

indiretto, anche se utilizzato correttamente, qualora venga utilizzato senza una supervisione medica;

- 2) che il farmaco possa essere utilizzato frequentemente e estesamente in maniera non corretta, con il risultato di presentare verosimilmente danni diretti o indiretti sulla salute umana;
- 3) che il farmaco contenga sostanze o preparazioni di cui è indispensabile approfondire l'attività e/ o gli eventi avversi;
- 4) che il farmaco sia normalmente prescritto dai medici per essere somministrato per via parenterale.

Dopo un'attenta valutazione dell'ampio dossier di dati preclinici e clinici forniti in fase pre-registrativa e dei dati post-commercializzazione su circa 3 milioni di utilizzatrici, in particolare circa la sicurezza di uso in caso di gravidanza, sulla base di nuovi studi clinici (di cui uno sull'uso ripetuto e un altro relativo alla sicurezza di utilizzo nelle adolescenti) e sulla base dell'esperienza dei paesi europei in cui la contraccezione d'emergenza era senza obbligo di prescrizione, il Chmp (Committee for Medicinal Products for Human Use) ha ritenuto che tutti e quattro i criteri sopraelencati non fossero applicabili per EllaOne® e quindi ha approvato il suo passaggio a farmaco non soggetto a prescrizione medica. Inoltre, la rivalutazione ha portato ad una sostanziale rivisitazione degli stampati ufficiali, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di sicurezza in caso di eventuale uso in gravidanza, con l'eliminazione della controindicazione in gravidanza.

Al momento in cui è stato redatto il presente documento 22 paesi europei su 28 hanno recepito la decisione EMA sul proprio territorio.

Il concetto di emergenza

Il termine "emergenza" descrive una condizione medica che richiede un trattamento immediato. Per definire l'emergenza è indispensabile considerare sia il concetto di esito che, in ambito

sanitario, si riferisce alle «modificazioni delle condizioni di salute prodotte nei destinatari dagli interventi sanitari», sia la valutazione dei tempi di intervento necessari (i quali, nel caso dell'emergenza, sono non dilazionabili nel tempo). In quanto d'emergenza, oltre alla caratteristica temporale, la procedura medica si caratterizza per l'estemporaneità. Ne consegue che il termine "contraccezione d'emergenza" porta con sé due concetti fondamentali:

- è una pratica contraccettiva di emergenza, cioè volta ad evitare l'instaurarsi di una gravidanza indesiderata, a valle di un rapporto a rischio, e deve essere quindi somministrata immediatamente;
- è una procedura di emergenza e non può essere in alcun modo considerata come una pratica contraccettiva di routine.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Who, 2005) per contraccezione d'emergenza si intendono infatti "metodi di supporto per emergenze contraccettive che le donne possono usare entro i primi giorni dopo un rapporto non protetto, per prevenire una gravidanza indesiderata. I contraccettivi di emergenza non sono adatti ad un uso regolare".

La richiesta di contraccezione d'emergenza avviene a valle di:

- violenza sessuale in assenza di protezione
- uso scorretto o inadeguato di un metodo contraccettivo continuativo:
 - rottura o scivolamento del profilattico
 - dimenticanza di 2-3 o più pillole estro-progestiniche contraccettive a seconda del dosaggio;
 - POP (Pillola a base di solo progestinico) assunta tardivamente e/o dimenticata
 - spostamento o distacco del cerotto o fuoriuscita dell'contraccettivo, rottura o spostamento del diaframma
 - espulsione dello IUD oppure IUD incautamente rimosso
 - errore nel calcolare il periodo fertile per coloro che utilizza-

no metodi naturali coito interrotto non riuscito, con eiaculazione in vagina o sui genitali esterni

- rapporto senza alcuna protezione contraccettiva (non protetto, non programmato).

La necessità della contraccezione d'emergenza si manifesta quando il rischio di gravidanza indesiderata è già reale, laddove, quindi, ogni possibilità di prevenzione primaria è ormai svanita.

Essendo già avvenuto il rapporto "a rischio" c'è la necessità di agire con assoluta tempestività, per diminuire le possibilità che l'ovulazione avvenga di lì a breve. La contraccezione d'emergenza orale ha come sua unica opportuni-

Il vero rischio di misuso, di uso improprio per la contraccezione d'emergenza, oggi, in Italia è causato in realtà dalle difficoltà che le donne incontrano ad ottenere la prescrizione e la dispensazione del farmaco

tà, legata al proprio meccanismo d'azione, quella di bloccare o spostare l'ovulazione, che è un momento imprevedibile nel ciclo di una donna; infatti soltanto nel 12% dei casi avviene al quattordicesimo giorno del ciclo (Baird, 1995). Una volta avvenuta l'ovulazione con il rilascio della cellula uovo, nulla può impedire, dopo un rapporto "a rischio", l'eventuale incontro dell'ovulo con uno spermatozoo ed i successivi eventi. Ne consegue, quindi, che la contraccezione d'emergenza deve essere somministrata il prima possibile, perché dal momento del rapporto a rischio scatta una lotta contro il tempo per diminuire le possibilità che l'ovulazione avvenga di lì a breve.

