

15

Egon Schiele
Labbraccio, 1917
Österreichische Galerie
Belvedere, Vienna

CONTRIBUTI



BIBLIOGRAFIA

- 1 Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano "Mifegyne" Supplemento ordinario n 229 del 9.12.2022 Gazzetta Ufficiale Serie generale n 286
- 2 WHO Abortion Care Guideline 2022
- 3 Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78) - dati definitivi 2020
- 4 Linee indirizzo sull'interruzione volontaria della gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Ministero della Salute Aggiornamento 2020
- 5 WHO Recommendations on self-care interventions Self-management of medical abortion, 2022 update
- 6 European Atlas of Fertility Treatment Policies 7.3.2022- EPFweb.org European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights

IVG farmacologica in Italia: riflessioni

SI È SVOLTO A RIGA, capitale della Lettonia repubblica Baltica ormai in Europa dal 1996, il 9 e il 10 settembre 2022 il congresso della Fiapac, la Federazione Internazionale Professionisti Aborto e Contraccezione, un evento dove purtroppo l'Italia è stata poco rappresentata. Negli anni bui, quando nel nostro Paese non vi era la possibilità di effettuare l'aborto farmacologico, questi incontri cadenzati, per noi che lavoravamo in quest'area, erano di grande aiuto e rappresentavano un sostegno anche psicologico per andare avanti e per fare in modo che anche in Italia le cose cambiassero. E così è stato, finalmente nel 2009 abbiamo applaudito alla registrazione del Mifepristone per mutuo riconoscimento presso Aifa (1). Ma il lavoro da fare non è finito anzi, come in ogni campo della medicina, il lavoro non finisce mai. Si parla di una branca dell'Ostetricia e Ginecologia che si occupa della salute delle donne: l'aborto non è un fatto politico, ma è un problema di Salute Pubblica. È un evento possibile nella vita riproduttiva della donna.

Nel mese di giugno di quest'anno sono uscite le nuove Linee guida Oms (2), aggiornate su input della Figo (Federazione Internazionale Ginecologia e Ostetrica), che sta cercando di abbattere, la mortalità materna. In questo senso vanno visti gli appelli alle varie società scientifiche nazionali ed internazionali per incrementare i servizi ed assicurare la dovuta formazione, in piano agenda 2030.

Ma allora perché la delegazione italiana alla Fiapac era tanto esigua? Perché l'Italia non è mai riuscita ad avere i numeri per avere almeno due delegati al Board, ossia nel Direttivo della Federazione?

La formazione specifica sull'aborto dei giovani medici, in altri paesi Europei è assicurata in Italia non viene minimamente affrontata. Noi abbiamo un'alta obiezione di coscienza 64,6% fra i ginecologi, 44,6% fra gli anestesisti. La forte presenza di università cattoliche sicuramente ha un ruolo, così come l'approccio culturale nel nostro paese al fenomeno aborto. L'aborto è Salute Pubblica non politica o ideologica.

Sempre nel mese di giugno è stata trasmessa in Parlamento la Relazione annuale sulla Legge 194/78 - dati 2020 (3). Proviamo a fare insieme qualche ragionamento.

Nel 2020 le IVG notificate nel nostro paese sono state 66.413. Con rapporto di abortività (IVG/1000 nati vivi) del 16,9%, in riduzione rispetto al 17,45 del 2019, confermando il trend rilevabile da anni, e in sostanziale accordo con il tasso di abortività (IVG/1000 donne).

Dal 2011, anno di introduzione dell'aborto farmacologico in Italia, si è assistito ad un progressivo incremento del suo utilizzo che in questa tabella viene inserito nella voce "altro". Nei prossimi anni la voce "altro" continuerà ad aumentare, vista l'estensione dei tempi massimi per proporlo da 49 giorni a 63 giorni di età gestazionale e la

possibilità di effettuarlo anche al di fuori di strutture ospedaliere del 2020(4). Ma questa tabella ci dice anche che i raschiamenti vengono ancora praticati a discapito delle altre procedure indicate nelle IVG chirurgiche.

Permane una differenza di utilizzo del metodo farmacologico tra le diverse aree geografiche italiane e permane una differenza tra donne italiane e straniere che utilizzano tale metodo.

