

CONSUMO E COMPLIANCE DEI CONTRACCETTIVI ORMONALI

Emilio Arisi

Unita' Operativa Ostetricia-Ginecologia, Ospedale Regionale "S.Chiera", Trento.

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Emilio Arisi

Ospedale Regionale "S.Chiera" Largo Medaglie d'Oro, 10 - 38100 Trento

tel: +39 0461 903245; fax: +39 0461 903195; e-mail: emilio.arisi@apss.tn.it

ABSTRACT

Contraception is one of the most important changes of this century. It has produced an improvement of the reproductive health, being effective in preventing pregnancy and promoting women emancipation and sex parity. Europe and Italy have a very low fertility rate, as it is, with some differences, in other areas of the world.

Various contraceptive methods have been introduced in the last decades, and they are alternatively used in the different countries. Oral contraception is more used in industrialized countries, while IUD is more used in Europe and in the developing countries. The compliance of contraceptives is directly correlated with their feasibility and with the presence of side effects. Thanks to its good compliance, oral contraception represents, since half century, one of the most widely used among the different contraceptives methods.

Key words: *contraception, pregnancy, fertility, compliance*

RIASSUNTO

L'uso della contraccezione riveste un ruolo fondamentale nell'ambito dei grandi cambiamenti sociali di questo secolo. Essa ha favorito una migliore salute riproduttiva, riducendo il rischio di gravidanze non desiderate e di aborto volontario, ed ha favorito importanti progressi sociali, permettendo alla donna di emanciparsi dal dovere riproduttivo e facilitando la parità dei sessi. La contraccezione si interseca con la fertilità, il cui ritmo va decrescendo in ogni area del mondo, pur con valori diversificati. In questa dimensione, l'Europa e l'Italia si collocano a valori molto bassi.

I metodi contraccettivi sono diversamente utilizzati in aree diverse del mondo. La contraccezione orale è più usata nei paesi industrializzati, inclusa l'Europa. Lo IUD si usa di più in Europa e nei paesi in via di sviluppo. La compliance verso il contraccettivo è direttamente correlata con la facilità di utilizzo e con i fenomeni collaterali che insorgono in corso d'uso. Nell'ambito dei vari metodi contraccettivi, la contraccezione ormonale per via orale (CO) costituisce da mezzo secolo una delle soluzioni più adottate. La facilità d'uso ed un raggiunto basso livello di fenomeni collaterali ne facilita una buona compliance.

Parole chiave: *contraccezione, gravidanza, fertilità, compliance*

INTRODUZIONE

L'uso della contraccezione riveste un ruolo fondamentale nell'ambito dei grandi cambiamenti sociali di questo secolo. Essa ha favorito, attraverso la possibilità di pianificare l'assetto familiare, una migliore salute riproduttiva, ed ha favorito importanti progressi sociali, permettendo alla donna di emanciparsi dal dovere riproduttivo e facilitando la parità dei sessi. Ha, inoltre, attivato la consapevolezza di una numerosa serie di diritti sessuali e riproduttivi, che migliorano la qualità della vita in generale (1).

I metodi contraccettivi sono diversamente utilizzati in aree diverse del mondo. La loro compliance è direttamente correlata con la facilità di utilizzo del metodo e con i fenomeni collaterali che insorgono in corso d'uso. Nell'ambito dei vari metodi contraccettivi, la contraccezione ormonale per via orale (CO) costituisce da mezzo secolo una delle soluzioni più adottate.

CONTRACCEZIONE E FERTILITÀ NEL MONDO

La popolazione mondiale si aggira, attualmente, intorno ai 6 miliardi di abitanti, ed è raddoppiata rispetto al 1960, quando era poco

più di 3 miliardi. Secondo questo andamento, è stato calcolato che nel 2050 supererà i 9 miliardi, con un aumento prevalente nelle aree del mondo meno sviluppate, ed una sostanziale stabilità o una tendenza alla riduzione in Europa e negli altri paesi occidentali (2) (Tab.I).