I rischi delle barriere di accesso

Da quanto discusso nel paragrafo precedente emerge la necessità di identificare, analizzare e ridurre al massimo le barriere d'accesso alla contraccezione d'emergenza. La prima barriera all'utilizzo della contraccezione d'emergenza è la mancata percezione di avere avuto un rapporto a rischio. Raggiunta la consapevolezza del rischio, il passaggio successivo è sapere che esiste la contraccezione d'emergenza, ed in conclusione, deve esserci la disponibilità del farmaco per la contraccezione d'emergenza e l'accessibilità allo stesso.

La disponibilità/accessibilità, trattandosi di emergenza, deve essere immediata.

Per quanto riguarda i primi due punti, è evidente che l'unica strategia efficace è rappresentata da campagne di informazione sanitaria che permettano, da un lato, di informare sui comportamenti a rischio per una gravidanza indesiderata e quindi contribuire a prevenirli (prevenzione primaria), dall'altro di rendere edotta la popolazione sulla possibilità di prevenire la gravidanza indesiderata una volta che il comportamento a rischio è stato già messo in atto (prevenzione secondaria). In Italia, il livello di informazione e consapevolezza è scarso e segue canali legati al "passaparola" più che i canali "classici" per l'informazione della popolazione (Bastianelli C, 2005; Analisi delle conversazioni online sulla contraccezione d'emergenza, http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2013-05-27/salute-sessuale-riproduttiva-ostetriche-174210_PRN.php). La disponibilità della contraccezione d'emergenza risente delle caratteristiche del Sistema sanitario di ogni Paese.

Prima della storica decisione della Commissione Europea di rendere disponibile la contraccezione d'emergenza con Ulipristal acetato senza necessità di prescrizione medica, con l'intento di operare un'armonizzazione del regime di fornitura per tutto il territorio di competenza, la contraccezione d'emergenza con Levo-

norgestrel sul territorio europeo:

- non era disponibile unicamente a Malta;
- era dispensata con obbligo di ricetta in 8 paesi (Albania, Croazia, Germania, Italia, Kazakistan, Macedonia, Polonia, Ungheria);
- era dispensata Otc (cioè *over the counter*, ossia prelevata dallo scaffale senza colloquio con il farmacista) in 11 paesi;
- era dispensata BTC (cioè *behind the counter*) in tutto il resto d'Europa, quindi senza obbligo di ricetta medica, ma consegnata dal farmacista.

In Francia, successivamente alla decisione di dispensare il farmaco senza obbligo di ricetta nelle farmacie, si è registrato dopo 5 anni un ampliamento della possibilità di accedere alla contraccezione d'emergenza del 72% (Moreau C, 2006). Anche la componente del prezzo influenza il ricorso alla contraccezione d'emergenza per via orale; rendere il farmaco disponibile gratuitamente, come sperimentato in Scozia, ha aumentato il ricorso alla metodica (Cameron ST, 2012).

In Italia, purtroppo, è spesso balzato all'onore delle cronache il problema della mancata disponibilità della contraccezione d'emergenza per le utenti, costrette a peregrinare da un pronto soccorso all'altro, alla ricerca di un consultorio aperto o di un medico della guardia medica, o di altro ancora.

Emblematica la situazione di Catania in cui, nel 2012, il Movimento di Difesa del Cittadino denunciò la situazione di una coppia che, in seguito alla rottura del preservativo, non è riuscita ad ottenere la contraccezione d'emergenza e si è sentita dire: "Noi qui non prescriviamo la pillola del giorno dopo, siamo obiettori e praticamente tutti i medici qui a Catania sono obiettori. Ci dovevate pensare prima!" (<http://www.lasiciliaweb.it/articolo/88126/sicilia/medici-obiettori-di-coscienza-negano-pillola-del-giorno-dopo>).

