

---

# Atlas italiano

*sull'accesso alla contraccezione*

---

2020

---

# Atlas italiano

*sull'accesso alla contraccezione*

---

2020

*Ricerca di Sara Picchi*

© AIDOS Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo | 2020

Foto di copertina: Condoms (pixabay.com)

Grafica e impaginazione: Roberto Carocci

finito di stampare nel mese di febbraio 2020 da Tipolitografia 5M, via  
Giuseppe Cei 8 Roma.

Con il supporto non condizionante di  **MSD**  
INVENTING FOR LIFE

# Introduzione

---

La presente ricerca nasce dalla collaborazione di AIDOS all'annuale *Contraception Atlas* di European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF)<sup>1</sup>, che mira a costruire un indicatore per misurare l'accesso alla contraccezione e i livelli di informazione reperibili nei paesi europei. Sono stati soprattutto i risultati del *Contraception Atlas* (o Atlas europeo), in relazione al nostro Paese, a mostrarci la necessità di approfondire l'indagine sull'accesso alla contraccezione. I dati mostrano come in Italia esistano ampi margini di miglioramento per la fruizione del diritto alla salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze: sui 45 Paesi dell'Europa geografica presi in esame dallo studio, l'Italia occupa il 26° posto nella classifica. Nella determinazione del punteggio pesano la mancanza di un sito internet istituzionale, sul quale reperire informazioni sulle moderne tecniche contraccettive, e la quasi totale assenza di politiche di rimborso per l'acquisto dei dispositivi e dei farmaci contraccettivi.

Alla luce di questi risultati abbiamo pensato di fare un primo passo nell'analisi dei dati relativi al nostro Paese, proponendoci di verificare, attraverso l'accesso alla contraccezione, il livello di attuazione del diritto alla salute delle donne e delle ragazze in Italia. Da ciò è derivata la necessità di approfondire lo studio su base regionale: sono infatti le politiche regionali a dare concreta attuazione all'offerta dei servizi di prevenzione e tutela della salute sessuale e riproduttiva. Il presente Atlas italiano è quindi una ricerca sull'accesso alla contraccezione nelle regioni italiane, analizzato nella duplice accezione di disponibilità di una corretta e diffusa informazione e di una variegata e pubblica offerta di metodi contraccettivi. Il campione di riferimento scelto è rappresentato dai consultori<sup>2</sup>, le unità territoriali responsabili

---

1 Contraception Atlas, [www.contraceptioninfo.eu](http://www.contraceptioninfo.eu)

2 I consultori sono servizi di assistenza alla persona e alle famiglie e di educazione alla maternità e paternità responsabili, prevalentemente rivolti alla salute delle donne e delle coppie. Offrono un servizio istituito in base alla legge 405/1975, realizzato con piani

dell'accesso alla contraccezione. La metodologia applicata è quella dello *Scoring Method*, per cui l'indicatore a livello regionale è dato dalla media – ponderata per l'utenza media – dei punteggi che i consultori hanno accumulato rispetto alle dimensioni d'indagine. L'indice è stato ulteriormente ponderato rispetto a ulteriori condizioni, come il raggiungimento del soggetto di analisi.

Lo studio esplorativo mostra risultati interessanti di un'importante variabilità a livello regionale, marcata dall'annoso divario Nord - Sud ma con notevoli eccezioni come quella evidente della Puglia. La ricerca si sofferma anche sulle difficoltà riscontrate in fase d'indagine che riflettono la non sistematicità di raccolta dati da parte dei consultori e le difficoltà che tali presidi fondamentali attraversano da anni. I consultori familiari, istituiti nel 1975, sono attualmente depotenziati della teoria, degli approcci e delle politiche che li hanno ideati e resi punti di riferimento; sono infatti scarsamente finanziati e sotto organico, con forti differenze regionali. Non è quindi un caso se l'Italia è agli ultimi posti di varie classifiche europee per la tutela della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, come non lo è che a versare in stato di cattiva salute siano prima di tutto i luoghi delle donne.

---

individuali di assistenza sanitaria e sociale. I **consultori pubblici** sono tenuti per legge ad assistere gratuitamente tutte le donne italiane e straniere, anche non in possesso di permesso di soggiorno, nonché i loro figli e figlie fino alla maggiore età. I servizi che i consultori offrono variano da realtà a realtà. Dal 1997 i consultori comprendono anche gli **Spazi Giovani** per rispondere alle problematiche sessuali e psicologiche delle/degli adolescenti e dal 1998 gli **Spazi Donne Immigrate e loro bambini/e**. In Italia esiste anche una **rete di consultori familiari privati**, riconosciuti e quindi sovvenzionati in parte dalle amministrazioni regionali. I consultori privati possono essere di ispirazione laica, nati per iniziative di associazioni o gruppi sociali, o di ispirazione cristiana e cattolica.

# ***L'accesso alla contraccezione: il caso italiano***

---

Nel *Contraception Atlas* 2019, che misura l'accesso alla contraccezione in 45 Stati dell'Europa geografica, l'Italia occupa la 26° posizione con un tasso del 58%. Un valore molto lontano da quelli della Gran Bretagna, della Francia o della Spagna e più vicino a paesi come la Turchia e l'Ucraina.

