

**Fertilità: tante parole, pochi fatti.
Così l'Italia fa sempre meno bambini.**

Indice

- 1) Infertilità: le dimensioni del fenomeno
- 2) Infertilità: una tendenza in aumento
- 3) L'infertilità negli adolescenti
 - malattie sessualmente trasmesse
 - obesità
 - alcol e fumo
- 4) Infertilità negli adolescenti: perché prevenirla e come?
 - Danimarca
 - Finlandia
 - Olanda
 - Francia
 - Gran Bretagna
- 5) Focus Italia
 - l'inchiesta sui consultori
 - le campagne informative
 - l'educazione sessuale a scuola

Introduzione

Il problema dell'infertilità, che già oggi colpisce il 15 per cento delle coppie italiane, è in aumento in gran parte dei paesi occidentali, e non solo. Colpa, anche, di stili di vita non compatibili con la conservazione della fertilità. A rischio sarebbero soprattutto gli adolescenti, la cui salute sessuale è insidiata da problemi sempre crescenti come la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse, l'obesità, l'abitudine all'alcol e al fumo. Tuttavia, il problema della tutela della fertilità in Italia continua a non essere preso nella dovuta considerazione: non soltanto tra i ragazzi, che ne hanno un'idea piuttosto confusa, ma anche e soprattutto a livello politico e istituzionale. Eppure potrebbe essere proprio questa la strada per risollevare il tasso di fecondità dei paesi che oggi hanno una scarsa crescita demografica: lo dimostrano alcune ricerche delle Nazioni Unite e dell'OCSE, secondo cui esiste una correlazione diretta tra la presenza di specifiche politiche per sostenere la fertilità della popolazione, il livello di attenzione dedicato dalle istituzioni alla prevenzione dell'infertilità tra gli adolescenti, e il tasso di fertilità globale del paese.

Infatti, l'indagine condotta dal Centro Studi FeM sugli oltre 500 centri adolescenti italiani rileva come i consultori familiari, luoghi deputati all'informazione sulla sessualità per i giovani, siano pochi, con poco personale e poca formazione specifica sull'infertilità. Nelle scuole, a differenza dei paesi europei più avanzati, la cultura della sessualità resta fuori dalle aule. E anche le campagne di informazione promosse dalle istituzioni, previste anche dalla Legge 40 sulla Procreazione medicalmente assistita, sono poche rispetto ai bisogni informativi della popolazione.

Infertilità: le dimensioni del fenomeno

L'assenza di concepimento dopo 12/24 mesi di rapporti non protetti mirati al concepimento riguarda, secondo stime recenti, circa il 15% delle coppie italiane (*Istituto Superiore di Sanità, Registro nazionale procreazione medicalmente assistita*). Secondo i Centers for Disease Control (*Fertility, Family Planning, and Reproductive Health of U.S. Women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth*), negli Stati Uniti il numero di donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni con problemi di fertilità ammonta a 7,3 milioni (11,8 per cento della popolazione totale).

Una tendenza in aumento

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la prevalenza dell'infertilità si colloca stabilmente attorno al 10-12 per cento, con un probabile aumento nei prossimi anni dovuto alla diffusione in Europa di stili di vita non compatibili con la conservazione della fertilità. E infatti, una ricerca presentata nel 2005 al XXI Annual Meeting dell'ESHRE di Copenhagen da Bill Ledger, professore alla Sheffield University, dimostra che una coppia su sette oggi ha problemi di concepimento, ma nei prossimi anni questo numero potrebbe salire a una coppia su tre. Colpa non soltanto dell'età sempre più elevata delle donne che decidono di cercare una gravidanza, ma anche dell'aumento delle malattie sessualmente trasmesse (nel Regno Unito l'incidenza della *chlamydia* è raddoppiata negli ultimi dieci anni) e dell'obesità (nei paesi industrializzati il 6 per cento delle ragazze sotto i 19 anni è obeso).

A preoccupare, in particolare, è la crescita dell'infertilità maschile, poiché la quantità e la qualità dello sperma sembra essere in declino. Nel 1940, ad esempio, i giovani maschi europei avevano mediamente 100 milioni di spermatozoi per millilitro di liquido seminale. Oggi invece, nel 40 per cento dei danesi si contano meno di 40 milioni per millilitro, considerando che per definizione si parla di sterilità quando il numero scende al di sotto dei 15 milioni. In Italia la tendenza è analoga: si stima che la quantità di spermatozoi cali del 5 per cento ogni decennio. E già nel 1998 uno studio epidemiologico italiano ([Arch Ital Urol Androl. 1998 Apr;70\(2\):85-91](#)) condotto dai Medici Associati per la Terapia e Ricerca dell'Infertilità e Sterilità di Milano mostrava come negli ultimi

dieci anni in un gruppo di uomini rappresentativi della popolazione del Nord Italia si fosse verificato un declino nella qualità dello sperma. Analoghi trend si ritrovano in Nuova Zelanda ([Declining sperm quality in New Zealand over 20 years](#), Shine R, Peek J, Birdsall M. *N Z Med J*. 2008 Dec 12;121(1287):50-6), in Danimarca ([Int J Androl](#). 2008 Apr;31(2):74-80. Epub 2008 Jan 10), in Francia ([N Engl J Med](#). 1995 Feb 2;332(5):281-5).

Una recente indagine condotta a livello europeo dall'Instituto Valenciano de Infertilidad di Alicante in Spagna (IVI) ha analizzato il liquido seminale di circa 12 mila uomini di 13 paesi europei. L'Italia si colloca all'ultimo posto insieme a turchi e svedesi dopo Portogallo, Spagna, Norvegia, Olanda, Germania, Danimarca, Francia, Regno Unito e Irlanda.

