

Contracezione e salute: strategie per il raggiungimento degli SDGs nei paesi africani

Una review della letteratura dalla definizione degli UN-SDGs ad oggi (2015-2019)

Gianluca Lattuada

Corso di Politiche globali per la salute – Università degli Studi di Milano Bicocca

Marzo 2019

Abstract

L'elaborato ha l'obiettivo di fornire una review della recente letteratura sviluppatasi dalla definizione da parte delle Nazioni Unite dei Sustainable Development Goals ad oggi. Nello specifico ci si focalizza sull'accesso ai servizi di cura e contraccezione nel migliorare la salute riproduttiva e sessuale delle donne africane, dividendo la letteratura in tre tematiche di studio: leggi e politiche, educazione e informazione e modelli trasversali. A seguito dell'analisi, si propone come strategia un approccio "olistico": le organizzazioni internazionali fissano e uniformano gli obiettivi, i quali vengono recepiti dai singoli Stati che intervengono con politiche pubbliche e ampliano l'offerta dei servizi dove necessario. Successivamente, attraverso programmi informativi ed educativi specifici per i singoli stakeholder (in primis gli operatori front-line) si aumenta la consapevolezza (awareness) che innesca azioni di monitoraggio e advocacy verso i policy-makers da parte di un sempre più ampio gruppo di cittadini attivi, così da creare un processo di miglioramento continuo dal basso verso l'alto e viceversa, in grado di aumentare il livello di salute globale.

Keywords

contraccezione, salute riproduttiva, salute sessuale, family planning, diritti delle donne

1 INTRODUZIONE

Nel 2015, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha raccolto in 17 punti gli obiettivi da raggiungere entro il 2030. Nello specifico, il punto 3 dei Sustainable Development Goals (UNDP, 2015) ha come target:

- 3.2 By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births
- 3.4 By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being
- 3.7 By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes

Correlato ad esso, il punto 5 che si focalizza sull'importanza del "Gender equality" (UNDP, 2015):

- 5.3 Eliminate all harmful practices, such as child, early and forced marriage and female genital mutilation
- 5.6 Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences

Durante la conferenza "Contraception: the key to achieving SDGs by 2030" che si è tenuta a Londra il 20/09/18 organizzata da FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) è emerso che ad oggi, nei paesi a basso reddito, ci sono ancora 885 milioni di donne in età riproduttiva che vorrebbero evitare una gravidanza ma non riescono o non possono; 23 milioni di ragazze tra i 15 e 19 anni in paesi in regioni in via di sviluppo devono far fronte a "unmet needs" (bisogni non soddisfatti) per quanto riguarda l'accesso ai moderni metodi di contraccezione, infine 21 milioni di ragazze tra i 15 e 19 anni e 2 milioni sotto i 15 anni, che ogni anno rimangono incinta (FIGO, 2018), con effetti sulla salute riproduttiva e sessuale e impossibilità di

pianificare la propria vita (personale, familiare, professionale).

In Africa, le adolescenti sono costantemente soggette a varie forme di violenza sessuale che si perpetuano in casa, a scuola e all'interno della loro comunità. Da una survey dell'African Child Policy Forum nel 2010 è emerso che la scuola è il secondo luogo in cui avvengono le violenze sessuali tra le ragazze tra i 13 e i 17 anni. In Sierra Leone, il 30% degli stupri sono correlati all'ambiente scolastico. In Swaziland, un terzo delle donne adulte ha ammesso di aver subito una qualche forma di violenza sessuale durante l'adolescenza. Tutte le vittime hanno un alto rischio di incorrere in gravidanze non desiderate e di contrarre malattie sessualmente trasmissibili (Oyekunle & Nienaber, 2017).

Da questo scenario emerge chiaramente che i paesi a basso reddito debbano confrontarsi con grandi sfide sia interne che esterne che comprendono barriere di diversa natura ma anche fattori abilitanti che dovrebbero essere utilizzati come leve per il raggiungimento dei target dell'Agenda 2030.

Per la stesura della review sono stati individuati 24 tra i più recenti studi partendo dalle pubblicazioni del 2015 fino a marzo 2019, con la consapevolezza del fatto che l'ampiezza del tema trattato non si esaurisce in poco meno di cinque anni di ricerca. Tuttavia, l'obiettivo è anche quello di capire se la definizione dei SDGs possa contribuire a focalizzare il lavoro di ricerca su specifiche barriere o fattori abilitanti, in fatto di accesso ai sistemi di salute e in particolare ai moderni strumenti di contraccezione, così da permettere il raggiungimento dei target di sviluppo sostenibile fissati dalle Nazioni Unite.

2 RISULTATI

Riguardo l'analisi del problema delle donne africane nell'accedere ai sistemi di cura e conseguenti soluzioni per superare le barriere permettendo l'accesso ai servizi contraccettivi, sono stati individuati nella letteratura i seguenti pattern:

- Leggi e politiche
- Informazione ed educazione
- Modelli trasversali o multilivello

2.1 Leggi e politiche

'The Role of Public-Sector Family Planning Programs in Meeting the Demand for Contraception in Sub-Saharan Africa' (Bongaarts & Hardee, 2017) esamina 26 paesi dell'Africa sub-sahariana tra il 1990 e il 2014 cercando di individuare gli indicatori che influiscono sul comportamento della popolazione in fatto di accesso ai moderni contraccettivi, domanda

totale di contraccettivi a cui devono far fronte i paesi e domanda che riescono a soddisfare. In particolare, viene analizzato il ruolo del public-sector family planning program impact (PFPI) e la sua relazione con la diffusione di metodi contraccettivi moderni. Nell'analisi vengono esaminati inoltre 4 paesi, utilizzati come casi studio: Nigeria, Etiopia, Ruanda e Kenya. Prendendo il caso della Nigeria ad esempio, paese in cui vi sono forti barriere culturali e religiose, viene evidenziato come i programmi di family planning siano fondamentali e come il settore privato stia giocando un ruolo importante per la diffusione dei contraccettivi. Tuttavia, sono necessari sforzi più importanti da parte del governo per soddisfare la domanda di tali servizi, espandendo l'accesso a sempre più popolazione e facendosi garante del rispetto dei diritti. Il risultato della ricerca dimostra come i programmi pubblici in fatto di family planning svolgano in generale un ruolo determinante nella diffusione della contraccezione. Pertanto, la domanda insoddisfatta di tali servizi può essere attribuibile alle politiche pubbliche attuate dai governi dei vari paesi.

