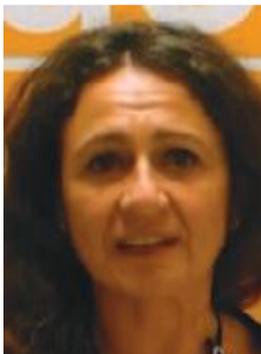
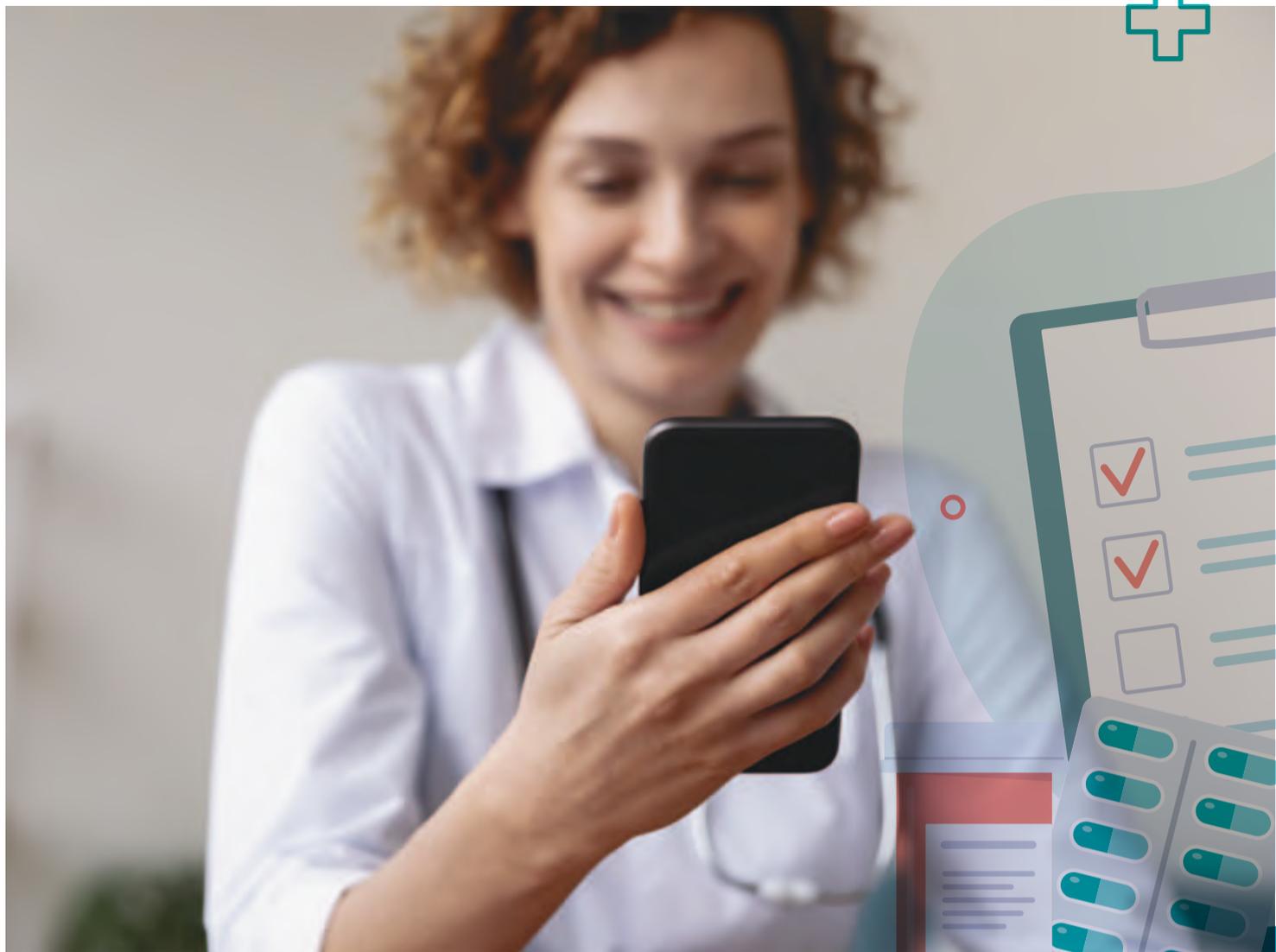




GIULIA POLAROLO
Dirigente medico
Ostetricia e ginecologia
Asl Città di Torino



GIULIA MORTARA
Dirigente medico
Ostetricia e ginecologia
Asl Città di Torino



CONTRACCEZIONE

Come fare counselling e contraccezione da vicino e da lontano

In questi ultimi mesi, l'emergenza Covid-19 ci ha costretti a modificare il nostro modo di lavorare in consultorio e negli ambulatori. Gli accessi diretti solitamente garantiti sono stati negati, le visite programmate disdette.

Durante il lock-down è stato tutelato il percorso nascita e quello per le interruzioni volontarie di gravidanza, seppur talvolta con qualche difficoltà, mentre per la contraccezione, quanto meno inizialmente, non sono state previste delle soluzioni.

