

Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA)
Documento “Contraccezione d'emergenza in Età Adolescenziiale”¹

Silvano Bertelloni (Pisa), Giuseppe Raiola (Catanzaro), Piernicola Garofalo (Palermo),
Michele De Simone (L'Aquila), Salvatore Chiavetta, (Palermo),
Giampaolo De Luca (Cosenza), Domenico Lombardi (Lucca), Leopoldo Ruggiero (Lecce),
Vincenzo De Sanctis (Ferrara)

Premessa

Sempre più spesso il medico si trova a dover affrontare la richiesta di prescrizione da parte di una minorenne della contraccezione d'emergenza (la impropriamente detta “pillola del giorno dopo”).

In occasione del primo rapporto sessuale, il 50-60% degli adolescenti non utilizza infatti alcun metodo contraccettivo per il timore di togliere spontaneità all'incontro, per scarsa informazione sui metodi contraccettivi, per il timore che il medico informi i genitori della richiesta o che i contraccettivi su base ormonale possano nuocere alla salute. A tutto ciò si aggiunge la non consapevolezza di correre rischi e la fiducia di non poter incorrere in gravidanze o patologie da contagio sessuale. A tal proposito merita di essere sottolineato che, in Italia, il ricorso all'IVG ha mostrato un costante decremento in tutte le fasce di età ad eccezione di quella adolescenziale.

Definizione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2005) definisce come contraccettivi d'emergenza tutti quei metodi, ormonali e non ormonali, in grado di fornire alla donna un mezzo privo di rischio per prevenire una gravidanza indesiderata dopo un rapporto sessuale non protetto o in caso di fallimento del metodo contraccettivo utilizzato. In età adolescenziale, la contraccezione d'emergenza ormonale è il metodo di scelta.

Indicazioni

| Metodo contraccettivo utilizzato | Indicazione alla contraccezione d'emergenza |
|--|--|
| Contraccettivo orale contenente etinil-estradiolo 20 µg | mancata assunzione di 2 pillole delle prime 7 della confezione e rapporto non protetto in quella settimana o nella precedente settimana “di pausa” |
| Contraccettivo orale contenente etinil-estradiolo 30-35 µg | mancata assunzione di 2 o più pillole nei gg. 15-21 del ciclo o mancata assunzione di 3 o più pillole delle prime 7 della confezione e rapporto non protetto in quella settimana o nella precedente settimana “di pausa” |
| Cerotti contraccettivi per via transdermica | ritardato posizionamento/distacco |
| Preservativo maschile/diaframma femminile | presidio scaduto, rottura o dislocazione durante il rapporto, errato posizionamento, errata rimozione |
| Coitus interruptus | iaculazione in vagina o sui genitali esterni |
| Metodi naturali | errore nel calcolare il periodo fertile |
| Dispositivo intrauterino | espulsione completa o parziale |
| Nessuno | rapporto sessuale/violenza sessuale |

¹Elaborato, discusso ed approvato nel Consiglio Direttivo SIMA del 24 gennaio 2009

La contraccezione d'emergenza può inoltre essere presa in considerazione dopo un rapporto potenzialmente fertile quando si sia fatto uso recente di prodotti potenzialmente teratogeni per il feto.

Schemi terapeutici

Due diversi schemi posologici risultano efficaci come contraccezione ormonale d'emergenza:

- somministrazione di due dosi di 100 µg di etinil-estradiolo e 0.5 mg di levonorgestrel a distanza di 24 ore (*metodo Yuzpe*).
- somministrazione di due dosi di levonorgestrel 0.75 µg a distanza di 12 ore o di un'unica dose di 1.5 mg; quest'ultima posologia ha eguale efficacia ma migliore compliance. Il farmaco, venduto dopo presentazione di ricetta medica non ripetibile in blister da 2 compresse da 750 µg, deve essere assunto entro 72 ore dal rapporto sessuale non protetto. L'efficacia diminuisce con il tempo trascorso tra il rapporto e l'assunzione del farmaco (95% entro 24 ore, 85% fra 25 e 48 ore, 58% se assunto fra 49 e 72 ore). Una certa efficacia è stata comunque riportata fino a 5 giorni dopo il rapporto sessuale. La correlazione lineare tra precocità di assunzione ed efficacia rende il concetto di emergenza realistico; il ritardo volontario nella prescrizione da parte del medico può pertanto assumere connotati medico-legali.

