

Bologna 18 novembre 2014

Strategie per l'offerta della contraccezione appropriata ai bisogni e esperienza di erogazione diretta

Daniela Spettoli



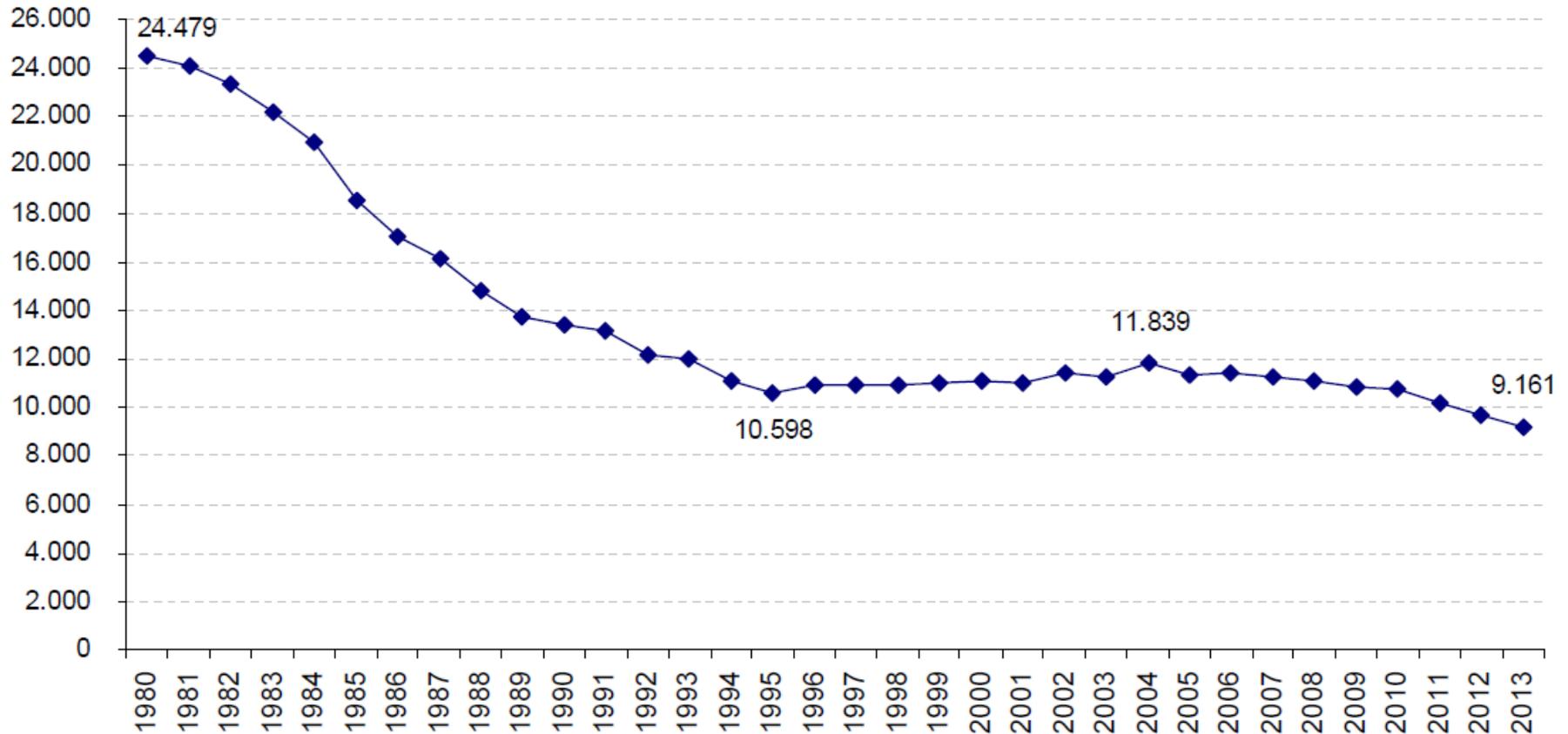
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Andamento del tasso di abortività

IVG di residenti per 1000 residenti età 15-49 anni

LE IVG EFFETTUATE IN EMILIA-ROMAGNA - TREND STORICO

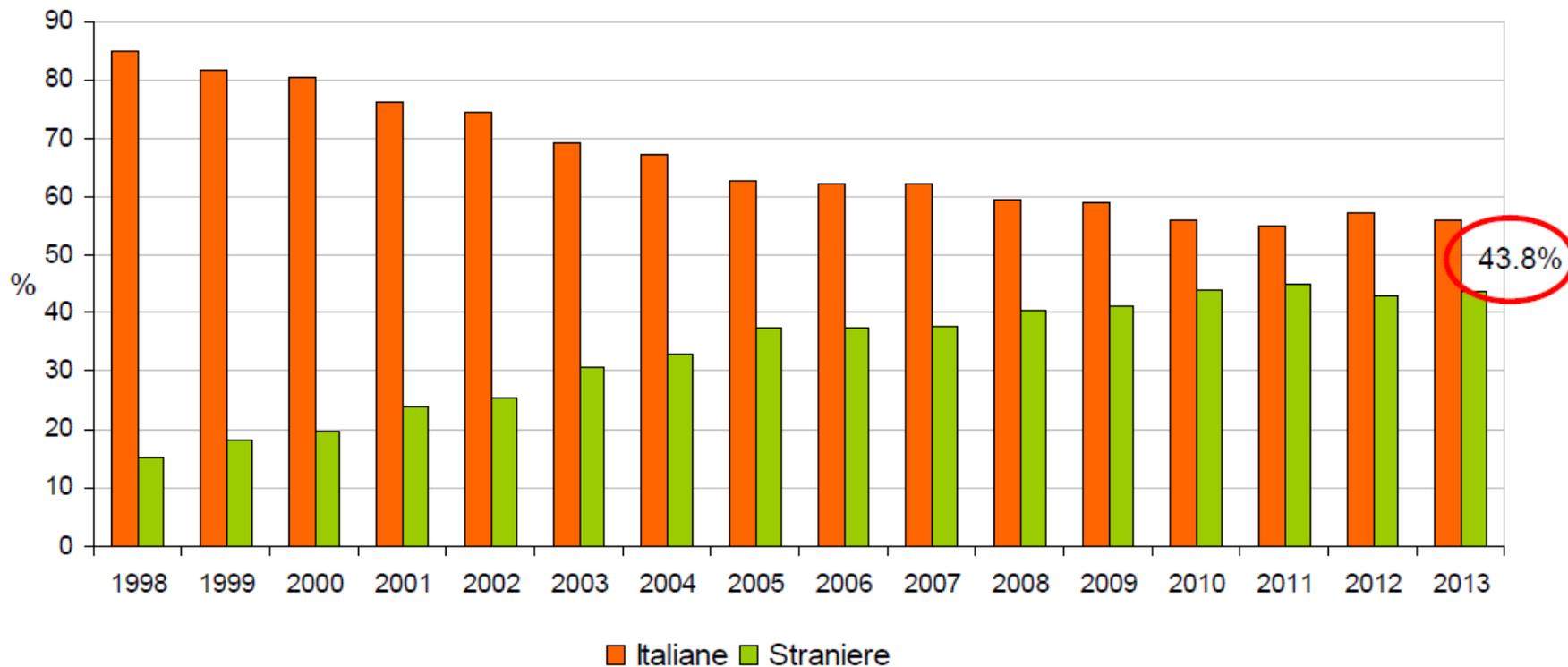


Il tasso di abortività è calcolato al netto dei dati di mobilità passiva extra-regione (IVG effettuate fuori regione da donne residenti in Emilia-Romagna), non disponibili a livello regionale.

