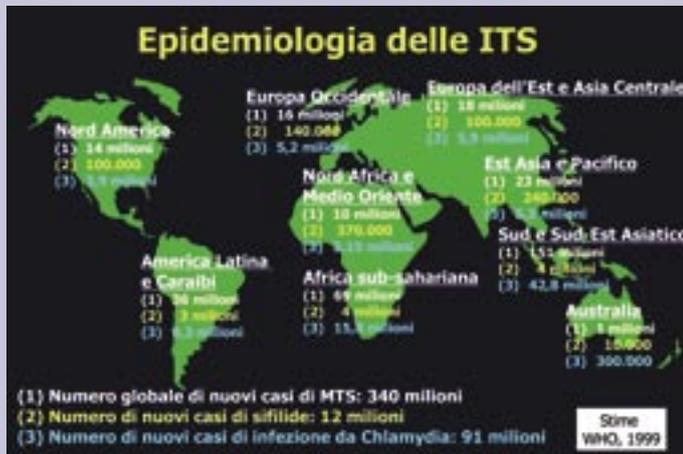
Morbilità

Secondo il rapporto sullo sviluppo mondiale del 1993:
le MST rappresentavano l'8,9% e l'11,9% della morbidità complessiva rispettivamente in donne e uomini tra i 15-45 anni.

Complicanze e sequele

- Malattia Infiammatoria Pelvica
- Sterilità tubarica
- Ipofertilità, gravidanze ectopiche
- Endometrite post-partum
- Abortività e morte pre e perinatale
- Stenosi uretrale

2



3

Infezione Sessualmente Trasmesse nei migranti

- La definizione dei veri gruppi a rischio per STI
- La reale dimensione del problema STI negli immigrati
- Quali STI e quali differenze con la popolazione locale
- Influenza della variabile "accesso alle strutture sanitarie"
- La normativa vigente in Italia in ambito di l'assistenza sanitaria agli immigrati
- Le strategie di controllo delle STI negli immigrati

5

Epidemiologia delle ITS

La reale diffusione delle MST è di difficile definizione per diversi fattori:

1. Assenza di un sistema di notifica affidabile
2. Lungo periodo di asintomaticità dei pazienti infetti
3. Presenza simultanea di più infezioni nello stesso individuo
4. Reticenza dei pazienti sulla loro vita sessuale
5. Carattere multi-disciplinare

4

L'immigrazione in Italia è un fenomeno strutturale, consolidato, complesso, avvertito con 15 anni di ritardo e ancora percepito in modo errato!

6

Caratteristiche del fenomeno migratorio in Italia

- Eterogeneità e diversificazione etnica
- Dinamicità e costante evoluzione
- Trasformazione sociodemografica
- Mobilità interna ed esterna
- Complessità della normativa sanitaria
- Difficoltà di accesso alle strutture sanitarie per migranti STP
- Mancanza di dati statistici accurati



7

IST nei migranti

Profilo sanitario del migrante in Italia:

Patologie acquisite nel paese ospite: 80-90%

- infettiva banale, gastroenterica, ostetrico-ginecologica
- ortopedico-traumatologica

Patologia da adattamento-sradicamento: 3-6%

- neuropsichiatrica
- gastroenterica

Patologia infettiva specifica o di rilievo : 4-8%

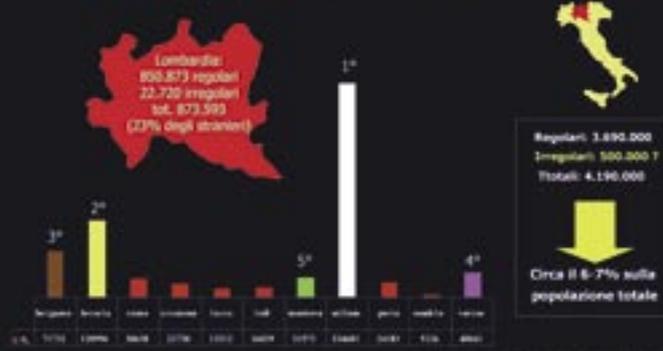
- Tubercolosi
- Infezioni Sessualmente Trasmesse e HIV/AIDS
- Malaria
- Parassitosi intestinale



9

Immigrazione in Italia

Lombardia: 858.873 regolari, 22.720 irregolari, tot. 877.593 (23% degli stranieri)



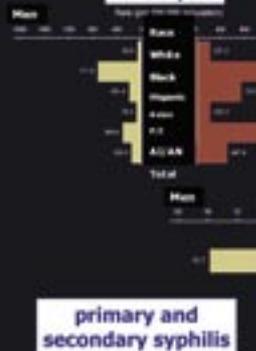
Regolari: 3.890.000
Irregolari: 500.000
Totali: 4.190.000