E' stato, comunque, osservato che il livello di fertilità è diminuito in ogni area del mondo. Il TFR (total fertility rate = numero di figli per donna) mondiale era già diminuito da 4.9 nel 1965 a 2.8 nel 1995; negli stessi anni in Europa si era ridotto da 2.7 ad 1.4 (3,4). Oggi si va assestando a livelli ancora più bassi (TFR = 1.38). Infatti, è stato riscontrato sia un minore desiderio di fare figli che la possibilità di fare figli. Questo fenomeno potrebbe essere legato ad una serie di ragioni sociali, inclusi l'aumento della età media al matrimonio, un maggiore uso di metodi contraccettivi, grandi migrazioni delle popolazioni più povere, guerre, carestie, e probabilmente una riduzione della fertilità e della fecondabilità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni giorno, nel mondo, si realizzano almeno 100 milioni di rapporti sessuali e cominciano circa un milione di gravidanze, di cui mezzo milione non sono pianificate. Di queste ultime, il 50 % esitano in aborti volontari. Gli aborti clandestini

Tabella I: Ipotesi di sviluppo della popolazione nel mondo (in milioni)

Area	Anno 2000	Anno 2050
Mondo	6057	9322
Pacsi < sviluppati	4865	8141
Pacsi > sviluppati	1191	1181
Europa	727	603

(United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision)

nel mondo sono circa 20 milioni l'anno. Le morti materne per fatti legati a gravidanza e parto sono 600 mila l'anno. Di esse, circa 100 mila sono legate ad aborti clandestini o comunque condotti in condizioni sanitarie inadeguate (5). Nel mondo vi sono grandi differenze nell'uso di mezzi per la pianificazione familiare (6). Se nei paesi sviluppati il 68 % delle donne in età fertile utilizza un qualche metodo, in Africa almeno l'80 % delle donne non usa nulla (Tab. II).

Tabella II: Contraccezione nelle diverse aree del mondo (% coppie in età fertile)

Metodo	Mondo	Nazioni più sviluppate	Nazioni meno sviluppate	Europa
Tutti i metodi	61	68	60	67
Metodi moderni	55	58	54	52
IUD	15	9	15	15
CO	7	14	6	16
Ster. Maschile	4	6	4	2
Ster. Femminile	21	11	22	4
Condor	5	15	3	10
Astinenza	3	3	3	4
Coito int.	3	7	2	14

(Population Reference Bureau, "Family Planning Worldwide Data Sheet", 2002)

Lo IUD viene molto utilizzato in Asia e nelle nazioni meno sviluppate, ma è altrettanto usato in Europa. La pillola (CO) è prevalentemente usata nei paesi sviluppati, in Sud America ed in Europa. La sterilizzazione maschile è usata prevalentemente nei paesi sviluppati, mentre quella femminile è più usata in quelli in via di sviluppo. Entrambe le tecniche sono poco utilizzate in Europa. In alcuni paesi del mondo, come in America Latina, sono abbastanza utilizzate forme iniettive di contraccezione ormonale.

CONTRACCEZIONE E FERTILITÀ IN EUROPA

L'Europa si avvia a diventare l'area del mondo a più elevato indice di vecchiaia. Il TFR è sceso da molti anni al di sotto di 2.1, limite che viene considerato il livello di rimpiazzo della popolazione, e rimane tuttora attorno ad 1.38 in media. Di questo passo la popolazione europea scenderà dagli attuali 727 milioni a 603 milioni nel 2050, con un 10 % di ultraottantenni rispetto al 3 % attuale (2) (Tab.I).

In Europa possiamo stimare che l'andamento nell'uso dei metodi contraccettivi sia paragonabile a quello dei paesi sviluppati in generale (Tab.II), con un maggiore utilizzo dello IUD, analogo a quello delle nazioni meno sviluppate, ed una certa persistenza di metodi tradizionali, quali astinenza e coito interrotto. Vi sono ovviamente differenze territoriali nell'uso dei vari metodi; il razionale di queste differenze sta nelle diversità culturali e nei costi dei singoli metodi. La CO è prevalentemente usata nelle nazioni del nord e soprattutto dell'ovest, lo IUD nell'est, il condom al sud, così come il coito interrotto. La sterilizzazione è prevalentemente usata nelle nazioni del nord, in particolare quella maschile, ma ha un buon utilizzo anche al sud (Tab. III). I dati pubblicati dal Population Reference Bureau (PRB) si riferiscono però ad un ventaglio di anni che va dal 1994 al 2000 a seconda delle nazioni (2).

Per quanto riguarda la CO abbiamo i dati stimati delle vendite in farmacia in molte realtà nazionali (Tab. IV).