'Human rights advances in women's reproductive health in Africa' (Ngwena, et al., 2015) si focalizza sull'importanza dell'adozione, da parte della African Commission on Human and Peoples' Rights, del Commento Generale n.2 sull'interpretazione all'art.14 del Protocol to the African Charter on the Rights Women che garantisce alle donne i diritti in fatto di controllo della fertilità, contraccezione, family planning, educazione e aborto. Tale presa di posizione da parte della Commissione ha valore a livello generale poiché è segno di volontà di proseguire il trend che individua come priorità l'eguaglianza tra i sessi e l'eliminazione di ogni forma di discriminazione verso le donne, ma è fondamentale anche per tutti gli stakeholder: operatori sanitari, avvocati, giudici, legislatori e policy-maker. Nel Commento Generale la Commissione osserva inoltre come la proporzione delle donne in Africa che non hanno accesso ai contraccettivi rimanga alta rispetto ad altre regioni. La conseguenza principale è l'aumento delle gravidanze inattese che a loro volta rinforzano la scelta delle donne di ricorrere a tecniche di aborto non sicure, causa del 13% della morte post partum della madre (maternal mortality). In un continente caratterizzato da scarsi servizi ostetrici, gli Stati dovrebbero innanzitutto cercare di rispondere alla domanda di contraccettivi in modo tale da diminuire il tasso di morbosità e le morti delle madri.

'Adolescents' access to emergency contraception in Africa: An empty promise?' (Oyekunle & Nienaber, 2017) evidenzia l'impegno dei governi negli ultimi anni nel dare priorità a programmi per adolescenti con

focus sulla loro salute sessuale e riproduttiva. Tale impegno tuttavia non sembra risultare efficace. Sono numerose le gravidanze inattese, a loro volta correlate ad un basso uso di contraccettivi specialmente tra le adolescenti. Queste incorrono in forti discriminazioni in fase di accesso a informazioni e servizi sanitari, soprattutto in fase di richiesta di contraccettivi di emergenza (pillola ormonale che deve essere assunta entro 72 ore dal rapporto). Si è poi osservato che solamente il 12% delle adolescenti in Nigeria e l'11% in Ghana conoscono effettivamente i tempi per utilizzare correttamente i contraccettivi di emergenza. Ogni governo pertanto si dovrebbe innanzitutto impegnare nell'eliminazione di ogni barriera all'accesso dei servizi di contraccezione di emergenza. Politiche pubbliche chiare sulla contraccezione di emergenza ne promuovono la disponibilità e l'utilizzo. Inoltre, se tali servizi sono previsti solamente tramite prescrizione e non sono inseriti in politiche pubbliche di family planning, continuano a permanere ostacoli all'accesso: una adolescente che ha bisogno del contraccettivo deve prima recarsi in un ospedale per richiedere la prescrizione del medico e successivamente in farmacia per comprare il farmaco, aumentando il numero di azioni da compiere e il tempo necessario che rischia di superare quello richiesto dalla corretta assunzione (soprattutto in Africa dove le distanze possono essere molto lunghe). Altre barriere sono costituite dagli alti costi dei farmaci e da clausole 'di coscienza' a cui possono addurre i farmacisti per rifiutarsi di vendere i contraccettivi. In linea con il Commento Generale n.2 dell'African Commission, ogni Stato dovrebbe pertanto impegnarsi per rimuovere ogni barriera e ogni ostacolo ai fini di un libero accesso, garantito a tutti, ai contraccettivi di emergenza.

'Navigating conflicting laws in sexual and reproductive health service provision for teenagers' (Moult & Alexandra, 2016) si concentra sul framework politico e legale presente in Sud Africa. In particolare, si analizzano le tensioni provocate dalle principali normative in fatto di salute sessuale e riproduttiva: Termination of Pregnancy Act, Children's Act, National Health Act, Criminal Law (Sexual Offences and Related Matters), Amendment Act. L'articolo esamina i dati qualitativi raccolti dalla Gender, Health and Justice Research Unit dell'Università di Cape Town tra il 2012 e il 2014 mettendo in evidenza come i providers che operano nel sistema sanitario non conoscano quali siano i loro obblighi professionali in base alle nuove normative vigenti. Come soluzione, lo studio propone di intensificare l'addestramento degli infermieri e in generale dei providers sanitari circa il framework legale con il supporto del Ministero della Salute.

'Who Meets the Contraceptive Needs of Young Women in Sub-Saharan Africa?' (Radocih, et al., 2018), parte dalla Demographic and Health Survey che analizza 33 paesi africani dal 2000 relativamente ai metodi contraccettivi e classifica i providers sanitari in diverse categorie in base alle seguenti caratteristiche: pubblici o privati, in grado di fornire servizi limitati o comprensivi. L'analisi dimostra che i settori privato e pubblico sono entrambi importanti per la realizzazione di politiche di family planning. Le giovani donne (15-24 anni) utilizzano di più metodi contraccettivi di breve termine ottenuti da provider privati di servizi limitati. I metodi di lungo periodo in questa fascia di età vengono utilizzati poco e soprattutto tramite il settore pubblico (85%). Le donne di età superiore a 25 anni invece utilizzano provider che offrono servizi comprensivi, in entrambi i settori. Gli interventi pubblici pensati per aumentare l'accesso degli adolescenti ai servizi di family planning dovrebbero tenere conto della tipologia di provider e del metodo scelto dagli stessi adolescenti, incluso i providers privati che forniscono servizi limitati come ad esempio drug shops e community-based workers. In questo modo i governi, coinvolgendo il settore privato, potrebbero offrire servizi differenziati in grado di soddisfare meglio i bisogni di informazioni e accesso ai servizi sanitari legati alla salute sessuale e riproduttiva.

