

Uno sguardo sulla contraccezione oggi in Italia

Dott.ssa Paola Parenti, Vice President DoxaPharma

Istituto di ricerche di mercato, sondaggi d'opinione e consulenza marketing per il settore salute e sanità

Donne in cerca di leggerezza, nella vita ma anche in fatto di contraccezione ormonale. È quanto emerge dall'elaborazione di tre diverse recenti indagini, ciascuna delle quali condotta su un campione di 1000 italiane rappresentative dell'universo di donne in età fertile.

Dai dati emerge infatti che i **top factors** che guidano le donne nella scelta o nel cambiamento del metodo contraccettivo ormonale sono il **parere del ginecologo** (nel **25%** dei casi), il **bisogno di maggiore leggerezza** (**17%**) e la **comparsa di una problematica** – come il mal di testa – che rende impossibile portare avanti la prima scelta (**15%**) (Figura 1).



Figura 1: I tre motivi principali per cambiare contraccettivo.

Il bisogno di leggerezza è declinato in termini di **minor dosaggio a parità di sicurezza**, per **dimenticare il "peso" degli effetti collaterali** (*in primis* connessi all'estetica quali cellulite e aumento del peso corporeo), ma anche di **maggior comodità** e **minore frequenza di assunzione**, per **rendere più light anche la compliance**, ovvero per vivere più liberamente l'adesione al metodo contraccettivo prescelto (Figura 2).

La leggerezza è ...



Figura 2: Il significato di leggerezza nella contraccezione ormonale.

Se da un lato le *users* sanno cosa vogliono (o cosa non vogliono) da un anticoncezionale, esiste ancora qualcosa che trattiene le italiane dall'aderire in modo più massiccio, più uniforme e più diffuso alla **contraccezione ormonale**, di cui fa uso il **19% delle donne in età fertile**, dato che rimane stabile da molto tempo (Figura 3).

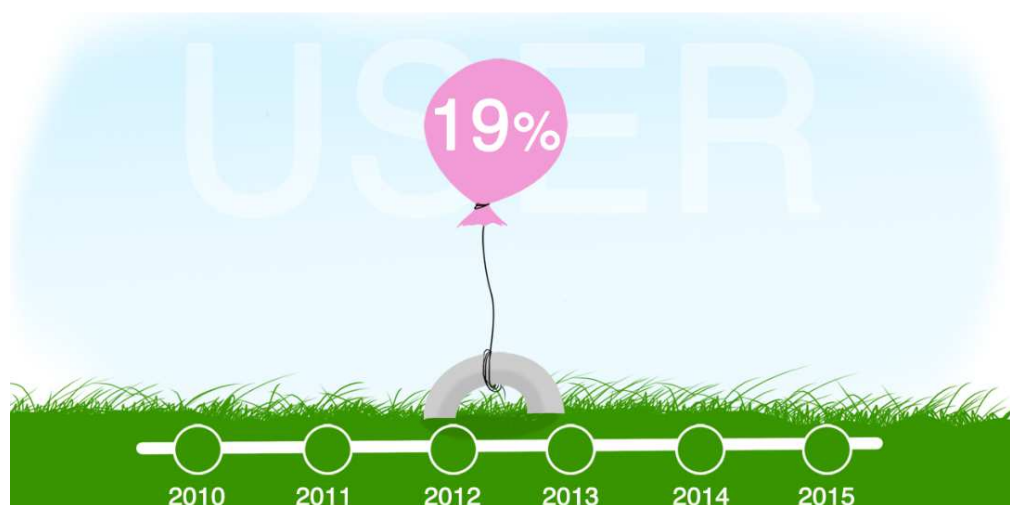


Figura 3: utilizzo della contraccezione ormonale in Italia.

Difficile individuare un solo perché per tale fenomeno. È però indubbio che **la scelta di come procedere in tale ambito è intima, molto profonda e mobilita la donna su diverse dimensioni: culturali, valoriali, relazionali e sociali**. Una scelta, quindi, che in superficie può sembrare semplice ma che, di solito, è pensata e maturata nel tempo più di quanto appaia, e per la quale di fondamentale importanza risultano, poi, **il supporto e il consiglio del ginecologo** nella individuazione del metodo.

Se osserviamo la distribuzione per tipologie di anticoncezionali, vediamo che precedono la **contraccezione ormonale (19%)**, il **preservativo (41%)**, i metodi di **contraccezione naturale (20%)** e l'utilizzo di **"nessun contraccettivo" (20%)**. Lasciando da parte il preservativo, che ha anche una implicazione d'utilizzo per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, la dicitura "nessun contraccettivo" fa in realtà riferimento al coito interrotto: colpisce dunque che, nel secondo millennio, una quota così consistente di donne senta la necessità di un sistema anticoncezionale e mantenga – evidentemente – titubanze rispetto ai sistemi di contraccezione ormonale (Figura 4).