Tutto ciò ha comportato, inevitabilmente, la necessità di ripensare e riorganizzare i servizi così da poter tutelare il diritto all'informazione e all'accesso ai metodi di pianificazione familiare

“IN ITALIA ABBIAMO dei mondi a velocità diverse: abbiamo un'attività di innovazione tecnologica prorompente da parte di imprese ... ma il sistema sanitario nel suo complesso ... è in paragone in uno stato quasi immobile” e “siamo noi che dobbiamo strutturare dei nuovi servizi fatti in modo da accogliere in maniera positiva le innovazioni e adeguarle ai principi del servizio sanitario pubblico che vogliamo tutelare” commenta Francesco Gabbrielli, direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina dell'Istituto Superiore della Sanità.

Come quindi, mentre il distanziamento fisico è attivo, continuare a garantire le consulenze contraccettive? Come superare le ben note barriere alla contraccezione, quando a queste si aggiunge quella di una pandemia?

La contraccezione è un tema caldo sul web, basti pensare che la keyword “pillola” ha un volume di ricerca stimato di 10mila/100mila al mese e già da qualche anno sono stati avviati progetti pilota di telemedicina sulla prescrizione di contraccettivi ormonali a distanza, per telefono, via mail o in videochiamata, in particolare in donne già conosciute, ma l'attuale emergenza sanitaria ha reso necessario estendere quanto più possibile le attività in remoto per le donne di tutte le età perché possano avere accesso alla contraccezione ed evitare gravidanze indesiderate.

Le Linee Guida pubblicate a marzo 2020 dal Royal College considerano la possibilità di utilizzare le consulenze telefoniche/via web per fornire informazioni sulle tipologie di contraccettivi, la pre-

scrizione di contraccettivi on line, l'inizio di una contraccezione ormonale dopo accurata anamnesi, consulenze in tema di LARC, consulenze in presenza di sintomi, effetti collaterali, dubbi e preoccupazioni durante l'utilizzo di contraccettivi con eventuale programmazione di visita.

Anche la Figo, sottolineando l'importanza dell'accesso alla contraccezione, quale diritto umano, in uno Statement del 13 aprile 2020, sottolinea come sia necessario ampliare i servizi di pianificazione familiare post-partum, in particolare modo tramite l'utilizzo di contraccettivi reversibili ad azione prolungata (LARC) e che in questo periodo in cui è più difficile programmare visite in presenza, bisognerebbe implementare la telemedicina utilizzando i telefoni cellulari e i social media come aggiunta al miglioramento delle informazioni e dell'accesso alla contraccezione.

Cosa intendiamo per telemedicina? La telemedicina è l'uso di sistemi di telecomunicazione per fornire assistenza sanitaria a distanza. Ha l'obiettivo di migliorare gli outcome dei pazienti, l'accesso all'assistenza sanitaria e ridurre i costi sanitari. Il problema di base della telemedicina non è tanto tecnologico, quanto di organizzazione di processi condivisi con gli operatori. La realizzazione di servizi effettivi necessita di un'infrastruttura di interoperabilità e di scambio dati, sicura, stabile ed efficace, che sia coerente su tutto il territorio nazionale e capace di permettere l'accesso ai dati clinici di una persona da qualsiasi piattaforma e nel pieno rispetto del nuovo GDPR sulla privacy.



“ La strada per permettere una contraccezione consapevole e informata è possibile anche in epoca COVID19 dobbiamo solo trovare e percorrere nuovi percorsi da integrare ai precedenti!

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Faculty of Sexual & Reproductive Health of RCOG. COVID-19 Resources and Information for SRH Professionals. Giugno 2020. <https://www.fsrh.org/covid19contraception>

Figo Covid-19 Contraception and Family Planning. Aprile 2020. <https://www.figo.org/covid-19-contraception-family-planning>

Flodgren G et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9

Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui. Raccomandazioni sull'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale. Agosto 2019 <https://www.aogoi.it/media/6380/8-contraccezione-ormonale-bozza-finale.pdf>

Gawron LM. Pills on World Wide Web: reducing barriers through technology. AM J Obstet Gynecol. 2015; 213: 500

Mold et al. Electronic consultation in primary care between providers and patients: systematic review. JMIR Med Inform 2019; 7(4)

World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Selected practice recommendations for contraceptive. Third edition 2016 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf?sequence=1>

Nel nostro ambito possiamo quindi garantire l'accesso alla contraccezione favorendo i colloqui telefonici, incentivando l'utilizzo della mail per invio di referti e impegnative, programmando visite in telemedicina, facendo counselling contraccettivo durante le visite per la richiesta di Ivg, a fine gravidanza e nel post parto e programmando visite on site quando necessario. E quando opportuno, va comunque garantita la mediazione linguistico-culturale anche con i mezzi tecnologici.