Circa il 6-7% sulla popolazione totale

8

Rates by race/ethnicity and sex: United States, 2005

Chlamydia



Gonorrhea



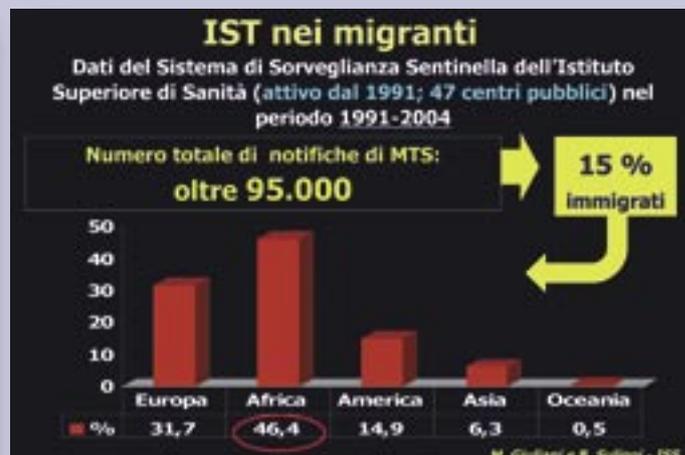
primary and secondary syphilis

STD Surveillance 2005, CDC

10



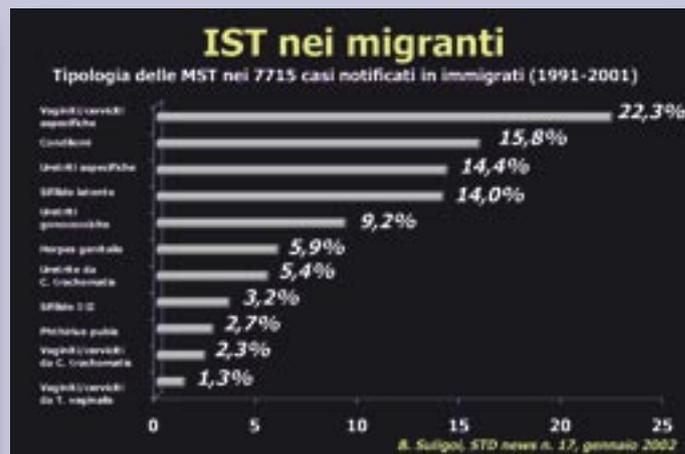
11



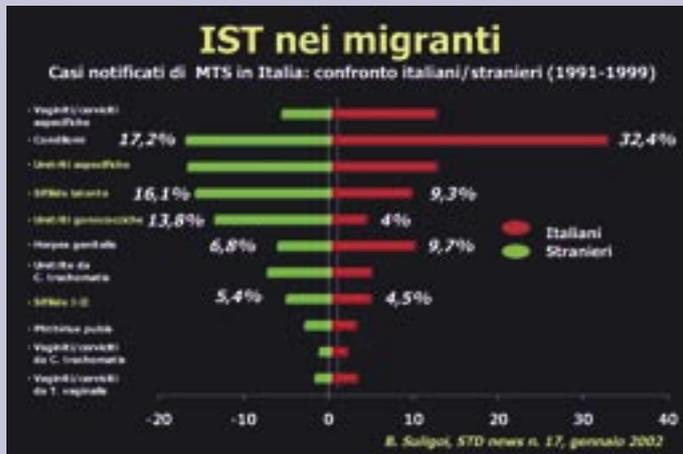
13



12



14



15

IST nei migranti

Gli immigrati sono un insieme di persone, culture, religioni, vissuti, tradizioni e colori diversi, provenienti da almeno 191 paesi e stati diversi, che parlano circa 200 lingue e dialetti diversi ed hanno comportamenti sessuali diversi.

Non possono essere considerati una categoria unica ed omogenea ad uguale rischio per STI- HIV.

Tra gli immigrati, al pari di quanto accade nella popolazione italiana, vi sono sotto gruppi a maggiore rischio per STI- HIV.

17

Sistema di Sorveglianza Sentinella di HIV/IST in regioni di confine tra est e ovest Europa: progetto Bordenet. EACS Madrid 24-27 ottobre 07

BORDERNET

Progetto finanziato nel 2007 dall'Unione Europea (ER) per standardizzare e migliorare sorveglianza, diagnosi e terapia di IST e altre IST nelle regioni sito ai confini confinali dell'UE (Germania, Polonia, Austria-Slovacchia, Italia-Slovenia)

Studio di sorveglianza IST e altre IST (chlamidia, sifilide, gonorrea):
 Periodo: 1/1/96 - 31/06/97
 N° centri sentinella: 48, Tot. casi: 7.407
 Tot. test eseguiti: 122.174 → 2542 pos (2,1%)

Paese	Testati	Pos.	%
Germania	1000	170	17%
Polonia	1000	40	4%
ATI	1000	10	1%
Italia	1000	40	4%

Malattia	Immigrati (%)	Non immigrati (%)
IST	16,7	20,4
Chlamidia	4,7	4,0
Gonorrea	1,2	44,0
Sifilide	4,0	4,0
Herpes genitale	13,4	36,0

16

Prevalenza di HIV in immigrati a rischio

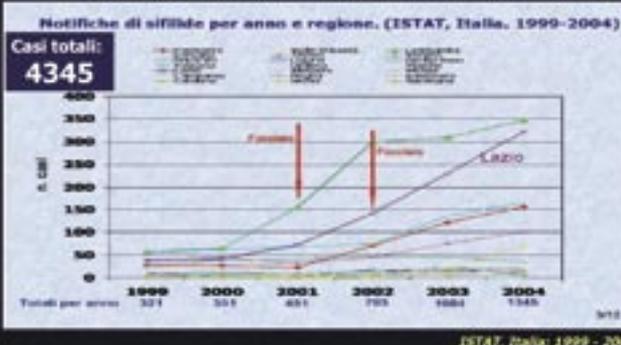
Studio e luogo	Tipologia e numero pz.	% HIV
Roma (93/96) (Spirichino et al., Sex Transm Dis 2001)	313 maschi	131 (41,8%)
Venezia (Sotocchia et al., Lancet 1998)	118 prostitute	2 (1,8%)
Bologna (D'Antonio et al., Sex Transm Inf 1999)	331 prostitute	6 (1,8%)
Brescia (98/00) (VI Case Conf sulla migrazione, 2000)	79 prostitute	1 (1,4%)
Torino (97/02) (Dell'Casto et al., Global e malatt inf trasmiss, AmJ, Torino 2002)	1000 pazienti con MTS (70% stranieri, 30% prostitute)	144 (14%)
Palermo (98/04) (Di Lorenzo et al., XIII Congresso nazionale AIDS e sindromi correlate, AmJ, Milano 2004)	100 prostitute algeriane	2 (1,8%)
Roma (98/01) (Tama S. et al, Ospedale S. Galliciano, Roma 2002)	100 prostitute immigrate 91 clienti	27 (25%) 2 (2,2%)

Statistiche frammentarie in popolazioni selezionate con prevalenze variabili !!