Il ritardo italiano è confermato anche da diversi studi nazionali. In Italia il riferimento più recente sui comportamenti riproduttivi è l'ultima analisi ISTAT “La salute riproduttiva della donna”, pubblicata nel 2017, a conclusione di uno studio sulla condizione delle donne in Italia. Secondo questo studio, la maggioranza della popolazione tra i 18 e i 54 anni (circa il 62%, di cui 57% donne e 66% uomini) utilizza metodi per pianificare o evitare una gravidanza; il preservativo e la pillola sono quelli più utilizzati<sup>3</sup>. Eppure lo stesso Istituto dichiara: “nonostante un maggior ricorso a metodi moderni (soprattutto pillola e preservativo), non si può ancora affermare che in Italia sia stata compiuta in modo definitivo la “rivoluzione” contraccettiva, intesa come transizione verso una diffusione estesa di metodi moderni ed efficaci”<sup>4</sup>. Infatti, subito dopo il preservativo e la pillola, il coito interrotto è il metodo più diffuso per evitare una gravidanza (20%).

Il fatto che in Italia la rivoluzione contraccettiva sia ancora in via di completamento e la scelta di metodi contraccettivi più moderni faticosi ancora a radicarsi è il risultato di diverse questioni complesse e strutturate, ma anche di processi che hanno cambiato l'atteggiamento della società verso la salute riproduttiva e la contraccezione. Dalle lotte degli anni '70 che al grido “l'utero è mio e lo gestisco io” hanno portato a una maggiore consapevolezza, rivendicazione di diritti e leggi, si è progressivamente tornati a una diffusa cultura del biasimo e di totale delega delle responsabilità nei confronti di donne e ragazze che

---

3 *La salute riproduttiva della donna*, Istat, 2017, p. 25.

4 *Idem*, p. 7.

affrontano una gravidanza indesiderata. L'esistenza di una maggiore gamma di metodi contraccettivi rispetto al passato dovrebbe infatti consentire di evitare gravidanze indesiderate e quindi un eventuale ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. Oltre alla nota assenza di una strutturata e seria educazione sessuale nelle scuole, il problema non è la mancata disponibilità di metodi contraccettivi, ma il libero accesso al loro utilizzo. In Italia questo è ostacolato da vari fattori, tra gli altri una scarsa e a volte poco chiara informazione, il costo eccessivo dei contraccettivi, l'elevata presenza di medici obiettori e lo scarso finanziamento pubblico. Di seguito forniamo alcuni spunti.

I risultati emersi dallo "Studio Nazionale Fertilità"<sup>5</sup> dimostrano che in Italia le/gli adolescenti hanno una notevole difficoltà di accesso all'informazione sui metodi contraccettivi, il che le/li espone a scelte pericolose. Lasciati in solitudine, l'89% dei ragazzi e l'84% delle ragazze cerca su internet informazioni riguardanti la salute sessuale e riproduttiva; i consultori sono poco conosciuti, il 68% dei ragazzi e il 76% delle ragazze non vi si è mai rivolto. La partecipazione a corsi/incontri sul tema della sessualità/riproduzione al Sud è pari al 33%, decisamente inferiore a quella nel Nord del Paese, pari al 78%. Il 94% di ragazzi e ragazze ritiene che dovrebbe essere la scuola a garantire l'informazione sui temi della sessualità e riproduzione. Rispetto ai metodi contraccettivi, il 77% usa il preservativo, il 26% il coito interrotto, l'11% il calcolo dei giorni fertili e il 10% non usa alcun metodo.

Tra le ragioni per cui il coito interrotto è una pratica ancora così diffusa ci sono l'alto costo dei contraccettivi e la difficile reperibilità. Una confezione di profilattici può costare sino a 15 euro, mentre il diaframma costa circa 40 euro, ma è ormai difficile da acquistare, come è difficile trovare chi possa spiegarne l'inserimento e il corretto utilizzo. Nel settore privato i costi di una spirale possono arrivare persino a 400 euro; esistono delle strutture che la inseriscono gratuitamente, ma la maggior parte dei consultori non offre questo servizio. Anche la contraccezione ormonale ha un costo elevato e dal 2016 non è più rimborsabile dal Sistema Sanitario Nazionale; l'AIFA ha riclassificato la pillola ormonale in fascia C, quindi completamente a carico delle donne, anche nei casi in cui la si necessita per terapie mediche.