'Desire for female sterilization among women wishing to limit births in rural Rakai, Uganda' (Lutalo, et al., 2015) si focalizza sui bisogni non soddisfatti in Uganda (34%), paese con un tasso di fertilità pari a 6.2. Nello studio sono state coinvolte più di 7 mila donne sessualmente attive tra il 2002 e il 2008 nel distretto rurale di Rakai. Alcuni dati significativi: l'utilizzo di pillole e contraccettivi iniettabili sono cresciuti dal 38.9% al 50.3% mentre l'utilizzo di dispositivi e impianti uterini è diminuito dal 3.3% al 1.7%. Il desiderio di sterilizzazione è aumentato dal 54.2% al 63.1% e questo è ancora più alto tra le donne HIV-positive (63.6-70.9%). Altri fattori che incidono sul desiderio di sterilizzazione sono: il numero di figli viventi (aumenta se il numero è maggiore di 3); aver ricevuto supporto e test HIV. A fronte di questa crescente domanda, bisognerebbe, almeno relativamente a questa specifica area, aumentare i servizi di contraccezione permanente (sterilizzazione) in modo tale da ridurre il tasso di fertilità e le nascite non desiderate.

'An Analysis of Adolescent Content in South Africa's Contraception' (Hoopes, et al., 2015) ha l'obiettivo di verificare se le politiche nazionali in Sud Africa relative alla contraccezione rispondono

adeguatamente ai bisogni degli adolescenti. La risposta è affermativa anche se ci sono dei gap che potrebbero rendere gli adolescenti vulnerabili a discriminazioni e coercizioni che potrebbero limitare l'accesso ai servizi contraccettivi. Tra questi: politiche e leggi più restrittive, non conoscenza dei servizi offerti, mancanza di mezzi di trasporto e di risorse finanziarie, stigma e mancanza di supporto da parte della comunità. Il Ministero della Salute Sud Africano ha tenuto conto di queste barriere cercando di migliorare la normativa rispetto al passato. Inoltre, ha introdotto varie iniziative programmatiche a complemento delle specifiche politiche per i giovani (ad esempio programmi educativi nelle scuole e campagne mediatiche).

2.2 Informazione ed educazione

“‘You have to make a judgment call’ - Morals, judgments and the provision of quality sexual and reproductive health services for adolescents in South Africa’ (Muller, et al., 2016) analizza il framework legislativo del Sud Africa, un sistema complesso che da una parte garantisce la possibilità di terminare una gravidanza a qualsiasi età e ricevere contraccettivi dai 12 anni in poi. Dall'altra però fissa l'età di 16 anni per avere rapporti sessuali e obbliga i medici e gli infermieri a fare dei report obbligatori in caso di età inferiore. Il conflitto tra le leggi crea una questione morale per gli operatori sanitari, i quali affrontano le decisioni da prendere secondo i loro valori e giudizi, aumentando così il rischio per gli adolescenti e generando dei livelli di servizio non uniforme. Per ovviare a tale problema, è necessario implementare programmi di training ed educazione che vadano oltre l'interpretazione delle leggi in vigore. Il South Africa Nursing Council ha ad esempio definito un codice etico e degli standard professionali che vedono sempre il benessere, la salute, la dignità e la libertà di scelta del paziente come obiettivi fondamentali.

‘Factors influencing use of family planning in women living in crisis affected areas of Sub-Saharan Africa: A review of the literature’ (Ackerson & Zielinski, 2017) cerca di riassumere, attraverso una review della letteratura, i fattori che inibiscono o promuovono il family planning e l'utilizzo della contraccezione tra le donne nell'Africa Sub-Sahariana. Emerge che le donne sono influenzate dai loro mariti e dalla comunità sull'utilizzo dei moderni contraccettivi. Le ragioni sono da ricercarsi nella scarsa fiducia della medicina occidentale e nel desiderio di avere famiglie numerose. Lo status economico basso o al contrario la vicinanza a cliniche che si occupano di family planning sono altri fattori determinanti. Permangono inoltre la non conoscenza dei metodi contraccettivi disponibili e di credenze relative al fatto che i

contraccettivi causino morte o infertilità. La soluzione che si fa chiara è la possibilità di educare le donne, i loro mariti e i leader della comunità incidendo sui fattori che portano ad un sottoutilizzo dei servizi di family planning e di metodi contraccettivi. Una implicazione da non sottovalutare è che i programmi educativi non bastano: gli operatori sanitari devono garantire, indipendentemente dallo status socioeconomico, una assistenza rispettosa a tutte le donne.

‘Where the lay and the technical meet: Using an anthropology of interfaces to explain persistent reproductive health disparities in West Africa’ (Jaffrè & Suh, 2016) sostiene la tesi che i programmi di salute pubblica fissano degli obiettivi tecnici come la gestione della riproduzione, sessualità, fertilità e pratiche professionali ma l'accesso a tali servizi è fortemente influenzato dall'etica e dalle norme sociali. Pertanto il focus deve essere concentrato su tutti gli aspetti che possono incidere sull'output in fatto di salute per le donne: genere, religione e status sociale.

‘Associations between women’s perceptions of domestic violence and contraceptive use in seven countries in West and Central Africa’ (Olorunsaiye, et al., 2017) esamina la correlazione tra utilizzo dei contraccettivi e l'attitudine delle donne verso la violenza domestica. La conclusione è che l'accettazione diffusa nei confronti della violenza domestica, correlata al basso utilizzo dei contraccettivi, possa influire sul buon esito dei programmi finalizzati alla salute riproduttiva delle donne. Quindi tali programmi non dovrebbero concentrarsi solo sui comportamenti degli uomini, piuttosto sull'attitudine delle stesse donne nell'accettare la violenza domestica. Inoltre, dato che l'educazione è correlata alla capacità di capire e seguire consigli sulla salute, i paesi dovrebbero adottare politiche che promuovano l'accesso e il mantenimento delle donne a scuola.

‘Association of Mass Media Communication with Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Meta-Analysis of Demographic and Health Surveys’ (Babalola, et al., 2017) analizza la correlazione del family planning con l'esposizione a campagne di salute sui mass-media (radio, televisione, giornali). I risultati di 47 survey hanno dimostrato un effetto positivo circa l'esposizione a campagne di comunicazione sui mass-media (+93% nell'utilizzo dei contraccettivi rispetto a chi non è stato esposto). Tuttavia, è emerso che le campagne di comunicazione più vecchie avevano un tasso di efficacia più alto rispetto a quelle più recenti, inoltre l'effetto era più

basso nelle zone dove erano più diffusi i contraccettivi e più grande nelle città rispetto alle campagne.