IVG in base alla cittadinanza

trend 1998-2013

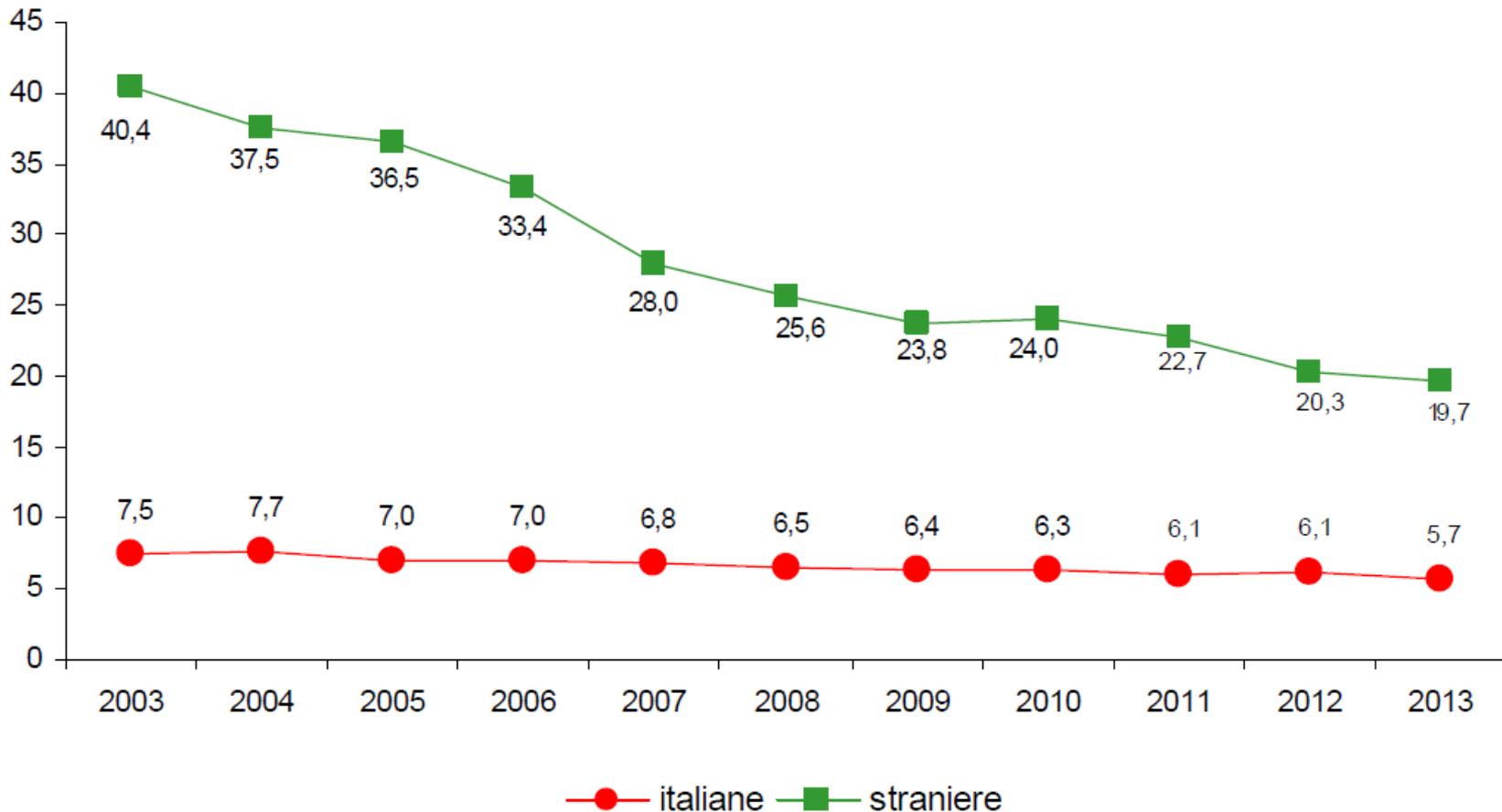
IVG EFFETTUATE DA DONNE RESIDENTI IN EMILIA-ROMAGNA
Valori percentuali in base alla cittadinanza



Tasso di abortività confronto italiane e straniere

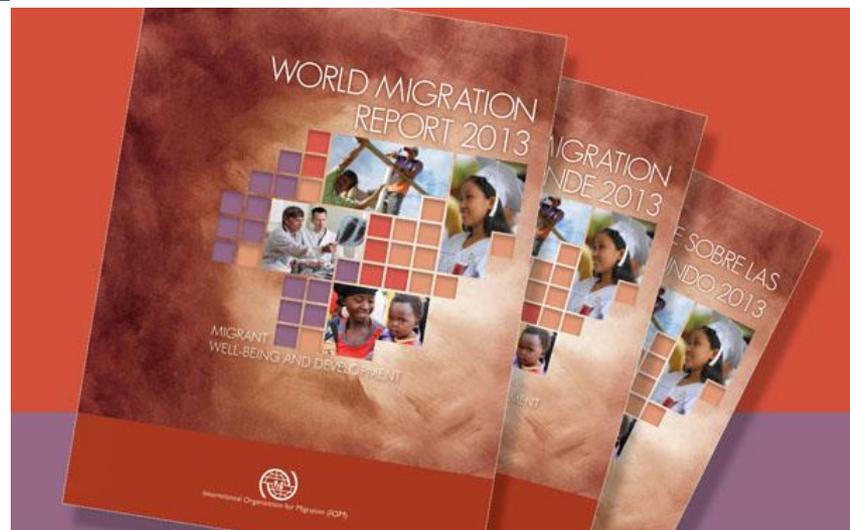
trend 2003-2013

TASSO DI ABORTIVITA' IN BASE ALLA CITTADINANZA



Condizione di donna e migrante: specifica vulnerabilità

- Precarietà giuridica
- Più esposte a sfruttamento sessuale e lavorativo
- Più frequentemente oggetti di discriminazioni e violenza
- Paradosso economico: lavorano di più, ma guadagnano meno.
- Maggior carico economico soprattutto in tempi di crisi
- Pesante carico psico-fisico della famiglia
- Responsabilità del progetto migratorio familiare



Contracezione postpartum

Il *postpartum family planning* è inteso come la prevenzione di gravidanze non desiderate e/o troppo ravvicinate nei primi 12 mesi dalla nascita del bambino.

Programming strategies for
Postpartum Family Planning



Contracezione postpartum

Il *postpartum family planning* è inteso come la prevenzione di gravidanze non desiderate e/o troppo ravvicinate nei primi 12 mesi dalla nascita del bambino.