Conferma le preoccupazioni Carlo Foresta, endocrinologo e andrologo all'Università di Padova, direttore del Centro di crioconservazione dei gameti della Regione Veneto, secondo cui nell'ultimo mezzo secolo si è affermato un trend negativo nella fertilità maschile, che ha ridotto del 40 per cento il numero di spermatozoi per millilitro.

L'infertilità negli adolescenti

Sebbene nei paesi occidentali il periodo dell'adolescenza non sia considerato il migliore per mettere in cantiere una gravidanza (secondo gli ultimi dati dell'OMS – Statistical Information System 2003 - in Italia il tasso di fertilità per questa fascia di età è del 7 per cento, in Francia dell'8 per cento), il problema dell'infertilità non può essere trascurabile. L'adolescenza viene considerata l'età di ingresso verso la salute, perché le abitudini di vita apprese in questo periodo vengono per lo più mantenute per tutta la vita. E infatti negli Stati Uniti, il National Infertility Prevention Program, programma di salute pubblica dei CDC per tutti gli Stati, è rivolto proprio agli adolescenti, con campagne informative e progetti di formazione destinati agli operatori della sanità pubblica (<http://www.cdc.gov/std/infertility/ipp.htm>).

Tra i fattori che possono minare la fertilità e rappresentare un problema in età adulta, ci sono:

1) L'aumento delle malattie sessualmente trasmesse (STD). Secondo l'OMS (*Sexually transmitted infections among adolescents, 2005*) nel mondo i più alti tassi di STD si trovano nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni (60 per cento dei nuovi casi di infezioni). Solo negli Stati Uniti, ogni anno tre milioni di adolescenti si infettano con una STD (*Sex Transm Dis*. 1999, Sep;26(8):472-5.). Anche in Italia aumentano tra gli adolescenti le infezioni sessualmente trasmesse anche gravi, come sifilide e gonorrea. Lo rivela un'indagine della Regione Lombardia che ha rilevato nel 2007 ben 248 casi di sifilide tra ragazzi da 11 a 19 anni. Una tendenza confermata in tutta Europa dal primo Documento Europeo sulle Malattie Sessualmente Trasmesse, pubblicato a giugno 2008. E un'infezione come la *chlamydia* – causa principale insieme al gonococco di lesioni delle tube - è aumentata negli ultimi dieci anni da 6 a 10 volte a seconda delle diverse Regioni (*Sigo 2009*).

2) L'obesità. La maggior parte dei paesi europei presenta livelli di diffusione di sovrappeso e obesità superiori al 10 per cento nei bambini e nelle bambine di dieci anni di età. Come dichiara l'EUFIC – European Food Information Council - in molti paesi questo livello supera il 30 per cento, come ad esempio in Grecia, Italia e Malta. In Inghilterra, nel 2002 lo IOFT (International Obesity Task Force), risulta obeso il 22 per cento dei bambini e ragazzi tra i 2 e i 15 anni e il 27,5 per cento delle bambine e ragazze della stessa età. Negli Stati Uniti sono tra il 16 e il 33 per cento gli adolescenti obesi (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - maggio 2008*). In Italia, i dati ISTAT e ISS mostrano come poco meno di un terzo dei nostri adolescenti sia sovrappeso (vedi tabella), mentre secondo l'indagine del Forum internazionale OMS/HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) a 11 anni il 25,6 per cento dei maschi e il 13,5 per cento delle femmine sono sovrappeso, e il 5,5 per cento dei maschi e l'1,5 per cento delle femmine sono obesi. Questi numeri tendono a diminuire con l'età.

3) Alcool e fumo. Sempre secondo l'OMS/HBSC i quindicenni che fumano sono il 16 per cento del totale, una percentuale molto simile a quella degli adulti. A 11 anni già il 12 per cento dei ragazzi beve alcolici almeno una volta alla settimana, e a 15 anni il 37 per cento: si tratta delle percentuali più alte d'Europa. I maschi, in ogni età e in ogni area geografica, bevono alcolici più frequentemente delle coetanee. Sempre a 15 anni il 27 per cento dei maschi e il 18 per cento delle femmine ha già sperimentato almeno una volta sostanze stupefacenti, il 2 per cento in totale ha provato droghe pesanti, il 2,6 per cento la cocaina.

4) L'aumento dell'incidenza di patologie potenzialmente legate ad infertilità. Diversi studi epidemiologici (*Pediatr Med Chir. ;15 (2):159-62 8100626*) evidenziano l'aumento dell'incidenza del varicocele nei ragazzi tra i 10 e i 16 anni, che oggi è stimato nel 6 per cento dei bambini di 10 anni, nel 13 per cento degli adolescenti, nel 15-20 per cento della popolazione adulta (*Antonio Marte, Università di Napoli, congresso Fimp 2008*). Anche l'endometriosi viene diagnosticata con sempre maggiore frequenza (*Obstet Gynecol Clin North Am. 2009 Mar;36(1):177-85*).

Eppure gli adolescenti hanno le idee poco chiare e molti miti sulla fertilità e sull'importanza di proteggerla, come già aveva dimostrato nel 2006 una ricerca dell'Osservatorio Sociale sull'Infertilità condotta sui giovani italiani tra i 18 e i 30 anni (I giovani e l'infertilità: una ricerca del LaRiCA). Interrogati sulla consapevolezza circa l'aumento della sterilità in Italia, circa un terzo dei ragazzi (31,6%) non era stato in grado di esprimersi al riguardo, mentre un quarto si era dichiarato di opinione contraria. La consapevolezza della crescente diffusione dei problemi di procreazione non è dunque particolarmente elevata tra i giovani italiani.