‘Design, implementation and evaluation of school-based sexual health education in sub-Saharan Africa: a qualitative study of researchers’ perspectives’ (Sani, et al., 2017) indaga i metodi migliori per progettare e implementare programmi educativi sulla salute sessuale nelle scuole. Tra questi: interventi personalizzati in base ai bisogni e alle specificità dei partecipanti al programma che sono diversi in base al contesto di riferimento; attività di advocacy continua, chiara e semplice verso i policy makers; avere attenzione sull’impostazione di team multiculturali che coinvolgono ricercatori del Nord e del Sud del mondo poiché alcuni partecipanti lo potrebbero considerare come una forma di neocolonialismo; interventi che abbiano una solida base logica e teorica con focus sui processi decisionali complessi che coinvolgono la comunità piuttosto che il singolo; tenere conto del contesto culturale in cui ci si trova; porre attenzione su possibili fraintendimenti e diverse interpretazioni dovute alle visioni più o meno conservative presenti nelle varie zone; promuovere una comunicazione aperta tra adolescenti ma anche tra adolescenti e adulti (genitori, insegnanti, parenti); programmi sulla comprensione di sé, dell’ambiente e delle relazioni sessuali piuttosto che focalizzati esclusivamente sulla prevenzione; approccio olistico (promuovere un ambiente scolastico sicuro è correlato a un impatto positivo sull’epidemia da HIV); interventi informativi sulle misure mediche di prevenzione; partire testando programmi pilota; coinvolgere stakeholder e insegnanti attraverso del training specifico per aumentare le loro conoscenze e competenze; intervenire con programmi prima che inizi l’attività sessuale dei partecipanti; promuovere attività extra-curricolari; utilizzare un metodo partecipativo e a racconto.

‘Estimating the Impact of School Education on Contraception Use among Adolescents Aged 15–19 in Burkina Faso and Nigeria Using a Heckman Correction Model’ (Lompo, et al., 2018) lo studio esamina l’influenza dell’educazione scolastica sull’utilizzo di contraccettivi, nello specifico dimostra come l’educazione per bambini nella scuola primaria possa aumentare l’utilizzo di contraccettivi una volta diventati adolescenti (+ 8,26% in Burkina Faso, + 17,2% in Nigeria, valori che aumentano fino al 20,3% in Burkina Faso e 34,7% in Nigeria se l’adolescente arriva ad avere una educazione superiore secondaria). Poiché la decisione degli adolescenti di iniziare l’attività sessuale non può essere considerata random, lo studio applica l’Heckman Correction Model (HCM) per correggere i risultati, il che fa emergere

come i primi risultati siano sottostimati per il Burkina Faso e sovrastimati per la Nigeria. I nuovi valori corretti con il modello evidenziano: 10,2% e 24,4% in Burkina Faso, 15,1% e 24% in Nigeria confermando comunque l’impatto positivo dei programmi educativi nella scuola primaria con effetto maggiore sugli adolescenti che sceglieranno di arrivare ad una educazione superiore secondaria. In altre parole, gli adolescenti che raggiungono un grado di educazione superiore hanno una probabilità più alta di utilizzare contraccettivi.

“‘It’s All About Making a Life’”: Poverty, HIV, Violence, and Other Vulnerabilities Faced by Young Female Sex Workers in Kumasi, Ghana’ (Onyango, et al., 2015) identifica i fattori che incidono sulla scelta, da parte delle adolescenti della zona rurale di Kumasi, di vendere il proprio corpo. In Ghana, la prevalenza di infezione da HIV tra le Female Sex Workers è del 11% (contro il 2% delle donne in generale). Tra i fattori che attirano (pulling factors) le giovani nel giro della prostituzione vi sono: incoraggiamento da parte delle amiche che già lo fanno, desiderio di soldi e piccoli lussi, facili e veloci guadagni. Tra i fattori invece che spingono (pushing factors): abbandono scolastico, povertà, disoccupazione, ricerca di opportunità economiche. Sono stati rilevati numerosi casi di stupri, obbligo di fare sesso senza preservativo, danneggiamenti volontari dei preservativi da parte dei clienti. Per ovviare al problema del numero crescente delle giovani che decidono di prostituirsi si sono avviati dei peer educator program, ovvero dei progetti pilota con lo scopo di fornire alle giovani donne vulnerabili informazioni e supporto per proteggere loro stesse dalle malattie e ridurre la probabilità di subire violenze.

2.3 Modelli trasversali o multilivello

‘Developing strategies to address contraceptive needs of adolescents: exploring patterns of use among sexually active adolescents in 46 low and middle-income countries’ (Kalamar, et al., 2018) analizza i bisogni di contraccettivi tra i giovani di 46 paesi nel mondo partendo da survey demografiche sulla salute. Si evidenzia che il 54,4% delle ragazze sessualmente attive non ha mai fatto uso di contraccettivi mentre il 13,3% ne ha fatto uso in passato ma non lo usa attualmente. Circa il 30% utilizza metodi contraccettivi (di cui il 24,6% di tipologia a breve durata come il condom o la pillola). Si riscontra una forte eterogeneità tra i vari paesi pertanto non c’è un’unica strategia da seguire; ogni paese dovrebbe pensare a programmi fatti su misura per allineare gli obiettivi al profilo dei propri adolescenti.

‘Uptake of permanent contraception among women in Sub-Saharan Africa: a literature review of barriers and facilitators’ (Olakunde, et al., 2018) si propone di fornire una review della letteratura sul tema della contraccezione permanente, nello specifico la chiusura delle tube, partendo dalle pubblicazioni dal 2000 al 2017. Le barriere evidenziate sono di livello individuale come ad esempio: miti e credenze, paura della chirurgia, irreversibilità della procedura, religione. Ci sono però anche barriere di livello interpersonale (disapprovazione da parte del partner), di livello organizzativo (mancanza di operatori sanitari e strumenti specializzati). Le barriere sono pertanto da considerarsi multi-livello quindi andrebbero priorizzate da parte dei policy-makers. Ad esempio, dato che il ruolo dell’uomo, dei leader religiosi e degli operatori sanitari è molto importante sulla scelta della contraccezione, bisognerebbe investire in percorsi di awareness ed educazione per tali classi di attori. Inoltre, bisognerebbe utilizzare i media per campagne di comunicazione, i providers sanitari dovrebbero offrire la contraccezione permanente a chi ne evidenzia il bisogno e le donne non dovrebbero essere obbligate alla sterilizzazione come avvenuto talvolta con le donne infette da HIV, lasciando loro la libertà di scelta nonostante lo stato di salute.