Il 12 dicembre 2019 è stata presentata a Roma una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sui consultori familiari e sulle strategie per un rilancio, a 40 anni dalla loro nascita. Si tratta di uno studio notevole

---

5 <https://www.epicentro.iss.it/materno/studio-nazionale-fertilita-fasce-popolazione>

e approfondito, per cui sono stati utilizzati dati regionali e aziendali e informazioni fornite da 1.800 consultori italiani. Quello che emerge è che i consultori sono dei presidi vivi e molto importanti per la salute e il benessere generale, ma fortemente depotenziati. Dai 2.725 consultori familiari diffusi su tutto il territorio (circa 1 ogni 20.000 abitanti) nel 1993 si è passati ai 1.944 pubblici e 147 privati (0,6 ogni 20.000 abitanti) nel 2016. A questo si deve aggiungere la riduzione del personale e la perdita della multidisciplinarietà, l'assenza di indicazioni programmatiche a livello regionale e di Aziende Sanitarie Locali (ASL), l'aumento del carico delle attività a fronte di una severa riduzione delle risorse. La ricerca dell'ISS restituisce anche un quadro del lavoro svolto nei consultori rispetto alla contraccezione. Dalla Figura 1 emerge che l'attività prevalente è la prescrizione della contraccezione ormonale e la spiegazione dei metodi meccanici. Non è abbastanza garantita invece, soprattutto al Sud, l'inserimento del dispositivo contraccettivo intrauterino (I.U.D.).

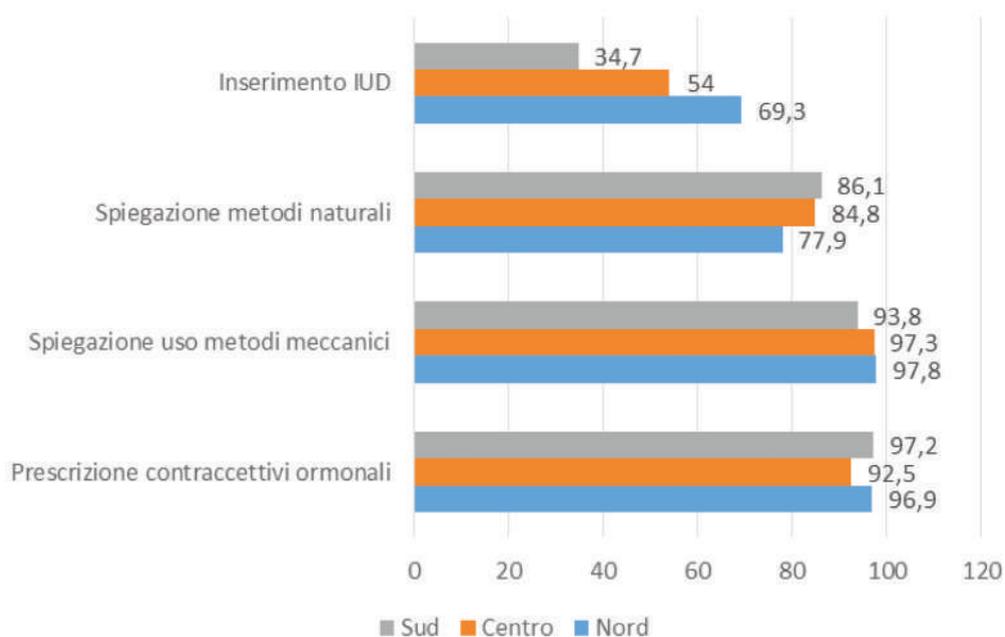


Figura 1. Le attività offerte dai Consultori Familiari per ripartizione geografica – Anno 2019 (Fonte: ISS)

Nella Figura 2 è presentata la percentuale di consultori familiari che riferisce di fornire gratuitamente contraccettivi. La maggioranza dei consultori che fornisce la contraccezione gratuita in maniera universale

si concentra nel centro Italia (26%). Nel Sud, prevale l'offerta di contraccezione gratuita per le famiglie a basso reddito (9,6%) e nel Nord per i giovani (11,2%).

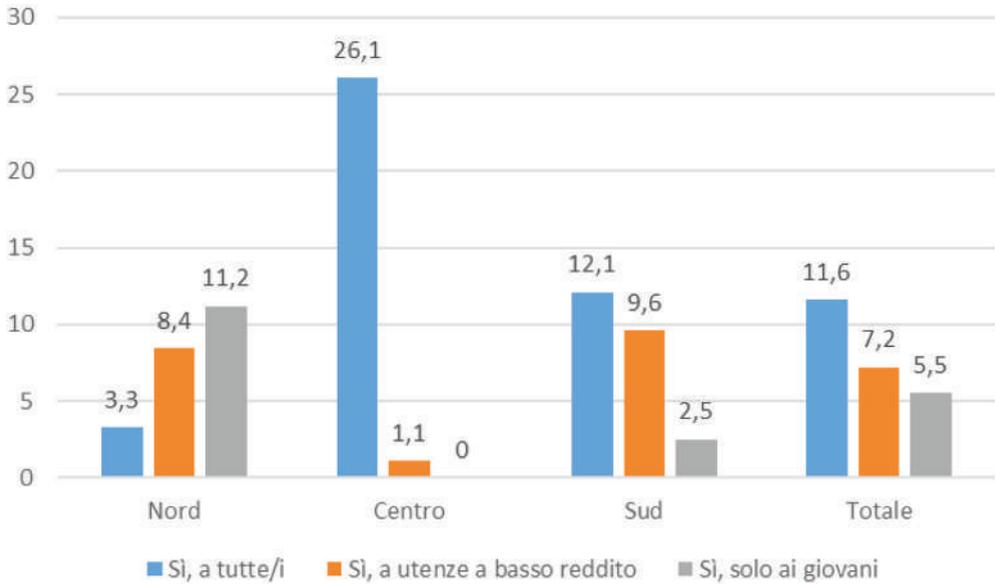


Figura 2. Percentuale di Consulenti Familiari che riferiscono di offrire gratuitamente i contraccettivi per utenza e ripartizione geografica – Anno 2019 (Fonte: ISS)

