

## 5.1 *La “problematica contraccettiva”*

Gli anni Sessanta e Settanta sono stati un periodo importante

- a) per gli sviluppi della cultura contemporanea della sessualità;
- b) per la diffusione dei metodi contraccettivi;
- c) parallelamente a questi due aspetti, per le modifiche dei modelli di comportamento in tema di pianificazione familiare.

Gli enormi progressi in campo medico ed epidemiologico e le forti trasformazioni culturali hanno portato a notevoli cambiamenti nei progetti riproduttivi delle coppie e alla richiesta di un nuovo assetto *normativo* (quindi ufficialmente riconosciuto) sulla sessualità e sulla procreazione [Golini 1994]. In quegli anni è infatti iniziata la discussione politica su argomenti fino ad allora considerati esclusivamente “privati”.

Si è così aperto un processo culturale che riconosce la sessualità e la procreazione come aspetti importanti nella vita degli individui e delle coppie e nell’ambito dei quali si chiede un intervento dello Stato: uno degli esempi più importanti in questa direzione è stato offerto dall’interruzione volontaria della gravidanza, introdotta dalla legge n° 194 del 22 maggio 1978.

Questo processo non è stato solo italiano, ma ha interessato tutto il mondo occidentale. L’elemento determinante alla base di questo nuovo atteggiamento nei riguardi della sessualità e della pianificazione familiare, reso sostanzialmente possibile dalla disponibilità di metodi contraccettivi più efficaci, è la raggiunta convinzione che le coppie abbiano il diritto

- a) di vivere consapevolmente e liberamente la propria vita sessuale, attribuendole una valenza autonoma;

- b) di decidere liberamente sul numero e sulla cadenza delle nascite: in questa ottica, ogni figlio è veramente *voluto* (e non “capitato”).

La diffusione dei metodi contraccettivi costituisce uno degli elementi caratteristici della teoria della *seconda transizione demografica* [Van de Kaa 1987]. Ma nonostante nel mondo occidentale la contraccezione sia una realtà quotidiana per molte donne e per molte coppie restano ancora da affrontare e da risolvere alcuni importanti problemi:

- a) in ambito epidemiologico, è tuttora presente il rischio delle *malattie* a trasmissione sessuale, prima fra tutte l’AIDS, e questo rischio non è sempre coperto da un utilizzo dei metodi contraccettivi adeguato (sostanzialmente il ricorso al preservativo, l’unico metodo attualmente efficace contro il contagio dell’HIV): basti pensare ai dati preoccupanti emersi nel Capitolo 4 sul ricorso alla contraccezione nel primo rapporto sessuale;
- b) nell’ambito della pianificazione familiare esiste ancora una certa quota di *nascite indesiderate* [Westoff, Hammerslough e Lauo 1987]; spesso queste nascite vengono evitate tramite il ricorso all’interruzione volontaria della gravidanza, che è sì stata una recente conquista culturale ma che costituisce pur sempre una scelta difficile e dolorosa, che se possibile andrebbe evitata.

I comportamenti contraccettivi, allora, saranno tanto più efficaci quanto più saranno capaci di estendere la copertura contraccettiva a tutti i casi a rischio epidemiologico e a tutti i periodi in cui non si vogliono avere figli. In questo contesto, intervengono simultaneamente fattori

- a) specificamente relativi alla contraccezione, in riferimento alla conoscenza e alla disponibilità sul mercato dei mezzi di controllo delle nascite e di prevenzione;

- b) comportamentali e psicologici: l'ingresso più o meno precoce nella sessualità adulta, la frequenza dei rapporti sessuali, la disponibilità psicologica all'uso dei metodi contraccettivi;
- c) socio-demografici: nel Capitolo 7 verrà studiata l'influenza dell'area geografica, dell'età, del titolo di studio e della condizione professionale sui comportamenti sessuali e contraccettivi;
- d) socio-culturali: in sede di analisi multivariata verrà studiata la concomitanza di particolari *stili di vita*.

La scelta di un particolare metodo anziché un altro dipende inoltre dall'azione fondamentale di una serie di fattori più specifici che sono riconducibili solamente in parte al contesto più ampio delle variabili demografiche e dei diversi stili di vita e che purtroppo non sono analizzabili sulla base dei dati dell'INF2:

- a) la quantità e la qualità delle informazioni ricevute su ogni singolo contraccettivo;
- b) i contatti interpersonali;
- c) l'accessibilità e la qualità dei consultori e dei servizi sanitari in generale;
- d) i condizionamenti della comunità scientifica e soprattutto dei medici: la valutazione dei rischi e dei benefici connessi all'uso di un determinato contraccettivo avviene sia da parte dell'utente che da parte del suo medico;
- e) le scelte economiche e commerciali, in riferimento ai costi dei contraccettivi in commercio.