18

La sifilide in Italia

Trend dei casi di sifilide notificati dal 1999 al 2004



19

ETHNIC
Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe
I. Nalapat, M.S. Dignat, F. Sarda, A. Bhanuoglu, A. Rossi, A.F. Williams, M.J. Sacks, S. Helleby

Studio di sorveglianza prospettico
Ospedale S.Orsola Bologna
Screening per sifilide su tutte le donne gravide al parto
Periodo: 1/11/2000 → 31/03/2006

19.205 donne (81% italiane, 19% straniere) → 19.548 neonati
sierologia positiva per sifilide: 85 donne (0,44%) → 10 (11,7%) + al parto

Tab. 1. Prevalenza di sifilide in gravidanza e tasso di ereditarietà di parto prematuro e di malformazioni congenite nei neonati

RR mig/Ita 28,17 IC 95% 14,97-53,02 P<0,001

	n	%	n	%	OR (95% CI)	p
Ita	1128	8	22	2,0	1,00	0,001
Straniere	1222	4	22	1,8	0,14 (0,05-0,37)	
tot-Lat	2350	12	44	1,9	1,00	
Malformazioni						
Ita	1128	7	28	2,5	1,00	0,001
Straniere	1222	1	18	1,5	0,58 (0,12-2,8)	
tot-Lat	2350	8	46	2,0	1,00	
Parto prematuro						
Ita	1128	1	24	2,1	1,00	0,001
Straniere	1222	1	19	1,6	0,75 (0,12-4,7)	
tot-Lat	2350	2	43	1,8	1,00	

9/10 est Europa (p<0,05)

La sifilide in gravidanza e la sifilide congenita sono correlati ai flussi migratori

Alto rischio soprattutto nelle giovani donne dell'est Europa che non ricevono un adeguato prenatale-care per scarso accesso ai servizi

21

Sifilide in prostitute dall'Europa dell'Est

110 prostitute straniere sottoposte a screening in centro medico - Verona

2 HIV + (entrambe Africane)
9 sifilide attiva (VDRL, TPHA, FTA-ABS)

Alta prevalenza di sifilide nelle prostitute dall'Est Europa

7/44 vs 2/66 ; RR 5,25 (95% CI 1,14-24,11) ; p=0,028

Smucchia et al.; Lancet 1998;351

20

La coinfezione HIV/lue in una casistica di Day-Hospital infettivologico a Brescia

Studio retrospettivo sui soggetti ricoverati in DH nel periodo 2000-2006, con riferimento ai parametri clinico-epidemiologici, provenienza dei partner e sierostato per HIV.

Tot pazienti: 5287 (3290 ricoverati)

Partner HIV+: 3537 (42,7%) - dal 44% nel 2000 al 39% nel 2006.

Partner italiani: 4929 (83,4%) - dal 84% nel 2000 al 78% nel 2006.

Tot diagnosi di sifilide: 143 (1,7%) - 9% nel 2000, 6% nel 2006

Caratteristiche per una diagnosi di sifilide:

Maschi 87,9%
Età media: 41 anni
HIV+: 73,8%
Migranti: 35%
Diagnosi sierologiche (esame liquorale): 2934 (66%), di cui HIV+: 98% e migranti 23%

Fattori correlati all'infezione batterica: infezione da HIV (p=0,008, OR 3,961, IC 95% 2,647-5,636) e essere immigrato (p=0,004, OR 31,723, IC 95% 3,546-30,796)

Fattori correlati alla sierologia: infezione da HIV (p=0,008, OR11,723, IC 95% 5,546-30,796)

Ferrari M, Di Biase L et al.