## ***Le delibere regionali sulla contraccezione gratuita***

---

Fino a oggi, le Regioni che hanno scelto di mettere a disposizione gratuitamente i contraccettivi sono sei: Puglia, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Lombardia e Marche.

Nel 2008, la Puglia è stata la prima regione italiana a distribuire gratis contraccettivi, come l'anello vaginale e altri contraccettivi ormonali, alle donne con meno di 24 anni. La seconda è stata l'Emilia Romagna, il cui Consiglio regionale alla fine del 2017 ha approvato un provvedimento per la distribuzione gratuita dei contraccettivi alle persone di età inferiore ai 26 anni, alle donne disoccupate o colpite dalla crisi economica, residenti nella Regione e iscritte al Servizio Sanitario Nazionale. Sebbene il provvedimento sia diventato operativo a inizio 2018, non tutte le aziende sanitarie forniscono ad oggi questo servizio. In Piemonte, il Consiglio regionale ha approvato una delibera, a luglio 2018, per offrire contraccettivi gratuiti a tutte le persone sotto i 26 anni e alle donne disoccupate tra i 26 e i 43 anni. In Lombardia, il documento approvato nel 2018 prevede che qualsiasi persona con meno di 24 anni possa richiedere qualsiasi tipo di contraccettivo presso i consultori pubblici o privati della Regione. È recente la delibera della Toscana (novembre 2018) per promuovere l'educazione alla salute sessuale e l'accesso alla contraccezione gratuita in consultori, ambulatori e farmacie, per giovani dai 14 ai 25 anni e donne tra i 26 e i 45 anni dotate dei cosiddetti codici di esenzione. A novembre 2018, il Consiglio regionale delle Marche ha approvato all'unanimità la mozione sulla distribuzione gratuita di contraccettivi nei consultori pubblici a ragazzi e ragazze di età inferiore ai 26 anni, ma anche alle donne tra i 26 e i 45 anni in casi di post intervento per interruzione di gravidanza e a quelle disoccupate o lavoratrici colpite dalla crisi, nei 12 mesi successivi al parto. In Veneto, a novembre 2018, è stato approvato l'emendamento al

Piano Sanitario 2019-2023 per il libero accesso alla contraccezione gratuita in consultori, ambulatori ostetrico-ginecologici e farmacie (con ricetta medica). Tuttavia nel testo finale, emendato a dicembre 2018, si fa marcia indietro e l'impegno è quello di adottare "programmi di educazione alla salute sessuale e riproduttiva e servizi aziendali e percorsi assistenziali dedicati, verificando (e non 'favorendo') l'accesso alla contraccezione gratuita, nel dovuto rispetto delle scelte e della dignità delle persone"<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Dichiarazione della assessore regionale ai Servizi Sociali Manuela Lanzarin rilasciata il 21 Dicembre 2018, <https://notizieplus.it/si-alleducazione-sessuale-no-alla-contraccezione-gratis/>.

## Obiettivi della ricerca

---

La salute riproduttiva è definita dal Programma d'Azione della conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo come uno “stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale [...] in tutto ciò che attiene il sistema riproduttivo, le sue funzioni e i suoi meccanismi”. Implica quindi che “le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura, la possibilità di riprodursi, la libertà di decidere se e quando farlo” (OMS, 1994)<sup>7</sup>. Una delle prime condizioni per la piena tutela della salute riproduttiva è che a tutte le persone venga garantito un libero accesso alla contraccezione attraverso un'informazione ricca e corretta e un'offerta gratuita e pubblica.

L'Atlas europeo pone l'Italia tra i paesi con l'indicatore sull'accesso all'informazione e all'offerta di metodi contraccettivi tra i più bassi d'Europa. La necessità dello studio qui presentato nasce dall'esigenza di esplorare in maniera più approfondita la bassa performance italiana e se questa dipenda in qualche modo anche da modelli territoriali differenti. Con l'Atlas italiano si cerca quindi di restituire una mappa delle differenze interne al contesto nazionale e di isolare, laddove esistano, dei modelli regionali sull'accesso all'informazione e all'offerta di metodi contraccettivi. Per raggiungere tali obiettivi, questa ricerca ha cercato di rispondere alle seguenti domande. Qual è la performance delle regioni italiane rispetto al libero accesso alla contraccezione? Possono essere individuati dei *cluster*?

