

Omissioni educative e vulnerabilità emergenti

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

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

Parte prima: lo scenario di vulnerabilità

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

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

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

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

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

Omissioni educative e contraccezione d'emergenza

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

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

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

Omissioni educative e interruzioni volontarie di gravidanza

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

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

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

Omissioni educative e infezioni sessualmente trasmesse

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

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

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

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

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

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

Contraccezione di barriera e protezione della fertilità

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

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

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

Parte seconda: responsabilità ed omissioni educative

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

A. Genitori ed educazione contraccettiva e sessuale

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

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

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

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

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

Nel mio sito www.alessandragraziottin.it è possibile scaricare una monografia appena pubblicata sul Pensiero scientifico, dedicata

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

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

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

B. Partner ed educazione contraccettiva

Il partner è stato poco coinvolto nella scelta della

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

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

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

C. Scuola ed educazione sessuale e contraccettiva

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

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

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

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

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

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

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

D. Ginecologi ed educazione contraccettiva

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

Per saperne di più

www.sceglitu.it; www.alessandragraziottin.it

Omissioni educative e vulnerabilità emergenti nelle donne italiane

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

www.alessandragraziottin.it

DIAPPOSITIVA 1



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

2

3

La pianificazione familiare

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

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

Margaret Sanger
Woman and the new race (1920)

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

A. Graziottin, 2008

4

Obiettivi della presentazione

Analizzare:

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

www.alessandragraziottin.it

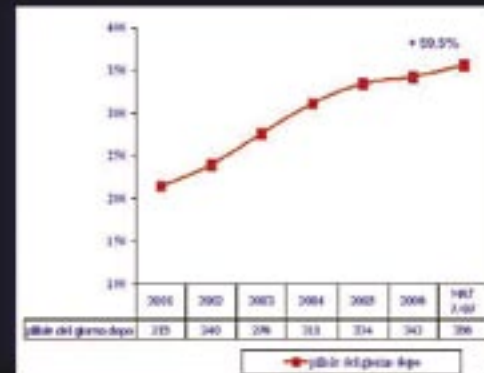
Quando si parla di "pillola"

Chiarire se si tratti di:

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

5

Trend Pillole del giorno dopo



Fonte: Data ISTAT - ISTAT 7/2009

6

Il dato critico

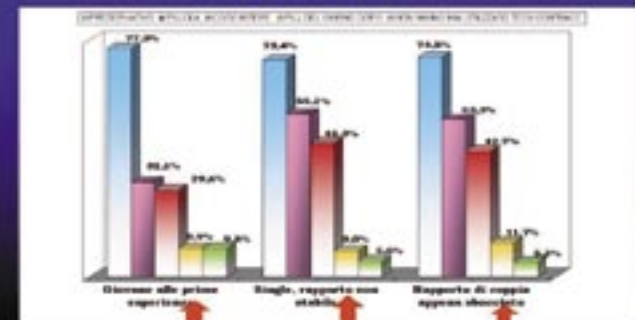
- Il 55% delle donne che utilizza la pillola del giorno dopo ha meno di 20 anni
- Il 45% viene assunto da donne tra i 20 e i 50 anni

Incremento d'uso della pillola del giorno dopo come contraccettivo

7

La realtà

Le tecniche contraccettive utilizzate
analisi per profilo di donna
www.sceglitu.it



