

La gestione delle interruzioni di gravidanza

Il medico di medicina generale ha un ruolo importante nell'informare le sue assistite preventivamente sui metodi contraccettivi e, in caso di gravidanza indesiderata, sulle procedure legali di interruzione volontaria.

In Italia sono state notificate 130.033 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nel 2006 con un tasso di abortività calcolato sulle donne della fascia d'età di 15-44 anni pari a 11.2 per 1.000 e con un decremento del 2.1% rispetto al 2005 e del 44.6% rispetto al 1982 (BIF 2007; 4: 161).

Il Mmg ha un ruolo rilevante nell'informare le sue assistite preventivamente sui metodi contraccettivi e, in caso di gravidanza indesiderata, sulle procedure legali di interruzione volontaria previste dalla legge n. 194/1978. All'intervento chirurgico tradizionale di aspirazione, si prospetta anche in Italia l'opzione dell'induzione farmacologica dell'aborto.

■ Le norme

La legge n.194 del 22 maggio 1978, pubblicata in *GU* n. 140 del 22.05.1978, ha stabilito le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, affermando i principi secondo cui lo Stato garantisce il diritto alla procreazione responsabile e cosciente, riconosce il valore sociale della maternità, tutela la vita umana dal suo inizio e non considera l'interruzione volontaria di gravidanza un mezzo per il controllo delle nascite.

La prescrizione medica dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori, nelle strutture sanitarie e nei consultori.

Per l'interruzione di gravidanza entro i primi 90 giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporte-

rebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge a un consultorio pubblico o a una struttura socio-sanitaria abilitata o a un medico di sua fiducia, come per esempio il medico di famiglia.

■ Il certificato

Di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza entro i primi 90 giorni per motivi psichici, fisici, economici, sociali o familiari, il medico compie gli accertamenti sanitari necessari, valuta le circostanze che hanno indotto alla richiesta di IVG, informa la donna sui suoi diritti, sulle procedure e sulle strutture di riferimento a cui può accedere. Infine rilascia un certificato all'assistita (art. 5), firmato anche dalla richiedente, attestante lo stato e l'epoca di gravidanza, l'avvenuta richiesta di IVG e la invita a ponderare per sette giorni la decisione, salvo casi d'urgenza da attestare nello stesso certificato. Trascorsi i sette giorni, salvo i casi d'urgenza, la donna può presentarsi col certificato presso una delle strutture sanitarie autorizzate ai sensi dell'art. 20 della legge n. 132 del 12.02.1968 per praticare l'interruzione della gravidanza.

Salvo i casi di urgenza in cui il medico può rilasciare il certificato senza altre formalità anche a persona minorenni, se una minorenne adduce seri motivi per non informare le persone che esercitano su di lei la potestà o tutela, il

medico invia una relazione corredata del proprio parere al Giudice Tutelare presso il Tribunale locale che entro cinque giorni autorizza l'intervento.

In assenza di urgenza e di seri motivi controindicanti, se la donna ha meno di 18 anni è richiesto l'assenso di chi esercita la potestà o la tutela sulla donna stessa. Se la donna è interdetta è necessario sentire il parere del tutore e trasmettere entro sette giorni dalla richiesta di IVG una relazione al giudice tutelare che decide entro cinque giorni dal ricevimento della stessa.

Il certificato costituisce titolo per ottenere l'intervento di interruzione o, se necessario, il ricovero ospedaliero.

■ Le eccezioni

L'interruzione volontaria della gravidanza dopo i primi tre mesi può essere praticata solo in caso di grave pericolo di vita per la donna o di grave pericolo di salute per la donna per gravi malformazioni del nascituro, accertati direttamente dallo specialista ginecologo ospedaliero il quale solo può praticare l'interruzione, previa verifica dell'inesistenza di controindicazioni sanitarie.

Il personale sanitario non è tenuto a prender parte alle procedure di certificazione e di pratica dell'interruzione di gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, salvo quando il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo di vita.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono invece tenuti in ogni caso ad assicurare l'interruzione di gravidanza.

■ I mezzi per l'interruzione

L'interruzione di gravidanza può essere praticata con il tradizionale metodo chirurgico per aspirazione

oppure con il metodo farmacologico, mediante l'uso sequenziale di mifepristone (RU 486) e misoprostol.

Il mifepristone è uno steroide sintetico (emivita 18-20 ore) in grado di bloccare l'azione del progesterone che mantiene la gravidanza e di conseguenza inibisce lo sviluppo embrionale e determina un distacco della mucosa endometriale simile a quello che avviene durante la mestruazione. L'effetto del mifepristone viene aumentato dalla successiva somministrazione di prostaglandine che determinano contrazioni uterine favorevoli l'espulsione dell'embrione e dell'endometrio distaccatosi.

Le prostaglandine sono risultate meglio tollerate per via vaginale rispetto alla via orale, gravata da maggiori effetti collaterali, quali nausea e diarrea. Delle due prostaglandine disponibili, misoprostol e gemeprost, la prima è risultata più efficace.