Diversi studi inglesi e americani (*Hum Reprod. 2008 Aug;23(8):1858-64, Contraception. 2003 Nov;68(5):385-91*) mostrano che i giovani sono relativamente coscienti del fatto che alcuni stili di vita possano avere un'influenza negativa sulla fertilità, ma si alimentano anche di miti e false credenze, sulle malattie sessualmente trasmesse o sugli effetti dell'uso di fumo e alcol, che non aiutano ad avere una percezione chiara del problema. Per questo gli esperti concordano: servono campagne per sensibilizzare i ragazzi e le ragazze, le donne, gli uomini, a fare tesoro del proprio patrimonio riproduttivo.

Perché prevenire l'infertilità negli adolescenti

Salvaguardare l'infertilità degli adolescenti e prevenire il problema di una futura sterilità è la strada maestra per risollevare il tasso di fertilità dell'intero paese. Lo dimostrano in modo inequivocabile alcune ricerche delle Nazioni Unite (*UN world population prospects 2008 e World population policies 2007*) e dell'OCSE (*Ocse family database 2009*), che mostrano come esista una correlazione diretta tra la presenza di specifiche politiche per modificare la fertilità della popolazione, il livello di attenzione dedicato dalle istituzioni alla prevenzione dell'infertilità tra gli adolescenti, e il tasso di fertilità globale del paese. Le nazioni europee più attente a questo ambito dell'educazione dei propri giovani cittadini, che hanno messo in atto progetti di prevenzione e di educazione sessuale, sono quelle che hanno i tassi di fertilità più alti del continente, minore incidenza di malattie sessualmente trasmissibili tra i ragazzi e tassi di aborto tra i più bassi. In Italia, osservano gli esperti delle Nazioni Unite, negli scorsi anni non è stata presa in debita considerazione la salvaguardia della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti in una prospettiva di risollevamento del tasso di fertilità nazionale. In particolare le indagini ONU mostrano come in dieci anni la classe dirigente del nostro paese non abbia mai mostrato preoccupazione rispetto alla questione della protezione della fertilità degli adolescenti né messo in atto politiche adeguate. Solo nel 2007, secondo l'agenzia, il nostro paese ha promosso (o si è dichiarato intenzionato a farlo) interventi mirati, indirizzati però alla popolazione adulta, nella quale comportamenti a rischio (fumo, consumo di alcol, sedentarietà, obesità, rapporti non protetti che hanno portato a contrarre STD) hanno già compromesso la possibilità di mettere al mondo dei figli.

Paese	Spesa pubblica per la famiglia (punti percentuali del PIL, media OCSE 2,3)	Tasso di fertilità (Fonte: UN World Population Prospects, 2008 revision)	Politiche e programmi rivolti alla fertilità degli adolescenti (1996)	Politiche e programmi rivolti alla fertilità degli adolescenti (2007)
Francia	3,5 / 4,0	1,89	Sì	Sì
Germania	3	1,32	No	Sì
Italia	1	1,38	No	No
Spagna	1,0 / 1,5	1,43	No	Sì
Grecia	1,0 / 1,5	1,38	No	Sì
Finlandia	3	1,83	No	Sì
Portogallo	1,5 / 2,0	1,38	Sì	Sì
Regno Unito	3,5	1,84	Sì	Sì
Svezia	3,0 / 3,5	1,87	Sì	Sì
Danimarca	3,0 / 3,5	1,84	Sì	Sì
Olanda	2,0 / 2,5	1,74	Sì	Sì

Fonte: Elaborazione Centro Studi FeM 2009 su fonti ONU e OCSE

Un confronto europeo

Che la compresenza tra politiche e programmi rivolti alla fertilità degli adolescenti, sostegno alle famiglie sia una strategia vincente per l'aumento del tasso di fertilità lo dimostrano i casi di Francia, Finlandia, Danimarca e Olanda. Questi paesi hanno i tassi di fertilità più alti d'Europa, e tutti vantano una forte spesa pubblica in favore della famiglia. Ma soprattutto hanno cominciato quasi quindici anni fa a proteggere la salute sessuale degli adolescenti con programmi nelle scuole, campagne informative e strutture sanitarie dedicate.

Danimarca

La Danimarca (*The Safe projects – sexuality education in schools, 2007*) è stata la prima nazione europea a rendere obbligatoria l'educazione sessuale a scuola: proprio dai programmi scolastici parte la prevenzione delle STD e la promozione della salute sessuale.

Finlandia

In Finlandia, riporta il Safe project, lo Studio Nazionale sulla Promozione della Salute a scuola valuta ogni due anni le conoscenze e i comportamenti in ambito sessuale degli studenti. Questo studio è usato dal 1995 per valutare l'efficacia dell'educazione sessuale a scuola e ha dimostrato che questo tipo di programmi ha un ruolo fondamentale nel promuovere le conoscenze degli adolescenti sulla salute sessuale.

Olanda

In Olanda - il paese con i tassi tra i più bassi d'Europa di gravidanze tra adolescenti, di diffusione delle STD tra i giovani, e di aborto e un tasso di fertilità di 1,74 – l'educazione sessuale è formalizzata all'interno di un curriculum nelle scuole secondarie. Tra i temi trattati, uso del preservativo per sicurezza e salute, e STD (riconoscere i sintomi, sapere le conseguenze, capire come prevenirle).

