

Contracezione d'emergenza e aborto farmacologico

Mauro Marin

Medico di medicina generale
Pordenone
AIMEF

Il dato positivo della diminuzione degli aborti volontari si scontra con alcune tendenze: sono ancora troppe le donne che ricorrono ai metodi di induzione dell'aborto piuttosto che alla prevenzione delle gravidanze indesiderate, prova ne è l'aumento dell'utilizzo della "pillola del giorno dopo". Nei Paesi in cui è in uso, il mifepristone ha evidenziato la tendenza a ottenere l'aborto in epoche gestazionali più precoci

In Italia gli aborti volontari sono diminuiti dal 1982 al 2006 del 44.6%. Infatti sono state notificate 130mila interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nel 2006 con un tasso di abortività di 11.2 per 1.000 donne della fascia d'età di 15-44 anni. Nel 2008 sono state vendute in Italia per la contraccezione d'emergenza circa 370.000 "pillole del giorno dopo" (levonorgestrel), cioè circa mille al giorno (+ 57% in 7 anni), tanto da poterla definire una nuova tendenza. 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 dibattito sulla legge n. 194/1978 si è però riaperto - oltre che per la controversia mai spenta sulla questione della tutela della vita dell'embrione e del feto - in quanto in alcuni reparti ospedalieri italiani autorizzati si utilizza il mifepristone per indurre l'aborto medico, chiamato anche RU486 (già utilizzato come alternativa all'aborto chirurgico in USA, Francia, Svezia e Gran Bretagna). Il rischio di mortalità materna entro le 8 settimane gestazionali è risultato simile con entrambe le procedure e viene stimato in circa 0.1 per 100.000 donne che si sottopongono ad aborto. 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, provoca l'aborto medico entro le nove settimane di gravidanza. L'uso sequenziale di questi farmaci è stato approvato dall'ente americano di controllo sui medicinali FDA per abor-

to medico fino al 49° giorno a partire dall'ultima mestruazione.

Il confronto tra le due opzioni per l'induzione dell'aborto nella stessa epoca gestazionale non ha mostrato differenze significative di rischio nei Paesi dove il mifepristone è già in uso, ma ha rilevato la tendenza delle donne a ottenere l'aborto in epoche gestazionali più precoci.

Carenze di informazione

Questi dati dimostrano che sono ancora molte le donne che ricorrono ai metodi di induzione dell'aborto piuttosto che alla prevenzione delle gravidanze indesiderate mediante l'uso di metodi contraccettivi, compresi i preservativi, che riducono anche il rischio sottostimato di malattie a trasmissione sessuale.

La vendita di preservativi dal 1995 al 2005 è aumentata in Italia di soli 2.000 pezzi all'anno e le malattie a trasmissione sessuale in Italia sono in aumento. 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. 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 sull'attuale carenza di informazione e sull'ineadeguatezza 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.

Cosa dice la legge n. 194/1978

La legge n. 194/1978 ha stabilito norme per la tutela sociale della maternità e per l'IVG, affermando i principi che 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.

Per l'IVG entro i primi 90 giorni, la donna che accusi circostanze per cui la prosecuzione della gravidanza comporterebbe un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica in relazione a stato di salute o condizioni economiche o sociali o familiari o circostanze in cui è avvenuto il concepimento o previsioni di malformazioni fetali, si rivolge ad un consultorio o ad una struttura socio-sanitaria o ad un medico di fiducia. Di fronte alla richiesta, il medico compie gli accertamenti necessari, valuta le circostanze che hanno indotto alla richiesta, informa la donna su diritti, procedure e strutture di riferimento a cui può accedere e infine rilascia un certificato all'assistita, attestante lo stato e l'epoca di gravidanza, la data dell'ultima mestruazione, l'avvenuta richiesta di interruzione di gravidanza e la invita a ponderare per sette giorni la decisione.

Trascorsi i sette giorni, il certificato costituisce titolo per ottenere l'intervento di interruzione o, se necessario, il ricovero ospedaliero. L'IVG dopo i primi tre mesi può essere praticata invece 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 personale sanitario che sollevi obiezione di coscienza non è tenuto a certificare la domanda e praticare l'interruzione di gravidanza, mentre gli enti ospedalieri sono invece tenuti in ogni caso ad assicurare l'interruzione di gravidanza richiesta.