

Il problema è certamente urgente, anche per porre un freno ai 209.954 aborti (1985) «ufficiali» ed ai quasi 300.000 clandestini, questi ultimi in gran parte riguardanti minorenni o comunque, giovanissime.

Tale aumento della sessualità tra i giovanissimi è indubbiamente favorito da fattori biologici, quali l'anticipazione della libertà e dell'età fertile, come documentato da diversi Autori.

Negli ultimi decenni si è infatti osservata nei paesi europei e nordamericani, la tendenza all'anticipazione del menarca di 3-4 mesi ogni decade, probabilmente per le migliorate condizioni alimentari ed igienico-sanitarie.

L'età media di comparsa del menarca è attualmente di 14-15 anni nei paesi rurali in via di sviluppo, mentre è di 12,5-13,5 anni nelle aree urbane di tutto il mondo.

Questi dati di fatto fanno ragionevolmente concludere che l'uso della pillola nelle giovanissime sia giustificato.

Luci ed ombre della contraccezione in Italia

Per contraccezione si intende il controllo della fertilità impedendo la fecondazione in via temporanea.

La contraccezione rappresenta pertanto uno dei mezzi per il controllo della fertilità (altri mezzi sono: l'aborto indotto, l'astinenza sessuale, la sterilizzazione).

Solo una certa percentuale di donne in età fertile desidera avere figli; per molte la gravidanza costituisce un ostacolo o un problema per le più diverse ragioni (professione, situazione economica, problemi di alloggio, ecc.) o addirittura un rischio (età avanzata, rischi genetici, malattie di cuore o di reni, ecc.). La scelta contraccettiva è adeguata solo quando il soggetto ottiene dalla società tutte le informazioni riguardanti le varie metodiche (scuola, Sistema Sanitario Nazionale, mass media), così da poter rapportare il rischio al beneficio relativamente alla propria situazione.

La mancanza di adeguate informazioni, ad esempio, ha determinato in molte nazioni il fallimento dei programmi di contraccezione per le giovanissime.

Le scelte contraccettive sono profondamente mutate negli ultimi vent'anni e la linea di tendenza moderna privilegia chiaramente i metodi più efficaci, primo in assoluto la pillola.

Purtroppo il nostro Paese vede sempre un notevole numero di interruzioni volontarie della gravidanza.

Notevoli sono poi le variazioni regionali riguardanti l'uso della pillola: si va dal 14,4% del Trentino-Alto Adige al 2,8% della Basilicata. Genericamente si può dire che l'uso della pillola è strettamente legato alla realtà socio-economica di ogni singola regione.

Sulla contraccezione in Italia, l'International Health Foundation ha compiuto un interessante studio su un campione di donne tra i 15 ed i 45 anni. Ne sono emerse informazioni interessanti, ma anche segni di disinformazione e di pregiudizio incredibili. L'indagine risale a qualche anno fa e molti dati che vi emergono sono da considerarsi superati, grazie soprattutto all'affidabilità ed all'innocuità delle pillole di ultima generazione.

LA PILLOLA IN ITALIA (1985)... E GLI ABORTI INDOTTI

[]

Aborti (per 1000 donne) (15 - 49 anni)

Pillola percentuale d'uso (15 - 45 anni)

Italia Settentrionale

[]

[]

Piemonte

18.4

7.0

Valle D'Aosta

18.5

12.6

Lombardia

14.9

8.1

Trentino Alto Adige

10.0

ABORTO NON VUOL DIRE CONTRACCEZIONE

Mercoledì 05 Luglio 2006 12:44

14.4

Veneto

6.7

6.6

Friuli

16.6

6.8

Liguria

17,5

8.5

Emilia

20.9

7.3

Italia Centrale

Toscana

19.0

6.1

Umbria

21.1

4.2

Marche

14.7

4.1

Lazio

19.0

5.1

Abruzzo

15.9

4.7

Sardegna

11.8

8.6

Italia Meridionale

Molise

14.6

3.3

Campania

11.0

3.1

Puglia

27.7

3.7

Basilicata

11.1

2.8

Calabria

8.0

2.9

Sicilia

11.6

4.7

LA PILLOLA IN EUROPA (1985)

PAESE

%

Belgio

38.4

Olanda

36.9

ABORTO NON VUOL DIRE CONTRACCEZIONE

Mercoledì 05 Luglio 2006 12:44

Francia

33.0

Svezia

31.6

Germania

31.0

Austria

26.2

Svizzera

22.0

Inghilterra

21.9

Portogallo

21.0

Finlandia

14.0

Spagna

13.6

Irlanda

11.0

ITALIA

7.3

Turchia

3.9

Grecia

1.9

Metodo anticoncezionale seguito:

30 % non segue alcun metodo

27% coito interrotto e/o astinenza periodica

23% profilattico

20% altri metodi

L'informazione alla donna viene fornita da:

64% Ginecologo

13% Consultorio

12% Amiche

11% Altri

Mini storia della pillola

La pillola anticoncezionale - ben presto diventata «la pillola» per antonomasia – nacque nel luglio 1960 quando Gregory Pincus la presentò a Co-penaghen al Congresso Internazionale sul controllo della fertilità.