Francia

Quello del paese transalpino è il caso più emblematico. Secondo la legge relativa all'interruzione volontaria di gravidanza e la contraccezione ([loi n°2001-588 du 4 juillet 2001](#)) “l'informazione e l'educazione sessuale devono essere fornite da scuole, collegi, licei in almeno tre sezioni annuali e per gruppi di età secondo le modalità della circolare del 2003 (<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>). Nelle aule si deve parlare di gravidanze indesiderate, STD, AIDS, ma anche delle relazioni tra i sessi, di violenza sessuale, pornografia, omofobia”. L'educazione sessuale è prevista anche dal decreto legge del 2006 (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818367&dateTexte=>)

relativo alle competenze sociali e civiche che devono essere raggiunte nelle scuole. Le sessioni educative (una per ogni ciclo scolastico) sono realizzate da personale volontario educativo delle scuole, appositamente formato, che si appoggia a servizi e a operatori sanitari specifici esterni. A definire i programmi di educazione alla salute e alla sessualità nelle scuole è un “Comitato di educazione alla salute e alla cittadinanza”. Esiste anche un portale istituzionale interamente dedicato all'educazione sessuale nelle scuole (<http://eduscol.education.fr/D0060/accueil.htm>), dove si trovano anche guide per i formatori (e per i formatori dei formatori) di educazione sessuale nei licei e nei collegi, con suggerimenti pratici ed esempi su come lavorare in classe. Nel 2001 il Ministero della Pubblica Istruzione ha promosso una campagna all'interno delle scuole superiori, dal titolo “Bonheur d'aimer”: il progetto prevedeva la distribuzione di un kit pedagogico con materiale utile per organizzare attività di educazione sessuale. Qualche numero: dal 1997 al 2000 sono stati preparati 204 formatori di educatori che hanno permesso di raggiungere il numero di 10260 persone formate per organizzare e realizzare le sessioni di educazione alla salute nei tre livelli. Un istituto superiore su due (il 53 per cento) ha realizzato le sessioni.

Di prevenzione ed educazione in ambito extrascolastico si occupa invece l'INPES (Istituto nazionale prevenzione ed educazione alla salute - <http://www.inpes.sante.fr/>). L'istituto è nato nel 2002 con l'obiettivo di mettere in atto le politiche di prevenzione ed educazione alla salute stabilite dal governo. Ha prodotto diversi documenti e campagne relative a infertilità, soprattutto nell'ambito della prevenzione delle STD e dei comportamenti a rischio (http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1114.pdf#xml=http://search.atomz.com/search/pdfhelper.tk?sp_o=19,100000,0), guide multilingue per la promozione della salute tra gli immigrati e un opuscolo dedicato ai comportamenti a rischio tra gli adolescenti. Le numerose campagne informative promosse dall'amministrazione pubblica hanno riguardato, tra l'altro, la “prima volta” (come viverla in sicurezza - http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf#xml=http://search.atomz.com/search/pdfhelper.tk?sp_o=5,100000,0) e lo screening della gonorrea, specificando che tra le conseguenze c'è la sterilità

(http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1217.pdf#xml=http://search.atomz.com/search/pdfhelper.tk?sp_o=1,100000,0). Una delle ultime iniziative 2008-2009 è la campagna informativa sulle STD (<http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=70000/cp/09/cp090625.asp>).

L'istituto ha inoltre promosso anche la creazione di un sito rivolto ai giovani sulla sessualità, consapevole che il peer-to-peer è talvolta, in particolari ambiti, più efficace di uno scambio tra intergenerazionale: <http://www.onsexprime.fr/question/les-principales-ist>

Da circa dieci anni, inoltre, la Francia celebra la Giornata Nazionale per l'Infertilità, promossa dall'Associazione “Pauline et Adrien” .

Regno Unito

Anche nel Regno Unito si è lavorato molto sull'educazione sessuale, soprattutto perché questo paese ha il triste primato delle gravidanze tra adolescenti. Nel 2008 è stato stabilito che l'educazione sessuale nelle scuole primarie e secondarie debba essere obbligatoria. Entro il 2010 dovranno essere preparati dei curricula, differenziati per età, che includano educazione alle relazioni interpersonali, educazione sessuale, educazione per evitare i comportamenti a rischio, consumo di droghe e alcol, salute in generale (alimentazione e attività fisica).

(http://women.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/women/the_way_we_live/article5208865.ece).

Questi temi curricolari sono obbligatori anche per le scuole cattoliche. Da diversi anni, inoltre, il Ministero dell'Istruzione e del Lavoro pubblica linee guida sull'educazione sessuale e relazionale nelle scuole. Tra i punti evidenziati, l'importanza di rivolgersi a entrambi i sessi, e sottolineare le conseguenze, i sintomi e la prevenzione delle STD.

Per aumentare la consapevolezza nelle giovani generazioni, inoltre, il Ministero della Sanità ha sottolineato l'opportunità di prevedere "servizi dedicati alla salute sessuale" all'interno di scuole e università. La presenza di queste strutture in un ambiente più familiare ai giovani sembra soddisfare sia gli studenti (che preferiscono parlare con esperti estranei che con genitori o medici di famiglia), sia i genitori (tranquillizzati all'idea che i loro figli possano avere tutte le informazioni per una vita sessuale sana, sicura, soddisfacente) sia gli insegnanti (consapevoli che gli studenti che vivono in serenità ogni aspetto della loro vita imparano meglio, e vivono più serenamente l'ambiente scolastico).

Tra i centri di salute sessuale disponibili nel Regno Unito ci sono le Sexual Health Clinics, strutture pubbliche paragonabili ai nostri consultori. Più orientate verso i giovani sono invece le Gum Clinics (Genito-Urinary Medicine clinics), che forniscono gratuitamente tutti i test relativi alle STD, insieme alla consulenza di educatori di salute sessuale, anche per i minori di 16 anni.

Sul sito del sistema sanitario nazionale (NHS) britannico, poi, si possono avere tutte le informazioni sui problemi di fertilità: le cause più comuni di sterilità, i trattamenti, la prevenzione, e le istruzioni per ricevere supporto medico e psicologico. Il sito fornisce anche l'elenco e i recapiti di tutte le strutture sanitarie per area geografica che si occupano di salute sessuale. In tutte è previsto un test della *chlamydia* gratuito per i minori di 25 anni, come parte del programma nazionale di screening. Anche la National Association of Specialist Obstetricians and Gynaecologists fornisce al pubblico informazioni sull'infertilità.