Il secondo schema è oggi considerato il *gold standard*, in particolare in età adolescenziale, per la maggiore efficacia ed i minori effetti collaterali. L'altro metodo può essere utilizzato se il levonorgestrel non è rapidamente disponibile.

Dimensione del problema

In Italia, il numero di confezioni di levonorgestrel vendute negli ultimi anni è stabile intorno a 350.000/anno. L'esatta richiesta di contraccezione di emergenza da parte delle adolescenti non è conosciuta. Una recente indagine condotta nel consultorio AIED di Genova riporta che su 1295 prescrizioni effettuate nel 2007 circa il 35% (452/1295) era relativo a ragazze di 13-19 anni (8% straniere).

Meccanismo d'azione della contraccezione d'emergenza con levonorgestrel

- Interferenza (inibizione/ritardo) con l'ovulazione (effetto prevalente o unico)
- Alterazione del muco cervicale (dubbio)
- Interferenza con la capacità fertilizzante degli spermatozoi (molto dubbio)
- Modificazioni della funzionalità tubarica (dubbio)
- Effetti sull'endometrio pre-impianto (dubbio; è concettualmente difficile prospettare che un progestinico possa avere effetti negativi sull'endometrio)
- Interferenza con l'impianto (molto dubbio)

Aspetti clinici

Secondo l'OMS, la contraccezione d'emergenza, non esponendo a rischi clinici significativi, non presenta la necessità che la donna sia sottoposta ad esami clinici e/o di laboratorio prima della prescrizione.

E' utile, ma non indispensabile, un follow-up, soprattutto nei minori, per iniziare una discussione su una contraccezione sicura, efficace ed adatta alle esigenze della giovane. La donna dovrà inoltre essere istruita che il follow-up è necessario nel caso di ritardo mestruale, dolori addominali, sanguinamenti vaginali persistenti.

Aspetti etici

In Italia, il diritto all'obiezione di coscienza è concesso per legge solo nella pratica della interruzione volontaria di gravidanza (n. 194/1978); pertanto non riguarderebbe la prescrizione di levonorgestrel che viene considerato un metodo contraccettivo anche sulla base del meccanismo d'azione prevalente.

Secondo un parere non vincolante del Comitato Nazionale di Bioetica, visto che la contraccezione di emergenza può avere come conseguenza l'interruzione del processo fecondativo (sia pure a monte dell'inizio della gravidanza in senso clinico), è un diritto del medico scegliere di non prescrivere la pillola del giorno dopo o del farmacista di non venderla (*clausola di coscienza*).

Un recente documento del Consiglio Nazionale della FNOMCeO (Ferrara, 25 ottobre 2008) nel riaffermare il diritto del medico alla "clausola di coscienza", che trova il suo fondamento nell'articolo 22 del Codice di Deontologia medica ma non in atti legislativi, ricorda per il medico "di fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento. In altre parole, l'equilibrio tra il diritto del medico alla clausola di scienza e coscienza e quello della donna alla fruizione della prestazione riconosciuta come disponibile non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi al fine di tutelare l'accesso alla prescrizione nei tempi più appropriati per la maggiore efficacia del farmaco" (v. sopra Schemi terapeutici).

Per quanto riguarda le problematiche medico-legali connesse alla prescrivibilità della contraccezione di emergenza a minori, questa è equiparata alla prescrizione di contraccettivi ormonali e quindi giuridicamente regolata dall'articolo 2 della legge 194/78 senza indicazioni di limiti di età ("*La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori*"), non richiedendo il coinvolgimento dei genitori o dei legali rappresentanti a patto che venga erogata nelle strutture previste dalla legge; questo a maggior ragione visto che sussiste una situazione di urgenza.