8

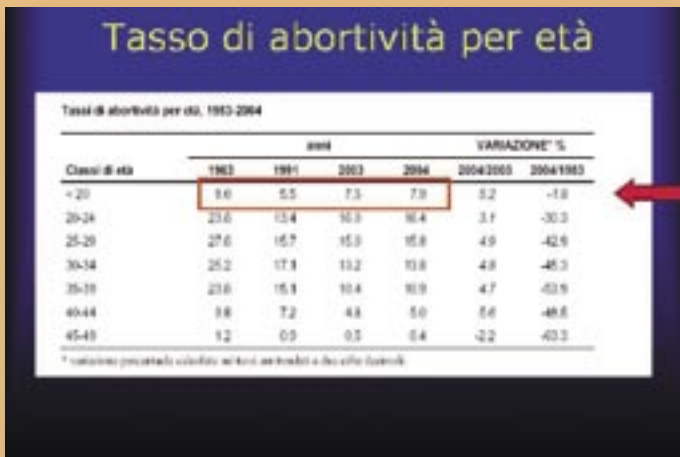


9

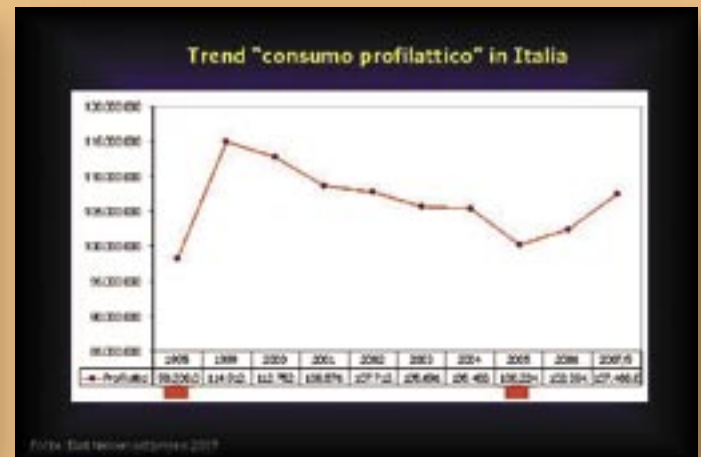


10

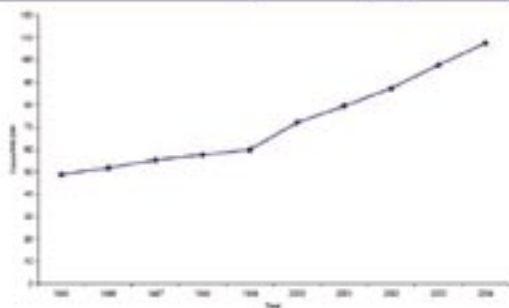
11



12



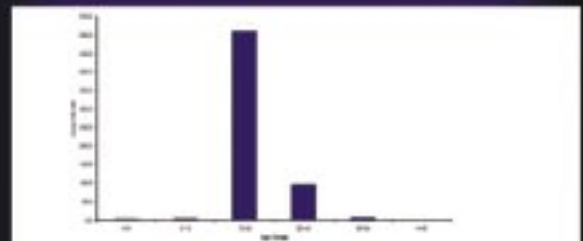
Trend incidenza Chlamydia in Europa (1995-2004)



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

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

Incidenza Chlamydia per fasce d'età in Europa



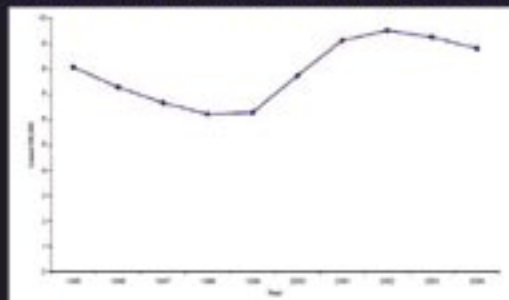
Source: Country reports. Reports with age-specific data were available from Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Estonia, Latvia, Malta, Slovenia, Spain, Sweden, United Kingdom, Iceland and Norway.

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

13

14

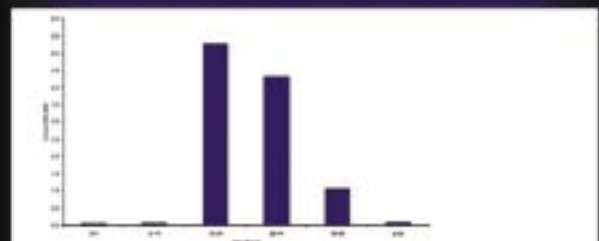
Trend incidenza Gonorrea in Europa (1995-2004)



Source: Eurostat. Data missing from Liechtenstein.

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

Incidenza Gonorrea per fasce d'età in Europa



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

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

15

16

La vulnerabilità contraccettiva

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

www.alessandragraziottin.it

17

Contraccezione e autoprotezione

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

A.Graziottin, 2008

18

Il mondo imperfetto

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

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

19

5. I giovanissimi, il sesso e i consultori

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

Conoscenza sui servizi (adolescenti Regione Veneto)

	Maschi %	Femmine %	Totale %
Esiste un consultorio dove andare?			
Si	21	28	24
No	23	18	22
Non so	56	54	54
Stanno essere migliorati?			
Si	2	1	2
No	60	78	67
Non so	38	21	31
Quali procedure per accedere?			
Costa	11	38	19
Stipendi	1	1	1
Non so	88	61	74

→ Aumentare nei giovani la conoscenza delle strutture sanitarie disponibili

20

Obiettivo: proteggere la fertilità

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

A. Graziottin, 2008

25

L'omissione educativa

In famiglia

Nella scuola

Nel rapporto medico-paziente

Nella società

A. Graziottin, 2008

26

Chi educa?

