



DONNE E ACCESSO ALLA CONTRACCEZIONE ORMONALE

Focus contraccezione orale di emergenza

Marzo 2019



Indice

Premesse

1. Le donne italiane e la contraccezione

1.1 Contracezione, una scelta responsabile tra salute e benessere

1.2 I numeri della contraccezione in Italia

1.3 Donne e pillola contraccettiva: perché ancora reticenza?

2. La contraccezione orale di emergenza

2.1 Aspetti generali

2.2 Cosa fanno le donne

2.3 Utilizzo in Italia

3. Considerazioni conclusive



Premesse

La salute sessuale e riproduttiva rappresenta un diritto umano fondamentale che deve essere preservato e tutelato. Di fatto, però, nel nostro Paese manca ancora oggi un programma organico e strutturato di educazione all'affettività e alla sessualità: una lacuna che “spiega” perché l'Italia sia in fondo alla classifica europea per l'uso dei contraccettivi ormonali (16%), perché ancora moltissime delle under 25 italiane (42%) non utilizzino alcun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale e perché continuino ad aumentare esponenzialmente i casi di malattie a trasmissione sessuale con il “ritorno” di malattie come sifilide e gonorrea. Altro dato allarmante è quello presentato dalla SIC (Società Italiana della Contracezione) in occasione del suo congresso nazionale dello scorso giugno: in Italia 1 gravidanza su 4 è indesiderata.

Questi numeri denunciano con forza la necessità di costruire, attraverso attività di educazione e informazione, una cultura contraccettiva che in Italia fatica a consolidarsi per il persistere di tabù e di barriere socio-culturali.

L'età fertile rappresenta una lunga stagione della vita femminile durante la quale la contraccezione riveste un ruolo cruciale nel contribuire al benessere psico-fisico della donna, consentendo di vivere serenamente la propria sessualità e consapevolmente la propria fertilità per una maternità desiderata.

Convinti del valore e del **ruolo della contraccezione**, quale **alleata della salute e del benessere femminili**, da tanti anni promuoviamo attività di informazione e sensibilizzazione sul tema. È importante che le donne comprendano che la contraccezione deve essere considerata un “**progetto**”, ponderata nella scelta del metodo più indicato nello specifico caso, volta a proteggere la propria salute e fertilità, vivendo in pienezza e sicurezza la propria sessualità.

Il bagaglio conoscitivo deve anche comprendere la possibilità di accedere alla contraccezione di emergenza, quale presidio da riservare ai casi in cui si è verificato un imprevisto e anche su questo fronte c'è molto da lavorare per spigare in che cosa consiste e qual è il suo corretto utilizzo.

Nel 2018 abbiamo realizzato un progetto sulla contraccezione di emergenza che è partito con una survey online che ha esplorato la conoscenza sul tema coinvolgendo oltre 700 donne tra i 15 e i 45 anni. I risultati della ricerca hanno tratteggiato uno scenario connotato ancora da molta disinformazione e hanno offerto gli spunti per costruire un progetto di comunicazione, attraverso una brochure e una campagna digital, volto a colmare questi gap conoscitivi che di fatto ne precludono un corretto utilizzo.

Per costruire una **cultura della prevenzione contraccettiva** è necessario un impegno collettivo. Avendo nel tempo, come Osservatorio dedicato alla promozione e tutela della salute femminile, coinvolto su questa tematica le donne, gli Ospedali con i Bollini Rosa e i mass media, abbiamo pensato di realizzare un documento informativo rivolto alle Istituzioni con l'obiettivo di tenere alta l'attenzione su questo fronte e sollecitare interventi concreti. **Informazione** corretta e facile **accessibilità** sono irrinunciabili presupposti per un congruo utilizzo della contraccezione abituale e di emergenza **a garanzia del benessere della donna e a tutela del suo diritto alla salute sessuale e riproduttiva**.



1. Le donne italiane e la contraccezione

1.1 Contraccezione, una scelta responsabile tra salute e benessere

La nascita nel 1960 e lo sviluppo della pillola contraccettiva sono stati riconosciuti come tra i più importanti avanzamenti scientifici e sociali che hanno consentito di scindere il binomio sessualità e destino riproduttivo, una vera e propria rivoluzione nel processo di emancipazione femminile.