Formare professionalmente e culturalmente il personale medico e paramedico, estendere e, soprattutto, rendere omogeneo, per aree geografiche e per cittadinanza l'accesso ai servizi sono i punti cardine su cui dovremo lavorare nei prossimi anni. Ricordando sempre che la Legge 194, non solo tutela la procedura dell'aborto ma sostiene la pianificazione familiare.

Il corso FAD del 2020 sull'aborto farmacologico edito dalla piattaforma Aogoi è stato per esempio fondamentale, per la comunicazione tra noi medici, che ci occupiamo di legge 194, ed i colleghi obiettori. Ma non basta, anche la formazione sulla contraccezione, ed in particolar modo sulla contraccezione Long Acting, dovrebbe essere incrementata, come documentato dallo studio multi-

TABELLA 1
IVG % per tipo di intervento 1983-2020

	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Altro	
1983	24,5		46,7		28,3		0,6	
1987	17,8		37,9		43,7		0,5	
1991	15,8		33,4		50,2		0,6	
1995	14,9		24,8		57,5		2,8	
2000*	15,6		19,5		63,6		1,3	
2004*	13,3		20,2		64,9		1,6	
2007*	11,2		22,9		63,3		2,5	
2009*	12,6		21,5		63,4		2,4	
2010**	11,4		20,3		62,9		5,4	
2011**	11,4		19,8		59,6		9,1	
2012**	11,7		19,6		58,0		10,7	
2013***	9,9		16,6		59,0		14,5	
2014***	9,1		17,8		57,0		16,2	
2015***	9,3		17,0		55,6		18,2	
2016*	11,4		16,8		52,2		19,6	
2017*	11,6		16,0		50,5		22,0	
2018*	10,8		16,6		47,0		25,7	
2019*	10,9		16,7		43,7		28,8	
2020*	8,6		14,9		40,8		35,6	

TABELLA 2
VG per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica- DATI 2020 (dati ISTAT) (3)

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	9,9	11,0	17,8	20,3	32,5	36,8	2,0	1,5	35,1	28,7	2,8	1,7
CENTRO	6,6	7,4	16,3	18,8	31,4	39,8	1,1	0,7	42,0	31,5	2,6	1,7
SUD	4,4	8,7	6,3	7,5	56,1	57,7	1,2	1,3	29,9	23,5	2,1	1,3
ISOLE	13,4	13,2	10,2	13,1	53,1	53,6	3,8	2,5	15,4	15,4	4,1	2,1
ITALIA	8,1	10,0	13,5	18,3	41,0	40,4	1,8	1,3	32,9	28,3	2,7	1,7



GIOVANNA SCASELLATI SFORZOLINI

Responsabile Uosd 194 - Ambulatorio Salute Riproduttiva AO San Camillo Forlanini Roma



MIZAR PARAGONA
Ginecologa

centrico sulla contraccezione post-IVG sempre organizzato dall'Aogoi nel 2016.

Accanto a queste iniziative dell'Associazione, dovrebbe essere assicurata la formazione universitaria specialistica sul tema.

Rispetto al problema dell'accesso, si deve lavorare su più fronti.

Informare le donne sull'esistenza dei Consultori e sulle loro mansioni. Dovrebbero organizzarsi campagne informative mediatiche come è successo negli anni '70. Allo stesso tempo dovrebbe essere aumentato il loro numero. La media italiana di 0,6 consultori ogni 20mila donne è ben lontana dall'obiettivo del POMI (Progetto obiettivo materno infantile dell'Iss) di 1 consultorio ogni 20mila donne.

Incrementare le strutture accreditate, previste per come possibili luoghi per l'applicazione della legge 194. In tutta la nostra penisola svolgono meno del 5% di tutta l'attività (3).

Coinvolgere di più le ostetriche. In Italia l'ostetrica non può refertare ecografie e non può prescrivere farmaci. Ma il tempo e l'attenzione che loro potrebbero dedicare alle donne che richiedono l'interruzione farmacologica della gravidanza sarebbe prezioso. L'aborto nel nostro paese, solitamente, è seguito dai medici ginecologi coadiuvati da alcune infermiere professionali che solitamente si occupano di aspetti burocratici. In Francia le figure professionali che seguono le interruzioni volontarie, oltre ai medici ginecologici sono i medici di base, ma anche le farmacie sono coinvolte nella distribuzione del farmaco.