Indicazioni pratiche

La contraccezione di emergenza non può – e non deve - essere il principale mezzo contraccettivo utilizzato dagli adolescenti, a cui dovrebbe invece essere offerto un qualificato percorso di educazione alla sessualità proprio al fine di evitare di dover ricorrere a tale metodo unitamente a quello di ridurre il tasso di gravidanze indesiderate - quindi di interruzioni volontarie di gravidanza - e di malattie a trasmissione sessuale.

Il medico che accetta di prescrivere la contraccezione di emergenza dovrà effettuare, se possibile e/o necessario, una accurata indagine anamnestica e clinica, dovrà consegnare informazioni chiare ed adeguate per l'età, possibilmente scritte, indicando il meccanismo di azione del composto, la posologia, eventuali effetti collaterali ed i successivi controlli medici. In questo modo, il minore potrà prendere una decisione ragionata e consapevole ed avere un appoggio per un futuro counselling contraccettivo.

Il medico che ricorre alla "clausola di coscienza" (art. 22 del Codice di Deontologia Medica 2006) non dovrà limitarsi a rifiutare la richiesta della ragazza, ma dovrà indicare una soluzione alternativa, compresa la possibilità di indirizzare la giovane ad una struttura corrispondente ai requisiti di legge, che accolga la sua richiesta nei tempi adeguati all'emergenza della situazione; è opportuno riportare sul foglio della consulenza medica i provvedimenti presi. La possibilità di libero acquisto e l'autoprescrizione, adottata in alcuni Paesi della Unione Europea, se da una parte tende a tutelare l'adolescente dall'altra non consente di fornire informazioni chiare e corrette sull'esercizio di una sessualità responsabile, che sono possibili solo al momento della prescrizione del farmaco. Una possibile alternativa potrebbe essere rappresentata dalla cosiddetta "prescrizione in anticipo" nell'ambito di un percorso di educazione alla sessualità e ai sentimenti.

Il pediatra ed il medico di famiglia si trovano in una posizione privilegiata in quanto possono dialogare con l'adolescente su questi problemi non solo nei momenti di "emergenza" ma tutte le volte che l'adolescente od i suoi genitori richiedono un intervento medico in via preventiva. Per poter svolgere adeguatamente questo compito il medico deve però

possedere specifiche competenze conseguenti a un'adeguata formazione in tema di affettività, contraccezione, comportamenti a rischio e patologie a trasmissione sessuale.

Bibliografia essenziale

- American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics* 2007; 120: 1135-1148.
- Arisi E, Michieli R. Contraccezione d'emergenza in Italia: Stato dell'arte. *Contraccezione, sessualità, salute riproduttiva* 2007; 1(3): 3-6.
- Benciolini P, Arseni A. La contraccezione d'emergenza: un contributo medico-legale. *Contraccezione, sessualità, salute riproduttiva* 2007; 1(3): 11-16.
- Bruni V, Seravalli V, Pontello V, Peruzzi E, Dei E. La contraccezione d'emergenza. www.sigia.it/main.html (consultato 03-03-2009)
- Carta E, Godani A. Contraccezione nelle teenagers. Esperienza del consultorio di Genova. *Contraccezione, sessualità, salute riproduttiva* 2008; 2(2): 27-29.
- De sanctis V. Editoriale. *Riv Ital Med Adol.* 2005; 3(3): 1
- Federazione Nazionale Ordine Medici-chirurghi e Odontoiatri. Etica e deontologia di inizio vita. Consiglio nazionale 25 ottobre 2008.
- Pitts SA, Emans SJ. Controversies in contraception. *Curr Opin Pediatr.* 2008; 20: 383-389.
- Serra L, Musconi M, Silvestrini D, Lanari M. la contraccezione d'emergenza in adolescenza. Considerazioni generali e proposte di un gruppo di lavoro. *Riv Ital Med Adol.* 2006; 4(2): 11-18