

# La contraccezione dopo Ivg

Silvia von Wunster  
e Antonio Chiantera

**L'**articolo 14 della legge 194/78 recita: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite (...)". Questa norma, che dovrebbe essere nota a tutti, è molto spesso disattesa nei nostri ospedali, dove non sempre è garantita la dovuta attenzione alla contraccezione nel dopo Ivg.

Come sottolineato in tutte le linee guida, è invece molto importante che lo staff della struttura che ha praticato l'intervento di Ivg si assicuri che la donna abbia ricevuto informazioni adeguate sulla contraccezione, compresa quella d'emergenza, che il metodo scelto le sia fornito e che posseda i riferimenti del centro per la pianificazione familiare più vicino. Dopo una interruzione volontaria di gravidanza si assiste infatti ad una rapida ripresa dell'ovulazione, con l'83% dei cicli ovulatori già nel primo mese dopo l'intervento (1).

**I dati sulle Ivg ripetute** indicano come sia necessario uno sforzo mirato a garantire una contraccezione adeguata a questo gruppo di donne.

I dati Istat 2013 riportano una percentuale di ripetizione delle Ivg del 26.8%, con importanti differenze tra le donne italiane (20.9%) e le donne straniere (38%), che già può indicare una difficoltà per alcune donne nell'accesso ai servizi sanitari per la pianificazione familiare (Tab.1)(2).

Per alcune donne la richiesta di Ivg può rappresentare proprio

un'occasione unica di accesso al sistema sanitario e di conseguenza è importante non perdere l'opportunità di proporre un colloquio per la successiva pianificazione familiare. Inoltre le donne sono altamente motivate ad evitare un successivo insuccesso della contraccezione.

Chi richiede l'Ivg ha spesso alle spalle un fallimento di un metodo contraccettivo, perché fatica

ad attenersi allo schema di assunzione di un contraccettivo orale oppure perché non riesce ad utilizzare correttamente il condom. I dati dell'Oms riportano infatti una differenza significativa nella efficacia dei metodi di barriera e nei metodi ormonali (pillola, anello, cerotto) tra uso perfetto e uso tipico e una percentuale elevata di abbandono del metodo entro i 12 mesi dalla prescrizione (3,4).

Si verifica pertanto la necessità di trovare un metodo contraccettivo che sia efficace, di semplice utilizzo e reversibile, considerato che alcuni studi dimostrano che c'è una bassa richiesta di sterilizzazione post Ivg.

**I metodi contraccettivi LARC** (Long Acting Reversible Contraception) rispondono bene alle caratteristiche del metodo

ideale perché la loro efficacia non richiede una particolare attenzione nell'attenersi ad un preciso schema di utilizzo e perché i dati della letteratura indicano una elevata continuità di utilizzo del metodo a 12 e a 36 mesi. In particolare una recente pubblicazione del gruppo CHOICE riporta una continuità di utilizzo a tre anni dei metodi LARC del 67%, contro il 31% dei metodi non-LARC (5).

I metodi LARC comprendono il tradizionale IUD al rame, i sistemi intrauterini a rilascio di levonorgestrel e l'impianto contraccettivo sottocutaneo a lento rilascio di etonorgestrel.

Nonostante siano noti i dati relativi alla loro efficacia e alla loro sicurezza in termini di possibili effetti collaterali, la diffusione dei metodi LARC nel mondo occi-

dentale è ancora limitata. È evidente la presenza di ostacoli di tipo culturale ed economico rappresentati dalla scarsa informa-

zione dei medici, dalla scarsa conoscenza dei metodi da parte delle pazienti, dal costo iniziale dei dispositivi e in alcuni casi dalla mancanza di competenze relative alle procedure di inserimento.

**Lo studio CHOICE** ha coinvolto diecimila donne nell'area di St. Louis, negli Stati Uniti, con lo scopo di abbattere gli ostacoli culturali ed economici alla diffusione dei metodi LARC. I ricercatori hanno dimostrato che fornendo un adeguato counseling alle donne, garantendo l'accesso ai metodi LARC anche alle adolescenti e alle nullipare, fornendo il metodo scelto gratuitamente per tre anni, i tre quarti delle donne sceglievano un metodo LARC. In particolare il 46.9% sceglieva lo IUS al Levonorgestrel, il 16.9% l'impianto, l'11.9% lo IUD al rame, mentre i contraccettivi combinati venivano scelti dal 18.4% delle donne (Tab. 2). I dati dello studio evidenziano poi con chiarezza come nella popolazione coinvolta si sia ottenuta una significativa riduzione delle gravidanze indesiderate e delle richieste di Ivg, con un tasso di abortività di 6:1000 nel gruppo dello studio,

contro il 20:1000 della popolazione americana generale (7,8).