La problematica è poi resa ancora più complessa dal fatto che non esiste un metodo ideale né in assoluto né per la singola persona: i differenti metodi corrispondono a differenti esigenze, che possono cambiare nell'arco della vita [Golini 1994].

Sono state inoltre riscontrate delle differenze consistenti tra conoscenze, preferenze ed effettiva utilizzazione dei contraccettivi:

da ciò emerge la difficoltà di utilizzare il metodo che si ritiene migliore [Giacobazzi et al. 1989; Regione Puglia 1991].

Un buon contraccettivo deve infatti essere nello stesso tempo efficace (sia in teoria che in pratica), tollerabile e aderente alle esigenze dei singoli individui e delle coppie. La disponibilità di mezzi contraccettivi, sebbene ampia, non sempre soddisfa tutti questi requisiti: permane allora la necessità della ricerca e della sperimentazione medica, con il preciso obiettivo di arrivare a contraccettivi ancora più sicuri e che meglio rispondano alle necessità effettive della popolazione [Golini 1994].

## 5.2 *L'educazione sessuale e contraccettiva*

Alla luce delle considerazioni esposte, la definizione e l'avvio di validi programmi di *educazione sessuale* e di pianificazione familiare si rivelano processi molto complessi.

Nel contesto specifico della pianificazione familiare, le limitate intenzioni riproduttive delle ultime generazioni italiane fanno sì che siano necessari pochissimi anni per completare una famiglia delle dimensioni numeriche desiderate, mentre il periodo in cui è necessario ricorrere a una copertura contraccettiva è molto lungo e ad elevata fecondabilità. L'interesse e la necessità di sviluppare diffusi servizi non solo per la prevenzione ma anche per la pianificazione familiare è quindi evidente.

I *consultori* familiari pubblici sono stati istituiti con l'approvazione della legge n° 405 del 29 luglio 1975. Con questa normativa l'Italia si è avvicinata alla situazione dei paesi europei che avevano già istituito centri di orientamento e di informazione per la pianificazione familiare [Meredith e Thomas 1986].

Secondo la legge istitutiva il consultorio provvede, tra i vari compiti, a garantire "l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile" (art. 1). L'azione del consultorio è quindi rivolta alla popolazione con il duplice scopo di offrire un servizio di sostegno alle donne in gravidanza e di avvicinarle ai metodi di controllo delle nascite. I compiti del consultorio sono poi stati ampliati in seguito alla legge sull'interruzione volontaria della gravidanza: il consultorio deve "contribuire a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza" (art. 2).

All'utilizzazione del consultorio pubblico da parte della popolazione (in modo particolare quella femminile) contribuiscono una serie di fattori che vanno dalla presenza e dislocazione sul

territorio dei consultori stessi alla conoscenza dei loro compiti, dall'organizzazione del servizio alla qualità delle prestazioni offerte [Golini 1994].

Passando dagli anni Ottanta agli anni Novanta il numero di consultori familiari in Italia è aumentato sensibilmente. Ma nel 1991 il rapporto tra il numero dei consultori e la popolazione femminile in età feconda, uno degli indicatori che intervengono nella valutazione della qualità della rete consultoriale, è stato dichiarato ancora insufficiente dal Ministero della Sanità: oltre la metà delle regioni non raggiungeva la soglia minima considerata soddisfacente di 1,5 consultori ogni 10000 donne in età 15-49 [Atti parlamentari 1991].

L'altra istituzione pubblica che riveste un'importanza fondamentale in tema di educazione sessuale e contraccettiva è la scuola.

Dopo numerose proposte in parlamento e accesi dibattiti, anche in Italia si è finalmente giunti all'approvazione della legge sull' "Informazione ed educazione sessuale nella scuola" (proposta di legge n° 179 del 10 novembre 1992). La scuola contribuisce così "a far acquisire la conoscenza e la consapevolezza degli aspetti e dei significati della sessualità, anche attraverso una corretta informazione, e fornisce strumenti per educare ad una cultura della sessualità responsabile verso la procreazione".

La definizione e l'avvio di programmi di educazione sessuale nelle scuole ha costituito in Italia un problema notevolmente dibattuto. Questo anche perché è piuttosto diffusa la convinzione che i corsi di educazione alla sessualità possano spingere gli adolescenti ad avere rapporti sessuali prematuramente [Ketting 1990]. Ma in realtà questo approccio alla problematica appare poco corretto: molti giovani, infatti, affronterebbero comunque il loro ingresso nella vita sessuale adulta anche *in assenza* di un'adeguata

educazione alla sessualità e di sufficienti informazioni sulla contraccezione, con l'evidente rischio di

- a) contrarre malattie a trasmissione sessuale;
- b) arrivare a gravidanze indesiderate;
- c) vivere i rapporti con l'altro sesso in modo scorretto, distorto.