Per quanto riguarda lo IUD esso è certamente in modesto calo nei numeri assoluti, per un generale allungamento dei tempi di permanenza in utero e per una più attenta selezione delle utenti. Dati del 2000 indicherebbero un uso del 5.0 % in Gran Bretagna, del 21.2% in Francia, del 6.9 % in Bulgaria, del 13.9 % nella Repubblica Ceca, del 34.5 % in Moldavia, del 35.9 % in Estonia, del 7.3 in Romania, del 18.6 % in Ucraina, del 7.9 % in Bosnia-Erzegovina, del 6.4 % in Spagna, del 5.5 % in Italia (6).

Il condom è certamente molto usato tra le teen-agers e le donne non sposate, talora come complemento alla pillola quale presidio contro le malattie a trasmissione sessuale. I dati disponibili sulla contraccezione di emergenza sono ancora insufficienti. In Inghilterra si prescrive a circa 240 mila donne l'anno (240200 nel 2000, 236700 nel 2001). In Francia se ne prescrivono circa 80 mila confezioni ogni mese, più di un milione l'anno.

CONTRACCEZIONE E FERTILITÀ IN ITALIA

Si stima che le donne in età fertile in Italia nel 2001 fossero circa 12 milioni. L'89% di esse ha avuto almeno un rapporto sessuale. A 20 anni i 3/4 delle donne hanno già avuto rapporti sessuali; se non usano contraccezione hanno il 90 % di probabilità di avere una gravidanza entro un anno.

I nati del 2001 sono stati 535264 (7). Nello stesso anno gli aborti volontari legali sono stati 132234, mentre gli aborti volontari illegali sono stimati in circa 20000 (8). Il numero di figli per donna è 1.23, e non registra sostanziali cambiamenti rispetto agli anni precedenti, pur con un certo divario tra le regioni settentrionali (1.19), centrali (1.15) e meridionali (1.35). Il tasso di crescita naturale è -0.2/1000, in leggero aumento rispetto al 1999 (-0.6) ed al 2000 (-0.3) (Tab.V). Ciò nonostante, le proiezioni delle Nazioni Unite dicono che in Italia si passerà dagli attuali 57 milioni di abitanti a circa 53 milioni nel 2020 (3).

Nel contempo l'età media della madre al primo parto è aumentata di circa due anni in un decennio, passando da 26.1 anni nel 1986 a 28.2 anni nel 1996 (9); ciò riduce le probabilità di un secondo e di ulteriori parti. Sono entrati sulla scena anche i genitori stranieri, che sono passati da 1.7 % nascite del 1990 al 6.9 % nel 2000 (10).

Il PRB (6) indica per l'Italia un uso complessivo dei metodi moderni attorno al 40 % (CO 13.6%, IUD 5.5 %, condom 13.7 %, sterilizzazione femminile 5.8 %, coito interrotto 17.5 %), ma i dati si riferiscono a stime effettuate negli anni 1995-96 (Tab.III).

Più recenti dati Censis (11) indicherebbero una percentuale di utilizzo di CO del 20.9 %, del 3.2 % per lo IUD, del 28.4% per il condom e del 31.6 % per il coito interrotto (Tab.VI).

Dati che derivano dalle vendite in farmacia permettono di stimare che il 19 % delle donne italiane in età fertile ha usato la CO nel 2002.

In realtà man mano che l'uso della pillola si diffonde, si va riducendo anche

Tabella III: Contraccezione nelle diverse aree d'Europa (% coppie in età fertile)

Metodo	Europa	Nord	Ovest	Est	Sud	Italia
Tutti i metodi	67	70	77	64	64	60.2
Metodi moderni	52	67	73	42	47	39.2
CO	16	22	49	6	12	13.6
IUD	15	8	10	23	6	5.5
Condom	10	17	6	*	18	13.7
Ster. Maschile	2	11	2	*	4	0.1
Ster. Femminile	4	10	5	*	7	5.8
Astinenza	8	2	1	*	4	3.6
Coito int.	8	3	1	*	14	17.5
* dati non rilevati						

(Population Reference Bureau, "Family Planning Worldwide Data Sheet", 2002)

Tabella IV: Contraccezione orale in Europa (stime, anno 2002)