22

Focus su migranti e AIDS

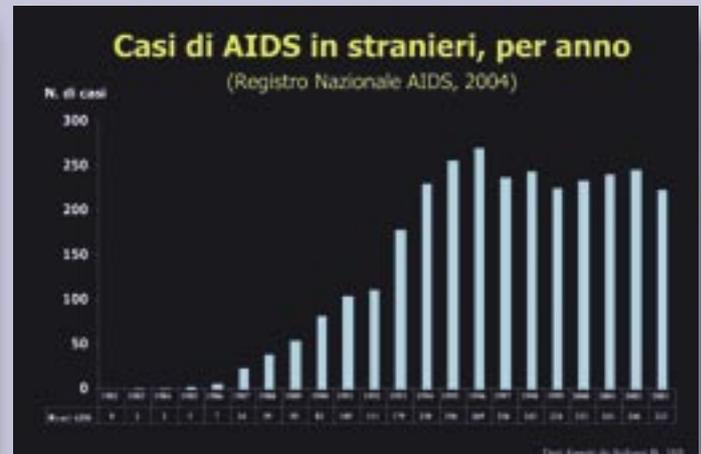


IL volto dell'epidemia da HIV/SIDA in Italia oggi

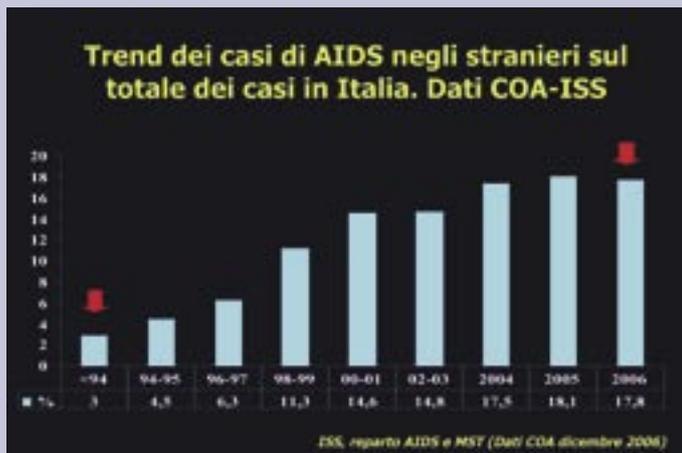
- Più persone sieropositive
- Più trasmissione sessuale
- Più ritardo nella diagnosi
- Più elevata età media
- Più immigrati sieropositivi ?



23



25



24

Accesso alla terapia antiretrovirale

Minor/tardivo accesso alla terapia

- pregiudizio del clinico
Bogart L et al. Med Decis Making 2001
- stato giuridico (regolari vs clandestini)
Stawfield C et al., AIDS 2004; Chow CC et al. AIDS Care 2005; AIDS Pat Care and STDs, 2005



Access to HAART in HIV-infected immigrants: a retrospective multicenter Italian study

Legal immigrants ($p=0.018$) and registered in the National Health Service ($p=0.014$) were significantly more likely to receive HAART compared to illegal immigrants

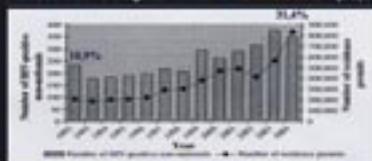
Sorcinio A, SIM7 study group. AIDS Pat Care and STDs, 2001

26

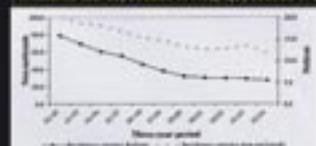
Stima dell'incidenza di HIV in stranieri in Italia

Sistema di sorveglianza nazionale per le nuove diagnosi di HIV – 1992 → 2004
(Regioni di Liguria, Piemonte, Veneto, Lazio e provincia di Modena)

17.308 nuove diagnosi di HIV → 15% stranieri (53,8% Africa, 25% sud America)



Incidenza tot: 89/100000 in HIV, 8,7/100000 in 1°A



Incidenza standardizzata

Periodo	Incidenza stranieri totali	Incidenza stranieri ad alto rischio	Standardized incidence stranieri ad alto rischio ¹	Standardized incidenza totale
1992-1994	27,1	46,6	30,6	2,3
1995-1996	11,8	42,7	72,4	2,2
1997-1998	21,0	46,3	49,0	1,8
1999-2000	14,0	37,6	44,8	1,8
2001-2002	4,1	13,9	16,7	4,4
2003-2004	7,9	15,3	16,6	1,1
1996-2000	4,4	14,6	16,2	7,9
1996-2000	4,8	40,0	47,0	7,9
2001-2004	5,8	40,0	36,7	4,8
2002-2004	5,4	37,7	43,7	6,1

¹ Standardized to age and gender

Gli stranieri sono una popolazione
con alta circolazione di HIV ?

Carrozzi, Salazar et al. Eur J Epidemiol 2007

27

Conclusioni

- Le IST rappresentano un capitolo importante delle malattie infettive nel migrante in Italia
- Occorrono maggiori conoscenze epidemiologiche e dati più completi ed accurati su IST nei migranti
- Le strategie di controllo dovrebbero tenere conto della complessità del fenomeno migratorio
- La prevenzione primaria e secondaria dovrebbe essere comprensibile e in grado di raggiungere i veri gruppi a rischio
- E' indispensabile un normale accesso alle strutture ed una estensiva offerta di servizi, tests e informazioni
- Politiche di integrazione del migrante nel tessuto sociale e lavorativo per ridurre le disuguaglianze economiche e la fragilità sociale

28

Terza sessione

Tavola rotonda

Come migliorare l'informazione?
Il ruolo dell'Osservatorio Nazionale

M A U R O B O L D R I N I

Giornalista

Questa tavola rotonda vuole provare a tracciare un primo bilancio dei lavori della mattinata formulando anche proposte concrete su come migliorare l'informazione e su quale può essere in questo senso il ruolo dell'Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli. In particolare, l'obiettivo che ci poniamo è come riuscire a trasformarlo davvero in uno strumento operativo.

A questo proposito introduco immediatamente il professor Emilio Arisi che intervorrà sia come ginecologo e Consigliere nazionale della SIGO, che soprattutto come responsabile della campagna Scegli Tu. Il prof. Arisi ci spiegherà come, anche alla luce di quanto oggi abbiamo sentito, sia possibile migliorare l'informazione anche utilizzando strumenti innovativi. Ci porterà come esempio alcune iniziative che il progetto Scegli Tu ha adottato recentemente, soprattutto per riuscire a raggiungere le categorie più a rischio. A questo proposito ci mostrerà un interessante promo, che anticipa la prossima delle azioni realizzate: si tratta di "SMS — Scegli Metodi Sicuri" la prima fiction educativa in 3D su questo tema. Un format rivolto in particolare alle giovanissime, che sarà programmato a partire dal 20 di dicembre.