Nel novembre 2013, scoppia il caso di una coppia di quarantenni professionisti italiani, da anni residenti in America, che durante

■ Con 441 voti favorevoli, 205 contrari e 52 astenuti il Parlamento Ue ha approvato la risoluzione sulle azioni da intraprendere per raggiungere la parità tra uomini e donne. "Le donne devono avere il controllo dei loro diritti sessuali e riproduttivi, compreso il pronto accesso alla contraccezione e all'aborto" anche se per queste materie la competenza rimane in mano agli Stati membri. Il Ppe si spacca, la metà vota no

Parlamento Ue

Approvata risoluzione su diritto all'aborto e alla contraccezione. Ma le politiche in materia restano di competenza nazionale

Le politiche devono cambiare per raggiungere la parità tra donne e uomini". Questo il messaggio con cui il Parlamento Ue ha approvato (441 voti favorevoli, 205 contrari e 52 astensioni) il 10 marzo scorso la risoluzione "Tarabella" sulle azioni da intraprendere per la parità di genere. Il Parlamento ha rilevato che "nonostante i progressi su alcune questioni di disuguaglianza di ge-

nera, molto resta da fare per ridurre i differenziali retributivi, rimuovere gli ostacoli alla carriera delle donne, rimediare alla loro mancanza di indipendenza economica, migliorare il loro equilibrio lavoro/vita, tra cui il congedo parentale, e proteggere i loro diritti e l'accesso alla contraccezione e all'aborto".

"Le donne e gli uomini non sono e mai saranno identici, ma è nell'interesse di tutti che godano

degli stessi diritti. Il verdetto non è di certo eclatante: il cambiamento è troppo lento e diritti delle donne ne soffrono. Tuttavia, la maggioranza dei voti dimostra che il Parlamento europeo si batte per la parità salariale, la violenza sulle donne, il congedo di maternità e il diritto all'aborto", ha dichiarato il relatore Marc Tarabella al termine della votazione.

► Segue a pagina 27



Parte la Campagna AIO #INMANISICURE

Al via la campagna di sensibilizzazione “#inmanisicure” lanciata dall’Associazione italiana di ostetricia, in collaborazione con l’Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani e con la Società italiana di ginecologia e ostetricia. L’iniziativa nasce per rafforzare l’identità della professionista ostetrica/o, per promuovere la sua centralità per la tutela della fisiologia della nascita e per prevenire e combattere l’abusivismo professionale in questo settore.

“Vogliamo che le famiglie sappiano qual è il vero ruolo dell’ostetrica/o oggi e informarle della presenza del fenomeno dell’abusivismo da parte di figure non riconosciute dal Ministero della Salute. Le persone devono saper e poter scegliere professionisti qualificati. Una scelta corretta è importante per evitare

■ L’iniziativa, promossa in collaborazione con Aogoi e Sigo, sarà diffusa tramite un video spot con testimonianze di ostetriche e ostetrici. L’obiettivo è diffondere l’importanza di rivolgersi a persone qualificate, mettendo da parte chi pratica abusivamente la professione

cattive sorprese e per salvaguardarsi da possibili rischi, per la propria salute e per quella dei propri cari”, è il messaggio che lancia la Presidente dell’Aio, **Antonella Marchi**, alla presentazione della campagna. Per diffondere efficacemente il tema, l’Aio ha realizzato un video spot con testimonianze di ostetriche e ostetrici. Insieme a loro, protagoniste dello spot sono anche le studentesse del Corso di Laurea di Ostetricia insieme alle coppie, ai futuri e neo-genitori, alle donne in generale.

Quando nasce un bambino, nascono anche una mamma e un papà... e hanno bisogno di un aiuto serio e competente”; “In un momento così importante non mi sono affidata a una persona qualunque ma ho scelto solo vere professioniste”; “Io ho scelto un ostetrico qualificato e mi sono affidata completamente a lui, prima, durante e dopo il parto”: questi e altri i messaggi di donne, mamme, mogli insie-

me ai loro compagni, per dire a tutti quanto è importante scegliere una/un professionista qualificata/o e non affidarsi a soggetti che si improvvisano. “Se tutti facciamo la scelta giusta, possiamo far nascere una nuova coscienza” è l’appello che lanciano proprio loro: un’ostetrica e un ostetrico a nome di tutte le colleghe e colleghi.

La #scelta giusta, spiega la campagna, è quindi quella di rivolgersi

a un’ostetrica o a un ostetrico qualificati. È importante quindi che le donne, le coppie, le famiglie possano contare su persone qualificate che si trovano nei consultori, nei corsi di gravidanza e di preparazione al parto, in ospedale o in clinica, a domicilio per l’assistenza alla puerpera e al bambino anche sostenendo l’allattamento, in ospedale o in clinica, a domicilio per l’assistenza alla puerpera e al bambino anche sostenendo l’allattamento, in ospedale o in clinica, a domicilio per l’assistenza alla puerpera e al bambino anche sostenendo l’allattamento.

Il video spot è su YouTube e sui siti web istituzionali di Aio, Aogoi e Sigo



all’albo professionale delle ostetriche. Spiega Antonella Marchi: “vogliamo invitare le donne e le loro famiglie a non rivolgersi a chiunque e a verificare di essere a contatto con una professionista o un professionista qualificati per combattere, insieme a noi, questo fenomeno così diffuso anche nel nostro mondo. Chiediamo loro di unirsi a noi per evitare che questo fenomeno si allarghi sempre più. Basta semplicemente verificare di essere di fronte a professionisti iscritti all’albo professionale chiedendo loro il certificato di iscrizione per essere certi di trovarsi #inmanisicure. Le nostre: quelle di un’ostetrica o di un ostetrico qualificati!”.

