



# Pianificazione familiare: un diritto per tutti

**Per una donna o per la sua famiglia non tutti i momenti sono adatti in egual misura per avere un figlio.**

Le conseguenze di una gravidanza e di un parto non pianificati per la donna interessata, la sua famiglia e la società non sono trascurabili: possono incidere negativamente sullo sviluppo dei bambini o, ad esempio, portare alla violenza domestica. Per garantire pari opportunità di accesso alla contraccezione, le informazioni devono essere disponibili e facilmente accessibili per i diversi gruppi di destinatari a livello nazionale e l'assunzione dei costi va disciplinata in modo uniforme.

## IN BREVE

- In Svizzera, tra le coppie sposate una gravidanza su cinque non è pianificata. Tra le madri non sposate, invece, non lo è una gravidanza su tre.
- I costi elevati dei contraccettivi costituiscono un motivo importante per cui le donne in condizioni economiche più sfavorevoli non li utilizzano.
- Le interruzioni di gravidanza sono coperte dall'assicurazione malattie, i contraccettivi invece no. Questo è un disincentivo finanziario.
- Le interruzioni di gravidanza sono più frequenti nei gruppi di popolazione vulnerabili e in quelli con un retroterra migratorio.
- Promuovere contraccettivi accessibili significa anche promuovere bambini e famiglie sani.
- È quindi necessario migliorare le pari opportunità di accesso alla contraccezione:
  1. copertura dei costi da parte dell'assicurazione malattie di base, compresa la pillola del giorno dopo;
  2. riduzione delle barriere linguistiche nelle informazioni fornite alle persone interessate (traduzione di documenti, ricorso a interpreti);
  3. rafforzamento dell'educazione sessuale negli istituti di formazione.

Il momento in cui una donna ha un figlio – il primo o un altro – ha un impatto importante sulla sua vita e/o su quella della sua famiglia. L'accesso ai metodi di pianificazione familiare costituisce una condizione per la scelta autodeterminata del momento in cui iniziare la gravidanza, quando la donna e/o la sua famiglia sono pronte per avere un (altro) figlio. Ciononostante, si stima che circa la metà di tutte le gravidanze nel mondo non sia pianificata, sebbene la percentuale sia lievemente inferiore nei Paesi industrializzati. Oltre la metà di queste gravidanze viene comunque portata a termine (Bearak et al. 2020), da un lato perché il desiderio di avere un figlio c'è e soltanto il momento non è ideale, dall'altro perché la possibilità di interrompere la gravidanza non esiste o non viene presa in considerazione per motivi culturali o religiosi. A seconda della situazione della madre e della sua famiglia, un figlio non pianificato avrà un impatto diverso sulla vita della madre e su quella del figlio stesso (David 2006, de La Rochebrochard e Joshi 2013, Helfferich et al. 2014, Helfferich et al. 2021). Le gravidanze non pianificate sono frequenti anche in Svizzera. Ad esempio, nello studio nazionale sulla salute e l'alimentazione dei neonati nel primo anno di vita del 2014, il 18,8 per cento delle madri sposate ha dichiarato che la gravidanza dell'ultimo figlio non era stata pianificata, a fronte del 32,3 per cento delle madri non sposate (SWIFS 2014).

## Pianificazione familiare facilmente accessibile per famiglie e bambini sani e forti

Promuovere una pianificazione familiare facilmente accessibile significa anche promuovere famiglie e bambini forti e sani. Le ricerche condotte in diversi Paesi europei hanno mostrato che le coppie si separano più spesso dopo una gravidanza non pianificata rispetto a quelle la cui ultima gravidanza lo è stata. Inoltre, i bambini nati da una gravidanza non pianificata hanno più spesso problemi di salute e le loro capacità cognitive sono in media meno buone (Carson et al. 2013, de La Rochebrochard e Joshi 2013, Shreffler et al. 2021). Anche la violenza domestica è più spesso presente nelle famiglie in cui l'ultimo figlio non era pianificato (Yakubovich et al. 2018). Questi svantaggi non sono limitati a specifici ceti sociali.