Si è analizzato l'accesso ai seguenti metodi contraccettivi: il preservativo maschile, il preservativo femminile, il diaframma, la spirale, la pillola, il cerotto, l'anello vaginale, il bastoncino anticoncezionale, la pillola del giorno dopo, la pillola dei 5 giorni dopo, il contraccettivo intrauterino (I.U.D) e l'impianto contraccettivo sottocutaneo.

---

<sup>7</sup> Commissione per la politica globale dell'OMS (1994). Documento programmatico su salute, popolazione e sviluppo destinato alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Il Cairo, 5-13 settembre 1994, p. 24, par. 89.

Dati i metodi contraccettivi e le domande di ricerca sopra citate, l'Atlas italiano, in linea con quello europeo, mira all'analisi di due macro obiettivi:

1. l'accesso alle informazioni e alla promozione di una contraccezione consapevole
2. l'accesso all'offerta di metodi contraccettivi

Le macro aree d'interesse sono state ulteriormente suddivise nelle seguenti sottodimensioni di indagine.

#### Informazione sui metodi contraccettivi

- L'accesso linguistico: disponibilità di opuscoli scritti in più lingue o conoscenza dell'inglese base da parte del personale
- L'accesso web: esistenza di pagine o siti nel portale regionale e/o dello specifico consultorio
- L'accesso per le/i giovani: esistenza di uno sportello o di un centro predisposto a questa specifica utenza
- L'accesso alle informazioni sui metodi contraccettivi e quali

#### Offerta dei metodi contraccettivi

- L'offerta diretta di metodi contraccettivi e quali
- La gratuità dei metodi contraccettivi
- La trasversalità del tipo di servizio offerto, dall'analisi psicologica a quella sanitaria
- I tempi di attesa, da meno di una settimana a entro un mese
- L'offerta pubblica di servizi, la riduzione del personale negli anni e di quali figure professionali

In sintesi, gli obiettivi che si è proposta la ricerca sono stati quelli di indagare, a livello regionale, il livello d'informazione e di accesso alla salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze, al fine di rafforzare il loro diritto alla pianificazione familiare e alla libertà di scelta rispetto ai metodi contraccettivi disponibili. Nell'ottica di un monitoraggio costante delle prestazioni e dei servizi che, concretamente, danno forza e operatività ai diritti delle donne, la ricerca ha messo al centro della rilevazione il sistema regionale dei consultori familiari e le eventuali disparità nell'offerta dei servizi territoriali. La ricerca si è infine proposta di valorizzare il ruolo dei consultori come centri olistici per il benessere delle donne nel corso della loro vita riproduttiva e promotori del concetto di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia o infermità" (OMS, 1946).

## ***La metodologia dello “Scoring Method”***

---

L'indice presentato in questa ricerca è costruito in base a una metodologia diversa da quella utilizzata per il *Contraception Atlas*. Per quest'ultimo, è stato scelto il modello multicriterio perché è un metodo che riesce a isolare e misurare i criteri in base ai quali un insieme eterogeneo di soggetti raggiunge un determinato obiettivo. L'Atlas Europeo è infatti un indice che permette di sintetizzare e rendere comparabile l'accesso alla contraccezione in paesi con politiche, sistemi, cultura e risorse molto dissimili, dagli stati nord europei, alla Russia o alla Turchia. Per questa ricerca si è preferita invece una metodologia alternativa, perché il metodo multicriterio non sarebbe stato adatto per un indice nazionale che, nonostante un contesto regionale e locale molto eterogeneo come quello italiano, avrebbe sicuramente dovuto catturare molta meno variabilità.

Un secondo motivo per cui è stata scelta un'altra metodologia rispetto a quella utilizzata per l'indice europeo sono le unità di rilevazione: non ci si è avvalse del parere di esperte ed esperti, ma si sono consultate/i le/i responsabili consultoriali. Si è scelto quindi di somministrare un questionario che poggiasse su una metodologia più accessibile e trasversale per soggetti che operano direttamente sul campo. La scelta della metodologia dipende infine anche dall'economia del progetto di ricerca; per questo è stata utilizzata una via alternativa che massimizzasse meglio la numerosità campionaria e i tempi dedicati allo sviluppo, all'operativizzazione e all'elaborazione dell'analisi.

Per le ragioni descritte in precedenza, si è ritenuto opportuno utilizzare per l'Atlas italiano la metodologia dello *Scoring Method*. Secondo questo modello, si chiede al/la rispondente di esprimere un giudizio estremamente sintetico rappresentato da un singolo numero rispetto a una certa affermazione. La somma dei punteggi di ogni questionario rappresenta il risultato per singolo/a rispondente. Il valore massimo è

ottenuto quando tutte le risposte colgono le dimensioni di analisi descritte in precedenza e quindi la definizione di accesso alla contraccezione utilizzata in questa ricerca. I punteggi variano a seconda del tipo di risposta. Queste possono valere punteggi differenti a seconda che siano sì/no oppure del tipo multi risposta, con valori che variano da un minimo a un massimo rispetto al raggiungimento di quella determinata dimensione. Per singola unità di rilevazione si è calcolata la somma dei punteggi e l'indice regionale finale è il risultato della media dei questionari appartenenti alla stessa regione, ponderata per l'utenza media. Alcune specifiche risposte sono state pesate per premiare il raggiungimento di alcune condizioni, in particolare la possibilità di avere informazioni sul preservativo femminile e l'erogazione diretta di contraccezione alle minorenni. I consultori familiari coinvolti in questa ricerca sono stati 132. Anche se il campione rispetta la distribuzione regionale delle varie unità di rilevazione, non può essere considerato statisticamente rappresentativo. In questo caso si parla di campione auto selezionato per cui i risultati non sono generalizzabili, ma riflettono solo i consultori e le aziende sanitarie che hanno partecipato all'indagine.

