

INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E CONTRACCEZIONE

Angela Spinelli (a), Michele Grandolfo (a), Laura Lauria (b)

(a) Già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Come sottolineato dalle Nazioni Unite e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'accesso all'aborto sicuro protegge la salute e i diritti umani di donne e ragazze. L'accesso a cure legali, sicure e complete per l'aborto, comprese le cure post-aborto, è essenziale per il raggiungimento del più alto livello possibile di salute sessuale e riproduttiva. L'aborto non sicuro può portare a rischi immediati per la salute, compresa la morte, nonché a complicazioni a lungo termine, che influiscono sulla salute fisica e mentale e sul benessere delle donne per tutto il corso della loro vita (1).

In Italia l'accesso all'aborto è diventato legale il 22 maggio 1978 quando fu approvata dal Parlamento la Legge 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Grazie ad essa ogni donna in Italia può richiedere di interrompere una gravidanza entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari. Questa legge affida ai Consultori Familiari (CF), strutture istituite dal 1975 con la Legge 405, un ruolo importante per la prevenzione del fenomeno e lo svolgimento delle procedure pre- e post-intervento, citandoli in diversi suoi articoli.

Il Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), implementato nel 1980 presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), grazie all'iniziativa di Simonetta Tosi (2), ha sempre fornito i dati per la Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sull'attuazione della Legge 194/1978, documentando il lavoro svolto in questi anni dai CF per il *counselling* pre- e post-intervento e il rilascio del documento/certificato necessari per l'IVG. Si tratta di passaggi molto importanti per la donna (e la coppia), accompagnata nelle sue decisioni e correttamente informata, nella prospettiva di una azione strategica di promozione della salute al fine di aumentare consapevolezza e competenze nel controllo autonomo della fecondità. Nel 2019 quasi la metà dei documenti/certificati (44,2%) sono stati rilasciati dai CF, valore in crescita negli anni e più alto rispetto alle altre strutture o professionisti abilitati al suo rilascio (3). Le cittadine straniere rispetto alle italiane si rivolgono più frequentemente al consultorio per il rilascio del documento/certificato (55% nel 2019), probabilmente facilitate dalla bassa soglia di accesso e dalla disponibilità del mediatore culturale più frequente rispetto ad altri servizi. I dati della sorveglianza mostrano anche una notevole variabilità nella percentuale di documenti/certificati erogati dai CF nelle diverse Regioni (da 0,7% in Valle d'Aosta a 73,2% a Trento e 70,8% in Emilia-Romagna). In generale si osservano percentuali inferiori al Sud del Paese.

La recente indagine nazionale sull'attività consultoriale coordinata dall'ISS, i cui risultati sono riportati in questo rapporto, ha confermato l'impegno diffuso nell'ambito dell'IVG da parte di queste strutture, anche se emergono degli aspetti suscettibili di miglioramento. Infatti, se quasi tutti i CF offrono il *counselling* prima della procedura e forniscono informazioni sulla tecnica di intervento, senza differenze per area geografica, non tutti riescono ad offrire un *counselling* psicosociale, specie al Centro-Sud, probabilmente per carenza di personale. Più del 90% garantisce il documento/certificato necessario per prenotare l'intervento ma solo poco più della

metà è in grado di fare la prenotazione dell'intervento presso un ospedale o clinica autorizzata, indicatore di uno scarso collegamento e integrazione tra strutture. Uno dei primi studi coordinato dall'ISS cui si fa riferimento in un rapporto dedicato alle IVG e alle possibilità di prevenzione (4) ha dimostrato che, quando il consultorio familiare garantisce la prenotazione dell'intervento, quasi il 100% delle donne sceglie questa struttura per le procedure prima dell'IVG e la gran parte vi ritorna per il controllo post intervento. Dall'indagine ISS i controlli medici e il *counselling* contraccettivo post-IVG risultano offerti dalla quasi totalità dei CF, senza differenze per area geografica. Tuttavia, nell'ultima relazione disponibile sull'applicazione della legge (3), dalla ricognizione fatta dal Ministero della Salute sul 69% dei CF italiani, risulta che solo una parte (47,4%) delle donne che si rivolgono al consultorio per il documento/certificato ritorna alla struttura per il controllo post IVG.

Negli anni si è osservato un andamento in costante diminuzione del ricorso all'IVG in Italia, dopo un aumento iniziale del fenomeno dovuto all'emersione del fenomeno dalla clandestinità e al miglioramento del flusso dati. Si è passati da 187.457 IVG nel 1979 a un massimo di 234.801 IVG nel 1982 e al successivo progressivo calo fino a 73.207 nel 2019 (ultimo dato definitivo disponibile). Anche il tasso di abortività, principale indicatore del ricorso all'IVG che mette in relazione il numero di interventi con il numero di donne che sono a rischio di effettuarlo, è diminuito da 17,2 IVG per 1000 donne in età fertile (15-49 anni) del 1982 a 5,8 del 2019 (3).