Ogni anno, infine, il paese celebra il National Infertility Day promosso dall'associazione CHILD, evento pubblico nel quale esperti di ogni regione del paese promuovono informazione sul tema.

Focus sull'Italia

Il nostro paese ha uno dei tassi di fertilità più bassi d'Europa: 1,38 secondo le stime 2005-2010 del World Population Prospects (2008 revision). Un tasso, per altro, che negli ultimi anni è risalito grazie all'apporto delle cittadine straniere residenti in Italia. Nel 2006 – sottolinea il Servizio Popolazione, Istruzione e Cultura dell'ISTAT nel suo ultimo rapporto (2008) – queste hanno avuto in media 2,5 figli per donna, il doppio di quelli avuti dalle italiane (1,26). Questa maggiore propensione a avere figli mostrata dalle cittadine straniere ha contribuito significativamente alla ripresa della fecondità per il complesso della popolazione residente. E tuttavia, secondo le Nazioni Unite, le istituzioni italiane preposte alla prevenzione sono da sempre poco attente a questo tema. Soprattutto quando si parla di giovani e giovanissimi. Nel rapporto "Entre Nous" (UNFPA – WHO, no. 63 - 2006) Francesco C. Billari, direttore del Centro di ricerca sulle dinamiche sociali Carlo F. Dondena dell'Università Bocconi, in un articolo relativo alla consapevolezza della classe politica italiana rispetto ai problemi della bassa fertilità, sottolinea come sebbene tutti gli schieramenti riconoscano la gravità della situazione, nessun intervento determinante sia ancora stato preso in considerazione.

Ma quali strumenti hanno i giovani italiani che vogliono sapere quali siano i comportamenti che mettono a rischio la propria fertilità? L'informazione rivolta ai soggetti in età utile per la prevenzione può avvenire lungo tre direttrici:

- 1) informazioni nei consultori per adolescenti
- 2) campagne informative
- 3) educazione alla salute sessuale nel contesto scolastico

L'inchiesta sui centri pubblici destinati agli adolescenti

1) Per verificare il primo punto, è stata intrapresa un'indagine a tappeto sui consultori giovanili (centro giovani, spazio adolescenti), spazi pubblici rivolti esclusivamente all'ascolto e alla educazione di ragazzi e ragazze generalmente di età compresa tra i 15 e i 20 anni. Obiettivo dell'indagine era verificare la presenza di politiche e programmi di prevenzione nei confronti dei problemi di infertilità rivolti a soggetti adolescenti.

Metodologia

Dal raffronto tra il database dell'Istituto Affari Sociali (già Istituto Italiano di Medicina Sociale) e quello del Ministero della Salute è stata stilata la lista completa dei 531 spazi adolescenti, presenti per lo più all'interno dei consultori familiari pubblici o negli ospedali. A tutti i centri sono state fatte telefonate negli orari di apertura indicati, nel periodo compreso tra il 10 luglio e il 10 settembre 2009, ad eccezione della pausa estiva di agosto. Le richieste fatte ai centri sono state le seguenti:

- verificare l'attendibilità delle informazioni contenute nei database sopra indicati (correttezza dei recapiti e degli orari di apertura indicati)
- verificare l'effettiva presenza di uno spazio rivolto in modo specifico agli adolescenti
- verificare la presenza di un andrologo
- verificare la disponibilità di progetti informativi rivolti a ragazze e ragazzi sul tema della prevenzione dell'infertilità.

La telefonata di richiesta di informazioni avveniva nelle vesti di una madre di figli adolescenti preoccupata per le notizie pubblicate dai giornali relative all'aumento dei problemi di infertilità, o di una ragazza alla ricerca di informazioni per sé e per il proprio fratello adolescente, o di una giovane sensibile alle preoccupazioni del proprio fidanzato.

Al 10 settembre 2009 sono stati contattati tutti i 531 consultori che, secondo le informazioni fornite sul sito Internet dall'Istituto Affari Sociali e dal Ministero della Salute, ospitano spazi dedicati agli adolescenti.

Attendibilità del database

A una verifica puntuale delle informazioni contenute sui siti sopra citati, risulta innanzitutto che i dati forniti dall'IAS e dal Ministero della Salute sono in parte incompleti, quando non errati.

Infatti:

- per ben 206 centri (pari al 38,8 per cento del totale) non è stata ottenuta alcuna risposta negli orari indicati, nemmeno dopo ripetuti tentativi (p. es. se l'orario indicato era giovedì dalle 16 alle 18, sono state effettuate più chiamate all'interno dell'orario, e in settimane diverse).
- per 63 centri (pari all'11,8 per cento del totale), il numero riportato è risultato sbagliato o non attivo
- 74 centri (pari al 13,9 per cento del totale) indicati come centri adolescenti risultavano invece normali consultori senza spazi specifici dedicati ai giovani.

Il totale dei centri che hanno risposto è pari a 262. Di questi, 188 sono effettivamente centri adolescenti.