## Risultati

---

Per una migliore comprensione dei risultati, gli indicatori sono presentati attraverso una scala di colore che consente di evidenziare facilmente le regioni a seconda del punteggio totalizzato. I valori alti sono visualizzati in verde, quelli mediani in giallo e quelli più bassi in rosso. I colori servono a identificare il posizionamento delle regioni rispetto a tre differenti declinazioni che possono assumere l'informazione e l'offerta rispetto all'accesso alla contraccezione. L'analisi attraverso i colori è descritta nella Tabella 1.

<b>Colore</b>	<b>Dimensioni</b>	<b>Accesso alla contraccezione</b>
Verde	Informazione	Opuscoli tradotti e conoscenza base dell'inglese da parte del personale Pagina web dedicata Presenza dei Punti Giovani previsti dalla legge del 1997 Informazioni reperibili per tutti i metodi contraccettivi compreso il preservativo femminile
	Offerta	Contraccezione gratuita a determinati tipi di utenze Diversi tipi di supporto (da quello sociale a quello ginecologico) Brevi tempi di attesa per un appuntamento (meno di 1 settimana) Numero del personale e delle tipologie di professionalità mediamente stabili negli ultimi 10 anni
Giallo	Informazione	Disponibilità di opuscoli tradotti in diverse lingue Pagina web sul sito della regione e sito web del consultorio Sportello dedicato all'utenza giovanile Informazioni reperibili per buona parte dei metodi contraccettivi
	Offerta	Rilascio della sola prescrizione e consulenza Disponibilità di supporto psicologico e ginecologico Forte riduzione del personale negli ultimi 5 anni Media di attesa per un appuntamento (meno di 2 settimane)

Rosso	Informazione	Assenza di opuscoli tradotti in diverse lingue Assenza di un sito specifico o una pagina web sul portale della regione Assenza di un supporto diretto all'utenza giovanile Informazioni non reperibili o solo per alcuni metodi contraccettivi
	Offerta	Disponibilità del solo supporto ginecologico Forte riduzione del personale negli ultimi 10 anni Lunghi tempi di attesa per un appuntamento (quasi un mese)

Tabella 1. Descrizione della scala di colore e dei rispettivi modelli di accesso alla contraccezione

Nella Tabella 2 vengono presentati i valori finali dell'indice Atlas e quelli relativi alle due dimensioni di analisi. I risultati sono espressi in percentuale ovvero come il punteggio ottenuto rispetto al massimo ottenibile (180 per l'accesso all'offerta di contraccettivi e 110 per l'accesso all'informazione, 290 il totale). Ogni valore è contrassegnato da un certo colore che aiuta a visualizzare se il posizionamento della regione sia più o meno vicino alle diverse declinazioni di informazione e offerta dei metodi contraccettivi descritte in precedenza.

I primi elementi che emergono osservando la Tabella 2 è che i valori dell'indice finale sono tendenzialmente bassi, con verdi e gialli in numero superiore ai rossi, e che c'è una forte differenza tra gli indici scomposti per le dimensioni d'indagine. I punteggi raggiunti per l'accesso all'informazione sono generalmente molto più alti di quelli ottenuti per la dimensione dell'offerta. È possibile che questa differenza rifletta in parte il tema della gestione delle risorse pubbliche e della loro scarsità. In un momento di forte pressione sui bilanci regionali, le regioni sono incentivate a investire più in informazione sulla contraccezione perché è meno costosa rispetto ad assicurarne l'offerta.

Le regioni che occupano i primi tre posti sono l'Emilia Romagna, la Toscana e la Puglia, con indici Atlas finali rispettivamente dell'88%, dell'81% e del 72%. È probabile che la performance della Puglia derivi dal fatto di avere approvato una delibera sulla contraccezione gratuita già nel 2008 e quindi di essere riuscita a costruire e rafforzare in questi ultimi 12 anni dei servizi che assicurano un accesso più adeguato all'informazione e all'offerta di metodi contraccettivi. Le ultime posizioni sono invece occupate dall'Abruzzo, dal Molise e dalla Sicilia, con indicatori pari rispettivamente a 41%, 34% e 33%. Ad eccezione della Puglia e della Sardegna, in linea generale sono le

regioni del Sud ad accendere il rosso e i dati Istat aiutano a delineare gli effetti del forte ritardo. Guardando solo alla popolazione giovanile (meno di 24 anni), nelle regioni del Sud e delle Isole si concentra il maggior numero di nascite da madri minorenni (lo 0,6% contro lo 0,1% del Centro-Nord) e di coloro che dichiarano di non utilizzare alcuna protezione (il 20% a fronte del 10% per cento nel Nord-est)<sup>8</sup>.