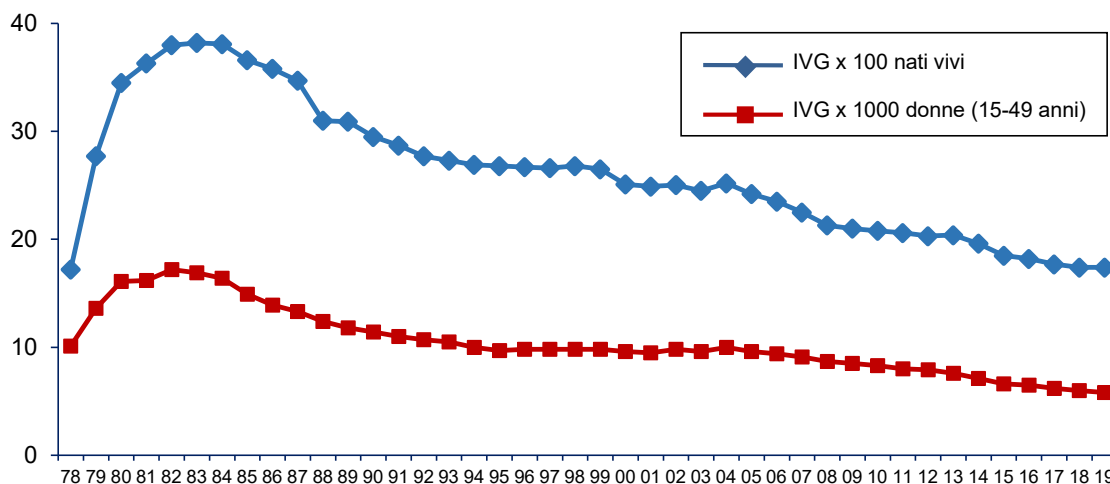


Figura 1. Tassi e rapporti di abortività – Italia 1978-2019

Non è infondata l'ipotesi che la disponibilità dei CF e il loro impegno nella promozione della salute riproduttiva e sessuale rientrano tra i principali determinanti della imponente riduzione del ricorso all'aborto volontario registrata in Italia. Nonostante lo scarso investimento in termini di promozione e valorizzazione dei CF, il decremento delle IVG, che colloca l'Italia tra i Paesi con tassi di abortività tra i più bassi nel mondo industrializzato, è stato molto più consistente rispetto a quanto rilevato in altre nazioni a sviluppo economico avanzato. Le azioni offerte dall'équipe multi-professionale del consultorio familiare in questo ambito, non solo alle donne che richiedono l'IVG, ma soprattutto agli adolescenti e alle donne in gravidanza e in età riproduttiva che frequentano i servizi per gli screening o altre prestazioni sociosanitarie, hanno contribuito a prevenire gravidanze indesiderate e possibili IVG. Secondo gli auspici delle leggi 194/1978 e 405/1975 i CF, grazie alla multiprofessionalità delle équipe e alla vocazione alla promozione della

salute, hanno infatti contribuito a migliorare le competenze e le consapevolezze delle donne e delle coppie che sono alla base di scelte consapevoli in ambito riproduttivo.

Con la circolare di aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”, pubblicata dal Ministero della Salute il 12 agosto 2020 (5), sono cambiate le modalità di esecuzione dell’aborto farmacologico in Italia. A seguito di tale circolare l’IVG con mifepristone e prostaglandine può essere effettuata entro 63 giorni, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale (non più entro 7 settimane). Inoltre, la procedura non richiede più l’ospedalizzazione e può essere eseguita in day hospital o presso i CF o strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all’ospedale e autorizzate dalle Regioni. I CF assumono quindi un ruolo sempre più importante nel percorso IVG e l’augurio è che possano garantire un miglioramento qualitativo dell’assistenza alle donne che decidono di abortire. Non bisogna però dimenticare che la prevenzione dell’IVG riguarda tutte le donne in età fertile e non solo quelle che si rivolgono alla struttura per l’intervento, come chiaramente indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (6) e in altri documenti ufficiali dell’ISS e del Ministero della Salute, che raccomandano l’offerta attiva di *counselling* sul controllo della fecondità per prevenire gravidanze indesiderate in tutte le occasioni di incontro con le donne/coppie in particolare in occasione dei tre programmi strategici: percorso nascita, screening oncologici e adolescenti. L’importanza di tale raccomandazione è confermata dai risultati dell’indagine sul percorso nascita in Italia del 2009-2011 che mostrano un aumento considerevole dell’uso di metodi per evitare gravidanze indesiderate alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto tra le donne che hanno ricevuto informazioni al riguardo (7, 8). L’uso di metodi contraccettivi efficaci infatti risulta significativamente maggiore tra le donne che hanno ricevuto un *counselling* sulla pianificazione familiare rispetto a chi non ne ha avuto l’opportunità. Tale associazione è stata evidenziata tra le donne italiane (73% vs. 53%) e ancor di più tra le donne straniere (76% vs. 46%) a conferma del ruolo dell’accesso all’informazione nel ridurre gli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute. Ancora molto si può fare se si tiene conto che solo poco più del 50% delle donne aveva ricevuto il *counselling* e, paradossalmente, che le donne con minore livello di istruzione avevano avuto minori opportunità.

