

04

CONTRIBUTI

I Larc nelle adolescenti

I metodi *Larc* comprendono i dispositivi intrauterini e l'impianto sottocutaneo e rappresentano la forma più efficace di contraccezione reversibile a nostra disposizione



SILVIA VON WUNSTER
Direttore SC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Alzano Lombardo, ASST Bergamo Est

NONOSTANTE L'UTILIZZO dei LARC nelle adolescenti sia raccomandato da tutte le principali società scientifiche che si occupano di ginecologia e pediatria, come scelta contraccettiva efficace e sicura, la loro diffusione è ancora limitata dalla presenza di barriere, sia da parte degli operatori sanitari che da parte delle utenti.

È necessario riconoscere ed adottare le strategie che possono aiutare ad un migliore utilizzo dei LARC nelle adolescenti:

- 1 Offrire un **counselling adeguato**, che non sia coercitivo, ma centrato sulle esigenze delle pazienti e che permetta di superare eventuali dubbi e paure. È necessario illustrare i meccanismi di azione, i possibili effetti collaterali e suggerire i rimedi per la loro gestione.
- 2 Discutere come **controllare il dolore** correlato all'inserimento. Il 65% delle adolescenti teme di provare troppo dolore nell'inserimento dei LARC e nel 20% dei casi l'inserimento dei dispositivi intrauterini è effettivamente accompagnato da dolore moderato o severo. E' bene pertanto valutare l'adozione di alcuni rimedi che hanno mostrato evidenza di efficacia, prestando attenzione ad effettuare l'inserimento con cautela e delicatezza e coinvolgendo la ragazza in una conversazione che attenui l'ansia. In casi particolari può essere offerta l'anestesia locale paracervicale o, nell'eventualità di un precedente fallito tentativo di inserimento dello IUD, è possibile ricorrere alla premedicazione con misoprostolo.
- 3 Prevedere la possibilità di **inserire il dispositivo il giorno stesso della visita**, come strategia ben gradita ed efficace per permettere da subito un'adeguata contraccezione ed evitare il rischio che le ragazze non si ripresentino per l'inserimento programmato. Garantire anche la possibilità di inserire i dispositivi LARC anche dopo un parto od un aborto
- 4 Raccomandare l'utilizzo della **doppia protezione** con condom come adeguata prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST). Sebbene il rischio di PID non sia correlato all'utilizzo dello IUD ma al rischio personale di MST, l'utilizzo del condom è raccomandato a tutte le adolescenti, anche in associazione agli altri contraccettivi ormonali.
- 5 Evidenziare i **benefici non contraccettivi dei LARC** a rilascio ormonale. Sia l'impianto che i dispositivi intrauterini a rilascio di Levonorgestrel (LNG-IUS)



hanno mostrato evidenza di efficacia nel controllo dei sintomi associati all'endometriosi. I dispositivi intrauterini a rilascio di LNG sono efficaci nel controllo dei flussi mestruali abbondanti, con incidenza di amenorrea sovrapponibile per LNG-IUS da 13,5 e da 52 mg.

- 6 **Contenere i costi** dei dispositivi adottando strategie locali, come la dispensazione a prezzo di costo per la farmacia se ci si trova in ambito ospedaliero o consultoriale o spingendo le istituzioni a fornire la contraccezione gratuita, come purtroppo avviene per ora solo in alcune regioni italiane. Anche l'inserimento lo stesso giorno della visita risulta economicamente vantaggioso.

Una maggiore diffusione dei metodi LARC tra le adolescenti si è dimostrata in grado di ridurre in modo significativo le gravidanze indesiderate e le interruzioni di gravidanza ed è pertanto fondamentale che gli operatori sanitari siano in grado di promuovere il loro utilizzo, fornendo informazioni adeguate, facilitando l'accesso ai metodi, rendendo le procedure di inserimento ben tollerate ed illustrando i benefici non contraccettivi.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Stanton T. et al. Adolescents and long-acting reversible contraceptives: beyond the basics. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2020; 32: 416-423
- 2 ACOG Committee Opinion n 735: adolescents and long-acting reversible contraception, implant and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2018
- 3 Hillard PJ et al. Practical tips for intrauterine device counseling, insertion and pain relief in adolescent: an update. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2019; 32 S14-S22

SEGUE DA PAG 9

Il 43,9%, 170254 parti, delle mamme hanno partorito in PN sede di DEA di I livello; il 36,6%, 138074 parti, in PN sede di DEA di II Livello, il 12,6%, 49093 parti, in PN sede di Presidio Ospedaliero di Base, l'1,2% in PN sede di PS Pediatrico, il 6,6% 25595 in case di cura private accreditate non classificabili (Tab. 6).

TIN E CLASSIFICAZIONE STRUTTURE OSPEDALIERE SEDE DI PUNTO NASCITA

NEL RISPETTO DELLA NORMA la Terapia Intensiva Neonatale, TIN, si trova solo nei PN di II livello che hanno pertanto un volume di parti superiore a 1000 oltre a tutti gli altri requisiti richiesti per essere definiti di 2 Livello.

Nell'anno 2022 si rendicontano in Italia 110 TIN con un volume totale di parti di 187722. Il 48,43% delle mamme ha quindi partorito in Punti Nascita ad alti volumi e specialità con la TIN presente (Tab. 7).

Un Punto Nascita di II Livello deve avere la TIN ma non deve necessariamente essere inserito in un DEA di II livello se riesce a garantire tutti gli standard. Infatti 42 TIN, con bacino di 55221 parti nel 2022, si trovano in Presidi Ospedalieri DEA di I livello; 61 TIN, con bacino di 121088 parti, in DEA di II Livello; esistono anche 5 TIN, con bacino di 6868 parti, in presidi ospedalieri di base (Tab. 8).

Se venisse applicata a pieno la norma del DM 70 che prevede le terapie intensive neonatali con un chiaro bacino di popolazione da un minimo di 600 mila abitanti ad un massimo di 1,2 milioni, noi dovremmo rendicontare un numero di TIN che varia con un delta 50 - 100 strutture.

Le TIN substandard, secondo la classificazione degli standard ospedalieri e secondo i volumi di attività del Punto Nascita correlato, sono 26 (Tabella 9).

25 TIN sono inserite in Punti Nascita che effettuano volumi inferiori a mille parti e addirittura una TIN è in un Punto Nascita che presenta meno di 500 parti.

Le 25 TIN con volumi di parti sotto la soglia dei 1000 si trovano 6 in Sicilia, 6 in Campania, 4 in Piemonte, 3 in Lazio 1 in Liguria, 1 in Toscana, 1 in Molise, 1 in Abruzzo, 1 in Sardegna, 1 in Puglia.

TABELLA 9

Classi di Parto	Numero Strutture	% Strutture	Volume Parti	% Parti
0-499	1	0,9	28.984	7,5
500-999	25	22,7	116.713	30,11
>1000	84	76,3	241.864	62,4
TOTALE	110	100	387.561	100

LA MANCATA TUTELA dell'evento parto con la persistenza di Punti Nascita substandard per bassi volumi di attività o per essere inseriti in Ospedali non classificati come DEA sono assolute criticità nella corretta attuazione del decalogo dell'Accordo Stato Regioni del 2010 e del Dm 70 di aprile 2015. Si deve assolutamente giungere ad una riflessione contestuale alla strutturata e drammatica denatalità e al difficoltoso reclutamento del personale coinvolto nell'evento nascita. Il tutto porta ad una esigenza della revisione degli Standard con una revisione dell'Accordo stesso affinché sia contestualizzato allo scenario del 2024.