Una revisione sistematica di 39 studi clinici randomizzati che ha valutato regimi diversi di trattamento farmacologico dell'aborto, ha dimostrato che la somministrazione orale di una singola dose di 200 mg di mifepristone, seguita dopo 36-48 ore da una singola dose di 800 mg di misoprostol per via vaginale, risulta efficace e sicura nell'indurre l'aborto medico entro le nove settimane di gravidanza (Cochrane Database Syst Rev 2004; 2: CD002855).

Il rischio di mortalità materna per aborto chirurgico entro le 8 settimane gestazionali è circa 0.1 per 100.000 (BIF 2007; 4: 160).

Il confronto tra le due opzioni per l'induzione dell'aborto nella stessa epoca gestazionale non mostra differenze significative di rischio nei paesi dove il mifepristone è già in uso (NEJM 2007; 357: 648-53), ma evidenzia la tendenza ad ottenere l'aborto in epoche gestazionali più precoci (Perspect Sex Reprod Health 2002; 34: 154-61).

Il confronto tra la procedura chirurgica e farmacologica riguardo gli effetti collaterali ha rilevato che

l'induzione dell'aborto con mifepristone e misoprostol comporta un'aumentata durata dell'emorragia e più dolore, diarrea e vomito (Cochrane Database Syst Rev 2005; 1: CD003037). Ma, su oltre 460.000 aborti medici che si stima siano stati praticati negli USA, sono stati segnalati alcuni casi di setticemia fatale da *Clostridium bordelli*, senza febbre, attribuiti al ruolo del mifepristone su cortisolo e citochine (NEJM 2005; 353: 2352-60). Ciò sottolinea la grande importanza del monitoraggio post-intervento delle pazienti che si sottopongono ad aborto medico.

Tuttavia poi nel 2007 la FDA ha concluso l'analisi di questi casi affermando che i benefici del mifepristone sono superiori ai potenziali rischi (www.fda.gov).

Il mifepristone è stato inserito dall'OMS nell'elenco dei medicinali essenziali per la salute riproduttiva nel 2006 (www.who.int) e il suo uso è stato approvato dalla FDA per l'aborto medico solo fino al 49° giorno a partire dall'ultima mestruazione.

L'aborto medico è autorizzato in USA, Francia, Svezia e Gran Bretagna. In questi due ultimi Paesi è praticabile fino al 63° giorno di gravidanza. L'impiego del mifepristone in epoche gestazionali successive comporta una riduzione di efficacia.

In Italia il mifepristone è oggi utilizzato per l'aborto medico solo in via sperimentale (www.ministerosalute.it), ma l'approvazione di questa sua indicazione clinica è attualmente in discussione.

Prevenzione e contraccezione d'emergenza

Dal giugno 2006 a luglio 2007 sono state vendute in Italia per la contraccezione d'emergenza 356mila pillole del giorno dopo (levonorgestrel) circa mille al giorno (+ 57% in 7 anni). Una nuova tendenza.

Questi dati mostrano che sono ancora troppe le donne che non utilizzano metodi contraccettivi per prevenire le gravidanze indesiderate, compresi i preservativi che riducono anche il rischio sottostimato di malattie a trasmissione sessuale. Al riguardo va comunque sottolineato che l'utilizzo dei preservativi nel nostro Paese negli ultimi 5 anni è cresciuto del 14%. Nel 2007 i pezzi venduti sono stati quasi 150mila. Malgrado ciò le malattie a trasmissione sessuale come le infezioni da chlamydia, papillomavirus, herpes genitale, la sifilide e la gonorrea sono in aumento.

Ogni anno in Italia sono registrati circa 4.000 nuovi casi di AIDS. Infatti il ministero della Salute ha attivato un numero verde (tel. 800.861.061) per informare i cittadini su quali sono i rischi infettivi e come prevenirli.

Il 55% delle acquirenti della pillola del giorno dopo ha meno di 20 anni d'età e un'inchiesta tra gli adolescenti del Nord-est ha rilevato che il 64% delle ragazze e l'86% dei ragazzi non sa neppure dove siano i consultori familiari.

Ciò fa riflettere sulla attuale carenza di informazione e sull'inadeguatezza delle politiche di educazione alla contraccezione preventiva e alla maternità responsabile.

E sul ruolo utile di formazione che scuole, educatori, sanitari e media potrebbero avere.

Il medico deve informare le sue assistite e prescrivere a richiesta la contraccezione preventiva o d'emergenza, salvo il caso in cui sollevi l'obiezione di coscienza nel quale però ha comunque il dovere di indirizzare le assistite ai servizi sanitari dove possono ricevere l'assistenza richiesta nei tempi utili. Il levonorgestrel va assunto preferibilmente entro 12 ore dopo un rapporto non protetto e comunque non oltre 72 ore alla dose di due compresse insieme da 750 microgrammi in qualsiasi momento del ciclo. In caso di vomito entro tre ore dall'assunzione la dose va ripetuta.

Il TAR Lazio sezione 1° bis con sentenza n. 8465/2001 ha affermato che l'uso della pillola del giorno dopo è legittimo e non costituisce una pratica abortiva in quanto impedisce l'annidamento in utero dell'uovo fecondato come appunto un contraccettivo.