Gli anni non sono passati invano. Almeno quattro generazioni di pillole si sono succedute,

sempre con continui miglioramenti, tanto che le pillole moderne hanno ormai dosaggi ormonali bassissimi e sono pressoché prive di qualsiasi effetto collaterale.

Grazie a questi progressi, la pillola andava incontro ad un rapido successo nei paesi industrializzati ed in tutte quelle società avanzate che vedevano in essa il mezzo più efficace ed economico per attuare una procreazione responsabile a prova di errore.

Ma non fu un cammino privo di ostacoli. Cominciarono ad apparire studi, rivelazioni, articoli che sottolineavano diversi aspetti negativi della concentrazione orale ed i rischi potenziali per le donne che usufruivano di questa forma di controllo delle nascite.

La conseguenza fu ovvia e comportò un massiccio ripensamento da parte della classe medica e delle donne nei confronti dell'uso della pillola.

Fu un castello che bisognò smontare pezzo dopo pezzo, avvalendosi di studi estremamente qualificati e degli indubbi progressi che il passare degli anni comportava nella formulazione della pillola.

Gli esempi possibili sono tanti.

Nel 1981, in Gran Bretagna, venne pubblicato da «Lancet» uno studio multicentrico che dimostrava un costante e sensibile declino della mortalità da malattie cardiocircolatorie nelle donne in età fertile, tra il 1961 ed il 1976, quando cioè l'uso della pillola era estremamente diffuso tra le inglesi.

L'ultimo episodio ha fatto cadere anche l'accusa che la pillola favorisca l'insorgere del cancro al seno. L'accusa, nata negli USA, dove 1 donna su 13 può aspettarsi di essere colpita da un cancro al seno, è rimbalzata in Europa, contribuendo non poco a mettere ancora nel dubbio le donne che ricorrevano alla contraccezione orale.

Gli studi compiuti in passato, sia per confutare che per confermare tale tesi, avevano il difetto di essere stati compiuti su campioni femminili troppo ridotti ed erano troppo a ridosso dell'assunzione di anticoncezionale. Poi l'autorevole «The New England Journal» ha pubblicato i risultati di uno studio compiuto su 4.711 donne tra i 20 ed i 54 anni che avevano avuto un tumore al seno ed un gruppo di controllo di 4.754 donne scelte a caso nelle stesse fasce d'età.

I risultati della grande indagine sono stati rassicuranti: le donne che hanno preso la pillola per periodi più o meno lunghi non hanno maggiori probabilità di sviluppare un tumore della mammella rispetto alle donne che non hanno mai usato la pillola.

Le quattro qualità indispensabili per una buona contraccezione sono:

l'efficacia,

l'innocuità,

la reversibilità (la donna ridiventa fertile sospendendo la pillola),

l'accettabilità.

Efficacia:

La pillola è al primo posto con una percentuale di sicurezza che rasenta il 100%, come testimoniano gli oltre 100 milioni di donne che oggi prendono la pillola. Da quando esiste, la pillola ha subito una vera rivoluzione, pervenendo a formulazioni con sempre minore dosaggio di principi attivi. Un progresso in questo settore è rappresentato dalla pillola trifasica, che unisce i vantaggi della più bassa dose di ormoni in assoluto (il 30% in meno rispetto alle monofasiche moderne: un grammo di ormoni in 30 anni di trattamento) con quello di uno schema di somministrazione che riproduce l'andamento fisiologico del ciclo mestruale. Nel ciclo mestruale fisiologico, infatti, la quantità di ormoni prodotti nel corpo della donna non è costante nell'arco del ciclo, ma varia nelle tre fasi del periodo femminile: la fase che segue immediatamente la

mestruazione, quella che coincide con l'ovulazione, quella che precede la mestruazione successiva.

Innocuità:

è legata alle caratteristiche della trifasica, fedele all'andamento naturale del ciclo, tanto da annullare possibili effetti collaterali. Questa pillola non solo non dà effetti collaterali, ma migliora gli eventuali disturbi esistenti prima del trattamento: acne, nausea, mal di testa, tensione mammaria, dismenorrea; inoltre non produce aumenti della pressione del sangue e non altera il metabolismo dei grassi e degli zuccheri. Vengono così a cadere le controindicazioni per la donna diabetica, per quella che ha problemi di varici, per l'adolescente, per la quarantenne. Alla Trifasica la scienza medica riconosce tre vantaggi:

- non fa ingrassare
- non provoca la comparsa di peluria
- migliora l'acne preesistente

Reversibilità:

è una caratteristica peculiare della trifasica che permette il più completo ripristino della fertilità dopo 10-15 giorni dalla sospensione del trattamento.

Accettabilità:

le ultime statistiche danno un incremento nei consumi della pillola di circa il 20%.

pubblicazione del marzo 1987