I genitori sono affidabili come educatori alla contraccezione?

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

27

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



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

www.alessandragraziottin.it

28



29

30

31

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

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

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

M. Eisenberg et Al, 2004

32

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

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

M. Eisenberg et Al, 2004

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

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

La madre si dimostra più preparata e ascoltata sulla pillola.

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

H. Eisenberg et Al, 2004

QUANDO dare l'informazione è un fattore critico

33

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

Kleinberg DL, Bernard SL, Bourgoignie LK, Resnick HS

Parents from Generation Prevention Research Center, Division of Adolescent Health and Medicine, Department of Pediatrics, School of Medicine, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA. e-mail:DLK@tc.umn.edu

BACKGROUND: Controversy about school-based sexually education in public schools has continued over the past decade, despite mounting evidence that comprehensive sexuality education effectively promotes sexual health and that parents support these programs in public schools. The present study replicates and expands upon previous findings regarding public views on school-based sexuality education. **METHODS:** One thousand six hundred five parents of school-age children in Minnesota responded to telephone surveys in 2004-2007 (56% participation rate), including those regarding general sexuality education, 11 specific topics, the grade level at which each should be taught, and attitudes toward sexuality education. **RESULTS:** The large majority of parents supported teaching about both abstinence and contraception (comprehensive sexuality education [CSE], 89.5%), and support was high across all demographic categories of parents. All specific sexuality education topics received majority support (53.0%-95.8%), even those often viewed as controversial. Parents believed most topics should first be taught during the middle school years. Parents held slightly more favorable views on the effectiveness of CSE compared to abstinence-only education, and these views were strongly associated with support for CSE (odds ratio [OR](95%CI) = 4.11). **CONCLUSIONS:** The data support a broader societal paradigm regarding CSE and prevention, and actual sexuality education content is currently taught in the majority of public schools. In light of broad parental support for education that emphasizes multiple strategies for prevention of pregnancy and sexually transmitted infections (including abstinence), parents should be encouraged to express their opinions on sexuality education to teachers, administrators, and school boards regarding the importance of including a variety of topics and beginning instruction during middle school years or earlier.

KEY WORDS: parents; attitudes to sexuality

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

34

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

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

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

OBJECTIVE: To test an economically distressed community, high rates of early sexual initiation combined with alcohol use place adolescent girls at risk for unwanted negative health consequences. This article reports on the extent to which parents of young teens underestimate both the risks their daughters are exposed to and the considerable influence that they have over their children's decisions and behaviors. **METHODS:** Surveys were conducted with more than 100 urban girls and their parents, recruited from across four years (six schools) during two waves. **RESULTS:** Our multivariate analysis revealed significant associations among parents' practices and perceptions of daughters' risks, girls' reports of parenting, and outcomes of girls' alcohol use, binge and peer drinking, and heterosexual practices and sexual behaviors that typically precede sexual intercourse. **CONCLUSIONS:** Although only four parents thought their own daughters had used alcohol, 23% of the daughters reported drinking in the past year. Approximately 1% of parents thought their daughters had engaged and missed a key step in being ready to "hook up" with other boys, whereas 19% of girls reported these behaviors. Parents' underestimation of risk was correlated with lower reports of positive parenting practices for daughters. In multivariate analysis, girls' reports of parental overprotection, rules, and disapproval of risk are associated with all these behavioral outcomes. **KEY WORDS:** parenting practices are associated with girls' alcohol and heterosexual behaviors, but not with their sexual use. **CONCLUSIONS:** Creating greater awareness of the public health risk of behaviors among urban adolescent girls is important for increasing their knowledge of parenting practices, which in turn may help parents to support their daughters' choices.