- maggiori probabilità di gravidanze indesiderate nei primi 24 mesi dal parto: 7,5 RR di aborto indotto nei primi 6 mesi
- la mancanza di un adeguato intervallo tra gravidanze comporta un aumento del rischio di esiti avversi: prematurità, basso peso alla nascita, morbosità e mortalità materna

Contracezione postpartum

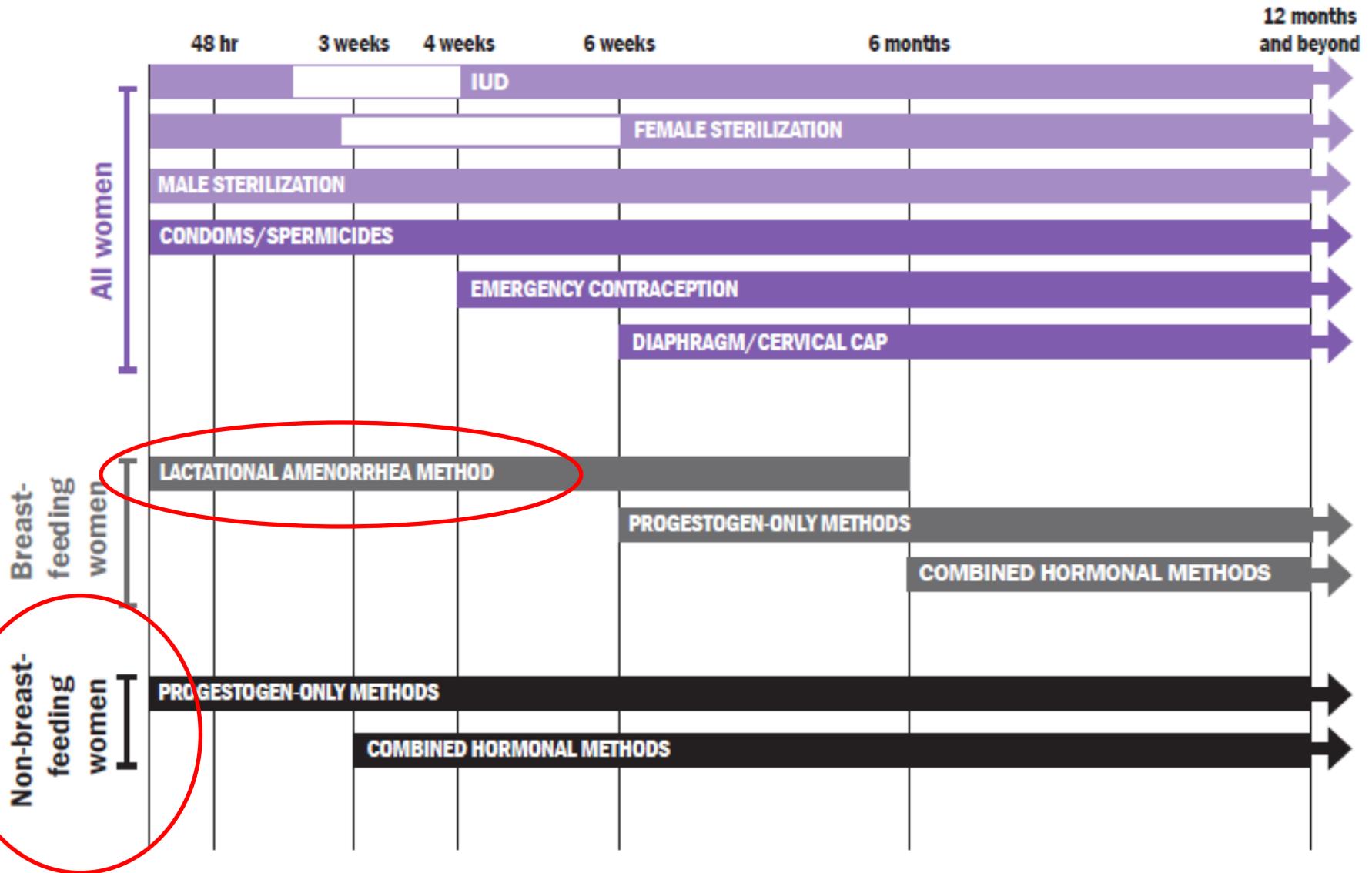
Survey in 27 paesi: 95% delle donne nei primi 12 mesi postparto sono intenzionate a evitare una gravidanza, ma il 70% non utilizza contraccezione (*unmet need*)

La gravidanza e il postpartum rappresentano la più grande opportunità di contatto con i servizi sanitari senza un significativo aumento del fabbisogno di strutture e personale

Continuum of Health Care Contacts with Opportunities to Offer PPFP

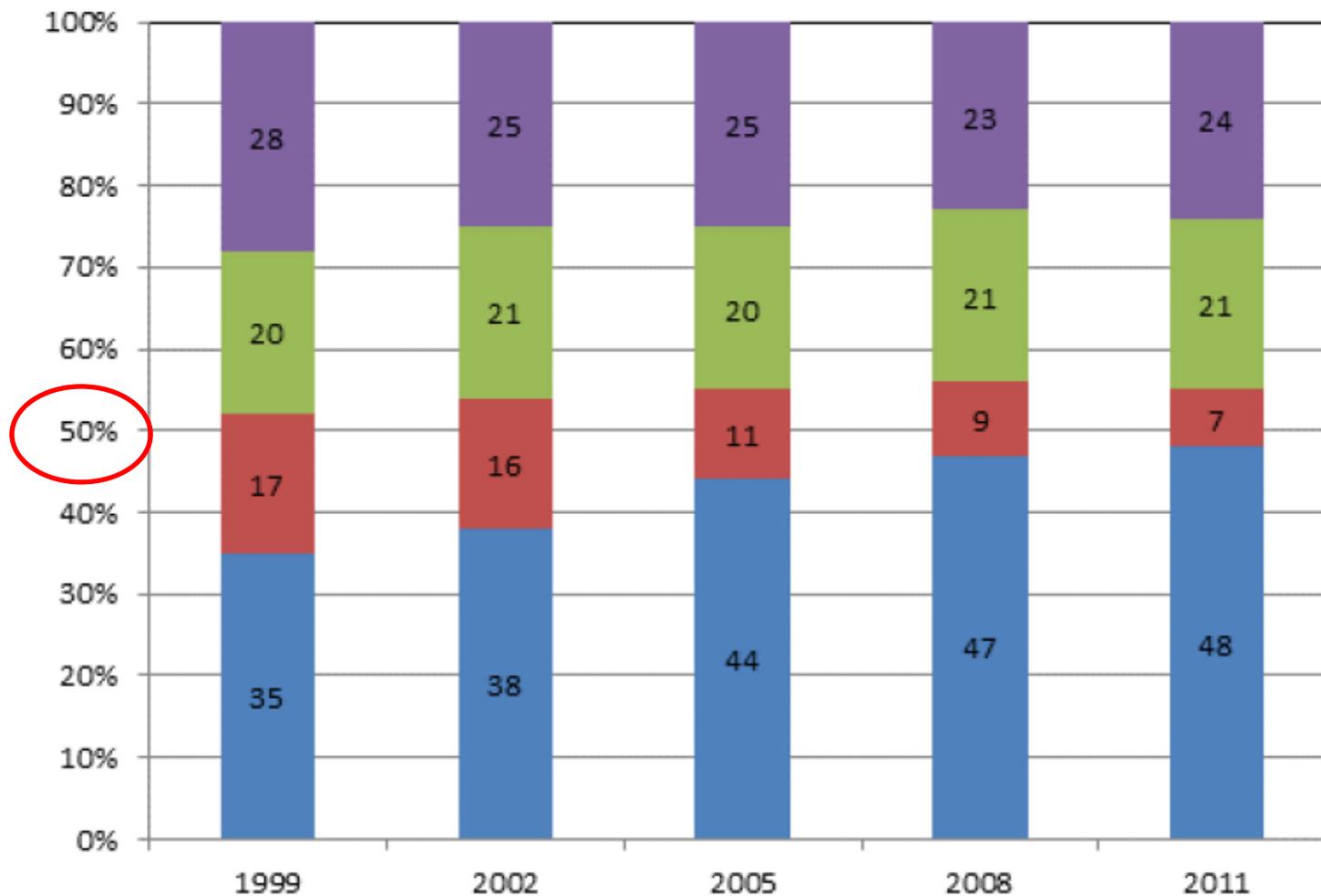


Contracezione postpartum



LAM: quanto è possibile?