La contraccezione è una **preziosa alleata della donna per tutto l'arco temporale fertile** della sua vita poiché, prevenendo il rischio di gravidanze indesiderate, consente di vivere la sessualità in libertà e con serenità e di gestire la fertilità in modo responsabile e consapevole. Riveste quindi un ruolo centrale nel contribuire alla salute sessuale e riproduttiva femminile che è componente integrante della salute generale e del **benessere psico-fisico**.

Le donne hanno a disposizione un ampio ventaglio di metodi anticoncezionali. È fondamentale che la **scelta sia condivisa con il proprio ginecologo e personalizzata** in base alla storia clinica della donna, alle sue abitudini sessuali ed esigenze personali e nel rispetto dell'equilibrio della sua femminilità in tutte le fasi della vita fertile. La contraccezione deve dunque essere **progettata su misura** della donna nell'ambito di un percorso verso una (eventuale) maternità consapevole e desiderata.

In particolare, la **contraccezione ormonale** si caratterizza per i suoi vantaggi non solo “**contraccettivi**” (reversibile, efficace, ben tollerata e sicura, che non interferisce con la spontaneità dell'atto sessuale) ma anche “**extra-contraccettivi**”, primi tra tutti la regolarizzazione del ciclo e la riduzione dolore oltre che **terapeutici** (endometriosi, fibromi uterini, sindrome premestruale...)¹.

1.2 I numeri della contraccezione in Italia

L'Atlante europeo della contraccezione, realizzato dall'*European Parliamentary Forum on Population & Development* (EPF), classifica l'Italia al 26esimo posto per l'accesso agli anticoncezionali, il counseling e l'informazione online sul tema, su 45 Paesi presi in considerazione².

Secondo l'Istat, i metodi contraccettivi più utilizzati sono il preservativo (42.4%), la pillola contraccettiva (24.3%) e il coito interrotto (17.5%). Quest'ultimo peraltro non dovrebbe essere considerato un metodo anticoncezionale a fronte dell'assoluta inaffidabilità.

Secondo i risultati dell'indagine “Le italiane, sessualità e contraccezione” svolta dalla SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) presentati in occasione della Giornata Mondiale della contraccezione nel settembre 2016, il 24.8% delle donne italiane in età fertile utilizza metodi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata: 17.5% ricorre al coito interrotto, il 4.2% si affida ai metodi naturali e il 3.1% al caso o altri rimedi. La **contraccezione ormonale** viene scelta invece solo dal **16.2%** delle donne, un dato fra i più bassi in Europa (la media europea è pari a 21.4%) che presenta marcate differenze regionali (al primo posto, ben al di sopra della media nazionale, si trova la Sardegna, seguita dalle regioni settentrionali ad eccezione del Veneto).

¹<http://siccontraccezione.it/pubblicazioni/pdf/SICPositionPaper2013Benefici.pdf>

²<https://www.contraceptioninfo.eu/>



In particolare, risultano più critiche le classi di età più giovani: secondo la SIGO, il 42% delle under 25 italiane non utilizza nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale e solo il 43% ha fatto ricorso al preservativo.

1.3 Donne e pillola contraccettiva: perché ancora reticenza?

A limitare l'utilizzo della contraccezione ormonale concorrono svariati fattori, tra cui la **disinformazione** gioca senza dubbio un ruolo importante soprattutto in un'epoca in cui l'accesso alle informazioni è semplice e immediato attraverso internet. Proprio in questa direzione da tempo lavora la Società Italiana della Contraccezione (SIC), l'associazione scientifica impegnata nel favorire e nel diffondere lo sviluppo della ricerca e dell'informazione sul delicato tema della contraccezione, che ha presentato nel 2014 un Decalogo con l'obiettivo sfatare i falsi miti e di far conoscere i benefici extra-contraccettivi della pillola³.

Molti **timori** correlati all'assunzione di ormoni sono riconducibili a **motivi di salute** (rischio di tumori) ed **estetici** (ritenzione idrica e aumento del peso corporeo).