KEY WORDS: parents; alcohol; girls

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

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

35

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

Lindhorst TP, Chan W, Roberts-Lacey C

University of Texas Health Science Center, Galveston, TX 77550-1226, USA. lindhorst@uth.tmc.edu

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

KEY WORDS: parents; alcohol; girls

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

36

Beyond the "big talk": the roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics

Wentz SL, Elliott MN, Catania A, Kannan DE, Schetter MA

Child, Youth and Family Center, University of California, Berkeley, CA, USA; wentz@berkeley.edu

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

doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x

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

37

Il futuro educativo

Formazione dei genitori sul fronte dell'educazione sessuale anche mediante programmi appositi radiofonici o televisivi

nel frattempo: www.sceglitu.it

38

39

L'omissione educativa

Il Partner è stato poco coinvolto nelle campagne di educazione contraccettiva

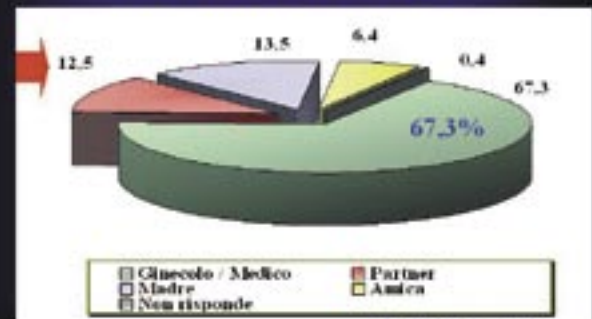
A. Graziottin, 2008

43

40

CON CHI PARLANO DI CONTRACCETTAZIONE, LE GIOVANI UTILIZZATRICI DI PILLOLA

n= 600 tra i 15 e i 24 anni



Ennio Beghini, 2003

Ennio Beghini, 2003



41

MESSAGGI CHIAVE

delle giovani (15-24 anni)

- **UTILIZZATRICI:**
il 67.3% ha parlato di EP con il ginecologo
- **NON UTILIZZATRICI:**
il 41.5% ne ha parlato con il partner: il fattore maschile!
il 13.1% ne ha parlato con il ginecologo

A. Graziottin, 2004

42

L'omissione educativa - il fattore maschile -

Il coinvolgimento degli adolescenti MASCHI è essenziale nei programmi di educazione sessuale

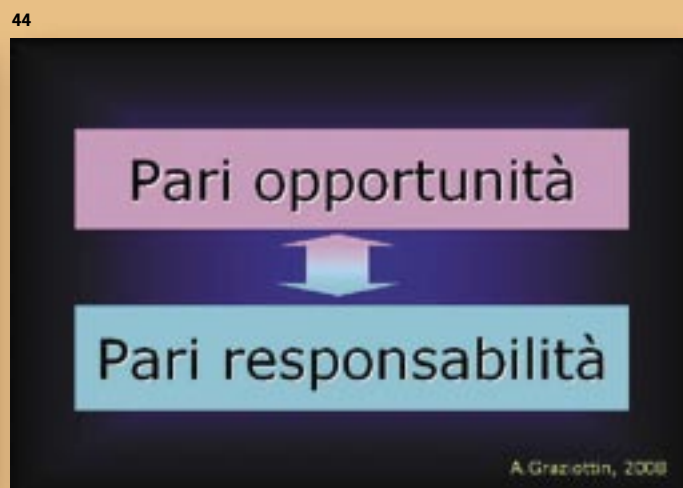
L'assunzione di responsabilità sulla contraccezione dovrebbe essere condivisa

I programmi di coinvolgimento più efficaci prevedono un'educazione fatta da:

- maschio a maschio
- con vicinanza di età e orizzonti di vita
- stessa razza se ambienti multirazziali

A. Graziottin, 2008

43



44

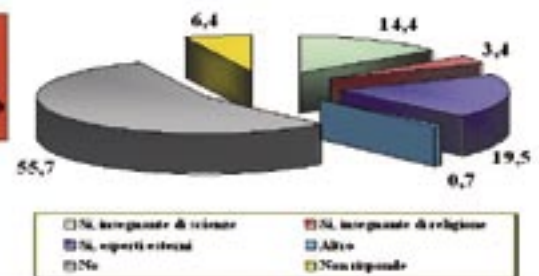
Omissioni educative

Scuola/insegnanti
e contraccezione

45

LE UTILIZZATRICI HANNO FREQUENTATO LEZIONI DI EDUCAZIONE SESSUALE?

NO!
55,7%

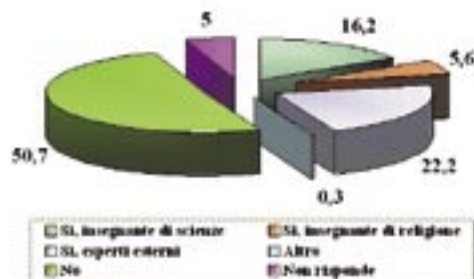


Emilia Degennaro, 2002

46

LE NON UTILIZZATRICI HANNO FREQUENTATO LEZIONI DI ED. SESSUALE?