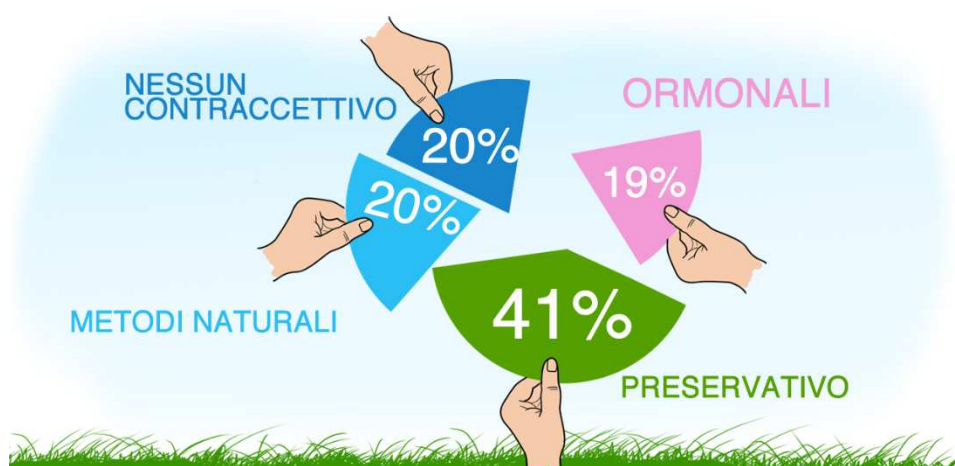


Figura 4: Distribuzione per tipologie di anticoncezionali utilizzati

Tra i contraccettivi ormonali, quello più utilizzato è la **pillola (68%)**. Questo dato si spiega in parte con il fatto che la pillola è stata storicamente l'emblema della contraccezione ormonale fino ad assurgere a sinonimo del concetto, e in parte perché la denominazione “la pillola” corrisponde attualmente a una rosa molto variegata di opzioni. Tuttavia, probabilmente, ha un peso in tal senso anche l'informazione meno capillare e costante sugli altri metodi contraccettivi ormonali disponibili per le donne. **Anello vaginale (14%)**, **cerotto (9%)** e **spirale (9%)** seguono infatti con percentuali più distanziate (Figura 5).

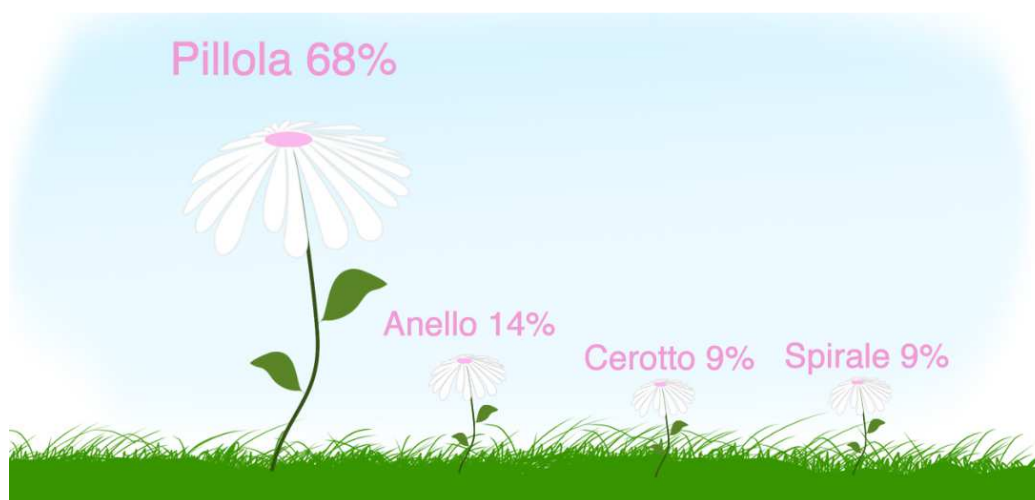


Figura 5: Distribuzione per tipologie di contraccettivi ormonali

Una riflessione sul perché sia difficile ampliare il bacino delle utilizzatrici di anticoncezionali ormonali riguarda la complessità della scelta di adottare un metodo contraccettivo (cui facevamo riferimento in precedenza), una decisione appunto intima e molto coinvolgente per la donna. Malgrado i costumi siano cambiati, le relazioni di coppia siano (forse) più paritarie e lineari e il dialogo aperto, la **scelta** della donna o della coppia di come portare avanti la programmazione della propria vita sessuale - e quindi del metodo contraccettivo - rimane molto **impegnativa**: perché riguarda l'accettazione profonda di un “sistema” che ci corrisponda, ma che, inevitabilmente, **comporta un impegno d'uso ed eventuali “effetti collaterali”**, sia pure ridotti al minimo, che rimandano nuovamente ai **bisogni oltre la contraccezione (basso dosaggio, leggerezza)**, riscontrabili in tutte le fasce d'età.