Ma non solo. Nel 2012 Onda ha realizzato l'indagine conoscitiva "Donne e pillola anticoncezionale", coinvolgendo un campione di 600 donne di età compresa fra i 18 e i 40 anni. Tra gli svantaggi della pillola che in alcuni casi ne motivano l'abbandono, ancora prima dell'effetto indesiderato di aumento del peso corporeo (16%) e del "vincolo" di un'assunzione quotidiana puntuale (16%), il **costo** è stato menzionato da quasi 1 donna su 5.

Anche la survey europea condotta da Onda e AlFemminile nel medesimo anno con l'obiettivo di evidenziare differenze di pensiero nei confronti della pillola anticoncezionale tra donne italiane ed europee (Francia, Germania, Polonia, Spagna, Gran Bretagna) ha evidenziato come primo svantaggio, in tutti i Paesi - ad eccezione dell'Inghilterra dove il contraccettivo è gratuito - il costo, denunciato dal 64% delle intervistate.

2. La contraccezione orale di emergenza

2.1 Aspetti generali

La contraccezione di emergenza ha l'obiettivo di offrire alle donne, che hanno un bisogno urgente di protezione, un'**ultima possibilità per ridurre il rischio di una gravidanza indesiderata**, scongiurando così l'eventuale ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Il termine *emergenza* sottolinea che l'uso di questo tipo di contraccezione deve rappresentare una misura occasionale, eccezionale da utilizzare solo ed esclusivamente:

- dopo un rapporto sessuale non protetto, in cui non sia stato utilizzato alcun metodo contraccettivo;
- dopo un rapporto in cui sia fallito o sia stato inadeguatamente utilizzato il metodo anticoncezionale impiegato (ad esempio: distacco di cerotto trans-dermico, mancata assunzione di alcune pillole, rottura di preservativo);
- dopo un rapporto non realmente voluto e condiviso.

³<http://siccontraccezione.it/pdf/SICDecalogocontraccezione10aprile.pdf>



La contraccezione di emergenza **non** è dunque **adatta a un uso regolare** e non deve mai sostituire un metodo contraccettivo abituale, rappresentando esclusivamente un presidio “di riserva” (in pratica il piano B) nei casi imprevisti.

La contraccezione di emergenza per via orale è la forma più comunemente utilizzata e consiste nel tentativo di **ritardare o bloccare l'eventuale ovulazione**, se non ancora avvenuta, rendendo così il rapporto non fertile. La contraccezione di emergenza **non può interrompere una gravidanza già in atto** e non ha dunque effetti abortivi.

In pratica la **tempestività di assunzione** gioca un ruolo chiave per assicurarne l'efficacia: prima si assume, dopo il rapporto non protetto, più possibilità ci sono di ritardare o bloccare l'ovulazione, da qui l'importanza di superare una volta per tutte la dicitura di “pillola del giorno dopo” (che ha generato nel tempo – e continua a generare – pericolosi fraintendimenti sulle tempistiche di assunzione) e di parlare di “pillola del prima possibile”.

In Italia sono state approvate per la contraccezione d'emergenza due diverse molecole farmacologiche:

- *levonorgestrel* (anche conosciuta “pillola del giorno dopo”)
- *ulipristal acetato* (cosiddetta “pillola dei cinque giorni dopo” o “nuova pillola del giorno dopo”).

In entrambi i casi, il preparato contraccettivo deve essere assunto **il prima possibile dopo il rapporto non adeguatamente protetto**, entro e non oltre le 72 ore nel caso del *levonorgestrel* e fino ad un massimo di 120 ore nel caso dell'*ulipristal acetato*.

Studi scientifici condotti sulla contraccezione d'emergenza a base di *ulipristal acetato* (disponibile in Italia dal 2011) hanno evidenziato che questa pillola, rispetto ai preparati tradizionali a base di *levonorgestrel*, è tre volte più efficace, se utilizzata entro le prime 24 ore dal rapporto a rischio, e due volte più efficace, se assunta nell'arco delle prime 72 ore. A fronte di queste evidenze, le Società scientifiche della contraccezione considerano la pillola a base di ***ulipristal acetato* il farmaco di riferimento per la contraccezione d'emergenza**.