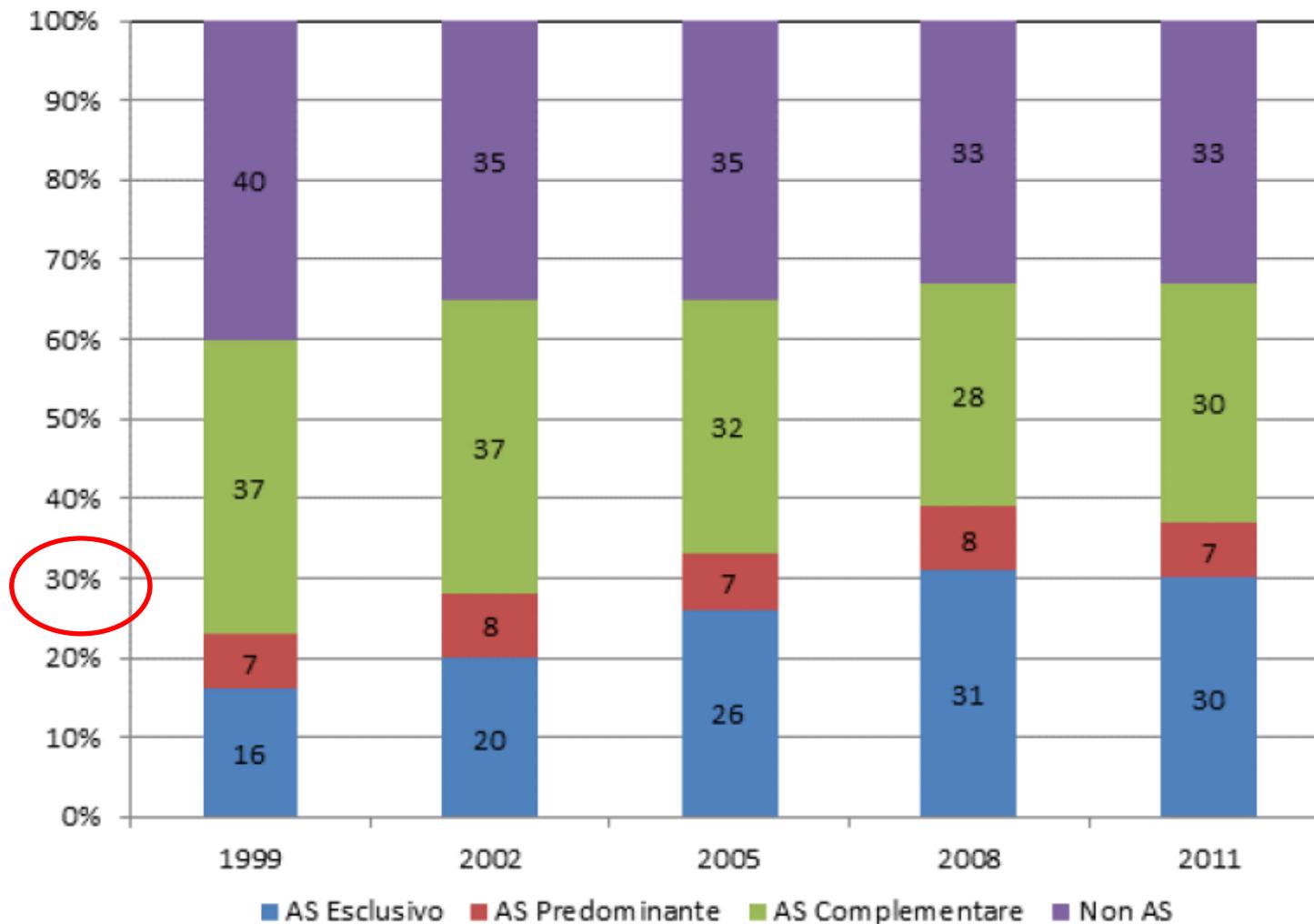
Figura 8. Prevalenza dell'AS in Emilia-Romagna a 3 mesi, 1999-2011.



Prevalenza dell'allattamento al seno e altri interventi preventivi in Emilia-Romagna. Ricerca triennale 2011. Bologna 2012

LAM: quanto è possibile?

Figura 9. Prevalenza dell'AS in Emilia-Romagna a 5 mesi, 1999-2011.



Prevalenza dell'allattamento al seno e altri interventi preventivi in Emilia-Romagna. Ricerca triennale 2011. Bologna 2012

Contracezione e postpartum



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE
UFFICIO V

15 settembre 2014

La contraccezione per la donna che allatta

Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al seno

Premessa sulla fertilità in corso di allattamento al seno

L'amenorrea post-partum, in assenza di allattamento al seno, può durare fino a circa sei settimane. Se la donna allatta, questo periodo può durare anche molti mesi. L'allattamento al seno riduce la fertilità della donna, ma non rappresenta un metodo di controllo delle nascite sempre affidabile. In un regime di rapporti sessuali liberi sono quindi da attendersi nuove gravidanze fin dal primo anno dopo il parto. Per questo motivo la contraccezione rappresenta un tema d'interesse anche per la donna che allatta al seno



Ministero della Salute

**Tavolo tecnico operativo
sull'allattamento al seno
La contraccezione per la
donna che allatta 2014**

Precocità della contraccezione postpartum

Effetto della fornitura di un metodo contraccettivo entro 3 mesi dal parto sulla probabilità di raggiungere un intervallo ottimale tra gravidanze (18 mesi) su una coorte di 117644 donne

- aumenta la probabilità:NNT 6,38
- ricevere il metodo contraccettivo alla prima visita dopo il parto rappresenta una variabile indipendente che aumenta l'effetto

Postpartum contraception in publicly-funded programs and interpregnancy Intervals
Obstet Gynecol 2013;122:296-303

Metodo contraccettivo postpartum

Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage

Heike Thiel de Bocanegra, PhD, MPH; Richard Chang, MPH; Mike Howell, MS; Philip Darney, MD, MSc

Obstet Gynecol 2014;210:311.

Coorte di 117644 donne: impatto del metodo contraccettivo fornito sulla probabilità di raggiungere un intervallo ottimale tra gravidanze (18 mesi)

Covariate	Odds ratio estimates
	Model 1
Contraceptive provision	
Maximum tier received	
Tier 1 (long-acting contraception)	3.89 (3.55–4.26) ^a
Tier 2 (user-dependent hormonal contraception)	1.89 (1.80–1.98) ^a
Tier 3 (barrier methods/supplies)	1.00 (Reference)
No method	0.66 (0.63–0.69) ^a

Contraccezione postpartum



Statement for Collective Action for Postpartum Family Planning

Gli interventi sanitari dovrebbero prevedere strategie **prioritarie** per le donne nel postpartum e comprendere:

- disponibilità di opzioni contraccettive le più ampie possibili, preferibilmente long acting
- aggiornamento e ampliamento delle competenze dei professionisti coinvolti
- interventi di offerta attiva nelle comunità

Metodi contraccettivi permanenti o di lunga durata



M. Asnake/Photoshare

Reversibili (LARC):

- IUD
- impianti

Non reversibili:

- sterilizzazione femminile
- sterilizzazione maschile

- miglior rapporto costo/efficacia
- tasso di abbandono più basso
- ...maggiori barriere all'accesso e utilizzo

WHO 2012

Strategies to increase use of long-acting and permanent contraception

From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning

Strategies to increase use of long-acting and permanent contraception



Politiche e programmi d'azione

- Eliminare le barriere non mediche: es. necessità di consenso dei genitori e partner, limiti all'utilizzo per età o parità
- Minimizzare le barriere regolatorie, finanziarie e logistiche: es. aumentare la disponibilità di fornitori, includere le versioni generiche per ridurre i costi
- Sviluppare un sistema informativo efficiente per il monitoraggio e feed back, anche al fine della riprogrammazione e rimodulazione dell'azione
- Coordinare servizi pubblici e privati