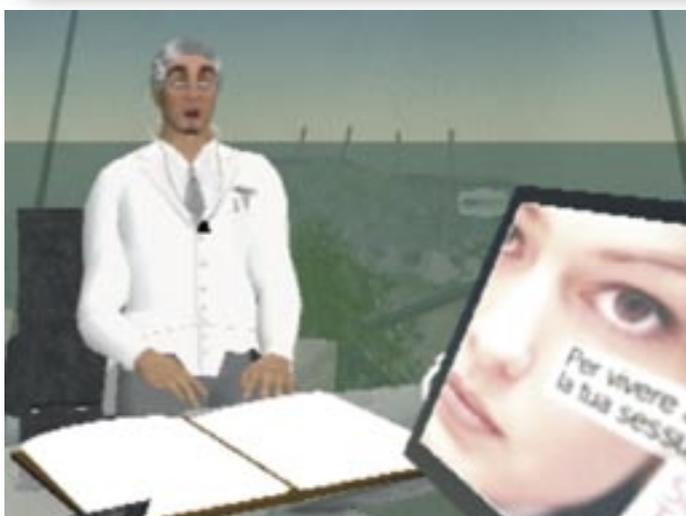
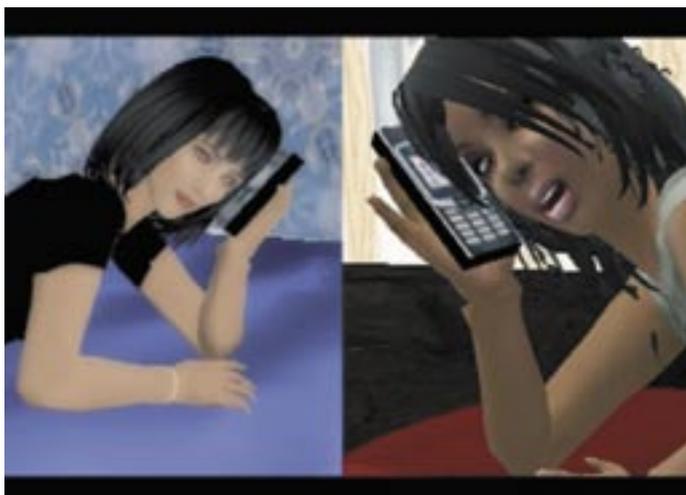
E M I L I O A R I S I

Consigliere SIGO e Responsabile della Campagna Scegli Tu

Credo che il ruolo che la SIGO ha assunto, soprattutto in questi ultimi anni, sia molto importante perché è riuscita ad attivare una serie di strumenti e canali di comunicazione, antichi e moderni, per favorire l'accesso alla contraccezione e alla sessualità consapevole. Fra questi la creazione di un sito, piuttosto che l'attivazione di indagini attraverso lo stesso sito, o altre iniziative, come la produzione di opuscoli informativi da distribuire nelle scuole, facendo in modo che elementi di conoscenza diventassero quanto più possibile patrimonio comune. Il problema è guardare avanti e valutare le diverse prospettive, che oggi tecnica e tecnologia offrono per informare. Così abbiamo accolto con favore la possibilità di utilizzare strumenti di comunicazione innovativi, come You Tube o Second Life, perché questo tipo di strumenti assicurano un'ottima risposta, in particolare da parte delle generazioni più giovani. Possiamo affermarlo perché lo abbiamo verificato sul campo, con le decine di migliaia di visite ai video che abbiamo introdotto in questi siti.

A mio avviso il ruolo importante della SIGO, come società scientifica che agisca responsabilmente nel campo

della salute riproduttiva, è quello di percorrere i canali nuovi e moderni, fra cui l'Osservatorio che oggi attiviamo. Senza dimenticare che comunque vanno previsti anche momenti di sensibilità nei confronti del territorio, dei singoli



ambulatori in cui i professionisti incontrano la popolazione e anche nei momenti di relazione tra questi professionisti e le Istituzioni locali. In questo senso è necessario parlare, ad esempio, della possibilità di portare l'educazione sessuale o anticoncezionale nelle scuole.

Proprio per questo ci sembra davvero importante l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e le Scelte Consapevoli, che cercherà di monitorare gli atteggiamenti e di proporre iniziative su contraccezione e sessualità, rivolte in particolare alle generazioni più giovani e alle popolazioni immigrate. In questa direzione, uno degli strumenti che in futuro vogliamo utilizzare di più è il video, come quello che presentiamo oggi. Si tratta della prima fiction educativa in 3D, che sarà messa in onda dal 20 dicembre: uno strumento estremamente innovativo che ci permetterà di raggiungere in maniera più immediata le ragazze ed i ragazzi, che sono il nostro futuro.

M A U R O B O L D R I N I

Dopo aver sentito, e visto, come sia possibile promuovere campagne di informazione ed educazione, ad alto contenuto scientifico, anche utilizzando strumenti innovativi, passiamo ora la parola al dr. Claudio Cricelli, presidente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Il ruolo del medico di famiglia è, e deve diventare sempre più, centrale su queste tematiche, che, come è stato ben illustrato dalle relazioni della mattinata, coinvolgono la persona e il suo contesto sociale nel complesso. In particolare, nel recente congresso nazionale che si è da poco concluso a Firenze, la SIMG ha espresso una forte e compatta volontà di impegnarsi su questi temi, e di approfondire le complesse problematiche connesse alla medicina di genere. Un'attenzione quindi a declinare la medicina sulle precise e diverse esigenze del singolo individuo, donna, bambino o altro che sia.

C L A U D I O C R I C E L L I

Presidente Società Italiana di Medicina Generale

Qual è il ruolo che i medici di famiglia si ritagliano all'interno di una problematica così importante? Vorrei, nel mio breve intervento, sottolineare tre aspetti fondamentali.