La contraccezione orale di emergenza consiste in una sola compressa da assumere per bocca, acquistabile senza prescrizione medica dalle donne maggiorenni in farmacia e nelle parafarmacie (l'obbligo di ricetta è stato cancellato dalle determinazioni AIFA del 2015 e 2016, rispettivamente per *ulipristal acetato* e per *levonorgestrel*). La mancanza di ricetta medica ha cercato di rispondere all'esigenza di un'assunzione rapida per garantire l'efficacia maggiore a fronte dell'**alto profilo di sicurezza** del farmaco stesso. Per le minorenni resta invece l'obbligo di ricetta medica e la vendita è autorizzata solo presso le farmacie.

Secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tutte le donne e le ragazze a rischio** di gravidanza non intenzionale hanno il **diritto di accedere** alla contraccezione di emergenza per la quale non sussistono controindicazioni mediche assolute all'uso e limiti di età⁴.

⁴ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4212344.pdf>



2.2 Cosa sanno le donne

Sul tema della contraccezione orale di emergenza Onda ha svolto nel 2018 una survey online per esplorare il grado di conoscenza delle donne italiane al riguardo e individuare i gap conoscitivi da colmare ai fini di una corretta informazione che rappresenta la condizione imprescindibile per un suo corretto utilizzo⁵.

Il sondaggio ha coinvolto 757 donne di età compresa tra i 15 e i 45 anni.

È emerso che le italiane sono consapevoli dell'esistenza della contraccezione di emergenza (87%) anche se si segnala un gap tra le due diverse opzioni: la conoscenza della tradizionale “pillola del giorno dopo” è consolidata in tutto il campione, mentre un buon 20% non ha mai sentito parlare della cosiddetta “pillola dei cinque giorni dopo”, più recentemente introdotta sul mercato. La conoscenza passa prevalentemente attraverso canali non scientifici, come i media e il passaparola tra amici/conoscenti che risultano le principali fonti di informazione, indicati rispettivamente dal 71% e dal 65% delle donne.

Dall'indagine è emerso che, anche se le donne sanno che esiste questa “contraccezione del dopo”, hanno un'informazione piuttosto sommaria e superficiale sulla modalità di azione: il 70% non ha ancora chiaro il meccanismo d'azione, solo la metà delle intervistate sa che dalla tempestività di assunzione dipende l'efficacia del farmaco e meno di 1 donna su 10 è a conoscenza del fatto che la “pillola dei cinque giorni dopo” è quella che garantisce maggiore efficacia.

Infine, ancora 1 donna su 3 non sa che è acquistabile in farmacia e parafarmacia, con il 9% che pensa che sia dispensata solo in ospedale, e oltre 1 intervistata su 2 non è al corrente che la prescrizione medica serve solo per le minorenni.

2.3 Utilizzo in Italia

La contraccezione di emergenza rappresenta un valido presidio che offre alle donne la possibilità di scongiurare il rischio di una gravidanza non desiderata in caso di rapporti non protetti.

L'introduzione dell'*ulipristal acetato* ha ulteriormente potenziato questo presidio grazie alla maggior efficacia dimostrata rispetto al farmaco “tradizionale” a base di *levonorgestrel*.

L'eliminazione dell'obbligo di ricetta medica nel 2015 ha avuto il merito di rendere più facile e dunque più tempestivo l'accesso al farmaco dalla cui precocità di assunzione dipendono, come già detto, le maggiori chance di successo.

Ancora molte polemiche alimentano il dibattito sociale, scientifico e politico sull'effettivo meccanismo di azione del farmaco a base di *ulipristal acetato* nonostante le maggiori Società scientifiche impegnate sul campo, le Agenzie regolatorie europee e internazionali e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità lo abbiano identificato come presidio *anticoncezionale* e non abortivo.

I dati sulle vendite del contraccettivo orale a base di *ulipristal acetato*, forniti da AIFA e dal Sistema tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, hanno evidenziato negli ultimi sei anni un trend in crescita con un marcato rialzo a partire dal secondo trimestre 2015, a seguito della delibera AIFA che ha eliminato l'obbligo della ricetta per le maggiorenni.