‘Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges’ (Morris & Rushwan, 2015) studia i diversi fattori che influiscono sul corretto accesso alle informazioni e servizi legati alla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti. Gli effetti sono: maternità inattese e precoci, difficoltà di accesso ai contraccettivi e a pratiche di aborto sicuro, malattie sessualmente trasmissibili. Le barriere sono di tipo politico, economico, socio-culturale. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) lavora con associazioni partner e con i suoi membri per superare tali barriere, promuovendo una agenda su scala globale. Tale programma ha diverse direzioni. Innanzitutto, assicurare servizi integrati di qualità, focalizzati sui giovani, offerti da operatori che sono stati formati per lavorare a contatto con gli adolescenti. Poi, coloro che operano nella salute dovrebbero essere equipaggiati di tutti gli strumenti per fornire informazioni accurate e dettagliate circa l’educazione sessuale, la contraccezione e la protezione, senza giudizi e stereotipi. Tuttavia molti miglioramenti e sviluppi presuppongono cambiamenti a livello politico e legale e gli healthcare workers (medici, infermieri, etc) dovrebbero svolgere attività di advocacy per promuovere ad esempio l’aborto legale, contraccettivi a tutti coloro che ne hanno bisogno ma non riescono ad accedervi e qualsiasi altra iniziativa che abbia un impatto forte sulla salute degli adolescenti.

‘Contraception coverage and methods used among women in South Africa: A national household survey’ (Chersich, et al., 2017) parte dai dati raccolti dal 2012 su un campione di più di 6 mila donne sudafricane. Emerge che due terzi hanno avuto, negli ultimi 5 anni, una gravidanza inattesa, un quarto delle volte dovuto al fallimento del metodo contraccettivo. Analizzando i dati macro si evidenzia comunque una copertura contraccettiva più alta di quelle stimate precedentemente in Sud Africa. Tuttavia, i tassi di gravidanze inattese, fallimenti dei contraccettivi e gap sulla conoscenza di temi legati alla salute, fanno riflettere sui bisogni non soddisfatti a cui deve far fronte parte della popolazione, soprattutto donne giovani e di razza nera. Le nuove politiche e guidelines cliniche sulla contraccezione dovrebbero essere implementate con priorità in fatto di salute nazionale. Inoltre, particolare importanza andrebbe data all’accesso ai metodi LARC (long-acting reversible contraception) soprattutto per le donne che vivono nelle province più povere e allo stesso tempo di dovrebbero migliorare le politiche e i servizi di family planning. Al momento i metodi contraccettivi iniettabili rimangono molto importanti per le donne sud africane, soprattutto per quelle più povere e di razza nera. La mancanza di conoscenza circa la salute riproduttiva e sessuale sottolinea ancora di più l’importanza di programmi educativi scolastici per non far uscire più dalla scuola giovani donne che non conoscono bene i metodi contraccettivi a loro disposizione.

‘As the HIV Epidemic among Young Women Grows, Can We Look to the SDGs to Reverse the Trend?’ (McGovern, et al., 2017) presuppone che il gender inequality, che comprende il persistente fallimento nel riconoscere la salute riproduttiva e sessuale delle donne e che porta al perpetuarsi di ingiustizie economiche in nome della legge, causa anche la crescita di infezioni da HIV tra le giovani donne. La promessa degli SDG è proprio quella di ridurre i fattori che causano l’inuguaglianza di genere, impattando quindi su salute delle donne e HIV. Lo studio si concentra sul Goal 5, in particolare sull’indicatore relativo al numero di paesi che hanno inglobato all’interno del proprio ordinamento normativo e giuridico, il diritto delle donne di accedere a informazioni, educazione e servizi legati alla salute riproduttiva e sessuale. Includere un indicatore SDG che misuri l’esistenza legale di un diritto è un passo verso il giusto cambiamento da perseguire in ottica di right-based approach. La prima barriera da superare è quella della mancanza di un efficace meccanismo di accountability che possa misurare l’impegno di ogni Stato nel perseguire i Goal stabiliti dalle Nazioni Unite.

‘Use of contraceptives, high risk births and under-five mortality in Sub Saharan Africa: evidence from Kenyan (2014) and Zimbabwean (2011) demographic health surveys’ (Chikandiwa, et al., 2018) descrive la distribuzione geospaziale della copertura di servizi contraccettivi, della prevalenza del rischio di nascite e di mortalità infantile sotto i 5 anni in Kenya e Zimbabwe. L’uso di contraccettivi è inferiore al 50% in entrambi i paesi ma dalle analisi multi-variate è stato dimostrato che l’utilizzo è correlato in Zimbabwe a una riduzione del rischio nascite e mortalità infantile, mentre in Kenya è significativo solamente alla mortalità infantile. L’educazione materna è associata a entrambi i fattori, con più evidenza in Zimbabwe. Tale effetto è spiegato da una parte dall’aumento della conoscenza dei diversi metodi contraccettivi ma soprattutto dalla procrastinazione delle donne nel fare figli poiché impegnate a scuola, poiché è più probabile che poi riescano a trovare un impiego e che quindi abbiano un miglior accesso ai servizi sanitari. Un’altra interessante evidenza è la correlazione del tasso di mortalità infantile con l’età della madre: più la madre è grande, meno rischi di mortalità infantile ci sono. Ciò è legato anche al fatto che normalmente le giovanissime madri non hanno abbastanza supporto sociale e psicologico per garantire la salute dei bambini. In generale, il basso tasso di copertura di contraccettivi suggerisce la necessità di politiche focalizzate a rispondere alla domanda che non viene soddisfatta, soprattutto volte a migliorare l’educazione e diminuire la povertà nelle zone più a rischio.