Regione	Numero centri	Sentiti	Non risponde	Numero sbagliato	Non sono centri adolescenti	Effettivamente consultati come centri adolescenti	Presenza andrologo	Fanno politiche specifiche
Bolzano	6	6	1	0	4	1	-	-
Trentino	2	2	0	1	0	1	-	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0	1	1	-
Lombardia	59	59	7	3	23	26	4 (Milano)	Como, Lecco, Mantova, Milano
Piemonte	43	43	9	1	7	26	-	Torino, Collegno, Ivrea, Settimo torinese, Chieri, Moncalieri, Cuorgnè, Luserna, Asti, Nizza monferrato
Veneto	47	47	19	13	3	12	1 (Mestre)	Rovigo, Mira, Savona
Friuli	5	5	3	1	1	0	-	-
Liguria	15	15	7	2	0	6	-	-
Emilia Romagna	25	25	9	2	1	13	2 (Bologna, Ferrara)	Forlì-Cesena, Ferrara, Ravenna, Rimini
Toscana	35	35	14	3	5	13	2 (Arezzo, Aulla)	Arezzo, Borgo San Lorenzo, Abbadia San Salvatore
Abruzzo	12	12	7	0	0	5	-	-
Marche	11	11	6	2	2	1	-	-
Molise	2	2	1	0	0	1	-	-
Umbria	9	9	6	1	1	1	-	Umbertide
Lazio	47	47	15	10	5	17	1 (Bracciano)	Bracciano, Pomezia, Roma,
Campania	37	37	27	2	1	7	-	Napoli
Puglia	32	32	11	3	6	12	-	Bari, Taranto
Basilicata	15	15	8	2	0	5	-	Potenza
Calabria	23	23	12	4	0	7	-	Catanzaro
Sicilia	88	88	40	12	14	22	-	Agrigento, Catania, Palermo
Sardegna	17	17	4	1	1	11	-	Alghero, Sassari
Totale	531	531	206	63	74	188 (35,40 per cento del totale)	11	

Analisi dei dati

I risultati dell'indagine mostrano come il settore pubblico sia ancora poco sensibile al tema della conservazione della fertilità, soprattutto di quella maschile. In molti casi la richiesta di avere informazioni su infertilità o conservazione della fertilità viene presa come un eccesso di zelo da parte di una madre ansiosa, come un'inutile preoccupazione (“non è questa l'età, se il ragazzo non vuole ancora avere figli che bisogno c'è”), come un problema del tutto trascurabile (“sono altri i problemi che qui dobbiamo affrontare”). Non solo, dunque, mancano alcune figure professionali specifiche (per esempio l'andrologo per i casi di infertilità maschile), ma spesso si avverte anche una mancanza di cultura relativa ai problemi della prevenzione tra gli stessi operatori che dovrebbero avere a cuore il problema.

In particolare, la **presenza di un andrologo** è stata rilevata in 11 centri adolescenti su 188 (5,9 per cento), dislocati per lo più nelle regioni settentrionali come Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana. Dal Lazio in giù, non c'è niente. Quando attiva, si tratta di una presenza saltuaria (in genere una volta a settimana, o una volta al mese, a volte su richiesta e per appuntamento). In alcuni sporadici casi (5), all'assenza di una figura specifica i consultori suppliscono con un rapporto diretto con l'andrologo ospedaliero, di cui viene fornito il recapito. Più spesso si rimanda al medico di base, allo specialista (urologo o endocrinologo) o si consiglia un colloquio con le altre figure tipiche del consultorio: l'ostetrica, la ginecologa, a volte addirittura la psicologa o l'infermiera. Queste figure, in caso di disagio manifesto possono poi indirizzare il ragazzo allo specialista.

Sprovvisi di strumenti adeguati appaiono i centri adolescenti anche quando si tratti di **politiche specifiche e progetti relativi alla conservazione della fertilità**. In 61 centri (32,4 per cento) gli operatori organizzano incontri nelle scuole per parlare in generale di educazione sessuale e di contraccezione, distribuiscono materiale informativo e a volte si soffermano sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, ma senza che questo venga necessariamente presentato come un problema che potrebbe pesare sulla fertilità futura.

In generale, la **disponibilità all'accoglienza di giovani con preoccupazioni relative alla fertilità, la comprensione del problema e ricerca di una soluzione** non appare elevatissima. Appena 68 centri (36,2 per cento del totale) mostrano di dare una certa importanza alla questione, e anche se con qualche perplessità provano a immaginare incontri con le figure più adatte. Nei restanti casi ci si scontra via via con l'incomprensione (si rimanda al SERT per problemi di alcool e droga), la diffidenza (una madre così ansiosa certamente rovina suo figlio) o l'ignoranza (più che spiegare l'uso del profilattico cosa possiamo fare?).

D'altra parte, è lo stesso strumento del Consultorio familiare, istituito dalla legge 405 del 1975, a non risultare adeguatamente sostenuto dalla sanità pubblica. In effetti, date le sue finalità, il consultorio sarebbe per legge, il luogo deputato per la fornitura di informazioni sulla salute sessuale e i rischi di infertilità: perché si occupa di salute sessuale degli adolescenti (prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, comportamenti a rischio, abitudini e stili di vita), e perché è il primo punto di riferimento per le coppie che cercano un bambino.

E tuttavia, già dai dati contenuti nella relazione del Ministro della Salute Livia Turco (sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2005, dati definitivi 2004) presentata del settembre 2006, il loro numero è inadeguato alle esigenze della popolazione. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile del 1998 stabilisce infatti 1 consultorio ogni 20.000 abitanti, mentre la media nazionale si attesta sullo 0,7, con forti disomogeneità nelle diverse Regioni.