Noi siamo responsabili di una disciplina e di una professione di 48.000 persone, e veniamo da un passato in cui nessuno ci ha mai insegnato a occuparci di sessualità e contraccezione. Dobbiamo ammettere con grande franchezza che stiamo cominciando un percorso che deve portare alcune decine di migliaia di operatori sanitari a farsi carico di

questi temi. Argomenti particolarmente complessi perché non definitivi, perché non esiste una verità nella medicina per affrontare queste tematiche.

Io personalmente possiedo una particolare sensibilità perché vengo da un paese della Toscana, Campi Bisenzio, che fra i primi ha vissuto una grandissima immigrazione: circa il 30% dei cittadini sono cinesi. Vi posso quindi portare la mia esperienza clinica con questi pazienti, a cui non è facile spiegare alcuni temi, con cui è spesso difficile comunicare. A maggior ragione quando, come in questo caso, stiamo parlando di materie per cui non è valida la verità della medicina ma si deve fare riferimento al dibattito sociale, all'evoluzione della sensibilità dei singoli individui, perché una visione unica non esiste. Ma il medico di famiglia in quanto interlocutore dei pazienti, delle famiglie, dei sottogruppi sociali che ci sono all'interno della sua "clientela" allargata deve riuscire ad interpretare i temi che oggi abbiamo trattato con una specifica sensibilità differenziata secondo il singolo caso, credo, stato sociale. Pensate ad esempio come le persone immigrate non abbiano lo stesso diritto all'assistenza sanitaria in tutto il Paese: io come toscano vivo in una regione che per prima ha di fatto concesso la gratuità delle prestazioni e l'accesso al medico di famiglia ai numerosi immigrati, ma questa situazione non è uguale in tutto il territorio nazionale.

Si sta quindi parlando anche della necessità di assicurare a un elevato numero di medici strumenti adatti per potersi orientare e crescere in un materia che non è canonizzata, non è composta da regole standard ma da attitudini, professione, buona volontà e spesso improvvisazione.

Queste affermazioni non vogliono sottolineare una difficoltà ma sono espressione di grande realismo. La giornata di oggi è per me veramente importante: per la prima volta noi e i ginecologi siamo riusciti a creare qualcosa che prescindendo dalle separazioni specialistiche affrontando un problema come quello della contraccezione che è rimasto sul tavolo sull'agenda della società di questo Paese per 40 anni senza mai essere risolto.

Ora che siamo il fanalino di coda dell'Europa nella contraccezione orale ci troviamo insieme a dover ricostruire un percorso, un cammino che vede noi medici privi di una cultura a riguardo. Pensate che ci sia mai stato un corso rivolto ai medici di famiglia sulla sessualità, sulla contraccezione orale o sui moderni metodi contraccettivi? In medicina generale questo non è mai avvenuto. Se io non lo so, come posso parlarne agli altri?

Quindi, a partire dagli aspetti critici e avendo già sottolineato i problemi e le difficoltà che riscontriamo, vorrei concludere con una nota di ottimismo e fiducia. E quali sono gli indicatori che mi inducono ad essere fiducioso e ottimista nel futuro? Innanzitutto la buona propensione dei medici di medicina generale di questo Paese ad imparare cose nuove. Il messaggio che viene dal congresso nazionale di sette giorni fa testimonia la volontà di noi medici di occuparci sempre di più di temi sociali, di integrazione fra politica e medicina, dei problemi dell'individuo e della società.

Il secondo elemento di ottimismo è che all'interno della professione medica abbiamo trovato il modo di intender-

ci sul problema attraverso la collaborazione interprofessionale e multidisciplinare, il che indica che stiamo riuscendo a superare le separazioni del passato.

Infine, un ulteriore elemento che mi dà fiducia è che oggi a questo convegno sono presenti persone che rappresentano in maniera evoluta e trasversale i bisogni della società, e la miriade di punti di vista in essa rappresentati. Essere in grado di interpretarli significa aver assolto al nostro compito.

Il nostro ruolo, infatti, non è quello di insegnare a qualcuno: il medico di famiglia non insegna ma asseconda i processi, cerca di comprenderli, di entrare nelle dinamiche della famiglia e delle comunità. Noi siamo disponibili, siamo pronti a compiere il nostro lavoro nei confronti delle diverse esigenze della società civile, della famiglia, dei gruppi sociali, dei gruppi etnici. Noi siamo a favore della multietnicità perché arricchisce il nostro modo di operare, a patto di disporre degli strumenti necessari. In questo senso, l'Osservatorio può esserci di grande utilità.

MAURO BOLDRINI

E ora passiamo la parola alle Istituzioni, un attore fondamentale in questo processo di informazione ed educazione. In particolare, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, attraverso il Dicastero per i Diritti e le Pari Opportunità, si è dimostrata molto sensibile sul tema della contraccezione consapevole ed ha concesso il proprio patrocinio alla campagna Scegli Tu. Le Istituzioni devono farsi garanti affinché a tutti i cittadini vengano concesse pari possibilità di accedere alle informazioni ed alle prestazioni che il nostro servizio sanitario nazionale, universalistico e gratuito, mette a disposizione. Perché i determinanti di salute (educazione, possibilità economiche, nazionalità, ecc.) diventino sempre meno discriminanti e si possa assicurare a tutti l'opportunità di godere pienamente dei propri diritti.

NICOLA DI TULLIO

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il Dicastero per i Diritti e le Pari Opportunità ha accolto qualche mese fa l'invito del prof. Arisi a partecipare al progetto Scegli Tu, una campagna alla quale con piacere abbiamo concesso il nostro patrocinio e collaborazione. Sono in particolare due le ragioni per cui si è deciso di sostenere questo progetto: in primo luogo, fin dall'individuazione dello slogan, vi è una visione femminile al problema. La scelta della contraccezione come atto di libera determinazione da parte delle donne. Un argomento particolarmente caro a questo Dipartimento, che si è più volte impegnato

in iniziative a favore della lotta alla violenza contro le donne e per una sessualità vissuta senza oppressioni e con le giuste informazioni. Un secondo aspetto importante è che questa campagna pone attenzione alla multiculturalità: gli opuscoli informativi realizzati, ad esempio, sono stati tradotti in più lingue. Un elemento per noi determinante in una società multirazziale qual è diventata quella italiana.