⁵<https://www.ondaosservatorio.it/progetti-onda/contraccezione-di-emergenza/>



Nel complesso si è registrato un modesto aumento delle vendite dei contraccettivi orali di emergenza nell'ambito del quale è stato significativo l'incremento parziale del farmaco a base di *ulipristal acetato* rispetto a quello tradizionale. In ogni caso questi numeri devono essere correttamente contestualizzati rispetto alla popolazione femminile in età fertile (circa 13 milioni): ne ha fatto uso circa il 2% delle donne.

Parallelamente si è registrato un **calo delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)**. Secondo l'ultima Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza relativa al 2017, pubblicata nel dicembre 2018⁶, le IVG sono ulteriormente diminuite, in misura leggermente maggiore rispetto al 2016 (in totale, 80.733 IVG, -4.9% rispetto al dato del 2016 e - 65.6% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234.801 casi). Il tasso di abortività (numero di IVG rispetto a mille donne di 15-49 anni residenti in Italia), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso, è risultato pari a 6.2 per mille nel 2017, con un decremento del 3.3% rispetto al 2016 e con una riduzione del 63.6% rispetto al 1982.

Il Presidente della SMIC, Emilio Arisi, ha interpretato questi dati “un risultato positivo non casuale e correlato con l'opportunità per le donne maggiorenti di poter acquistare liberamente in farmacia la contraccezione di emergenza senza dover presentare la ricetta medica”, sottolineando il ruolo della contraccezione d'emergenza nella tutela della salute psico-fisica delle donne e richiamando come *ulipristal acetato*, già dalla sua immissione in commercio nel 2009, sia considerato dalla comunità scientifica il contraccettivo d'emergenza più efficace nel prevenire una gravidanza indesiderata, “un farmaco sicuro per la salute delle donne che vogliono pianificare la loro vita familiare”⁷.

3. Considerazioni conclusive

Dopo aver tracciato, richiamando alcuni dati, una panoramica sul ruolo della contraccezione, sul suo utilizzo e grado di conoscenza con particolare riferimento a quella ormonale, proviamo a mettere a fuoco le linee di intervento per contribuire a costruire e consolidare una **cultura della procreazione consapevole e responsabile** che ancora manca nel nostro Paese.

Educare

Da tempo se ne parla ma non è ancora stato inserito nei programmi scolastici un **progetto strutturato di educazione alla salute sessuale e riproduttiva**. Un solido bagaglio conoscitivo rappresenta il più efficace strumento di prevenzione verso comportamenti a rischio che espongono a gravidanze indesiderate e malattie a trasmissione sessuale. Come si legge nel rapporto *Policies for Sexuality Education in the European Union* (2013) pubblicato dal Dipartimento Direzione generale per le politiche interne del Parlamento UE⁸, nella maggior parte degli Stati membri questa materia è obbligatoria (Germania, Danimarca, Finlandia, Austria, Francia) mentre fanno eccezione sette paesi tra cui l'Italia accanto a Bulgaria, Cipro, Lituania, Polonia e Romania.

⁶http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2807_allegato.pdf

⁷http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=70104

⁸[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT\(2013\)462515_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT(2013)462515_EN.pdf)



Questa stringente necessità è stata recentemente ribadita in occasione della presentazione dei risultati dello Studio Nazionale Fertilità⁹, conclusosi alla fine del 2018, che aveva l'obiettivo di raccogliere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva per orientare e sostenere la programmazione di interventi a sostegno della fertilità in Italia. La maggior parte dei ragazzi e degli studenti universitari intervistati (oltre 8 su 10) hanno dichiarato di cercare le informazioni in ambito sessuale e riproduttivo su internet, anche se quasi tutti (94%) ritengono che dovrebbe essere la scuola a fornirle.

Informare

È necessario promuovere un'informazione corretta attraverso **piattaforme certificate**. Ancora persistono tabù e falsi miti che circolano senza controllo in internet: l'informazione fai-da-te genera un utilizzo spesso improprio che non aiuta le donne a vivere sessualità e riproduzione in modo consapevole, allontanandole da un reale progetto contraccettivo che andrebbe sempre discusso con il proprio ginecologo.