Nazione	Stima % donne 15-45 anni
Olanda	51.9
Belgio	47.4
Francia	42.4
Portogallo	37.8
Danimarca	35.0
Germania	34.9
Gran Bretagna	30.4
Repubblica Ceca	29.4
Svezia	28.3
Finlandia	26.7
Svizzera	24.7
Norvegia	23.7
Irlanda	23.7
Austria	23.6
Italia	20.2
Spagna	18.1
Repubblica Slovacca	16.4
Polonia	9.6
Grecia	4.0

il divario nella sua utilizzazione tra il Nord, il Centro ed il Sud Italia. Se l'uso della pillola era 2.16 volte più diffuso al Nord rispetto al Sud nel 1996, questo divario diventa 1.78 nel 2002. Se nel 1996 la CO veniva utilizzata 1.41 volte di più al Nord rispetto al Sud, questo divario scende 1.18 volte nel 2002 (Tab.VII). Se prendiamo singolarmente alcune Regioni per l'anno 2002 notiamo come il maggior uso di pillola si abbia in Sardegna (32.7 %), seguita da Val d'Aosta (29.0 %) ed Emilia-Romagna (25.2 %). Il consumo più

basso si ha in Basilicata, Campania, Calabria, Puglia e Molise.

Poco possiamo dire al momento sull'utilizzo di cerotto anticoncezionale ed anello anticoncezionale, poichè la loro uscita sul mercato italiano è abbastanza recente. Allo stesso modo pochi sono i dati sulla pillola contenente solo progestinico. Complessivamente considerati questi strumenti non superano il 3% di utilizzatrici di anticoncezionali ormonali.

Per quanto riguarda la contraccezione d'emergenza, essa è disponibile in Italia, solo su prescrizione medica, dalla fine del 2000. Un secondo prodotto è stato introdotto sul mercato nel corso del 2001. Nel 2003 è stata utilizzata da circa 275000 donne (Tab.VIII).

Lo IUD è presente in Italia con almeno 15 diversi modelli, alcuni in diverse taglie. Sono tutti medicati al rame, eccetto uno che è medicato al levonorgestrel. Una stima del Censis nel 2000 (Tab.VI) attribuiva allo IUD una diffusione nel 3.2 % delle donne in età fertile, mentre una stima del PRB pubblicata nel 2002 gli attribuiva una diffusione del 5.5% (Tab. III). Negli anni '90 abbiamo stimato una tendenza alla riduzione nell'uso, diversificata per i vari modelli di IUD, ma complessivamente intesa del 37.5 % fino ad una stabilizzazione attorno a circa 150000 inserimenti nei primi anni 2000 (12,13).

Una valutazione della contraccezione in Italia non sarebbe completa se non si facesse attenzione alla sua relazione, pur indiretta, con l'aborto volontario.

Il numero assoluto delle IVG in Italia (Tab.IX) ha subito un calo del 44.3 % tra il 1982, anno del picco massimo, ed il 2002, ultimo anno di cui conosciamo i dati. Il tasso di abortività (n.IVG/1000 donne 15-49 anni) si è ridotto del 45.9% negli stessi anni, mentre il rapporto di abortività (n.IVG/n. nati vivi) si è ridotto del 35.8 % (8). Va anche ricordato che l'Istituto Superiore di Sanità stimava con modelli matematici la presenza di aborto clandestino in 100000 casi nel 1983; con gli stessi modelli vengono stimati 20000 aborti clandestini per l'anno 2002, con una riduzione dell'80 % (8,14).

Parallelamente, nel 1982 il 5.2 % donne in età fertile usava la pillola, mentre erano arrivate al 19.0 % nel 2002. In questi anni, dunque, mentre la riduzione dei numeri assoluti dell'aborto volontario è stata del 44.3 %, l'aumento nell'uso della pillola è stato del 250.0 %.

Anche se l'uso della contraccezione non potrà mai portare ad una eliminazione totale delle richieste di interruzione di gravidanza, i dati di tutto il mondo dimostrano che l'unico modo per ridurre l'aborto è quello di prevenire le gravidanze non desiderate con una buona contraccezione (15-18).

LA COMPLIANCE DEI CONTRACCETTIVI ORMONALI

Per "compliance" si intende "l'adesione dell'utente alle prescrizioni mediche nell'uso di un certo farmaco". Il concetto vale ovviamente anche per i contraccettivi ormonali.

Rispetto all'uso della pillola, la compliance può essere legata ad almeno quattro importanti elementi: 1- il farmaco; 2- l'utente; 3- il medico; 4- il rapporto medico-utente. Su questi elementi basilari si inseriscono altri fattori, tra i quali le caratteristiche del partner, dei servizi socio-sanitari e l'azione dei media (19-23).