Per questi motivi la Presidenza ha voluto essere presente alla Giornata Mondiale di Berlino, con la partecipazione del prof. Morrone, che ricambia l'onore di ospitarci oggi. È stato il primo passo di una partecipazione sentita, l'inizio di un percorso che porterà ad altre iniziative e impegni condivisi.

Oggi nasce questo Osservatorio sulle Abitudini Sessuali e le Scelte Consapevoli, un progetto in cui ci auguriamo di poter trovare un ruolo. Ci sembra un valore aggiunto che la presentazione avvenga proprio al San Gallicano, un luogo in cui l'elaborazione del rapporto con l'immigrazione e la comunicazione sulle corrette abitudini sanitarie, trovano una sintesi importante.

MAURO BOLDRINI

Abbiamo sentito fino ad ora il punto di vista di professionisti, medici di famiglia e Istituzioni. Per completare il quadro lascio ora la parola ad un altro importante protagonista del sistema: le aziende private. Siamo infatti convinti che anche queste possano intervenire in modo positivo e propositivo nel percorso di sensibilizzazione. E siamo inoltre certi che tutto ciò si possa compiere in maniera etica e trasparente, quando si ha a che fare con interlocutori seri, consapevoli del proprio ruolo e lungimiranti, capaci di comprendere il valore aggiunto di un progetto condiviso e di ampio respiro. È il caso della Bayer Schering Pharma che, da oltre due anni, sostiene il progetto Scegli Tu. È in quest'ottica di responsabilità sociale e impegno civico che le aziende possono, e anzi sono chiamate, a fornire il loro prezioso contributo.

GIAN CARLO FRIGERIO

Bayer Schering Pharma

Sono particolarmente felice di essere qui oggi, credo infatti che nel dibattito culturale su questi temi anche le aziende possano giocare un ruolo importante: in particolare ritengo che l'esperienza della mia azienda (Bayer Schering Pharma), da oltre trent'anni impegnata per promuovere la contraccezione nel nostro Paese, dimostri come

sia possibile attivare sinergie e programmi di informazione ed educazione. Sono inoltre convinto che tutto questo possa essere svolto in maniera discreta ed etica, così come abbiamo fatto fino ad oggi.

Crede molto alla sinergia e sono particolarmente felice che in questo progetto siano coinvolte anche le Istituzioni, perché senza questa fondamentale presenza non si possono costruire progetti che durino nel tempo ed abbiano un impatto nella società. Un altro elemento determinante per far sì che queste campagne siano realmente incisive è la rilevanza sui media, anche quelli più innovativi, perché è necessario cercare di ampliare gli orizzonti.

Io oggi rappresento le aziende ma in realtà questo progetto gode del sostegno di una sola, la mia. Mi auguro che in futuro si possa invece costruire una collaborazione trasversale su queste grandi iniziative educative, che si pongono l'ardua sfida di realizzare un cambiamento culturale. Quando diciamo che il 45% delle donne olandesi prende la pillola mentre le italiane sono al 16%, questo dato ci fa capire come alla base vi sia senza dubbio una questione culturale. Ecco perché mi sembra importante parlare di educazione sessuale nelle scuole, ecco perché è necessario coinvolgere sempre di più i medici di famiglia: impegnandoci tutti insieme moltiplichiamo le possibilità di farci sentire, e di far capire la rilevanza di questo problema.

MAURO BOLDRINI

Concludiamo questa tavola rotonda con l'intervento di un giornalista, che di informazione, in particolare di informazione scientifica, si occupa quotidianamente da molti anni. Noi che per professione ci dedichiamo alla comunicazione siamo ben consapevoli del peso che i media rivestono su questi temi, così complessi e facilmente "manipolabili", come ci hanno mostrato in modo efficace gli esempi portati oggi da alcuni relatori. Per questo, ed a maggior ragione, riteniamo che l'Osservatorio debba prevedere al suo interno esperti di comunicazione, capaci di cogliere le complesse dinamiche che governano le logiche mediatiche e di individuare i linguaggi e i mezzi più idonei per recapitare con efficacia il messaggio al destinatario. Siamo anche convinti che questo ruolo debba però sempre interfacciarsi ed interagire con tutte le altre professionalità già rappresentate, per non perdere la scientificità e il rigore fondamentali per assicurare un'informazione corretta, imparziale e completa.

F R A N C E S C O M A R A B O T T O

ANSA

Vorrei sottolineare in primo luogo che il ruolo dell'informazione è decisivo ma non sufficiente per cambiare i comportamenti e coinvolgere processi di cambiamento motivazionale. L'informazione è certamente uno degli elementi ma per modificare atteggiamenti così radicati è necessario che si muova qualcosa "dal di dentro". Esiste infatti un tipo di informazione, quella dei grandi giornali e delle grandi televisioni, che è estremamente potente. Ma esiste anche un'altra informazione: credo che in questo settore, così delicato e vulnerabile e che coinvolge anche gli individui deboli, sia necessario scoprire il secondo livello, che agisce più in profondità. Dobbiamo recuperare un'informazione di servizio che faccia conoscere le nozioni e i dati elementari.