Inoltre, da diversi anni i consultori familiari sono soggetti a un ridimensionamento nei finanziamenti, nelle strutture e nel personale. In particolare, a risentire di più di questo progressivo smantellamento sono i consultori pubblici, che arretrano a scapito di quelli privati. In Lombardia – ma lo stesso panorama è simile per altre Regioni: in Toscana, nel Lazio, in Abruzzo e in Puglia - a fronte di un aumento del 18% dei consultori pubblici dal 2003 al 2006, si registra un aumento del 53% di quelli privati. Nella stessa Regione, nel settore pubblico si è verificata anche una riduzione

del personale: nonostante l'aumento della popolazione (e di quella straniera, in particolare) gli operatori (ore settimanali rapportate a tempo pieno) sono diminuiti passando da 1.119 a 1.059, con un calo del 6%. Nello stesso periodo i consultori privati accreditati hanno avuto un aumento di operatori del 38% (da 1.128 a 1.551) e un aumento delle ore settimanali del 63%. In soli tre anni, si registra, nei consultori privati, un enorme aumento del numero di prestazioni (+163%) e di incassi (+132,2%). In Veneto, grandi finanziamenti sono stati erogati ai 27 consultori privati riconosciuti dalle Ulss: la Giunta veneta, su proposta dell'Assessore regionale alle politiche sociali Stefano Valdegamberi, ha assegnato oltre 270 mila euro di contributi per il 2008. Nel frattempo, il Fondo per le Famiglie ha subito pesanti tagli: a ottobre 2008 la Commissione Affari Sociali, esaminando il ddl 1713 relativo alla legge finanziaria e il ddl 1714 per il bilancio dello Stato annuale e triennale, ha annunciato un mega-taglio del 32%. A farne le spese, come ha dichiarato lo stesso sottosegretario alla presidenza del Consiglio con delega alla Famiglia, on. Carlo Giovanardi, saranno soprattutto i consultori familiari.

Le campagne informative

Come anche indicato nella legge 40/2004, all'articolo 2, il Ministero della Salute può promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità, con una spesa massima autorizzata di 2 milioni di euro a decorrere dal 2004, per far conoscere ai più giovani quali sono le possibili cause di infertilità e sterilità. Anche le Agenzie di sanità pubblica possono promuovere campagne informative che sappiano indirizzare i giovani verso una vita sessuale sana ed equilibrata.

Nella prima relazione del Ministro della salute al Parlamento, firmata dall'allora ministro Francesco Storace, datata giugno 2005, si legge che “per le spese per campagne di informazione pari a euro 1.000.000 il ministero della salute ha approvato il programma per la realizzazione – in collaborazione con l'Istituto Italiano di Medicina Sociale - di una campagna di comunicazione e prevenzione dei fenomeni della sterilità e infertilità la cui pianificazione è in corso”. Successivamente, però, come fanno sapere dallo stesso Istituto, “in considerazione delle notevoli difficoltà organizzative riscontrate per la definizione e la realizzazione delle attività progettuali, le parti contraenti sono giunte ad una risoluzione consensuale dello stesso. Conseguentemente anche le somme versate all'avvio della prevista collaborazione sono state restituite dall'Istituto al Ministero proponente”.

Ancora nel giugno 2006 e 2007 l'allora Ministro Livia Turco, nelle relazioni annuali, parlava di campagne informative sulla prevenzione dell'infertilità da realizzare in collaborazione con l'IIMS e l'ISS. E nell'ultima “Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge”, del 2008, si legge – nel paragrafo dedicato alle campagne di informazione e prevenzione: “i fondi stanziati relativi all'anno 2008 sono stati già destinati all'acquisto di spazi televisivi sulle maggiori emittenti nazionali per la veicolazione di uno spot sul tema della fertilità che sarà realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Direzione della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – settore Salute. Anche per il 2009 il Ministero intende attivare una campagna rivolta ai giovanissimi e alle giovani coppie adulte. L'obiettivo è quello di prevenire la sterilità sensibilizzando il target di riferimento sulla necessità di preservare la propria fertilità e di non comprometterla con l'assunzione di comportamenti a rischio”.

Nei fatti, tuttavia, la prima – e allo stato attuale, l'unica – campagna informativa dedicata esplicitamente alla fertilità risale al 2008: in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità il Ministero della Salute ha promosso la campagna “Proteggi la tua fertilità”, in cui l'immagine di una lattina si accompagnava al concetto di protezione dei gameti da uno stile di vita scorretto.

Per il resto, le campagne ministeriali sulla salute sessuale si sono concentrate soprattutto sulla prevenzione contro l'HIV e le malattie sessualmente trasmissibili (2004, 2006, 2007, 2008). Il 2007 è l'anno di una campagna per la promozione di un corretto stile di vita, nel 2008 è la volta di una per promuovere la vaccinazione contro il papilloma virus. Risale ai primi mesi del 2009 la campagna informativa sull'endometriosi "Quello che non so di me" <http://www.quellochenonsodime.it/>.

Infine, dal 29 settembre al 4 ottobre 2008 si è svolta la Settimana di informazione e prevenzione della Fertilità-Infertilità, promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Si tratta di una campagna nazionale di informazione rivolta ai giovani e alle giovani coppie, con l'obiettivo di diffondere informazioni di base su come tutelare la propria salute riproduttiva e la propria fertilità. All'interno della settimana è stato offerto un servizio di consulenze e visite gratuite che potevano essere prenotate al numero verde 800-561444. Il numero non è più attivo.

La legge n. 40/2004, all'art. 18 istituisce anche il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita, al fine di favorire l'accesso alle suddette tecniche da parte delle coppie. Tale Fondo, annualmente pari a Euro 6.800.000, è ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ma come vengono utilizzati questi fondi? Nel 2006, si legge nella Relazione, i fondi sono stati impiegati dalle Regioni soprattutto per l'acquisto di materiali tecnici o per il potenziamento a vario titolo dei centri di PMA. Sono poche le Regioni che hanno scelto di destinare parte dei fondi alla comunicazione, alla formazione e alla prevenzione dell'infertilità. Tra queste la **Regione Friuli Venezia Giulia**, che aveva tra gli obiettivi anche il potenziamento delle attività dei consultori, la **Regione Emilia Romagna**, che ha predisposto un programma regionale sull'infertilità di coppia con l'obiettivo di "una corretta informazione sulle pratiche di prevenzione della infertilità, di diagnosi e di terapia", la **Regione Liguria**, che ha destinato una quota del Fondo per attivare un progetto per promuovere la conoscenza e l'informazione circa la fisiopatologia della riproduzione umana rivolta a tutti gli operatori coinvolti (ginecologi ambulatoriali e ospedalieri, ostetriche, assistenti sanitari, medici scolastici e rappresentanti dei medici di famiglia), e un programma di incontri e di iniziative da svolgersi principalmente nell'ambito scolastico, per sensibilizzare la popolazione ligure in età fertile sulla conservazione del potenziale riproduttivo.