From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning

Strategies to increase use of long-acting and permanent contraception



Politiche e programmi d'azione

- Rimuovere le barriere mediche: promuovere la formazione continua, la supervisione e il supporto per l'inserimento e la rimozione di IUD e impianti
- Supportare strategie che raggiungano le donne e le loro comunità, coinvolgere anche gli uomini
- Supportare i programmi di sensibilizzazione
- Considerare l'offerta di contraccezione una parte integrante dell'assistenza alla gravidanza, postpartum, aborto e postaborto

Contracezione postaborto



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



FIGO INITIATIVE

Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion



Contracezione postaborto

L'inizio immediato della contraccezione postaborto, prima di lasciare l'ospedale, è più efficace rispetto al suo dilazionamento nel prevenire la gravidanza indesiderata e l'aborto ripetuto:

- solo 42% delle donne che esprimono la volontà di inserire uno IUD al momento dell'aborto lo fanno effettivamente se questo viene rimandato
- donne che hanno rimandato l'inizio vs donne con inizio immediato della contraccezione:
gravidanze entro 12 mesi: 27,3% vs 15.0%
aborto ripetuto: 17,7% vs 9,9%

Contracezione postaborto

Numerosi studi hanno dimostrato la superiorità dei metodi contraccettivi LARC nel prevenire gli aborti ripetuti rispetto ad altri metodi *short acting*

- riduzione da 1/3 fino a metà rispetto alla pillola combinata
- rischio di aborto ripetuto a 24 mesi [*hazard ratio*]:
EP: 1,0 (riferimento)
IUD: 0.36 (0.17–0.77)
MAP depot: 0.55 (0.21–1.45),
tutti gli altri metodi: 1.8 (0.83–3.92)

Contracezione postaborto e LARC

PERSPECTIVES on Sexual and Reproductive Health

Volume 44, Number 2, June 2012

Postabortion Contraception: Qualitative Interviews On Counseling and Provision of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods

Education and encouragement from professional colleagues regarding LARC, as well as training and adequate reimbursement for devices, were considered critical to changing clinical practice to include immediate postabortion LARC provision.

CONCLUSION: Despite evidence about the safety and cost-effectiveness of postabortion LARC provision, many clinics are not offering it because of financial and logistical concerns, resulting in missed opportunities for preventing repeat unintended pregnancies.

LARC: attitudini e conoscenze

Factors influencing the provision of long-acting reversible contraception in California.
Biggs MA, Harper CC, Malvin J, Brindis CD.
Obstet Gynecol 2014 Mar;123:593-602.

Indagine sulle opinioni e la pratica dei metodi LARC tra i professionisti di 639 strutture pubbliche con servizio di pianificazione familiare

Nonostante i progressi significativi sull'accesso ai metodi LARC, molti clinici conservano convinzioni che limitano l'utilizzo degli IUD e non hanno sufficienti conoscenze sugli impianti.

Ciò suggerisce la necessità di formazione e di aggiornamento sui recenti sviluppi delle raccomandazioni all'utilizzo

LARC: raccomandazioni ACOG



THE AMERICAN COLLEGE OF
OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

Office of Communications
tel: 202-484-3321
communications@acog.org
www.acog.org

IUDs and Contraceptive Implants Safe for Teens

September 20, 2012

Washington, DC -- Implants and intrauterine devices (IUDs) should be offered as first-line contraceptive options for sexually active adolescents, according to new guidelines issued today by The American College of Obstetricians and Gynecologists (The College). Both the implant and the IUD are the most effective reversible contraceptives for preventing unintended pregnancy and abortion in teens and adult women.

Erogazione gratuita di contraccettivi

Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception

Jeffrey F. Peipert, MD, PhD, Tessa Madden, MD, MPH, Jenifer E. Allsworth, PhD, and Gina M. Secura, PhD, MPH

CHOICE study: prospettico, coorte di 9256 donne 14-45 anni a rischio di gravidanza indesiderata.

- counselling contraccettivo con enfasi sull'efficacia dei LARC
- erogazione gratuita
- follow up di 2 o 3 anni con interviste ogni 6 mesi

- LNG-IUD 46%
- IUD al rame 12%
- Impianto 17%
- COC 9%
- anello 7%
- MAP 7%
- Cerotto 2%

(Obstet Gynecol 2012;120:1291-97)

Erogazione gratuita di contraccettivi

Il tasso di aborto nella coorte è risultato significativamente inferiore rispetto alla media regionale e nazionale

Table 3. Abortion Rates per 1,000 Women and Adolescents in CHOICE, St. Louis, and the United States and Estimated Population Effect of the Contraceptive CHOICE Project

Year	CHOICE Rate*	Region Rate [†]	P	No. of Abortions Prevented [‡]	Number Treated to Prevent One Abortion		National Rate
					NNT [§]	95% CI	
2008	4.4	17.0	<.001	3,124	79	44–255	19.6
2009	7.5	14.8	<.001	1,810	137	97–224	NA
2010	5.9	13.4	<.001	1,860	133	99–213	NA

NNT, number needed to treat; CI, confidence interval; NA, not applicable.

(*Obstet Gynecol* 2012;120:1291–97)

Erogazione gratuita di contraccettivi

Il tasso di aborto nella coorte è risultato significativamente inferiore rispetto alla media regionale e nazionale

Conclusione: le gravidanze indesiderate possono essere ridotte attraverso l'erogazione gratuita e la promozione di metodi contraccettivi più efficaci (LARC)

(Obstet Gynecol 2012;120:1291–97)

Erogazione gratuita di contraccettivi

Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy

Lack of information about effective contraception, limited access, and cost remain barriers to the use of LARC methods by teens.¹³⁻¹

This analysis involves the 1404 adolescents who enrolled in CHOICE between 14 and 19 years of age, from 2007 through 2011;

Erogazione gratuita di contraccettivi

Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy

Table 2. Pregnancy, Birth, and Abortion Rates among Girls and Women 15 to 19 Years of Age in the CHOICE Cohort as Compared with Those in the U.S. Population.*

Outcome	U.S. Population, All Teens*	U.S. Population, Sexually Experienced Teens†	CHOICE Cohort‡ <i>mean no. per 1000 teens (95% CI)</i>
Pregnancy	57.4	158.5	34.0 (25.7–44.1)
Birth	34.4	94.0	19.4 (13.3–27.4)
Abortion	14.7	41.5	9.7 (5.6–15.8)

* Data are U.S. rates for the year 2010.¹

† Data are U.S. rates for the year 2008.²⁰

‡ Data are the mean annual rates for the years 2008 through 2013. CI denotes confidence interval.

Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy

C Abortion Rate

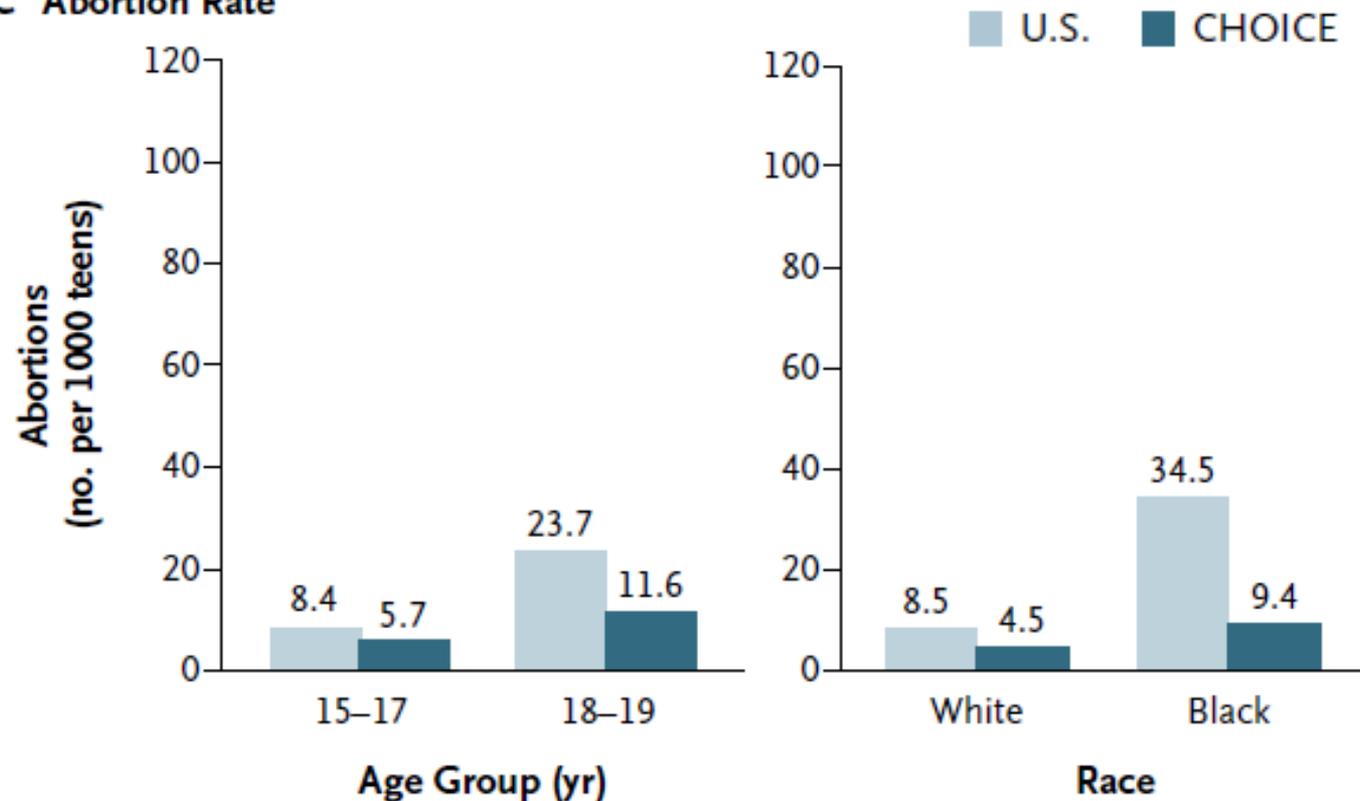
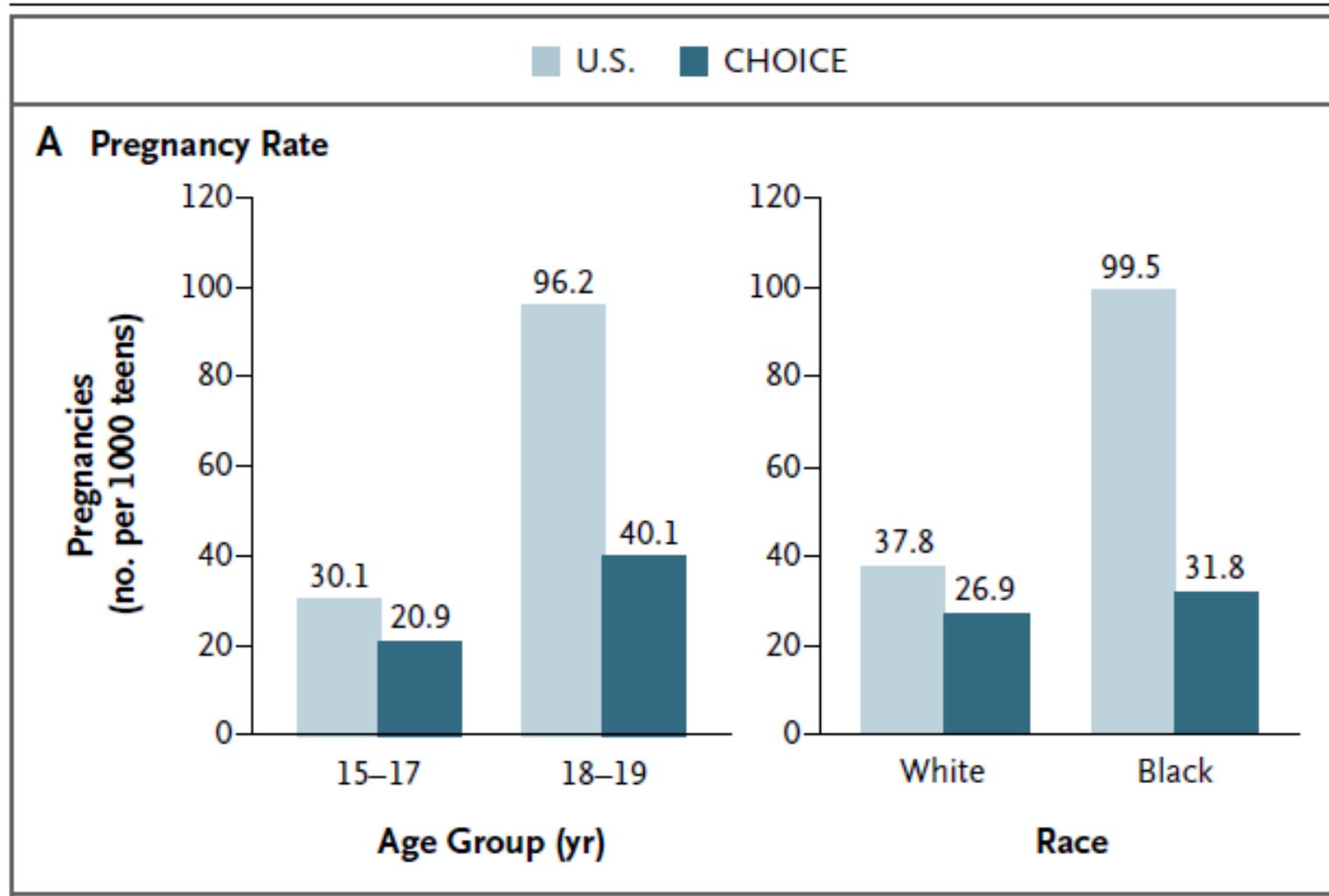


Figure 1. Pregnancy, Birth, and Abortion Rates among U.S. Teenage Girls and Women, as Compared with CHOICE Participants, Stratified According to Age and Race.

Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy



Esperienza di erogazione diretta gratuita di contraccettivi a Modena

- **pillola estroprogestinica (EE20/Gestodene):** ipotizzando 4 mesi di fornitura, per sostenere la fase iniziale
- **pillola progestinica:** ipotizzando 5 mesi di fornitura, in allattamento materno completo o prevalente
- **contraccettivo postcoitale** progestinico
- **impianto sottocutaneo**
- **IUD:** T cu 380 e ML Cu 380 Short