Nei Paesi Bassi e in Danimarca l'educazione sessuale dei giovani è proposta fin dalle primissime età. In questi paesi l'insegnamento ha lo scopo di favorire la percezione della sessualità come una normale componente della vita di ogni persona, che deve essere preparata e sensibilizzata nei confronti della procreazione e della prevenzione. L'efficacia di questo sistema educativo sembra essere confermata e valorizzata dalla bassa percentuale di gravidanze non desiderate e di gravidanze di adolescenti [Ketting 1990].

Prima o poi si arriverà anche in Italia a una completa e corretta educazione sessuale nelle scuole di ogni ordine e grado, a partire dalla primissima infanzia fino all'adolescenza? O continueremo invece a essere legati a modelli scolastici per molti versi vecchi di quasi un secolo e non certo aggiornati ai recenti sviluppi della cultura della sessualità?...

### 5.3 *La necessità di una maggiore informazione*

In campo statistico-demografico emerge l'esigenza di sviluppare ricerche che indaghino periodicamente sul livello di conoscenza dei metodi contraccettivi e sulla loro utilizzazione, in modo da avere un *aggiornamento continuo* sulla situazione nazionale. Ciò consentirebbe di individuare con maggiore precisione la presenza di particolari settori della popolazione più "a rischio": quelli poco coinvolti nell'uso dei metodi contraccettivi a causa

- a) di uno scarso livello d'informazione;
- b) di atteggiamenti poco maturi e responsabili nei confronti della contraccezione;
- c) della forte azione di pregiudizi culturali, presenti in modo particolare in concomitanza di modelli di vita e di riferimenti valoriali molto tradizionali e riferiti al passato.

Nel 1990 si è rilevato che una parte molto consistente (66-88%) delle donne che sono ricorse all'aborto stava utilizzando al momento del concepimento un metodo contraccettivo [Ministro della Sanità 1990]. Il problema delle gravidanze indesiderate, quindi, non riguarda solamente la presenza di atteggiamenti di disinteresse verso la contraccezione o addirittura di un suo rifiuto, ma anche la gestione non sempre corretta di alcuni metodi contraccettivi. Non è ancora pienamente diffusa, insomma, una buona "competenza tecnica".

I programmi di informazione sulla sessualità e sulla contraccezione, ovviamente, non devono riguardare solamente la popolazione coniugata, ma vanno estesi anche e soprattutto ai giovani e alle persone che non vivono relazioni stabili di coppia.

Il modo in cui l'informazione deve essere diffusa dipende dal gruppo di popolazione a cui è destinata e l'azione educativa deve



muoversi lungo due linee-guida parallele: la rimozione delle *disinformazioni*, presumibilmente ancora piuttosto diffuse visti gli attuali comportamenti contraccettivi, e la *corretta informazione* sui metodi contraccettivi e sulla loro importanza, in riferimento

- a) alla lotta all'HIV e all'AIDS e più in generale a tutte le malattie a trasmissione sessuale;
- b) alla possibilità di vivere e valorizzare una sessualità fine a se stessa, indipendente dai valori tradizionali della famiglia e della procreazione;
- c) alla possibilità di programmare liberamente il numero e la cadenza delle nascite, dando luogo all'interno della coppia di coniugi o di conviventi alla pianificazione familiare;
- d) a una descrizione precisa e articolata delle tecniche contraccettive, per garantire un loro impiego sempre efficace ed evitare che, paradossalmente, si verifichino gravidanze indesiderate quando si utilizzano metodi pienamente sicuri.

Nel 1994 Rossella Palomba, una delle ricercatrici più autorevoli in questo campo, scriveva [Golini 1994]: “in realtà tutti i modi ed i canali per aprire una comunicazione sulla contraccezione [...], per avviare progetti di informazione diffusa, per costruire strategie di pianificazione familiare articolate sui bisogni della coppia [...] sono noti e attuabili. Quello che manca in Italia, e non solo in Italia, è la volontà politica di realizzare una vera *cultura della contraccezione*, che vada oltre la didattica sulla sessualità e sulla riproduzione ed eviti prescrizioni comportamentali di tipo moralistico. Il momento dell'informazione e dell'educazione alla sessualità e alla procreazione dovrebbe fornire elementi di conoscenza, ma insieme sviluppare nelle persone autonomie di scelta adatte ai loro sistemi di vita e di valori”.

Inoltre il maggior coinvolgimento culturale, scientifico e politico sulla sessualità e sulla contraccezione non deve passare

solamente attraverso il ruolo assistenziale dello Stato (il valore stesso attribuito al concetto di assistenzialismo negli ultimi anni è divenuto sempre più debole) o attraverso i mass-media: la Demografia stessa, sempre secondo le preziose parole di Rossella Palomba, “non deve rimanere estranea a questo processo e muoversi nella direzione di analizzare sempre di più desideri, aspettative e comportamenti [...], ricomponendoli in un quadro interpretativo complessivo che aiuti operatori sociali e politici nell’individuazione dei *bisogni* della popolazione e nella formulazione delle *risposte*”.