Tutti questi metodi possono essere inseriti direttamente durante l'intervento di isterosuzione, senza arrecare alcun disagio alla paziente. Il loro utilizzo nell'immediato post aborto è raccomandato dal documento Medical Eligibility for Contraceptive Use dell'Oms (3).

**Una review della Cochrane** indica che l'inserimento dei dispositivi intrauterini durante l'Ivg non si associa a rischi aumentati di perforazione o di infezione. È solo segnalato un maggior rischio di espulsione per le settimane gestazionali avanzate, soprattutto nel secondo trimestre. Tuttavia gli studi di confronto tra inserimento contestuale e inserimento programmato successivamente all'Ivg indicano chiaramente che il rischio di espulsione è largamente compensato dal fatto che una elevata percentuale di donne (il 40%!) non si presenta poi per l'inserimento programmato. La conclusione della review è dunque a favore dell'inserimento dei dispositivi intrauterini durante l'Ivg (9).

L'impianto sottocutaneo, per l'elevatissima sicurezza contraccettiva, risponde altrettanto bene ai criteri di un metodo ideale per il post Ivg. Può essere inserito durante l'intervento e non richiede alcun controllo successivo. L'unico problema segnalato è che l'aderenza al metodo richiede un accurato counselling in merito alle modificazioni del ciclo mestruale che accompagnano l'utilizzo dell'impianto. Non sempre i medici del servizio per l'interruzione volontaria di gravidanza riescono a garantire un colloquio informativo adeguato e perciò si potrebbe verificare il rischio di una maggiore richiesta di rimozione del dispositivo in queste pazienti. Anche nel caso

dell'impianto, tuttavia, tre studi hanno dimostrato che, rispetto all'inserimento programmato, c'è solo una piccola riduzione della continuità di utilizzo dell'impianto a un anno in caso di inserimento contestuale alla Ivg. Tuttavia queste differenze non risultano statisticamente significative (10,11).

L'impianto può oltretutto essere inserito anche alle pazienti che abbiano optato per l'Ivg farmacologica. In questo l'inserimento sarà effettuato al momento della somministrazione delle prostaglandine, oppure prima della dimissione. Sarà invece necessario programmare l'inserimento dei dispositivi intrauterini al primo ciclo mestruale dopo la dimissione. L'efficacia della pratica dell'inserimento dei metodi LARC al momento dell'intervento di Ivg è stata valutata in diversi studi che hanno evidenziato una riduzione significativa delle Ivg ripetute nelle pazienti che hanno scelto questi metodi (12,13).

**È pertanto importante che tutti i centri** che praticano le Ivg predispongano un percorso che garantisca un counselling adeguato sulla contraccezione e che dia la possibilità che il metodo scelto venga fornito già al momento dell'intervento.

Sarebbe auspicabile a tal fine che i dispositivi fossero forniti gratuitamente alle pazienti.

La spesa necessaria per l'acquisto dei dispositivi sarebbe ampiamente compensata dal risparmio per il Ssn legato alla riduzione della spesa per le gravidanze indesiderate in questa categoria di pazienti.

Attualmente alcuni centri garantiscono la disponibilità dei dispositivi attraverso una partecipazione della spesa da parte delle pazienti che acquistano lo IUD o l'impianto a prezzo di co-

sto in regime libero-professionale al momento dell'accesso all'ambulatorio per l'Ivg, altri invece lo forniscono gratuitamente, con costo totalmente a carico dell'Azienda Ospedaliera, altri ancora richiedono alle pazienti di acquistarli nelle farmacie esterne a prezzo pieno.

L'esperienza dell'Ospedale di

Alzano Lombardo (Bg), dove i metodi LARC vengono raccomandati durante un breve colloquio informativo in corrispondenza dell'accesso per il pre-coperto a tutte le pazienti che chiedono l'Ivg e forniti dall'Azienda Ospedaliera, a prezzo di costo per la farmacia ospedaliera, è molto positiva.

I metodi LARC sono scelti dal 45% delle pazienti che richiedono l'Ivg e dal 59% delle pazienti che hanno in anamnesi una o più Ivg.