Il video spot è su YouTube e sui siti web istituzionali di Aio, Aogoi e Sigo. L’invito per tutti è di condividere il video sulle proprie pagine Facebook, attraverso Whatsapp e Twitter. Ma c’è di più. **Sulla pagina Facebook di Aio** www.facebook.com/aio.aio.31 saranno pubblicate singole testimonianze e tutti sono invitati a inviare il proprio video e a partecipare attivamente alla campagna.

“Ci aspettiamo quindi che le Colleghe Ostetriche/i partecipino attivamente alla campagna condividendo il video e inviando le loro testimonianze attraverso la pubblicazione di un selfie sulla pagina Facebook di Aio. Vogliamo che lo facciano anche le donne, i futuri e neo-genitori, per attivare così la giusta viralità e diffondere al massimo un messaggio che qualifica la Professione dell’Ostetrica/o e ci aiuti a combattere l’abusivismo professionale.

Scegliere un’Ostetrica o un Ostetrico qualificati è una scelta di vita e di salute. Ed è il solo modo per sentirsi #inmanisicure”, questo è il messaggio conclusivo della Marchi, al quale aggiunge un sentito ringraziamento ad Aogoi, ai Direttori e Responsabili dei Dipartimenti Materno-Infantile dell’Ospedale di Monfalcone (Go) e di Treviglio (Bg) e alle loro Direzioni che hanno consentito la realizzazione di questo video. **Y**

► Segue da pagina 9

Approvata risoluzione su diritto all’aborto e alla contraccezione

La risoluzione valuta la situazione nel 2013 e mette in evidenza le seguenti sfide fondamentali:

- il divario nei salari e nelle pensioni, la posizione delle donne nel processo decisionale politico ed economico e l’impatto della crisi economica sulle donne (povertà);
- il miglioramento dell’equilibrio lavoro/vita, dei sistemi di assistenza all’infanzia, del congedo di maternità e di paternità;

- il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, compresi la contraccezione e l’aborto, e
- la lotta contro la violenza sulle donne.

Includere l’uguaglianza di genere e i diritti delle donne nell’elaborazione delle politiche e delle procedure di bilancio.

I deputati esortano gli Stati membri dell’UE a:

- applicare la direttiva relativa all’attuazione del principio della parità di trattamento e di pari opportunità di uomini e donne in materia di occupazione e impiego;
- sbloccare i progetti di legge sulle quote femminili nei consigli di amministrazione e promuovere le politiche educative che incoraggiano le donne a scegliere carriere nel campo della

scienza e nella tecnologia dell’informazione e delle telecomunicazioni (TIC), e

- affrontare le problematiche delle donne che lavorano a tempo parziale, del lavoro sotto-retribuito e precario e garantire che siano assicurate cure di qualità ai bambini e alle persone non autosufficienti.

Condivisione delle responsabilità familiari, congedo di paternità retribuito. Evidenziando che una maggiore flessibilità nell’organizzazione del lavoro può aumentare le opportunità per le donne di partecipare attivamente al mercato del lavoro ma, al contempo, può avere un impatto negativo sulle retribuzioni, i deputati “invitano gli uomini e le donne a condividere le responsabilità familiari, sottolineando

che ai padri dovrebbe essere garantito un congedo di paternità retribuito di almeno 10 giorni. Sollecitano il Consiglio dei ministri a porre fine alla situazione di stallo sul progetto di direttiva relativa al congedo di maternità, bloccato dal 2010”. Per contribuire a migliorare l’equilibrio lavoro/vita, i deputati chiedono anche alla Commissione europea di “offrire agli Stati membri più sostegno finanziario per i sistemi di custodia dei bambini a prezzi accessibili. Rilevano inoltre che la stessa Commissione riferisce che i costi per l’infanzia sono la ragione principale citata dalle madri per non tornare al lavoro o per scegliere un lavoro a tempo parziale”.

Diritti alla salute sessuale e ri-

produttiva. I deputati ribadiscono che le donne devono avere il controllo dei loro diritti sessuali e riproduttivi, compreso avere pronto accesso alla contraccezione e all’aborto. Sulla questione però è stato approvato un emendamento che afferma come le competenze in materia debbano rimanere agli Stati membri.

Si spacca il PPE. Il Partito popolare europeo si divide in due: 95 gli eurodeputati che hanno votato a favore, mentre sono 97 quelli che hanno votato contro e 16 che si sono astenuti. Compatto e a favore della risoluzione il gruppo Socialisti e Democratici (solo 2 astenuti).

Sul sito www.aogoi.it in allegato all’articolo il testo della risoluzione