Infine, la **Regione Puglia** ha impiegato i fondi per realizzare progetti di educazione sanitaria sulla problematica della fertilità, di sostegno alle azioni di prevenzione e di corretta informazione sull'applicazione della legge n. 40/2004.

Negli anni successivi (2007/2008) nessuna Regione ha impiegato i Fondi per progetti di comunicazione o prevenzione dell'infertilità.

Altre iniziative, pure presenti, appaiono a carattere locale. La regione Emilia-Romagna, Dipartimento di ostetricia e ginecologia/Salute donna dell'Azienda sanitaria locale di Modena e **CeVEAS** (Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria), hanno dato vita nel 2001 al sito internet SaPeRiDoc (Centro di documentazione sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale). <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1>

La provincia di Milano, all'interno dell'Osservatorio Donna e in collaborazione con l'Associazione Sos Infertilità, ha pubblicato una guida dal titolo "Progetto prevenzione infertilità", con dati e informazioni relative a cause, epidemiologia, diagnosi e prevenzione dell'infertilità maschile e femminile.

L'educazione alla sessualità nelle scuole

3) Come appare evidente nel confronto con gli altri paesi europei, l'educazione sessuale nelle scuole rappresenta uno strumento fondamentale per restare in salute e salvaguardare la fertilità futura dei ragazzi. Ma in Italia la parola sesso è sostanzialmente bandita dai programmi ministeriali, sia nella scuola primaria che in quella secondaria. Tutto il contrario di quanto accade in Europa: in Svezia l'educazione sessuale fa parte dei programmi scolastici per i ragazzi dai 7 ai 19 anni come materia obbligatoria dal 1955; in Finlandia il 70 per cento dei giovani riceve informazioni sulla sessualità a scuola; in Portogallo l'educazione sessuale è materia obbligatoria in tutte le scuole dal 1990. In Francia l'educazione sessuale viene insegnata nelle scuole dal 1973, in Germania dal 1970.

Nel nostro paese la prima proposta di legge risale al 1910, ma nessun tentativo è riuscito a raccogliere consensi sufficienti per il varo di una legge nazionale. Il risultato è che i nostri bambini e adolescenti sono tra i più disinformati in Europa. Un'indagine Sigo dimostra che l'educazione sessuale è considerata dal 50% dei giovani una perdita di tempo, e il 22 per cento dei ragazzi e delle ragazze non raggiunge la sufficienza nel prendersi cura del proprio corpo. Eppure la salute riproduttiva è appena sfiorata dagli insegnanti di scienze naturali, quando non da quelli di scienze motorie (la vecchia educazione fisica). Risultato: fra le under 25, il 27, % per cento non è mai andata dal ginecologo (l'età media dei primi rapporti è di 17 anni).

Nelle scuole primarie e secondarie, le iniziative e i progetti di educazione alla sessualità e alla salute sessuale sono inserite all'interno del vasto contenitore dell'educazione alla salute. Per quanto riguarda la scuola primaria, nelle indicazioni curriculari del 2004 gli alunni affrontavano l'educazione alla salute sessuali in tre diversi ambiti: scienze, scienze motorie ed educazione alla salute. I programmi erano concentrati sull'anatomia e fisiologia umana, sulle notizie elementari sulla sessualità dell'uomo (differenze fisiche, rapporti affettivi e di collaborazione tra i membri di una coppia, maternità e paternità), sull'importanza dell'igiene personale e ambientale come condizione per la salute dell'organismo. Nel 2007 le nuove indicazioni sono invece contenute negli ambiti di "Corpo, movimento, sport" e "Scienze naturali e sperimentali", dunque sostanzialmente centrati sul benessere psico-fisico legato alla cura del proprio corpo e a un corretto regime alimentare.

Nella scuola secondaria di primo grado, le indicazioni del 2004 prevedono che gli studenti studino la riproduzione nell'uomo (anatomia dell'apparato riproduttivo, fecondazione, nascita e fasi della vita umana) e conoscano le malattie che si trasmettono per via sessuale. Le indicazioni del 2007 si soffermano soprattutto sulla prevenzione e sull'acquisizione di corretti stili di vita, sulla conoscenza e consapevolezza del proprio corpo e delle sue funzioni e caratteristiche. L'unico accenno alla sessualità è l'obiettivo, entro la fine della classe terza, di riuscire a "vivere la sessualità in modo equilibrato".

Nella scuola superiore di secondo grado, ogni istituto può stabilire autonomamente tempi, modi e finalità dei progetti di educazione alla salute, che sono però obbligatori. Sono principalmente i docenti di scienze e di scienze motorie a realizzare questi programmi, anche se spesso si instaura una collaborazione tra scuole e asl che garantisce la presenza di esperti nella scuola. Questi esperti possono avere diverse funzioni, organizzare programmi per studenti, attività di formazione per docenti e genitori o istituire uno sportello per colloqui con gli studenti. Le iniziative sono spesso a costo zero, ma le scuole possono ottenere fondi per questi progetti dal Ministero, dal Comune, dalla Provincia o da altri enti.