Le caratteristiche di un buon contraccettivo orale in grado di influenzarne una buona compliance dovrebbero includere: sicurezza, assenza di fenomeni collaterali negativi, presenza di fenomeni collaterali positivi, reversibilità, facilità d'uso, basso costo. Sono tutti elementi pressochè raggiunti dai moderni CO a basse dosi, in cui il rapporto costi/benefici è assolutamente a favore dei benefici. Queste riflessioni sono supportate da una vasta disponibilità di dati raccolti già dagli anni '80 e confermate in importanti e più recenti ricerche, che sottolineano i benefici di salute e le ripercussioni favorevoli dal punto di vista sociale (24-26).

In realtà, l'abbassamento delle dosi può portare con se anche alcuni elementi di possibile disturbo alla compliance, come l'aumento del BTB/BTS

Tabella V: Scenario riproduttivo italiano nell'anno 2001

DONNE 15-45 ANNI	12000000
NATI	535264
NATI VIVI PER 1000 ABITANTI	9.2
TASSO DI FECONDITA' (FIGLI PER DONNA)	1.23
<i>NORD</i>	1.19
<i>CENTRO</i>	1.15
<i>SUD</i>	1.35
AB. VOLONTARI	132234
AB. VOL. ILLEGALI (STIMA)	20000
MORTI	548227
TASSO DI CRESCITA NATURALE	- 0.2

(Fonte: ISTAT, 2001)

(breakthrough bleeding and spotting) (27).

Anche il tipo di confezione ed il modo con il quale si inizia l'assunzione possono essere di aiuto. Le pillole con confezioni a 28 giorni di assunzione sembrano avere una compliance migliore di quelle tradizionali a 21 giorni di assunzione e 7 giorni di intervallo.

Nel Nord America, per facilitare l'uso, si consiglia di cominciare la prima pillola di domenica subito dopo l'inizio della mestruazione (28).

Anche la donna ed il suo bagaglio di informazioni, cultura ed esperienza costituiscono un elemento portante della compliance. Donne giovani, immature, non sposate, nullipare, con rapporti precoci, con partner multipli, con precedenti negative esperienze contraccettive o di aborto, di bassa condizione sociale, inserite in famiglie difficili, di scarsa cultura, dotate di fatalismo e dedite a fumo ed alcool sono il tessuto di una scarsa compliance dei CO (29).

Uno studio effettuato in alcuni paesi europei, compresa l'Italia, su quasi 7000 utilizzatrici di CO ha dimostrato che una scarsa compliance era correlata con l'incapacità di stabilire ritmi routinari nell'assunzione della pillola (RR 3.3), con la mancata lettura e comprensione delle istruzioni contenute nella confezione della pillola (RR 2.4), con l'assenza di supporto da parte del prescrittore (RR 1.5), con la presenza di alcuni fenomeni collaterali (30). Inoltre, le donne che assumevano la pillola con qualche errore andavano incontro ad un

Tabella VI: Uso stimato di contraccettivi in Italia nel 2000 (% donne/coppie in età fertile)

Coito interrotto	31.6
Condom	28.4
Contracezione orale EP	20.9
IUD	3.2
Metodi naturali	4.2
Altro	1.7
Nessun metodo	10.0

(Fonte: Censis, 2000)

RR 2.6 di gravidanze non desiderate rispetto a quelle che assumevano il contraccettivo in maniera corretta.

Un altro fattore molto importante è la cosiddetta "intenzione contraccettiva", cioè la ragione per cui la donna usa il CO. Vari studi dimostrano come i fallimenti siano minori nelle donne che vogliono dilazionare le gravidanze, che non vogliono più gravidanze, che vogliono dilazionare il matrimonio o che sono felicemente sposate.

In sintesi, possiamo dire che i fattori che influenzano la compliance dal punto di vista della donna (31) sono: la accettazione del metodo, che deve concordare con i valori e le concezioni che la donna esprime rispetto al CO, alla sua sicurezza, ai suoi bisogni personali; la motivazione all'uso, perchè è essenziale che la donna abbia una idea positiva del metodo, ritenga che quello sia il migliore per i suoi bisogni contraccettivi, e perchè una buona motivazione è alla base di un'assunzione corretta; la continuazione nell'uso del CO, che riduce i rischi dei periodi non protetti; la bassa incidenza di fenomeni collaterali. Il modo con cui il medico considera la contraccezione e come la propone va ad influenzare quanto essa venga accettata e come venga utilizzata. I medici informati e motivati, quelli che aprono il dialogo, quelli che si trasformano da prescrittore a consigliere, sono quelli che ottengono i migliori risultati in termini di continuazione, di fenomeni collaterali, di fallimenti (sono, in altre parole, quelli che veramente combattono l'aborto volontario). Talora il medico proietta le proprie convinzioni personali o etiche nel colloquio con la donna, per cui un suo rifiuto a priori della pillola viene comunicato all'utente con una serie di giustificazioni mediche non sempre corrette. Il rapporto medico-paziente è particolarmente importante in questo ambito, in cui l'utilizzo così esteso di un farmaco si sovrappone a fattori psicologici ed etici (la sessualità, il credo religioso, le paure, la scissione del sesso dalla riproduzione, la gravidanza desiderata ed evitata).