‘Gendered Power and the Use of Contraception and Condoms among Married Women in Ghana’ (Richards & Bass, 2018): tra i fattori che influiscono sulla scelta di utilizzare un preservativo troviamo l’educazione della donna e del marito, monogamia, avere pochi figli, avere un lavoro pagato. Tra le evidenze più interessanti emerge che le misure di empowerment delle donne non sembrano influenzare l’uso del condom. Ciò si spiega dal fatto che il preservativo è un metodo contraccettivo prettamente controllato dall’uomo. Nonostante questo, le politiche di family planning dovrebbero comunque focalizzarsi sul migliorare l’empowerment femminile poiché aumenta la consapevolezza del potere decisionale e gli sforzi per facilitare l’accesso delle donne all’educazione e a lavori retribuiti, due fattori che incidono positivamente sull’utilizzo del condom. Infine, un punto di attenzione: le politiche attuali si concentrano poco sull’importanza dell’utilizzo del preservativo nelle coppie sposate. Tuttavia, i dati del Ghana fanno emergere un tasso di infedeltà molto alto nel matrimonio, pertanto l’importanza dell’utilizzo di

una protezione appare chiaro e l’uomo all’interno della coppia andrebbe coinvolto di più nelle discussioni di family planning relative alla salute.

‘Meeting the Reproductive Health Needs of Female Key Populations Affected by HIV in Low- and Middle-Income Countries: A Review of the Evidence’ (Ippoliti, et al., 2017) propone la tesi che vi sono più livelli che influenzano il comportamento individuale e offre raccomandazioni per mitigare gli effetti delle barriere così da raggiungere la salute riproduttiva desiderata. A livello individuale, una limitata conoscenza dell’efficacia dei metodi contraccettivi, così come paure e idee sbagliate possono essere affrontate con interventi sui comportamenti sociali tenuti da peer educators e operatori sanitari. Inoltre, andrebbe promossa l’idea di due macro tipologie di contraccettivi: LARC e contraccettivi di emergenza. Un grosso lavoro di empowerment andrebbe svolto in favore delle prostitute, le quali spesso non utilizzano il condom con partner non a pagamento e percepiscono il preservativo come metodo che deve essere scelto dall’uomo. Per i giovani invece bisognerebbe fare una comunicazione mirata sul corretto utilizzo in modo tale da minimizzare gli errori. Per quanto riguarda il contesto di relazioni sociali, le barriere vengono create dalle norme di genere che causano emarginazione e aumentano l’inequità. Tali ostacoli vanno superati intervenendo sulle forze di polizia e sugli operatori sanitari, promuovendo il pensiero critico circa tematiche di gender, relazioni sessuali e utilizzo dei contraccettivi. Più in generale tutti coloro che lavorano in provider di servizi andrebbero sensibilizzati sui diritti delle donne e sul fornire consulenza senza pregiudizi e stigma. A tal proposito, i giovani, data la particolarità, dovrebbero ricevere dei servizi personalizzati, anche utilizzando le nuove tecnologie. Alzando ancora di un livello, si può affermare che le ingiustizie sociali e le violazioni di diritti umani impediscono a parti di popolazione di raggiungere gli obiettivi di salute programmati. Divengono fondamentali le leggi per il riconoscimento di diritti.

‘How the Community Shapes Unmet Need for Modern Contraception: An Analysis of 44 Demographic and Health Surveys’ (Metheny & Stephenson, 2017) afferma che bisogna lavorare su più livelli per rispondere ai bisogni non soddisfatti: non basta solamente aumentare i programmi pubblici di family planning ma bisogna intervenire su tutti i livelli che alterino le preferenze di fertilità, permettano di raggiungere la parità dei sessi nell’educazione e aumentino l’uguaglianza di genere, ovvero i fattori culturali e familiari.

3 DISCUSSIONE

Gli articoli presentati in questa review sono, da un punto di vista prettamente strumentale, suddivisibili in tre tematiche di studio: analisi che si concentrano sugli aspetti normativi e legali dei singoli Paesi esaminati, quelle che invece approfondiscono gli effetti di programmi educativi e informativi e infine gli studi con approccio trasversale. Questi ultimi esaminano i vari fattori politici, economici, sociali e gli effetti combinati tra loro. Alcuni, inoltre, valutano il problema anche da un punto di vista più ampio, inserendo ad esempio l'importanza delle strutture internazionali o sovranazionali nel dettare le linee guida per raggiungere un più alto livello di salute globale.

Tematica "leggi e politiche": la letteratura qui esaminata chiarisce il ruolo chiave giocato dalle politiche pubbliche e dalle legislazioni dei paesi nel far fronte a problemi legati alla salute quali: l'impossibilità di accedere ai servizi contraccettivi, le infezioni da malattie sessualmente trasmissibili, i gap di conoscenza e la mancanza di informazioni che non solo colpiscono l'utenza che esprime il bisogno ma riguarda anche gli operatori e i provider dei servizi sanitari. È fondamentale per i governi, una volta fatte le leggi, investire risorse per aumentare l'offerta di servizi contraccettivi in quanto in alcune zone c'è una bassa copertura e in generale i servizi ostetrici sono scadenti con l'effetto perverso di un aumento delle morti infantili e delle madri (Ngwena, et al., 2015). Inoltre, bisognerebbe focalizzarsi nella formazione di medici e infermieri in modo tale superare pregiudizi e disinformazione (Moult & Alexandra, 2016) e infine coinvolgere il settore privato per offrire servizi differenziati in grado di soddisfare meglio i bisogni di informazioni e accesso ai servizi sanitari legati alla salute sessuale e riproduttiva (Radocih, et al., 2018).