Buona parte delle regioni mantiene più o meno la stessa posizione in entrambe le dimensioni di analisi, ma alcune regioni fanno eccezione. Il Lazio ha un indice sull'accesso all'offerta contraccettiva del 49% e all'informazione del 79%, passando rispettivamente dalla tredicesima all'ottava posizione. Il Friuli Venezia Giulia ha un indice per l'accesso all'offerta contraccettiva del 56% e per l'informazione del 79%, passando rispettivamente dal quinto al quattordicesimo posto. La Sardegna ha un indice sull'accesso all'offerta molto basso posizionandosi nell'area rossa (34%), mentre l'indicatore sull'informazione alla contraccezione è abbastanza alto e di colore verde (77%). In alcuni questionari provenienti dai consultori sardi, infatti, è stato sottolineato che l'impegno sul fronte dell'informazione portato avanti dalla consolidata campagna educativa della Ginecologia Universitaria e dei Consultori si è speso soprattutto rispetto alla protezione ormonale; un'informazione interessante perché probabilmente spiega in parte l'alta percentuale di donne (circa il 30%) che utilizzano la pillola in questa regione (Istat).

Probabilmente è ancora troppo presto per vedere gli effetti delle delibere regionali sulla contraccezione gratuita. È possibile che per la Lombardia, che raggiunge un valore pari al 62%, l'applicazione della delibera sarà un processo un po' più lento vista la forza con cui il principio privatistico si è imposto nella riorganizzazione dei servizi territoriali negli ultimi 15 anni. Per il Piemonte, con un indice finale del 57%, si registra invece che molti consultori hanno dichiarato di fornire la contraccezione ormonale in forma gratuita "almeno" alle minorenni.

---

<sup>8</sup> <https://www.istat.it/it/files/2016/11/Statistica-report-Nati.pdf>.

Regione	Indice finale	Regione	Accesso all'offerta	Regione	Accesso all'informazione
Regione					
Emilia Romagna	88	Emilia Romagna	86	Emilia Romagna	91
Toscana	81	Toscana	78	Toscana	86
Puglia	72	Puglia	67	Puglia	82
Valle d'Aosta	69	Valle d'Aosta	57	Valle d'Aosta	81
Trentino Alto Adige	65	Friuli Venezia Giulia	56	Trentino Alto Adige	81
Marche	63	Trentino Alto Adige	56	Marche	80
Lombardia	62	Lombardia	54	Lazio	79
Friuli Venezia Giulia	61	Marche	53	Sardegna	77
Lazio	61	Piemonte	52	Liguria	75
Liguria	59	Liguria	50	Lombardia	74
Veneto	59	Veneto	50	Veneto	73
Piemonte	57	Lazio	49	Umbria	73
Umbria	57	Umbria	47	Friuli Venezia Giulia	70
Campania	53	Campania	46	Piemonte	66
Sardegna	51	Basilicata	39	Campania	65
Basilicata	46	Calabria	38	Basilicata	56
Calabria	44	Sardegna	34	Calabria	55
Abruzzo	41	Abruzzo	34	Abruzzo	52
Molise	34	Molise	32	Sicilia	38
Sicilia	33	Sicilia	31	Molise	36

Tabella 2. Accesso alla contraccezione per regione. Indice finale e delle sotto dimensioni di analisi: accesso all'offerta e all'informazione di metodi contraccettivi

Per via telefonica sono state raccolte anche delle informazioni sullo stato di attuazione delle direttive sulla contraccezione gratuita. Dalle risposte è emerso che solo la Puglia, l'Emilia Romagna e la Toscana hanno un programma avviato, mentre in Lombardia e Piemonte l'applicazione ancora stenta a partire. In Lombardia, i referenti dell'Assessorato alla Sanità hanno dichiarato che i consultori familiari offrono gratuitamente la consulenza sul metodo contraccettivo più adatto, ma ancora non

c'è certezza su modalità e tempi del piano di distribuzione gratuita. In Piemonte, il decreto non è ancora avviato perché mancano le misure attuative che organizzino effettivamente il servizio presso le aziende sanitarie.

I risultati presentati in questa ricerca devono essere letti anche alla luce di un tempo limitato di indagine per quella che è una realtà complessa. Altri fattori critici sono emersi durante la sua realizzazione, il che non ne depotenzia le possibilità di analisi, quanto piuttosto conferma la necessità di proseguire e approfondire i risultati emersi. Sicuramente sarebbero stati necessari tempi più lunghi considerata la mancanza di omogeneità nella raccolta dati da parte delle unità di rilevamento; con le quali, inoltre, non c'è stata disponibilità immediata di comunicazione, in particolare non si è rivelato semplice stabilire e mantenere la comunicazione con l'eventuale referente consultoriale.