Diffusione e corretto uso di metodi anticoncezionali sicuri incontrano ostacoli e resistenze di vario tipo nella nostra realtà. Queste resistenze possono comparire oltre che nei medici e nelle donne, anche nei loro partner, nei mass-media, nella società in generale e nei servizi, nella cultura delle popolazioni. Uno studio effettuato in un paese in via di sviluppo ha dimostrato come l'assenza di supporto da parte di personale sanitario può incidere molto nella compliance, con un RR quadruplicato di sospensione nell'uso. Anche il supporto del marito può essere di grande valore, così come il suo livello di istruzione (32).

Vari studi mostrano come la compliance sia migliore nei paesi sviluppati, dove i servizi sono più estesi e più accessibili all'utenza (anche a pagamento), piuttosto che nei paesi in via di sviluppo, ove spesso l'organizzazione dei servizi è più carente e l'utente non ha i mezzi per pagare (29).

Un esempio in questo senso potrebbe essere la diversa distribuzione stimata di CO nelle diverse aree d'Italia, che potrebbe in parte corrispondere a difficoltà/funzionalità dei servizi sanitari, inclusi i consultori.

LA MANCATA COMPLIANCE

Purtroppo le utilizzatrici spesso interrompono l'uso della pillola dopo un breve periodo di assunzione; più del 10 % entro un mese (33).

Di circa 100 milioni di donne che usano la pillola nel mondo, il 30-60% delle nuove utilizzatrici interrompe l'assunzione entro un anno (23, 34), in genere per la comparsa di irregolarità del ciclo mestruale (36), per consiglio medico o per scelta personale.

Altre la assumono in modo irregolare o non conforme alle indicazioni (36). Il problema è che, nell'ambito dei CO, la mancata compliance si esprime in fallimenti del metodo, cioè in gravidanze non desiderate. Se, in effetti, la sicurezza teorica dei CO è attorno al 100%, vari studi mostrano come si possano avere rischi pratici di insuccesso tra il 3% ed il 20%, quasi tutti dovuti ad un uso scorretto o ad una precoce interruzione del metodo (37).

Tabella VII: Uso % della CO nelle diverse macroregioni d'Italia (stime)

Anno	1996	2002
Nord	24.6	23.6
Centro	17.4	20.0
Sud	11.4	13.3
Italia	18.2	19.0
	Rapporto Nord/Sud 2.16	Rapporto Nord/Sud 1.78
	Rapporto Nord/Centro 1.41	Rapporto Nord/Centro 1.18

Tabella VIII: Contraccezione d'emergenza in Italia

Anno	Stima dati Italia	Note
2000	40000	1° uscita ottobre 2000
2001	215000	2° uscita giugno 2001
2002	240000	
2003	275000	

Tabella IX: IVG/CO in Italia negli anni (1982-2002)

	N. IVG	Tasso di abortività	Rapporto di abortività	N.IVG illegali stimati	CO % donne 15-45 aa
1982	234801	17.2	340.2	100000	5.2
2002	130690	9.3	244.0	20000	19.0
DIFF. %	-44.3 %	-45.9 %	-35.8 %	-80.0 %	+250.0 %

Il rapporto tra CO e donna viene ovviamente influenzato anche dalla presenza o meno di fenomeni collaterali minori (cefalea, nausea, seno teso, acne, aumento di peso, depressione), da disturbi del ciclo (sanguinamenti intermestruali, amenorrea), così come dalla paura di fenomeni collaterali importanti

BIBLIOGRAFIA

1. IPPF (International Planned Parenthood Federation)-UICEMP (Unione Italiana Centri Educazione Matrimoniale e Prematrimoniale). *Charter: diritti sessuali e riproduttivi. Versione italiana a cura dell'UICEMP - Milano, 1997.*
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World Population Prospects: The 2000 Revision. New York, United Nations, 2001.*
3. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World Population Prospects: The 2002 Revision. New York, United Nations, 2003.*
4. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision. New York, United Nations, 2003.*
5. WHO. *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence and of Mortality Due to Unsafe Abortion, with a Listing of Available Country Data. Geneva, WHO, 1998.*

(trombosi, infarto, tumore al seno, sterilità, ipertensione) (22, 25, 35).