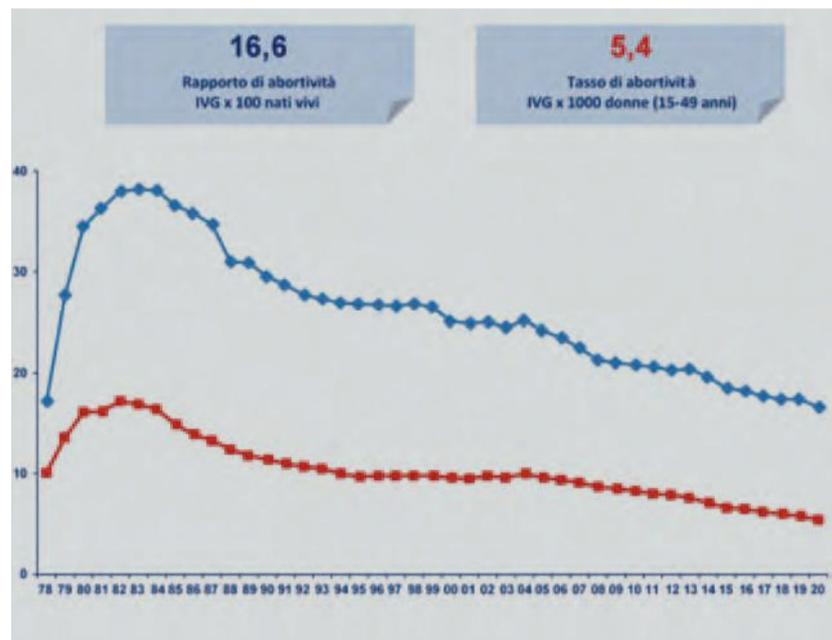
Infine da considerare soprattutto dove le risorse sono al minimo, la possibilità di estendere la pratica dell'aborto farmacologico a domicilio. In al-

cune realtà italiane in seguito alle nuove Linee di Indirizzo del 2020, si sta già praticando. Questa strada pur mantenendo la sicurezza, ormai assodata dell'approccio farmacologico (5), permette di minimizzare gli accessi presso le strutture, ed offre, alle donne che la preferissero, questa possibilità.

Nel 2009 subito dopo l'introduzione del farmaco in Italia per effettuare l'aborto farmacologico era necessario il ricovero ospedaliero per tutta la durata della procedura. A seguire almeno 4 accessi in day hospital: valutazione e certificazione, somministrazione primo farmaco, somministrazione secondo farmaco, controllo a 20 giorni, passato poi a 40 giorni, se il valore intermedio delle beta-hCG era rassicurante. Ora, idealmente, con la procedura domiciliare si potrebbe ridurre tutto ad un unico accesso in presenza, durante il quale si valuta la paziente, si emette la certificazione, si fa counselling contraccettivo e si prescrive la contraccezione, si somministra il mifepristone e si consegnano alla donna il misoprostolo da assumere dopo 48 ore, le istruzioni sull'assunzione del farmaco e sul controllo del dolore, i contatti cui rivolgersi, in caso di necessità, ed infine la richiesta di inviare il dosaggio delle beta-hCG eseguite dopo 15-20 giorni. Se questo valore è rassicurante il percorso si considera concluso.

Dobbiamo sempre ricordarci, però, che non tutte le donne sono pronte o preferiscono questa modalità e che, in alcuni casi un controllo a procedura conclusa, sia esso in ospedale o in consultorio, per verificare l'impostazione di una contraccezione, potrebbe essere fondamentale. Cosa che nel nostro Centro, infatti, continuiamo a mantenere per tutte le procedure di IVG.

FIGURA 1 tassi e rapporti di abortività in Italia 1978-2020



Concludendo, dagli "anni bui" se ne è fatta di strada. Ma ancora dobbiamo continuare a lavorare, confrontandoci con altre realtà per trovare stimoli, spunti e strade da percorrere. Basti pensare che nello *European Atlas of Fertility Treatment Policies*, aggiornata a dicembre 2021 dall'EPF (6) l'Italia risulta al 23° posto, sui 43 paesi europei considerati.

Fonte delle figure: Relazione al parlamento sullo stato di attuazione della legge 194 - Ministero della Salute

FIGURA 2 European Atlas of Fertility Treatment Policies-7.3.2022