Checklist per erogazione diretta contraccettivi

Tipo di accesso

IVG

post IVG

postparto

Criteri d'erogazione

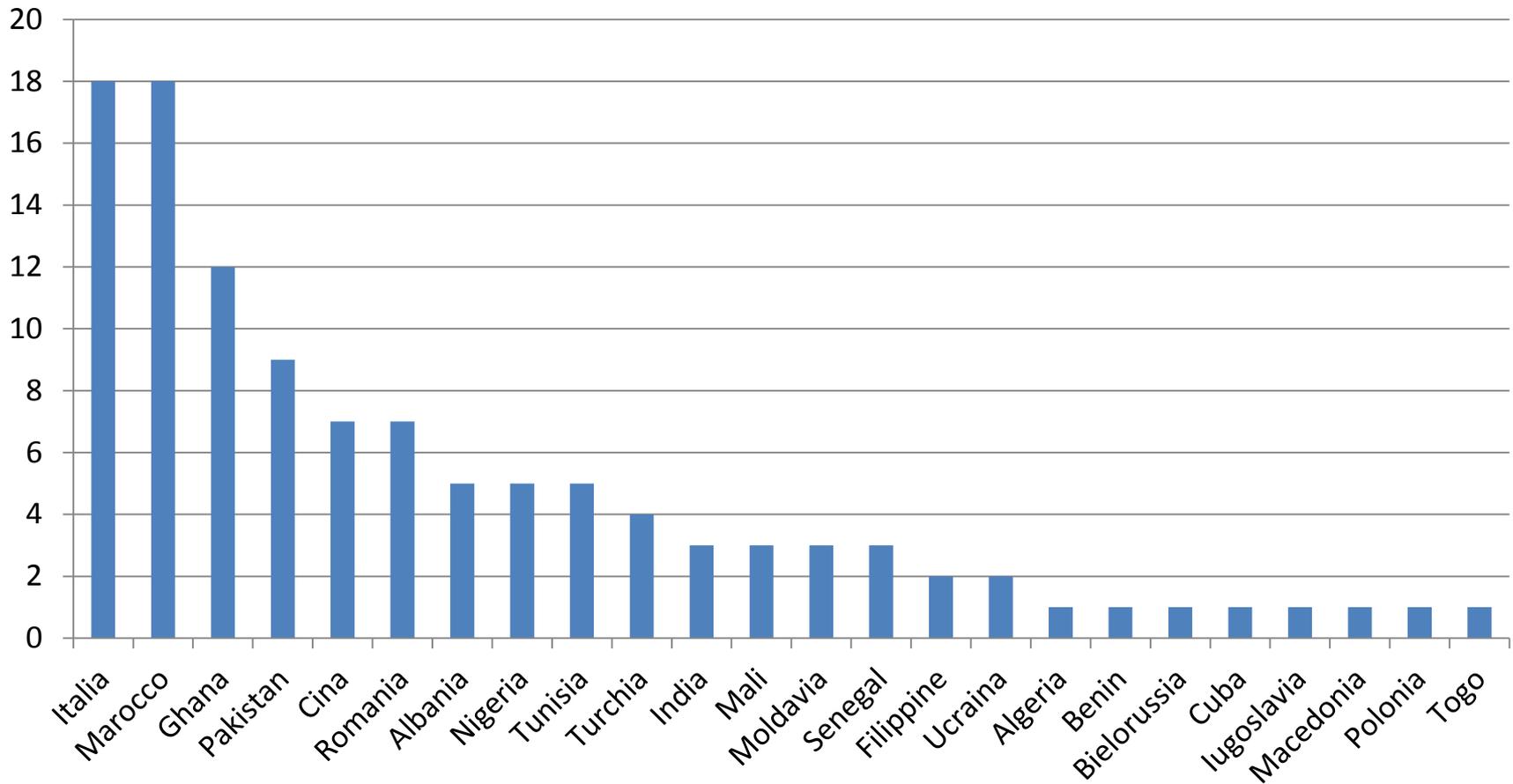
1. parto/IVG nell'anno precedente associato e esenzione per reddito E02 o T12
2. parto/IVG nell'anno precedente, associato a condizione di immigrata irregolare priva di assistenza sanitaria o Codice ENI
3. minore età o età < 20 aa con affidamento servizi sociali
4. pluriparità (almeno 3 figli)
5. pluriabortività volontaria

Checklist erogazione diretta contraccettivi

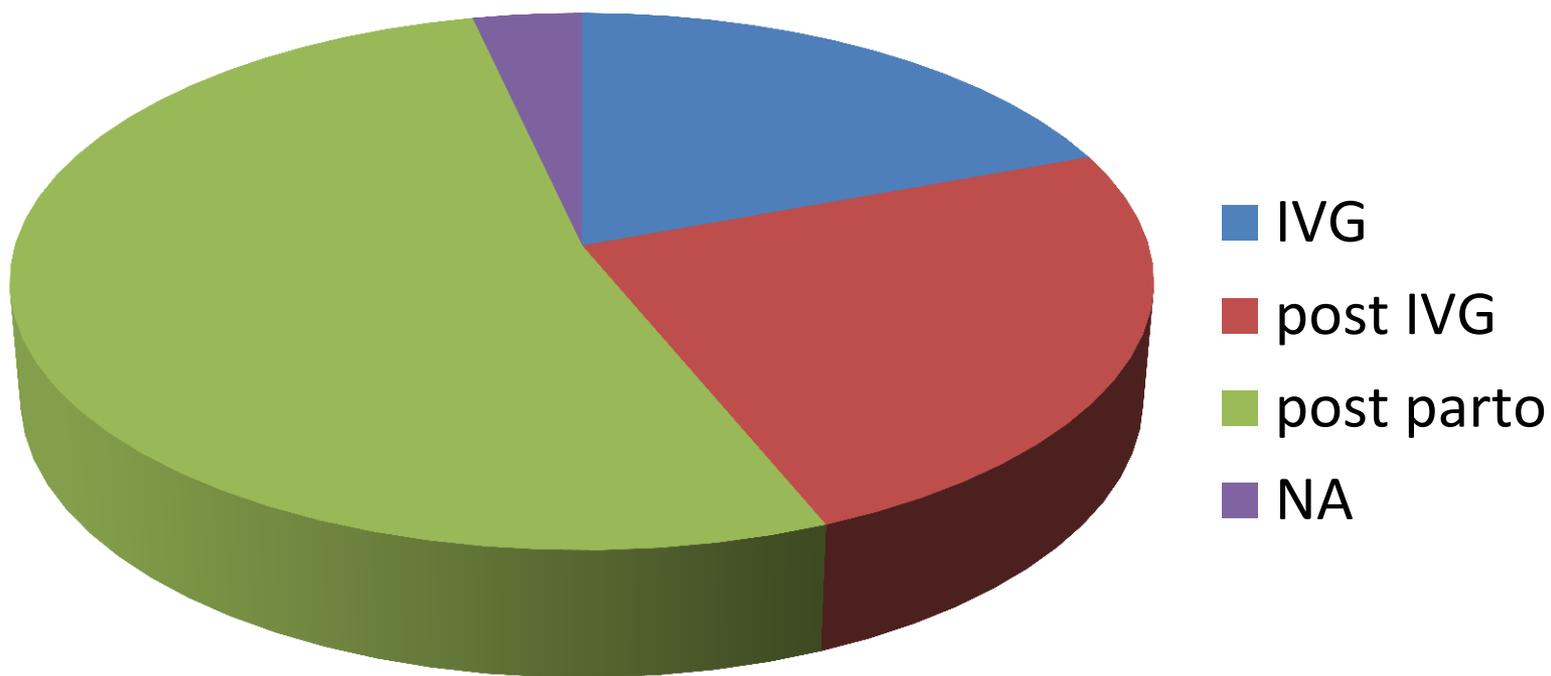
Controllo

- Contraccezione postcoitale e IUD: controllo a un mese
- metodi ormonali (EP, P):
 - 1° controllo a due mesi per la valutazione compliance (effetti collaterali, difficoltà)
 - 2° controllo a 4 mesi per la prescrizione farmaceutica definitiva