Molte di queste paure non sono confermate sul piano pratico. Uno studio ha dimostrato che molti degli effetti collaterali attribuiti alla CO si verificano con percentuali non superiori a quelle verificatesi in chi assume il placebo (38). Queste paure possono essere superate con un buon counselling (24, 25, 39, 40). L'età più giovane è significativamente collegata con una maggiore percentuale di sospensione del CO (41). Le donne che hanno un qualche problema d'uso sono più disponibili alla interruzione della pillola, ma quelle che hanno avuto una esperienza di comportamenti sessuali a rischio avevano solo un RR 0.4 di sospendere l'assunzione (34). L'interruzione porta inevitabilmente a problemi che possono andare dalle irregolarità del ciclo alle gravidanze non desiderate. Negli USA il 61 % delle gravidanze non desiderate verrebbero in donne che interrompono l'utilizzo di CO (42).

In effetti indagini effettuate in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità, da altri Istituti di Ricerca e da alcune Regioni, dimostrano come il ricorso all'aborto in Italia derivi nel 70-80% dei casi da un fallimento o da un uso scorretto di metodi per il controllo della fertilità (8).

CONCLUSIONI

La fertilità va riducendosi in ogni parte del mondo. Ciò è tanto più vero per l'Europa e per l'Italia, la quale ha raggiunto livelli di fertilità tra i più bassi del mondo. Le componenti di questa riduzione riguardano certamente una serie di elementi sociali, come l'innalzamento dell'età del matrimonio e del primo figlio, così come un più diffuso utilizzo di metodi contraccettivi sicuri.

La contraccezione orale ha acquisito oggi, con le moderne pillole a basse dosi, una maneggevolezza tale da poterla indicare pressoché a tutte le donne. Questo porterà certamente ad una ulteriore estensione del suo utilizzo ed anche ad una ulteriore riduzione dell'aborto volontario. Nonostante ciò la contraccezione d'emergenza sarà sempre più richiesta. Così come si osserverà un aumento progressivo nell'uso del condom, per una maggiore consapevolezza sulla sua capacità di difesa dalle malattie a trasmissione sessuale.

La compliance della donna nei confronti della contraccezione orale viene influenzata da molti fattori. Alcuni di questi sono controllabili da un medico attento e sensibile, che informi adeguatamente la donna ed il suo partner, quando richiesto, e si renda disponibile nel follow-up a discutere eventuali problemi d'uso, che possono inevitabilmente presentarsi, ma che sono correggibili nella maggior parte dei casi. Questo senza mai minimizzare i problemi, ma accogliendoli per discuterli, chiarirli e possibilmente risolverli, per evitare i danni di un uso non corretto o del non-uso, *in primis* la gravidanza non desiderata e la conseguente frequente interruzione volontaria della gravidanza. In effetti non esiste una buona compliance senza una buona informazione e senza un consenso veramente informato.

Un buon rapporto medico-paziente è peraltro fondamentale nel facilitare la continuazione d'uso e nel ridurre anche l'incidenza e l'entità dei fenomeni collaterali.