Supportare

Il **counselling contraccettivo** è fondamentale: consente di ponderare “pro” e “contro” dei diversi metodi, in relazione all'età della donna, alle abitudini sessuali, alla sua storia clinica e dunque di intercettare quello più indicato nello specifico caso. Il *counselling* avvia un processo di empowerment da cui dipende il “successo” del metodo contraccettivo scelto in termini di **corretto utilizzo e aderenza nel tempo**.

Nell'ambito del *counselling* contraccettivo dovrebbe essere anche spiegata la contraccezione di emergenza quale presidio di prevenzione validato, sicuro ed efficace – come riconosciuto dai massimi organi autorizzativi internazionali, europei e nazionali – per tutte le situazioni a rischio di gravidanza indesiderata, promuovendo la consapevolezza dell'eccezionalità d'uso.

Su questo fronte sarebbe molto importante potenziare il servizio pubblico offerto dai consultori che, garantendo un accesso libero e gratuito, possono rappresentare un punto di riferimento soprattutto per i più giovani.

Facilitare l'accesso

L'accessibilità deve essere garantita sul fronte della contraccezione abituale e di emergenza.

Il primo, indispensabile, passo verso questa direzione è rappresentato da una **corretta informazione** su rischi e benefici di cui si è già parlato.

Altro aspetto è la disponibilità di **contraccettivi gratuiti**, erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale: a differenza di altri paesi europei, come la Francia, il Belgio e la Germania, la contraccezione in Italia è interamente a carico dei cittadini, ad eccezione di alcune (poche!) regioni. Il costo è di fatto un ostacolo alla contraccezione soprattutto per i giovanissimi che sono oltretutto la categoria più esposta a rischi.

Per quanto riguarda la contraccezione di emergenza, l'abolizione della prescrizione medica per le maggiorenni ha certamente facilitato il suo impiego, soprattutto in tempi utili per garantirne la maggior efficacia. I dati di utilizzo di questa categoria di farmaci si mantengono in Italia tra i più bassi d'Europa: non c'è dunque un abuso di questo presidio di emergenza che, come tale, non deve

⁹ http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3480



sostituire la contraccezione abituale ma dare una chance per scongiurare il rischio di una gravidanza non desiderata dopo un rapporto non adeguatamente protetto.

Circa un anno fa era stata avanzata richiesta dai ginecologi all'allora Ministro Lorenzin e al direttore di AIFA, di integrare i **farmaci per la contraccezione di emergenza** (in particolare quello più efficace a base di *ulipristal acetato*) **nell'elenco di quelli indispensabili** da tenere **sempre disponibili in farmacia** e di attivarne la distribuzione gratuita nei consultori e nei poliambulatori pubblici e convenzionati¹⁰. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito i contraccettivi d'emergenza nella 20esima edizione 2017 della «Lista dei farmaci essenziali» e nei «Criteri medici di esigibilità per l'uso dei contraccettivi» del 2015.

Al riguardo si è recentemente pronunciato il sottosegretario alla Salute¹¹, dichiarando l'intenzione di modificare la farmacopea ufficiale (che allo stato attuale impone alle farmacie di avere sempre a disposizione una dotazione di *contraccettivi sistemici* genericamente definiti, senza considerare la distinzione tra contraccettivi ormonali *ordinari* e *di emergenza*), al fine di garantire la piena disponibilità della contraccezione di emergenza nelle due forme orali di *levonorgestrel* e *ulipristal acetato* in tutte le farmacie d'Italia: un importante segnale di attenzione verso la salute della donna e un riconoscimento del ruolo e del valore della contraccezione di emergenza nel tutelarla.

Con il patrocinio di

S.I.C.

Società Italiana della Contraccezione



Si ringrazia per la supervisione scientifica la Prof. **Rossella Nappi**, Professore Ordinario di ostetricia e ginecologia, università' degli Studi di Pavia - IRCCS Policlinico S Matteo

¹⁰ http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=58761

¹¹ http://www.quotidianosanita.it/m/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71423&fr=n