La possibilità di poter controllare in libertà e sicurezza la propria fecondità è un aspetto importante nella salute sessuale e riproduttiva di una popolazione, destinato ad assumere sempre maggiore rilevanza alla luce delle trasformazioni socioculturali ed economiche in atto che da una parte posticipano la scelta della genitorialità e dall’altra anticipano l’avvio della vita sessuale.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che la garanzia di accesso a informazioni e servizi di alta qualità per la contraccezione rientra tra gli interventi a sostegno del più alto standard di salute per tutti (9). Gli elementi di valutazione della qualità di tale offerta includono la possibilità di scelta tra un’ampia gamma di metodi contraccettivi; informazioni *evidence-based* sull’efficacia, sui rischi e sui benefici dei diversi metodi; operatori sanitari competenti e formati; rapporti operatore-utente basati sul rispetto per una scelta informata, la privacy e la riservatezza; appropriata costellazione di servizi disponibili nella stessa località (10). Purtroppo, l’Italia, secondo lo European Contraception Policy Atlas 2020 (11), che esamina i dati di accesso alla contraccezione e i livelli di informazione reperibili in 45 Paesi europei, si colloca al 21° posto nella classifica, un ritardo ascrivibile a molteplici fattori tra i quali la scarsa presenza di politiche per la gratuità dei contraccettivi e l’assenza di un sito istituzionale *user friendliness* dove reperire informazioni sulle moderne tecniche contraccettive. Risulta invece buona la possibilità di usufruire di *counselling* dedicati e di accesso senza prescrizione alla contraccezione ormonale di emergenza. Questi dati trovano conferma nei risultati dell’indagine ISS che mostrano come, a fronte di un’attività di *counselling* offerta dalla quasi totalità dei CF, il 64,5% non offre gratuitamente i contraccettivi, circa il 10% li offre gratuitamente a tutti, e i rimanenti solo a definite fasce di popolazione come i giovani e/o popolazione a basso reddito. Inoltre, i dati raccolti

dall'indagine ISS sul tipo di contraccettivi offerti gratuitamente dai CF evidenziano limiti alle opportunità di scelta dei diversi anticoncezionali in base all'area geografica di residenza. La pillola è offerta dal 92,5% dei CF del Sud, dal 34,2% al Nord e solo dal 9,2% dei CF del Centro mentre per la spirale (IUD, *Intra-Uterin Device*) le percentuali sono invertite, 17,9%, 72,6% e 97,3% rispettivamente al Sud, Nord e Centro; per il profilattico le percentuali sono 40,2% al Nord, 15,1% al Sud e 13,3% al Centro; la contraccezione di emergenza è offerta gratuitamente dal 63,2% dei CF del Nord e dal 24-25% dei CF del Centro e del Sud. Dati che delineano scelte non omogenee e in contrasto con l'abituale inclusione di questi metodi in tutti i programmi nazionali di pianificazione familiare e con l'OMS che afferma che tutte le donne e le ragazze a rischio di una gravidanza non desiderata hanno il diritto di accedere alla contraccezione d'emergenza (12).

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) nel rapporto 2017 sulla salute riproduttiva della donna (13) sottolinea come nel contesto europeo l'Italia è uno dei paesi che non ha ancora compiuto la "rivoluzione contraccettiva", il passaggio cioè da metodi tradizionali e poco efficaci (tra cui il coito interrotto) a metodi contraccettivi efficaci e moderni (tra cui pillola, profilattico, IUD). Sottolinea inoltre come tra il 1996 e il 2013 rimanga quasi stabile l'uso del coito interrotto, utilizzato da circa il 20% delle donne intervistate. La rilevazione di una riduzione del ricorso a questo metodo tra le donne di età inferiore ai 30 anni può essere interpretata come indicatore di una maggiore informazione e accesso delle nuove generazioni ai metodi per la procreazione responsabile. L'indagine ISTAT mette in evidenza anche le forti disuguaglianze relative all'uso della contraccezione di emergenza, maggiormente diffusa tra le giovani, le più istruite e con un forte gradiente di uso decrescente dal Nord al Sud.