Anche l'accesso alla contraccezione fa parte dei diritti riproduttivi. Informazioni facilmente accessibili e contraccettivi economici e di buona qualità devono essere disponibili per tutte le fasce della popolazione<sup>1</sup>. In Svizzera, diversi servizi specializzati forniscono informazioni sui contraccettivi. L'elenco di questi servizi è pubblicato dall'organizzazione mantello Salute sessuale Svizzera, l'organo dei centri di salute sessuale in Svizzera, insieme all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Soprattutto per le persone che conoscono troppo poco il sistema sanitario svizzero può essere difficile trovare le informazioni pertinenti<sup>2</sup>. Se la consulenza per la pianificazione familiare viene fornita a persone che non parlano la lingua senza interpreti professionisti, anche l'accesso alla contraccezione è limitato (Origlia Ikhilor et al. 2017, Siebner 2017). I dati dell'indagine rappresentativa sulla salute in Svizzera del 2017, ad esempio, hanno mostrato grandi differenze nell'uso dei contraccettivi in base a fattori sociodemografici come il Paese d'origine (Merten e Tschudin 2021)<sup>3</sup>.

Nonostante l'elevato tasso di contraccezione generale, l'accesso ai contraccettivi è limitato anche per le persone povere, i beneficiari dell'aiuto sociale e i giovani (Cignacco et al. 2017, Merten e Tschudin 2021). Ad esempio, nel 2017 le persone a basso reddito, indipendentemente dallo status migratorio, hanno utilizzato i contraccettivi ormonali in media meno frequentemente rispetto alle persone della stessa fascia d'età (Merten e Tschudin 2021).

## Finanziamento dei contraccettivi

I costi dei contraccettivi svolgono un ruolo centrale nelle differenze riguardo al loro utilizzo. Essi devono essere sostenuti dai privati, poiché di regola le casse malati non li prendono a carico. L'aiuto sociale non è tenuto ad assumere i costi dei contraccettivi, nemmeno per chi beneficia delle sue prestazioni, sebbene la decisione in merito spetti al singolo Comune. In alcuni Cantoni, l'assunzione dei costi è possibile per determinati gruppi di persone, come quelle per cui è in corso una procedura d'asilo, ma non copre tutti i contraccettivi (Cignacco et al. 2017). Queste barriere portano tra l'altro a un aumento del tasso di aborti tra le donne migranti (Kurth et al. 2010, Rausa 2022), perché, contrariamente ai contraccettivi, le interruzioni di gravidanza sono coperte dalle casse malati. Questo disincentivo finanziario è contrario alle direttive internazionali, come il punto 8.25 del programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, che afferma che in nessun caso l'interruzione di gravidanza dovrebbe essere promossa come metodo di pianificazione familiare.

- 1 Il «Capitolo IV: Obiettivi strategici e azioni, C. Donne e salute» della Dichiarazione e Piattaforma d'azione della quarta Conferenza mondiale delle donne di Pechino afferma, tra le altre cose, che gli individui devono essere «in grado di avere una vita sessuale sana e sicura» e «avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo». Quest'ultima condizione include «il diritto di uomini e donne alla informazione e all'accesso a sicuri, efficaci, economici e accettabili metodi di pianificazione familiare di loro scelta, così come di metodi per la regolazione della fertilità non illegali» (punto 94). «La promozione di un esercizio responsabile di questi diritti per tutti gli individui deve essere la base fondamentale per politiche e programmi pubblici, nazionali e locali, nel campo della salute riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare.» (punto 95). Le azioni raccomandate sono tra l'altro la predisposizione di un'assistenza sanitaria di base più facilmente accessibile, disponibile, economica e di qualità, compresa l'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, il che include informazioni e servizi di pianificazione familiare.
- 2 Sebbene sia disponibile in tedesco, francese e italiano, il sito Internet non contiene informazioni specifiche per i migranti su come è organizzato l'accesso alla contraccezione in Svizzera..
- 3 Le persone di origine svizzera sono state le più numerose a dichiarare di utilizzare i contraccettivi. Le persone provenienti dall'Europa sudorientale, dalla regione del Mediterraneo orientale e dall'Africa li hanno usati molto meno frequentemente, mentre i risultati per quelle provenienti dai Paesi confinanti con la Svizzera erano molto simili a quelli della popolazione svizzera.

# RACCOMANDAZIONI

Le pari opportunità di accesso alla contraccezione promuovono la possibilità di pianificare la fondazione o l'ampliamento di una famiglia, e quindi la salute e le opportunità di sviluppo dei bambini e delle loro famiglie.