Tematica "Informazione ed educazione": emerge in tutti gli studi una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi in generale, come utilizzarli e quando si ha il diritto di richiederne in situazioni particolari come quelle di emergenza. Inoltre, è stato dimostrato che la scelta della donna sull'utilizzo o meno dei contraccettivi è influenzata dalla comunità di riferimento e dal marito. Pertanto i programmi dovrebbero mirare a: educare le donne, i loro mariti e i leader della comunità incidendo sui fattori che portano ad un sottoutilizzo dei servizi di family planning e di metodi contraccettivi (Ackerson & Zielinski, 2017), intervenire per diminuire l'accettazione diffusa della violenza domestica che è correlata all'utilizzo dei contraccettivi (Olorunsaiye, et al., 2017), incentivare le giovani donne a non

abbandonare la scuola così da permettere loro di raggiungere un grado di educazione superiore e quindi una probabilità più alta di utilizzare contraccettivi (Lompo, et al., 2018). Più in generale si dovrebbero progettare programmi di educazione "peer", ovvero dei progetti pilota con lo scopo di fornire alle giovani donne vulnerabili informazioni e supporto per proteggere loro stesse dalle malattie e ridurre la probabilità di subire violenze (Onyango, et al., 2015).

La terza categoria affronta il problema della contraccezione legata alla salute su più livelli: vi sono barriere individuali (miti e credenze, paura della chirurgia, irreversibilità della procedura, religione), interpersonali (disapprovazione da parte del partner), organizzative (mancanza di operatori sanitari e strumenti specializzati) (Olakunde, et al., 2018). Tali ostacoli sono di tipo economico, culturale e sociale e causano diversi problemi: maternità inattese e precoci, difficoltà di accesso ai contraccettivi e a pratiche di aborto sicuro, aumento infezioni da malattie sessualmente trasmissibili. Particolare importanza assumono gli healthcare workers (medici, infermieri, etc) che dovrebbero da una parte ricevere la giusta formazione e dall'altra svolgere attività di advocacy (Morris & Rushwan, 2015) verso i policy-makers in modo tale da creare un circolo virtuoso per promuovere l'accesso libero e diretto a tutti ai servizi e alle informazioni sui contraccettivi da parte di chi ne ha bisogno. Anche se uno studio non ha rilevato l'impatto diretto dei programmi di empowerment per le donne sull'utilizzo diretto del condom (poiché è un metodo contraccettivo prettamente controllato dall'uomo) le politiche di family planning dovrebbero comunque focalizzarsi sull'aumentare l'empowerment femminile, poiché migliora la consapevolezza del potere decisionale e facilita l'accesso a educazione e lavori retribuiti, due fattori che incidono positivamente e in maniera diretta sull'utilizzo del condom (Richards & Bass, 2018).

4 CONCLUSIONI

Come abbiamo visto l'accesso a informazioni e servizi legati alla contraccezione sono strettamente associati alla salute globale delle donne, dalla violenza alla trasmissione di malattie sessuali, fino al tasso di mortalità infantile e materno: "When pregnancies are planned and spaced using modern contraceptives, then the risk of maternal mortality will drop as evidenced in successful outcomes of Millennium Development Goal 5 when the maternal mortality ratio was cut nearly in half from 1990 levels, and most of the reduction occurring after 2000" Dr Faysal El-Kak, Executive Board FIGO, Lebanon. La

strada da percorrere è stata già delineata da UN, WHO, FIGO, African Commission e tutte le organizzazioni internazionali impegnate nei vari programmi di salute su scala globale. Tuttavia, dagli studi più recenti analizzati nell'elaborato, emerge chiaramente che nei paesi africani la situazione è molto eterogenea tra i vari Stati così come all'interno di essi. In Sud Africa, ad esempio, le leggi nazionali e la normativa garantiscono i diritti alle donne e anche l'offerta dei servizi è in linea con gli obiettivi prefissati. Tuttavia, permangono fasce di popolazione scoperte e più deboli (ad esempio le giovani donne di razza africana) che scontano maggiori influenze della comunità in cui sono inserite ma anche un gap di informazioni e conoscenza delle leggi in vigore, dei propri diritti e dei diversi strumenti a loro disposizione. A fronte delle garanzie dettate dalle leggi e le politiche dello Stato, diventano quindi importanti figure quali medici, infermieri, operatori sanitari. Chi è impegnato in prima linea nel fornire servizi legati alla salute deve innanzitutto agire sempre nel bene del paziente e per farlo non deve essere influenzato da pregiudizi culturali, sociali o religiosi. Posto questo come primo punto fermo, il passo successivo vede l'impegno di tali figure in azioni di advocacy verso gli stessi governi, richiedendo maggiori vincoli per il rispetto dei diritti, evidenziando problemi ed inefficienze e proponendo soluzioni più efficaci per aumentare la copertura dei servizi. Ma non solo, i cittadini devono essere sempre più coinvolti nelle scelte di politica pubblica, soprattutto in fatto di salute. Su questa linea è la proposta che si ritrova nel paragrafo 'The scrutiny of spending' del Gender-Responsive Public Services (ActionAid, 2018) che ha lo scopo di allargare l'accountability e la partecipazione della società civile per il controllo e il monitoraggio dell'assegnazione e della spesa dei fondi pubblici: budget dei servizi pubblici scritti in modo chiaro e semplice, attività di supporto per attività di tracking dei budget, identificazione dei colli di bottiglia che non fanno arrivare i fondi a destinazione, controlli su spese extra e corruzione. Solo in questo modo si può innescare un circolo virtuoso che vede la partecipazione attiva dei cittadini nel migliorare la fornitura e l'accesso ai servizi. A fronte dei risultati esposti nella review, si propone quindi una possibile strategia per rispondere ai bisogni non soddisfatti in fatto di salute sessuale e riproduttiva nell'Africa Sub-Sahariana: partendo da leggi e politiche pubbliche, devono essere implementati programmi informativi ed educativi per superare le barriere socio-culturali (in primis per gli operatori front-line) con l'obiettivo di aumentare l'awareness della società civile. Grazie alla consapevolezza acquisita da parte di una sempre maggiore quota di cittadini attivi, si possono rinforzare e migliorare i risultati tramite azioni

specifiche di monitoraggio e advocacy in grado di innescare un processo di miglioramento continuo dal basso verso l'alto e viceversa.

Riassumendo: UN, WHO e altri organismi internazionali fissano gli obiettivi generali per tutti gli Stati, uniformando la strada che tutti devono intraprendere. Tali obiettivi vengono recepiti nelle legislazioni di ogni Stato tramite leggi e politiche pubbliche per la fornitura dei servizi. Essendo presenti problemi e retaggi culturali o religiosi devono essere previsti programmi educativi per medici, infermieri e operatori, per le donne e i loro mariti e per la comunità di riferimento. Infine, tramite le azioni di advocacy e monitoraggio si cerca di portare in evidenza ciò che sta o non sta funzionando ma soprattutto le aree più importanti su cui intervenire così da far innescare di nuovo il procedimento dall'inizio.