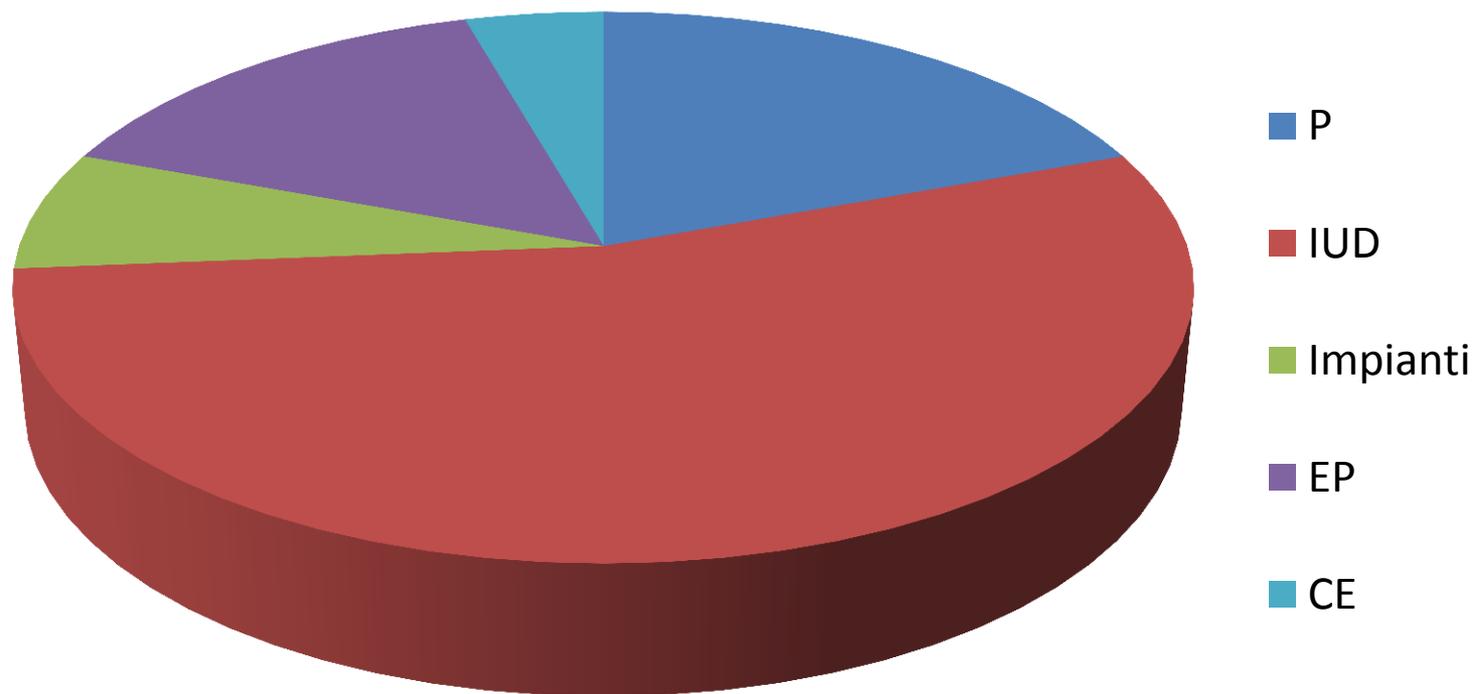
Paese d'origine (114 donne)



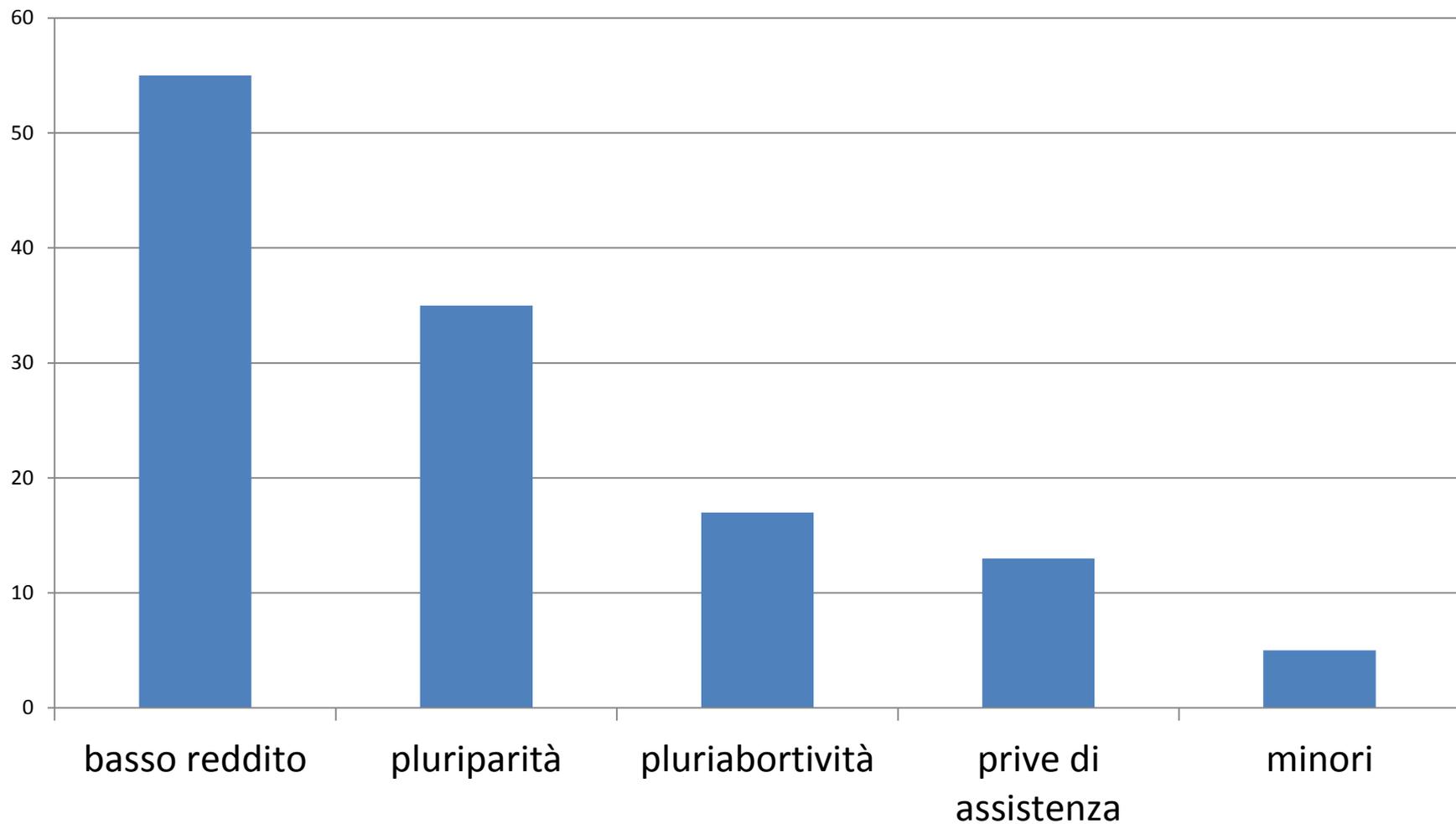
Tipologia d'accesso



Tipo di contraccettivo erogato



Tipo di criterio applicato



Alcune osservazioni sull'esperienza

- il postpartum è una opportunità importante che vede le donne particolarmente sensibili e motivate alla contraccezione
- la rimozione della barriera del costo rende più accetta la contraccezione long acting
- l'erogazione della CPC *no cost* trova migliore collocazione presso gli Spazi Giovani e i criteri per le minori vanno ampliati e rivisti
- investiremmo maggiormente nella LARC (IUD e impianti) e nel contraccettivo con solo progestinico
- da migliorare e agevolare il sistema raccolta dati per il monitoraggio, importante per la rimodulazione dell'offerta