Per questa ragione, la **fiducia nel ginecologo** è sempre massima: amiche, passaparola, consigli letti in Rete vengono magari sottoposti all'attenzione dello specialista e discussi con lui, ma hanno un ruolo più marginale nel processo di scelta, perché il **contraccettivo deve essere quello “giusto” e su misura per ogni donna**.

Altro aspetto non trascurabile è che si tratta per lo più di una scelta che verrà portata avanti per anni, tanto da diventare radicata. È vero che nelle diverse età della vita ci possono essere differenti esigenze: per esempio, dopo le gravidanze la donna potrebbe decidere di optare per un metodo contraccettivo diverso da quello usato in precedenza, come la spirale. In generale, però, anche nel passaggio tra queste diverse fasi della vita, la scelta fatta a monte tende a essere confermata, proprio per la **valenza profonda della “prima scelta”**. Ovviamente ciò vale purché non insorgano problemi di salute o cambiamenti fisici che inducano il ginecologo a suggerire un differente metodo contraccettivo, per dosaggio o modalità di somministrazione. In base alle ricerche precedenti, solo il **22%** delle utilizzatrici della pillola l'ha sospesa o interrotta, una quota molto piccola,

considerando che l'età fertile delle donne è molto lunga.



Figura 6: Percentuale di sospensione/interruzione della pillola dal momento della prima assunzione

Stratificazione del campione

L'elaborazione è frutto di tre diverse recenti indagini, ciascuna delle quali condotta su un campione di 1000 italiane rappresentative dell'universo di donne in età fertile, intervistate tramite metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interview), ovvero attraverso un questionario semistrutturato, della durata di circa 20 minuti, somministrato online.

L'età fertile corrisponde a un lungo periodo, molto sfaccettato dal punto di vista delle esigenze poiché inclusivo di diverse fasi della vita di una donna: la scoperta della sessualità, le prime relazioni stabili, le scelte di vita o di coppia. Per tale motivo, le donne intervistate sono state suddivise in tre classi di età - 18-24 anni (22%), 25-34 anni (38%), 34-45 anni (40%), con una distribuzione piuttosto uniforme nelle diverse aree geografiche del Paese, (25% residenti nel Nord Ovest, 19% nel Nord Est, 21% nel Centro e il 35% nel Sud e nelle Isole) (Figura 7).

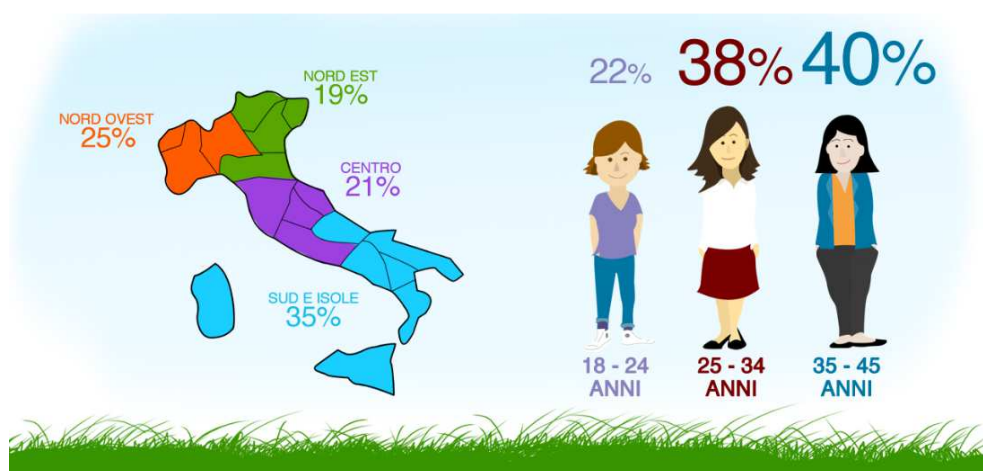


Figura 7: Stratificazione del campione