Altra complessità è stata quella di studiare le diverse organizzazioni regionali e locali e di capirne e testarne i canali comunicativi, visto che in Italia ogni regione ha un proprio sistema. I consultori possono operare all'interno di un dipartimento materno infantile o delle cure primarie, in dipartimenti diversi nelle varie ASL o a livello di distretto sanitario.

I consultori sono integrati all'interno di specifici uffici territoriali a cui rispondono delle loro attività, compreso il prendere parte a iniziative che coinvolgano altri enti o associazioni. Quindi per partecipare alla ricerca, la maggior parte dei consultori ha avuto bisogno dell'autorizzazione ufficiale da parte della dirigenza competente. Questo passaggio ha richiesto molto tempo e numerose telefonate di sollecito perché solitamente l'invio del materiale per via telematica non otteneva risposta. In alcuni casi, i/le referenti passavano i contatti diretti dei consultori, in altri fornivano loro stessi/e i dati aggregati. Un'altra problematica è stata la concomitanza di questo studio con la ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità sui consultori citata in precedenza. È capitato infatti che il/la dirigente rispondesse che già aveva preso parte a un progetto di ricerca nazionale. Questa situazione ha comportato in alcuni casi il diniego dell'autorizzazione. In alcuni casi, come per la Sardegna, per oltre 4 mesi non è stato possibile entrare in contatto con le dirigenze perché le nomine non erano state ancora assegnate dopo le ultime elezioni regionali. Talvolta il nulla osta non è stato concesso perché la proposta di partecipazione all'indagine non proveniva da enti governativi.

A livello di singolo consultorio, molte delle difficoltà riscontrate sono associabili alle criticità sperimentate dagli/le utenti nel contattare i servizi. Gli orari di apertura limitati (alcuni consultori sono aperti solo due volte a settimana), i lunghi tempi di attesa al telefono, i tentativi di chiamata falliti, la scarsità d'informazioni sui siti internet istituzionali sono state le problematiche riscontrate più correntemente. Spesso la disponibilità a partecipare alla ricerca da parte della/del responsabile del consultorio è stata compromessa dal tempo a disposizione e dal pesante carico di lavoro. In alcuni casi ci sono stati limiti strutturali; ad esempio in Calabria, dove alcuni consultori hanno dichiarato di non essere in possesso di un personal computer o di non saperlo utilizzare. In altri, abbiamo ricevuto dei dinieghi, come in Lombardia, dove molti consultori cattolici convenzionati si sono rifiutati di partecipare alla ricerca.

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

---

Il 2019 ha segnato il 25° anniversario della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (ICPD) del 1994, quando al Cairo ben 179 governi hanno concordato che diritti sessuali e riproduttivi sono diritti umani, fondamentali per uno sviluppo che oggi finalmente definiamo sostenibile e globale. All'epoca fu stabilito un Programma d'azione per fare in modo che tutte le persone potessero avere accesso alla salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare/contraccezione volontaria e ai servizi disponibili e sicuri per la gravidanza e il parto.

Molti passi avanti sono stati fatti in diversi posti nel mondo ma purtroppo sono ancora troppo alti i numeri delle persone che non hanno accesso ai servizi di pianificazione familiare, mostrandoci come la libertà di scelta di donne e ragazze sul proprio corpo e la propria sessualità siano messe pesantemente in discussione.

Quest'anno si ricorda un'altra storica ricorrenza per i diritti delle donne, ovvero i 25 anni dalla Conferenza di Pechino del 1995, dove venne adottata una Piattaforma d'azione che ancora oggi viene rivendicata e che vede a nostro avviso una necessità di rilancio e rinnovamento in un giusto equilibrio tra la tutela di quanto ottenuto e il diritto alla salute sessuale riproduttiva per tutte le donne, ragazze e persone LGBTI. Non possiamo dimenticare ovviamente che ci muoviamo nel solco di tante convenzioni e dichiarazioni fondamentali e necessarie, non ultima l'Agenda 2030 che con i suoi obiettivi di sviluppo sostenibile impegna i governi a raggiungere la copertura sanitaria universale per tutte le persone, sottolineando ulteriormente quanto essenziali siano il diritto e l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva per il benessere mondiale.

Le donne in Europa si trovano attualmente ad affrontare notevoli difficoltà e restrizioni per quando riguarda i diritti sessuali e riproduttivi,



## Bibliografia

Istat, *La salute riproduttiva della donna*, Roma, 2017.

Iss, “Studio nazionale fertilità”, Roma, 2018

Iss, Salute riproduttiva, i primi risultati del progetto “Studio nazionale fertilità”, Roma, 2020.

Istat, *Natalità e fecondità della popolazione residente*, Roma, 2015.

# Indice

---

Introduzione	3
L'accesso alla contraccezione	5
Le delibere regionali sulla contraccezione gratuita	9
Obiettivi della ricerca	11
La metodologia dello "Scoring Method"	13
Risultati	15
Conclusioni e raccomandazioni	21