Anche nel caso la paziente opti per un metodo ormonale orale, vaginale o transdermico è importante che la prescrizione venga consegnata alla paziente già alla dimissione, con l'indicazione ad iniziare il metodo immediata-

mente. L'utilizzo degli estrogeni immediatamente dopo l'Ivg è una pratica raccomandata dai criteri di eleggibilità medica dei contraccettivi dell'Oms. (3)

**L'AOGOI ha scelto di avviare un progetto** mirato a garantire l'accesso ai metodi contraccettivi più sicuri a tutte le donne che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza. Si vuole garantire il sostegno agli operatori, mirato a superare eventuali ostacoli culturali e ad agevolare le procedure atte alla acquisizione dei di-

positivi da parte delle Aziende Ospedaliere e la loro dispensazione alle pazienti. Contemporaneamente è in atto una azione presso l'Aifa mirata ad ottenere la rimborsabilità dei metodi LARC per l'utilizzo durante l'Ivg. L'auspicio è che l'impegno dell'AOGOI e dei medici che affrontano con serietà il problema delle interruzioni volontarie di gravidanza si traduca nel tempo in un impatto significativo sul tasso delle Ivg ripetute, ormai stabile da molti anni. ■

## Per saperne di più

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2101
2. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Roma 26 Ottobre 2015
3. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th Edition, 2009. WHO Library Cataloguing-in- Publication Data
4. Source: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: nineteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2007
5. Diedrich TJ et al. Three-year continuation of reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:662
6. Rose SB et al. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. Am J Obstet General. 2012; 206:37 e1-6
7. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long- acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2010;203:115.e1-7
8. Macnicholas, Colleen; Madden Tessa; Secura, Gina; Peipert, Jeffrey; The Contraceptive CHOICE Project Round Up: What We Did and What We Learned. Clinical Obstetrics & Gynecology. 57(4):635-643, December 2014
9. Babasola O et al. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2104
10. Langston AM et al. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. Contraception 89 (2014) 103-108
11. Goodman S. et al. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception 78 (2008) 143-148
12. Langston AM et al. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. Contraception 89 (2014) 103-108
13. Goodman S. et al. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception 78 (2008) 143-1489

**Per alcune donne la richiesta di Ivg può rappresentare un'occasione unica di accesso al sistema sanitario e di conseguenza è importante non perdere l'opportunità di proporre un colloquio per la successiva pianificazione familiare. Inoltre le donne sono altamente motivate ad evitare un successivo insuccesso della contraccezione**

**Tabella 1 - IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2013**

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.4	25.6	2.9	8.	1.1	4.1	20.5	37.7
CENTRO	15.4	24.8	2.9	8.7	1.0	5.2	19.3	38.7
SUD	16.7	22.6	4.7	10.5	2.4	6.2	23.8	39.3
ISOLE	14.4	20.5	3.1	8.7	1.3	5.2	18.9	34.4
ITALIA	16.1	24.8	3.4	8.5	1.4	4.7	20.9	38.0

Elaborazioni su dati Istat

**Tabella 2 - Scelta del contraccettivo nello studio CHOICE (7)**

Methods	N (%)
Levonorgestrel intrauterine device	4261 (46.0)
Copper intrauterine device	1101 (11.9)
Etonogestrel implant	1566 (16.9)
Depot medroxyprogesterone acetate	638 (6.9)
Oral contraceptive pill	874 (9.4)
Contraceptive vaginal ring	646 (7.0)
Contraceptive patch	166 (1.8)
Natural family planning	3 (<0.01)
Diaphragm	1 (<0.01)

■ Chi richiede l'interruzione della gravidanza ha spesso alle spalle un fallimento di un metodo contraccettivo: talvolta perché fatica ad attenersi allo schema di assunzione di un contraccettivo orale oppure perché non riesce ad utilizzare correttamente il condom.

I metodi contraccettivi LARC rispondono bene alle caratteristiche del metodo ideale in quanto la loro efficacia non richiede una particolare attenzione nell'attenersi ad un preciso schema di utilizzo e perché i dati della letteratura indicano una elevata continuità di utilizzo del metodo. Per questo l'AOGOI ha scelto di avviare un progetto che mira a garantire l'accesso ai metodi contraccettivi più sicuri a tutte le donne che richiedono l'Ivg, al fine di ridurre significativamente il tasso delle Ivg ripetute, ormai stabile da molti anni

**È importante che tutti i centri che praticano le Ivg predispongano un percorso che garantisca un counselling adeguato sulla contraccezione e che dia la possibilità che il metodo scelto venga fornito già al momento dell'intervento. A tal fine sarebbe auspicabile che i dispositivi fossero forniti gratuitamente alle pazienti**