6. Population Reference Bureau (PRB). *Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet 2002*.
7. ISTAT. *Rapporto annuale-La situazione nel Paese nel 2002*. ISTAT, Roma, 2003.
8. "Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge concernente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza", (dati preliminari anno 2002, dati definitivi anno 2001), Presentata dal Ministro della salute, Trasmessa alla Presidenza il 31 agosto 2003.
9. *Statistiche su nascite e matrimoni in Italia. 14° edizione 2002, Un rapporto di ricerca basato su dati ISTAT, elaborato da ART, Sfera Editore, 2002.*
10. ISTAT. *La presenza straniera in Italia-Caratteristiche demografiche*. ISTAT-Informazioni. N.31, Roma, 2001.
11. Censis. *I comportamenti sessuali degli italiani: falsi miti e nuove normalità – Considerazioni di sintesi*. Censis, Roma, Luglio 2000.
12. Arisi E. *Diffusione degli IUD in Italia nel corso degli anni*. In: LXXIV Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, XXXIX Congresso della Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani, VI Congresso della Associazione Ginecologi Universitari Italiani, Milano, settembre 1998, Monduzzi Editore, Bologna, 1998.
13. Arisi E. *Lo IUD tra passato e presente*. *Current Obstetrics and Gynaecology*, Edizione Italiana, 1999; 8:40-7.
14. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. An Ist Super Sanità 1988; 34:331-8.*
15. Arisi E. *Strategie da applicare per ridurre il ricorso alla IVG*. In: *Atti del 78° Congresso SIGO, 43° Congresso AOGOI, 10° Congresso AGUI, Perugia novembre 2002, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2002.*
16. Bongaarts J, Westoff CF. *The potential role of contraception in reducing abortion*. *Studies in Family Planning* 2000; 31:193-202.
17. Marston C, Cleland J. *Relationships between contraception and abortion: review of the evidence*. Unpublished paper, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.
18. Shears KH. *Increasing contraception reduces abortion*. *Network* 2002; 21:28-33.
19. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast cancer. *Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies*. *The Lancet* 1996; 347:1713-7.
20. De Aloysio D, Altieri P, Orlandi R. *La compliance dei contraccettivi orali*. *Current Obstetrics and Gynaecology-edizione italiana* 1994; 3:185-92.
21. Drife JO. *The benefits and risks of oral contraceptives today*. The Parthenon Publishing Group, London, 1996.
22. Farmer RDT, Laurensen RA, Thompson CR, et al. *Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives*. *The Lancet* 1997; 439:83-8.
23. Guillebaud J. *Contraception - Your questions answered*. Churchill Livingstone, New York, 1993.
24. Arisi E, Murari S. *La moderna contraccezione orale ed i suoi benefici sulla salute*. *Current Obstetrics and Gynaecology, Edizione Italiana* 2003; 12:95-104.
25. Arisi E, Murari S. *La moderna contraccezione orale: rischi percepiti e rischi reali*. *Current Obstetrics and Gynaecology, Edizione Italiana* 2003; 12:142-150.
26. Arisi E, Murari S, Pezzini B. *Miti e realtà nella contraccezione orale*. *Relazione in: Donna domani, atti, VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.I.G.I.A.), Roma, 27-29 gennaio 2004, Editors: E. Piccione, M.Dei; CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004.*
27. Williams JK. *Rationale for new oral contraceptive dosing*. *Int J Fertil Womens Med* 2004; 49:30-5.
28. "How to use OCs? Readers offer insights", *Contracept. Technol. Update* 1999; 20:105-6.
29. Arisi E. *La compliance dei contraccettivi orali odierni. Benefici contraccettivi ed extracontraccettivi*. *Relazione in: Il Consultorio Familiare, a cura di J Baldaro Verde, L Cersosimo, AR Genazzani, Secondo Convegno Nazionale, Pisa 2-4 ottobre 1997, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1997.*
30. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. *Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation*. *Contraception* 1995; 51:283-8.
31. Parrilla JJ, Coll C, Bajo JM, et al. *Analysis of compliance with oral contraception in Spain*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1996; 1:337-47.
32. Khan MA. *Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh*. *Health Policy Plan* 2003; 18:101-8.
33. Rosenberg MJ, Waugh MS. *Causes and consequences of oral contraceptive compliance*. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:276-9.
34. Ramstrom KC, Baron AE, Crane LA, et al. *Predictors of contraceptive discontinuation in a sexually transmitted disease clinic population*. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34:146-52.
35. Serfaty D. *Medical aspects of oral contraceptive discontinuation*. *Adv Contracept* 1992; 8:21-33.
36. International Working Group on Enhancing Patient Compliance and Oral Contraceptive Efficacy. *Br J Fam Plann* 1993; 18:126-9.
37. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al (eds.). *Contraceptive Technology. 17th Edition*, Ardent Media, New York, 1998.
38. Redmond G, Godwin AJ, Olson W, et al. *Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence*. *Contraception* 1999; 60:81-5.
39. Rosenberg MJ, Waugh MS. *Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons*. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:577-82.
40. Wysocki S. *Improving patient success with oral contraceptives: the importance of counselling*. *Nurse Pract* 1998; 23:51-62.
41. Rosenberg MJ, Burnhill MS, Waugh MS, et al. *Compliance and oral contraceptives: a review*. *Contraception* 1995; 52:137-41.
42. Rosenberg MJ, Waugh MS, Long S. *Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives*. *J Reprod Med* 1995; 40:355-60.