La seguente misura consente un buon accesso alla contraccezione per tutti:

## Assunzione dei costi

Poiché l'attuazione di misure volte a migliorare l'accesso alla contraccezione è per principio di competenza dei Cantoni, come affermato nel parere del Consiglio federale in risposta al postulato 18.4228 Garantire a tutti l'accesso alla contraccezione, l'assunzione dei costi dei contraccettivi (compresa la pillola del giorno dopo) da parte dell'assicurazione malattie di base è il modo più appropriato per raggiungere le pari opportunità<sup>4</sup>.

## Altre misure

- **Traduzione in diverse lingue** delle informazioni sulla pianificazione familiare in Svizzera sui siti Internet di organizzazioni e servizi specializzati attivi a livello nazionale, cantonale e comunale contro la violenza sessuale, per la salute sessuale ecc.
- **Assunzione dei costi per gli interpreti professionisti** durante le consulenze mediche sui contraccettivi.
- **Rafforzamento dell'educazione sessuale** negli istituti di formazione.

<sup>4</sup> I costi dei contraccettivi (compresa la pillola del giorno dopo) dovrebbero essere coperti almeno per i beneficiari dell'aiuto sociale, le persone per cui è in corso una procedura d'asilo, i giovani adulti fino a 25 anni e le persone che beneficiano di riduzioni dei premi delle casse malati.

### Editrice

Commissione federale per le questioni familiari COFF  
c/o Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS  
Effingerstrasse 20, 3003 Berna  
sekretariat.ekff@bsv.admin.ch  
ekff.ch

### Autrice

Sonja Merten, responsabile del settore Society, Gender and Health  
allo Swiss Tropical and Public Health Institut, membro della COFF

I policy brief sono contributi della Commissione federale per le questioni familiari COFF per il dibattito pubblico su temi rilevanti per le famiglie. Le opinioni espresse sono quelle degli autori e non coincidono necessariamente con quelle della COFF.

### Informazioni e contatto

Nadine Hoch  
Responsabile della segreteria della Commissione federale  
per le questioni familiari COFF  
Tel. 058 484 98 04  
sekretariat.ekff@bsv.admin.ch

## Bibliografia

- J. Bearak et al., «Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019», in *Lancet Global Health*, volume 8, numero 9, 2020, pagg. e1152–e1161.
- C. Carson et al., «Effects of pregnancy planning, fertility, and assisted reproductive treatment on child behavioral problems at 5 and 7 years: evidence from the Millennium Cohort Study», in *Fertility and Sterility*, volume 99, numero 2, 2013, pagg. 456–463.
- E. Cignacco et al., «Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (refugee). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen, BFH, 2017.
- H. P. David, «Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study», in *Reproductive Health Matters*, volume 14, numero 27, 2006, pagg. 181–190.
- E. de La Rochebrochard, H. Joshi, «Children born after unplanned pregnancies and cognitive development at 3 years: social differentials in the United Kingdom Millennium Cohort», in *American Journal of Epidemiology*, volume 178, numero 6, 2013, pagg. 910–920.
- C. Helferich et al., «Unintended pregnancy in the life-course perspective. Advances in the Life Course Research», volume 21, 2014, pagg. 74–86.
- C. Helferich et al., «Unintended conceptions leading to wanted pregnancies – an integral perspective on pregnancy acceptance from a mixed-methods study in Germany», in *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, volume 26, numero 3, 2021, pagg. 227–232.
- E. Kurth et al., «Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals», in *BMC Public Health*, volume 10, 2010, pag. 659.
- S. Merten e S. Tschudin, «Verhütung: Fokus Migration und Lebensstil», Obsan, rapporto 06/2021.
- P. Origlia Ikhilor et al., «Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE Projektbericht», BFH 2017.
- F. Rausa, «Nascite contrastate», in *Demos*, volume 1, 2022.
- K. M. Shreffler et al., «Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding», in *Infant Mental Health Journal*, volume 42, numero 3, 2021, pagg. 362–373.
- C. Siebner, «Schwangerschaftsverhütung – Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz?», in *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Bzga*, volume 2, 2017, pagg. 29–31.
- SWIFS – Swiss Infant Feeding Study, Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr, studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dall'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV) 2014; sintesi in italiano.
- A. R. Yakubovich et al., «Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies», in *American Journal of Public Health (AJPH)*, volume 108, numero 7, 2018, pagg. e1–e11.