Il personale sanitario, al telefono, può risolvere molti dei dubbi e dei problemi delle donne che utilizzano contraccettivi. Una delle richieste più frequenti riguarda dimenticanze, ritardi o errori di assunzione della pillola. Il periodo più rischioso sappiamo essere quello della prima settimana di assunzione, inoltre il rischio aumenta con l'aumento delle compresse dimenticate. In questi casi è bene consigliare l'utilizzo della contraccezione di emergenza (Ce), che deve essere indirizzata verso il levonorgestrel in quanto l'ulipristal acetato potrebbe interferire con il progestinico del contraccettivo. Dopo la Ce la ripresa della contraccezione ormonale può essere immediata, anche se è necessaria una contraccezione aggiuntiva nei 2-9 giorni successivi (a seconda del contraccettivo utilizzato, ovvero 2 giorni se si utilizza pillola con solo progestinico, 7 giorni con pillole estroprogestiniche e 9 giorni in pillole con estradiolo valerato e dienogest). Nel caso di una minore è possibile inviare la prescrizione via mail. L'utilizzo della mail può essere utile anche per il rinnovo della prescrizione del contraccettivo. Si valutano eventuali cambiamenti avvenuti dall'ultima prescrizione (es. utilizzo di nuovi farmaci, diagnosi di nuove patologie, variazioni ponderali o utilizzo di sostanze) e successivamente la richiesta del farmaco viene inoltrata alla donna che ne fa richiesta, specificando sull'impegnativa che il contraccettivo può essere fornito solo dopo aver valutato la pressione arteriosa. Per le donne che hanno sospeso un contraccettivo ormonale o che lo avevano utilizzato e vorreb-

bero ricominciare può essere efficace dare istruzioni sulla ripresa immediata del farmaco senza l'attesa della mestruazione, così da evitare un numero di gravidanze indesiderate. Seguendo le indicazioni del Who presenti in Selected practice recommendations for contraceptive use del 2016 possiamo ragionevolmente escludere una gravidanza e quindi iniziare la contraccezione in donne senza sintomi di gravidanza e che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- entro 7 giorni dall'inizio delle mestruazioni
- nessun rapporto sessuale dall'inizio delle ultime mestruazioni
- corretto utilizzo di un metodo contraccettivo affidabile
- entro 7 giorni dopo l'aborto spontaneo o indotto
- entro 4 settimane post partum o allattamento esclusivo al seno

La visita in telemedicina può essere un ottimo strumento in caso di desiderio di contraccettivo, in quanto sappiamo che un'attenta anamnesi personale e familiare, permette di individuare quelle condizioni che costituiscono controindicazioni assolute (categoria 4 dei MEC) alla contraccezione ormonale. Inoltre è ormai indiscusso che la visita ginecologica o la richiesta di esami ematochimici non sono requisiti indispensabili alla prescrizione. È importante comunque e sempre la valutazione di peso ed altezza e la rilevazione della pressione arteriosa.

Dal punto di vista pratico, è possibile inviare via mail il consenso informato alle prestazioni per via telematica che la donna re-inoltra firmato al medico curante o al servizio. Viene concordato un appuntamento con data e orario e tramite un cellulare di servizio o un computer si avvia la consulenza online. La visita può essere rendicontata, refertata a computer e inviata alla donna insieme alla prescrizione. In caso di dubbio sull'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati è raccomandabile prescrivere un contraccettivo con solo progestinico che presenta, come noto, inferiori controindicazioni.

In questo periodo in cui gli accessi alle visite sono ridotti, risulta anche importante promuovere la contraccezione al momento della visita eseguita per l'interruzione volontaria di gravidanza, in quanto dopo l'aborto si ha un rapido ritorno alla fertilità, infatti l'ovulazione avviene nel 75% dei casi entro sei settimane e nel 50% dei casi entro le prime tre settimane. Per cui non c'è ragione di procrastinare l'inizio della contraccezione. Il metodo migliore sarebbe l'utilizzo dei LARC che possono essere inseriti contestualmente all'intervento o immediatamente dopo l'Ivg farmacologico, anche se esiste un rischio lievemente aumentato di espulsione/dislocazione spontanea dopo inserimento del dispositivo intrauterino dopo Ivg chirurgico. Altra scelta cade sui metodi short-acting: pillola estro-progestinica o con solo progestinico, anello vaginale, cerotto che possono essere iniziati il giorno stesso dell'intervento. In ogni caso è possibile rilasciare alla fine della visita la prescrizione alla donna in modo da evitare una nuova gravidanza.

Anche l'ultimo incontro con la donna in gravidanza può essere utilizzato per informare sulla possibilità di utilizzo di un metodo contraccettivo nel dopo parto, così come il momento della dimissione in ospedale o il controllo a 40 giorni. Le visite in consultorio o in ambulatorio devono essere invece prenotate in caso di necessità di inserire o sostituire il metodo contraccettivo a lunga durata d'azione, ricordando che è possibile ritardare il cambio utilizzando una contraccezione ponte, come la pillola progestinica, nell'attesa della sostituzione. Le visite on site devono ovviamente essere effettuate in presenza di sintomi, come per esempio un dolore pelvico dopo inserimento di Iud, in situazioni di particolare vulnerabilità o in quei casi in cui le barriere tecnologiche non siano superabili.