5 BIBLIOGRAFIA

- Ackerson, K. & Zielinski, R., 2017. Factors influencing use of family planning in women living in crisis affected areas of Sub-Saharan Africa: A review of the literature. *Midwifery*, Issue 54, pp. 35-60.
- ActionAid, 2018. Gender-Responsive Public Services. http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/grps_2018_online.pdf.
- Babalola, S., Figueroa, M.-E. & Krenn, S., 2017. Association of Mass Media Communication with Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Meta-Analysis of Demographic and Health Surveys. *Journal of Health Communication*, 22(11), pp. 885-895.
- Bongaarts, J. & Hardee, K., 2017. The Role of Public-Sector Family Planning Programs in Meeting the Demand for Contraception in Sub-Saharan Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2).
- Chersich, M. et al., 2017. Contraception coverage and methods used among women in South Africa: A national household survey. *Samj Research*, 107(4).
- Chikandiwa, A., Burgess, E., Otwombe, E. & Chimoyi, L., 2018. Use of contraceptives, high risk births and under-five mortality in Sub Saharan Africa: evidence from Kenyan (2014) and Zimbabwean (2011) demographic health surveys. *BMC Women's Health*.
- FIGO, 2018. *Contraception: the key to achieving SDGs by 2030*. London, s.n.
- Hoopes, A. et al., 2015. An Analysis of Adolescent Content in South Africa's Contraception. *Journal of Adolescent Health*, Issue 57, p. 617e623.
- Ippoliti, N., Nanda, G. & Wilcher, R., 2017. Meeting the Reproductive Health Needs of Female Key Populations Affected by HIV in Low- and Middle-Income Countries: A Review of the Evidence. *Studies in Family Planning*, 48(2).
- Jaffrè, Y. & Suh, S., 2016. Where the lay and the technical meet: Using an anthropology of interfaces to explain

- persistent reproductive health disparities in West Africa. *Social Science and Medicine*, Issue 156, pp. 175-183.
- Kalamar, A., Tuncalp, O. & Hindin, M., 2018. Developing strategies to address contraceptive needs of adolescents: exploring patterns of use among sexually active adolescents in 46 low and middle-income countries. *Contraception*, Issue 98, pp. 36-40.
- Lafort, Y. et al., 2018. Impact of a "Diagonal" Intervention on Uptake of Sexual and Reproductive Health Services by Female Sex Workers in Mozambique: A Mixed-Methods Implementation Study. *Sex Workers' Reproductive Health Services*, 6(109).
- Lompo, M. L., Bago, J.-L. & Souratiè, W. d. M., 2018. Estimating the Impact of School Education on Contraception Use among Adolescents Aged 15–19 in Burkina Faso and Nigeria Using a Heckman Correction Model. *Journal of Education and Learning*, 7(5).
- Lutalo, T. et al., 2015. Desire for female sterilization among women wishing to limit births in rural Rakai, Uganda. *Contraception*, Issue 92, pp. 482-487.
- McGovern, T., Fine, J., Crisp, C. & Battistini, E., 2017. As the HIV Epidemic among Young Women Grows, Can We Look to the SDGs to Reverse the Trend?. *Health and Human Rights Journal*, 19(2), pp. 223-236.
- Metheny, N. & Stephenson, R., 2017. How the Community Shapes Unmet Need for Modern Contraception: An Analysis of 44 Demographic and Health Surveys. *Studies in Family Planning*, 48(3).
- Moore, Z. et al., 2015. Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. *Contraception*, Issue 92, pp. 31-39.
- Morris, J. & Rushwan, H., 2015. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Issue 131, pp. 40-42.
- Moult, K. & Alexandra, M., 2016. Navigating conflicting laws in sexual and reproductive health service provision for teenagers. *Curationis*, 39(1), p. 7.
- Muller, A., Rohrs, S., Hoffman-Wanderer, Y. & Moult, K., 2016. "You have to make a judgment call" -Morals, judgments and the provision of quality sexual and reproductive health services for adolescents in South Africa. *Social Science and Medicine*, Issue 48, pp. 71-78.
- Ngwena, C. G., Brookman-Amisshah, E. & Skuster, P., 2015. Human rights advances in women's reproductive health in Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Issue 129, pp. 184-187.
- Olakunde, B. et al., 2018. Uptake of permanent contraception among women in Sub-Saharan Africa: a literature review of barriers and facilitators. *Contraception*.
- Olorunsaiye, C. et al., 2017. Associations between women's perceptions of domestic violence and contraceptive use in seven countries in West and Central Africa. *Sexual and Reproductive Healthcare*, Issue 13, pp. 110-117.
- Onyango, M. A. et al., 2015. "It's All About Making a Life": Poverty, HIV, Violence, and Other Vulnerabilities Faced by Young Female Sex Workers in Kumasi, Ghana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Issue 68, pp. 131-137.
- Oyekunle, O. S. & Nienaber, A., 2017. Adolescents' access to emergency contraception in Africa: An empty promise?. *African Human Rights Law Journal*, Issue 17, pp. 475-526.
- Radocih, E. et al., 2018. Who Meets the Contraceptive Needs of Young Women in Sub-Saharan Africa?. *Journal of Adolescent Health*, Issue 62, pp. 273-280.
- Richards, M. & Bass, L., 2018. Gendered Power and the Use of Contraception and Condoms among Married Women in Ghana. *International Journal of Sociology*, 48(4), pp. 366-383.
- Sani, S., Abraham, C., Denford, S. & Mathews, C., 2017. Design, implementation and evaluation of school-based sexual health education in sub-Saharan Africa: a qualitative study of researchers' perspectives. *Sex Education*, 18(2), pp. 172-190.
- UNDP, 2015. *Goal 3: Good health and well-being*. s.l., <https://www.who.int/sdg/targets/en/>.
- UNDP, 2015. *Goal 5: Gender equality*. s.l., <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5>.