NO!
50,7%



Emilia Degennaro, 2002

48

La verità dolorosa

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

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

A. Graziottin, 2008

Fattori predittivi di rischio di gravidanza nelle adolescenti

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

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

49

Fattori protettivi nei confronti di gravidanze indesiderate

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

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

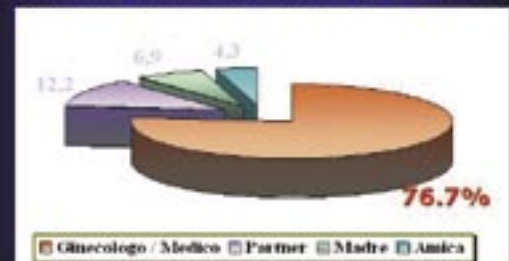
50

L'omissione educativa

Il Ginecologo e la donna

51

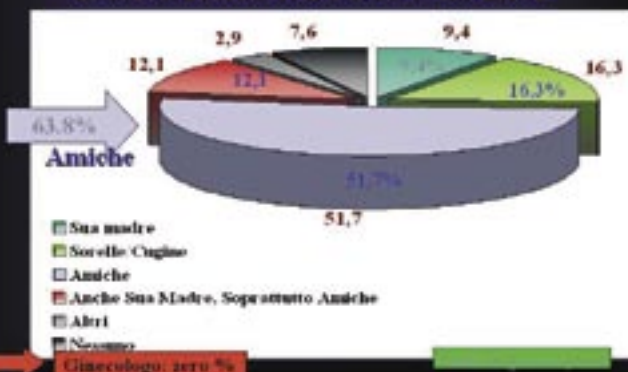
CON CHI SCELGONO IL METODO CONTRACCETTIVO n=914 donne utilizzatrici tra i 15 e i 45 anni



52

CON CHI PARLANO DI SESSUALITA'

n=914 donne tra i 15 e i 45 anni



53

MESSAGGI CHIAVE

La comunicazione sulla contraccezione non può essere scissa dalla sessualità:

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

A. Cavalletto, 2008

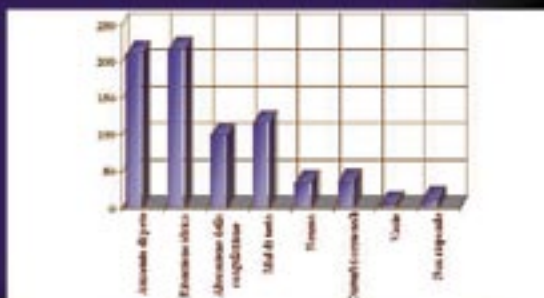
54

EFFETTI COLLATERALI CONOSCIUTI

n=914 donne tra i 15 e i 45 anni

il 22% teme gli aumenti di peso

il 22.8% teme la ritenzione idrica



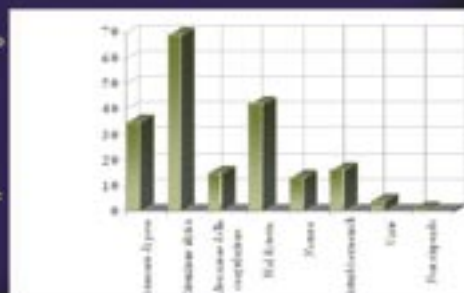
Emilia Degenerato, 2002

55

EFFETTI COLLATERALI SUBITI

n=914 donne tra i 15 e i 45 anni

In realtà solo il 4% ha aumento di peso
e il 6,7% ha ritenzione idrica



Emilia Degenerato, 2002

56

MESSAGGI CHIAVE

La discussione degli effetti collaterali (EC) è centrale:

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

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

57

Il Counseling sugli effetti collaterali migliora la continuazione

Week	Counseling in italiano (%)	Counseling in inglese (%)
Baseline	0	0
Week 1	~25	~5
Week 2	~35	~12
Week 4	~42	~10
Week 12	~42	~10

(a) J. W. Fothergill, S. J. P. 1996, 199

58

Cosa accade quando una donna interrompe il contraccettivo orale?

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

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

59

Contracezione e IVG.1

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

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

Bastianelli et Al. 1996, 48: 359-363

60

Indice

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

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



Roma, 9 giugno 2008