Esistono situazioni misconosciute come quelle dei consultori che operano sul territorio, la loro dislocazione, le professionalità che vi lavorano, i loro compiti: insomma l'accessibilità ai servizi di base. Sappiamo che tali strutture vitali sono troppo poche e devono essere potenziate.

Probabilmente questo tipo d'informazione non è molto redditizia ma credo che sia necessario riprenderla, anche con tecnologie nuove, perché avvicina i cittadini alle Istituzioni. Si tratta di uno spazio enorme di possibile intervento, nei confronti del quale noi giornalisti dobbiamo prestare attenzione.

Per concludere, vorrei ricordare che l'informazione è fondamentale per garantire pienamente il diritto alla salute, sancito dalla nostra Costituzione. Per assicurare questo è necessario il coinvolgimento di tutti: le persone, le istituzioni e i giornalisti.

Conclusioni/1

G I O R G I O V I T T O R I

Presidente eletto SIGO

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia è molto sensibile ai temi dell'immigrazione proprio perché costituiscono la vera novità nel panorama ostetrico nazionale degli ultimi 10-15 anni. Una recente pubblicazione dell'ISTAT ha messo in evidenza come l'età media delle immigrate che partoriscono sia di circa 10 anni inferiore a quella delle italiane residenti (25 anni vs 35).

Un altrettanto recente rapporto della Società Italiana di Pediatria ha messo in evidenza un'inaspettata precocità dei rapporti sessuali nella

fascia di età che parte dai 12 anni. Ciò implica nuove problematiche assistenziali, in particolare si pone il problema di chi informa le bambine dodicenni e quale può essere il primo operatore sanitario di riferimento: il pediatra, il medico di base o il ginecologo?

La SIGO è favorevolissima ad una campagna di informazione in epoca scolare, allo scopo di garantire un segno di presenza in un'età assai critica per la possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmesse oltre al problema della contraccezione consapevole.

Conclusioni/2

A L D O M O R R O N E

Direttore Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Vorrei ringraziare tutti voi per questa giornata che è stata molto intensa e ricca. Non mi piace, e non voglio, concludere perché ogni convegno non deve essere fine a sé stesso ma portare alla realizzazione di un obiettivo di più lungo periodo.

Oggi ha preso il via un progetto molto concreto, questo Osservatorio sulle Abitudini Sessuali e le Scelte Consapevoli, che spero ospiterà al suo interno ginecologi, pediatri, medici di famiglia, giornalisti, rappresentanti di pazienti, mediatori e mediatrici culturali, e che mi auguro possa essere effettivamente uno specchio della nostra società transculturale. Rappresenta inoltre una grande opportunità anche per l'industria farmaceutica, e ringrazio in particolare questa azienda con cui abbiamo già lavorato in precedenza.

Oltre dieci anni fa abbiamo pubblicato un libro multiculturale, nell'intento di far conoscere a tutti i medici italiani l'esistenza di una realtà diversa per quanto riguarda il modo di rapportarsi e di manifestare

la malattia, la richiesta di cura, le espressioni delle patologie e soprattutto che questa diversità rappresenta una ricchezza per il nostro Paese. Pensiamo ad esempio alle diverse lingue che ci impongono una riflessione sui possibili modi di intendere il significato della salute e sulla percezione della salute da parte delle persone.

L'immigrazione può essere inoltre anche una straordinaria risorsa economica. Nella recente conferenza mondiale dell'OMS a Venezia, in cui si è discusso di qualità, salute e sviluppo, si è arrivati alla conclusione che l'immigrazione è il fenomeno più straordinario che esista per contrastare le malattie legate alla povertà.

Mi auguro che il seminario di oggi rappresenti un punto di avvio: ginecologi, medici di famiglia, giornalisti e aziende farmaceutiche uniti per costruire una nuova visione della tutela della salute, una grande opportunità per il nostro Paese.



Indice

- 5 Introduzione
- 6 Programma del Convegno
- 9 Relazione introduttiva/1
EMILIO ARISI
- 10 Relazione introduttiva/2
ALDO MORRONE
- Prima sessione**
Contraccezione e sessualità responsabile negli adolescenti
- 12 TIZIANO MOTTA, moderatore
- 16 L'educazione sessuale: la scuola, la famiglia, le istituzioni, i media
FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO
- 24 Gli adolescenti e il sesso nei media
LUIGI FRUDÀ
- 26 Sessualità e contraccezione in Europa
GIUSEPPE BENAGIANO
- 40 Il ruolo del medico di famiglia
RAFFAELLA MICHIELI
- Seconda sessione**
Le donne immigrate: specificità e interventi possibili
- 50 DANIELA DANIELE, moderatore
- 51 Le popolazioni immigrate e il ricorso all'aborto: fotografia di un disagio
SERENA DONATI
- 56 I consultori familiari, risorsa del sistema
MARINA TOSCHI
- 65 Mutilazioni genitali femminili: linee guida nazionali
VAIFRA PALANCA
- 67 Il ruolo della mediazione culturale/1
DANUTA GASZOWSKA
- 68 Il ruolo della mediazione culturale/2
SALIHA BELLOUMI
- 69 Popolazione migrante e malattie sessualmente trasmissibili
ISSA EL-HAMAD
- Terza sessione. Tavola rotonda**
Come migliorare l'informazione? Il ruolo dell'Osservatorio Nazionale
- 80 MAURO BOLDRINI, EMILIO ARISI, CLAUDIO CRICELLI, NICOLA DI TULLIO, GIAN CARLO FRIGERIO, FRANCESCO MARABOTTO
- 88 Conclusioni/1
GIORGIO VITTORI
- 89 Conclusioni/2
ALDO MORRONE



osservatorio
nazionale sulle
abitudini sessuali
e le scelte
consapevoli