Un quadro aggiornato relativamente alla prevalenza d'uso della contraccezione nel nostro paese è emerso dallo Studio Nazionale Fertilità condotto dall'ISS nel 2018 (14). Lo studio ha scattato una fotografia delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo in particolare di un campione rappresentativo a livello nazionale di adolescenti di 16-17 anni. Sulle conoscenze la quasi totalità dei giovani (>95%) afferma di conoscere il profilattico e la pillola; altri metodi conosciuti (>70%) sono il calcolo dei giorni fertili, il coito interrotto e l'anello vaginale. Il 90% dei ragazzi riferisce di conoscere la contraccezione di emergenza. Meno conosciuti e con un gradiente Nord-Sud sono la spirale, i dispositivi ormonali sottocutanei e il cerotto contraccettivo. Se circa il 90% dei ragazzi è consapevole del ruolo protettivo del preservativo verso le infezioni/malattie sessualmente trasmesse, ben il 20% ritiene erroneamente che anche la pillola sia protettiva come i metodi barriera. Per quanto riguarda i comportamenti, il 30% dei giovani intervistati riferisce di aver avuto rapporti sessuali completi e la maggioranza di far uso di metodi contraccettivi con solo il 10% che afferma di non prendere alcuna precauzione in occasione dei rapporti sessuali. Tra i metodi usati è stato indicato soprattutto il profilattico (77%), ma circa un ragazzo su quattro ricorre al coito interrotto.

Dalla stessa indagine emerge il riconoscimento da parte dei ragazzi del ruolo formativo sulle tematiche della sessualità e della salute riproduttiva che dovrebbe assumere la scuola, già da quella secondaria di primo grado o anche prima. La partecipazione a corsi/incontri su queste tematiche nelle scuole presenta grandi differenze per area geografica con opportunità decisamente ridotte al Sud rispetto al Centro e soprattutto al Nord del Paese. Dall'indagine ISS sui consultori del 2018 (Progetto CCM 2017 "Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi") risulta chiaramente che l'offerta di interventi di promozione della salute nelle scuole riguarda la quasi totalità dei servizi senza differenze per area geografica. La minore offerta di corsi al Sud potrebbe essere ascrivibile a una minore disponibilità di risorse, una minore integrazione dei servizi e una peggiore programmazione degli interventi.

Anche sugli aspetti relativi alla promozione della salute riproduttiva i CF hanno ampi spazi di intervento e di miglioramento, specie alla luce di due considerazioni emerse dallo Studio Nazionale Fertilità (14): la scarsa conoscenza e lo scarso uso dei CF da parte degli adolescenti (il 22% dichiara di conoscerli e meno del 10% li ha frequentati) e la preferenza espressa dal 63% dei ragazzi intervistati per il personale esterno alla scuola quale figura di riferimento per i corsi di informazione da organizzare in ambiente scolastico.

Da quanto esposto si comprende l'importanza della legge 34/96 che stabilisce la disponibilità di un consultorio ogni ventimila abitanti per garantire l'offerta attiva di interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie in grado di anticipare i bisogni di salute della popolazione in linea con quanto previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile che definisce programmi strategici, obiettivi misurabili con specifici indicatori di processo, di risultato e di esito e le risorse strutturali, infrastrutturali e professionali necessarie per la loro realizzazione.

Bibliografia

1. WHO. *Abortion*. Geneva: Word Health Organization. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1; ultima consultazione 31/03/2022.
2. Grandolfo M, Spinelli A, Pediconi M, Timperi F, Andreozzi S, Bucciarelli M. Il Sistema di Sorveglianza IVG. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(5):3-7.
3. Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) - Dati definitivi 2019 e dati preliminari 2020*. Roma: Ministero della Salute; 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3103_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
4. Grandolfo M, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25).
5. Consiglio Superiore di Sanità. *Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
6. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 131 Supplemento Ordinario n. 89 del 7 giugno 2000.
7. Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo ME. The effect of contraceptive counselling in the pre and post-natal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women. *Ann Ist Super Sanità* 2014;50(1):54-61.
8. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).
9. World Health Organization. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations*. Geneva: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
10. World Health Organization. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/; ultima consultazione 31/03/2022.

11. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF). *Contraception Policy Atlas - Europe 2020*. Disponibile all'indirizzo: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-11/CCeptionInfoA3_EN%202020%20NOV2.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
12. World Health Organization. *Emergency contraception*. Geneva: WHO; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>; ultima consultazione 31/03/2022.
13. Istituto Nazionale di Statistica. *La salute riproduttiva della donna*. Roma: ISTAT; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www4.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf?title=La+salute+riproduttiva+della+donna+-+05%2Fmar%2F2018+-+Volume.pdf>; ultima consultazione 31/03/2022.
14. Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Pierannunzio D, Lauria L, Pizzi E. Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi. In: Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 6-28.