

L'Aborto Farmacologico

L'Italia è l'unico paese in Europa dove è vietato. Il farmaco RU486 continua ad essere chiamato con la sua denominazione sperimentale, in realtà è uno strumento consolidato nella pratica clinica di molti paesi.



di Mirella Parachini

L'interruzione volontaria della gravidanza in Italia è legale dal 1978, anno in cui è stata approvata la legge 194. Il legislatore aveva previsto sin da allora la possibilità di innovazioni nell'ambito delle procedure per l'esecuzione dell'aborto volontario, esplicitandolo nell'art 15 che obbliga le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, alla promozione dell'aggiornamento del personale sanitario "sull'uso delle tecniche più moderne e più rispettose dell'integrità fisica e psichica della

donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza".

Ciò malgrado l'Italia è l'unico paese in Europa che, pur possedendo una legislazione che autorizza l'aborto volontario, non consente l'accesso all'aborto medico quale alternativa all'aborto chirurgico.

Se la scienza si è evoluta e ha trovato nuovi metodi meno traumatici per la donna (e meno dispendiosi economicamente) come quello farmacologico della **RU486**, perché l'IVG in Italia viene prati-

cata solo con intervento chirurgico? Per fare un esempio è come se l'ulcera, che oggi è curata farmacologicamente, continuasse ad essere curata necessariamente per via chirurgica, solo per una opposizione "ideologica" al farmaco.

L'aborto medico - o farmacologico - viene eseguito con l'assunzione di un composto che si chiama Mifepristone (la sigla inizialmente era RU 486 dal nome della ditta produttrice, la Roussel Uclaf), in associazione di un altro farmaco, una prostaglan-

dina, capace a sua volta di provocare contrazioni uterine e l'espulsione dell'ovulo fecondato. Il metodo è efficace in circa il 95% dei casi entro i primi 49 giorni dopo l'ultima mestruazione. **La RU486 è un farmaco che annulla gli effetti del progesterone, l'ormone della gravidanza.** Con l'assunzione del mifepristone la gravidanza viene interrotta. Dopo due giorni è necessario assumere un altro farmaco, una prostaglandina che provoca l'espulsione della gravidanza interrotta.

Le prime referenze sull'efficacia e sulla sicurezza del mifepristone per l'interruzione della gravidanza esistono da almeno venti anni e sono confermate dalla diffusione del farmaco a livello mondiale. In Italia la confusione nasce dall'errata informazione portata dai media, dai giornali, ma anche dalle istituzioni: si sta ancora parlando di sperimentazione, ma la sperimentazione è conclusa da anni. Il farmaco viene chiamato ancora con la denominazione sperimentale di "Ru486"! In realtà il mifepristone non è più un farmaco sottoposto a sperimentazione, ma uno strumento ormai consolidato nella pratica clinica in molti paesi. Solo dopo che la decisione di interrompere una gravidanza è già stata presa, si pone la questione del metodo che verrà seguito. La decisione di abortire o meno è indipendente dai metodi disponibili. Nessun metodo è a priori superiore agli altri, nè adatto a tutte le pazienti. Ciò è importante da evidenziare poiché l'aborto farmacologico è a volte descritto dai media come un metodo migliore e più "semplice".



**Annulla
gli effetti del
progesterone,
l'ormone della
gravidanza.**

Molte donne hanno accettato questa opinione come un fatto acquisito tanto da basare la loro scelta iniziale a favore del Mifepristone sulla base di notizie incomplete e a volte errate. Uno degli scopi principali del primo colloquio con il medico del consultorio è quello di informare in modo completo sulle varie metodologie e di indicarne per ciascuna vantaggi e svantaggi. A tale consulto deve essere dedicato tutto il tempo necessario. Ciò è indispensabile per permettere ad ogni donna di prendere la decisione migliore. Non vi è una scelta buona o cattiva di per sé per tutte le donne allo stesso modo. Il timore che si è manifestato nell'opinione pubblica per cui l'aborto farmacologico porterebbe ad una "banalizzazione" dell'evento non è confermato dai dati in letteratura. Non è mai stato registrato un incremento dei tassi di abortività in

seguito al ricorso all'aborto medico. D'altra parte non vi è motivo che ciò accada poichè la RU486 non rappresenta a priori la soluzione migliore.

Da un punto di vista strettamente medico, i **vantaggi** di un aborto non chirurgico sono numerosi e riguardano la possibilità di essere usato nelle primissime fasi successive alla fecondazione, l'eliminazione dei rischi correlati con l'uso di procedure invasive chirurgiche, la non necessità di ricorso ad alcuna forma di anestesia, l'assenza di rischio di perforazioni uterine o di danni alla cervice.

Gli svantaggi sono rappresentati da un maggior numero di visite presso i centri medici, dalla possibilità che in un 5% di casi si debba ricorrere ad un aborto chirurgico e dalla maggior quantità di perdite di sangue e di effetti collaterali quali contrazioni uterine, nausea e vomito. Nonostante che la procedura richieda diversi giorni anziché un accesso unico presso il servizio medico, la maggior parte delle pazienti intervistate in ospedale ha dichiarato di preferire la procedura medica per i seguenti motivi: **maggior controllo e coinvolgimento nella procedura, non necessità di intervento chirurgico e di anestesia, e infine, nelle fasi più precoci, maggior efficacia e minor dolore rispetto all'intervento chirurgico.** L'aborto farmaco-



Motivazioni
per cui le
donne che
preferiscono la
procedura
medica



logico permette di interrompere una gravidanza non desiderata non appena la donna si rende conto di essere incinta, mentre l'aborto chirurgico non viene quasi mai praticato prima della settima settimana.

La **Francia** è il paese in cui l'associazione di mifepristone con prostaglandine è stata più sperimentata, essendo disponibile come alternativa all'aborto chirurgico sin dal 1989.

**“esperienza della
Dott.ssa Aubeny
dell’Ospedale
Broussais
di Parigi”**

Ecco la descrizione di una esperienza tipo riporta-

ta dalla **Dott.ssa Aubeny dell’Ospedale Broussais di Parigi**: quando la paziente viene selezionata (quando cioè ha un ritardo mestruale di non più di 49 giorni), dopo aver firmato un documento di consenso informato all'atto medico, riceve tre compresse di mifepristone da 200 mg (per un totale di 600 mg) da assumere direttamente nel centro medico. Due giorni dopo la paziente torna nella clinica per ricevere la prostaglandina che indurrà le contrazioni uterine, il misoprostolo, somministrato anch'esso per via orale (due compresse da 200 mcg) . L'aborto sovrappiunge entro circa quattro ore; la maggior parte delle pazienti preferisce rimanere nella clinica fino a quel momento.

La paziente viene quindi invitata a ritornare dopo 8-10 giorni per controllare gli effetti collaterali e che l'aborto sia stato completo. In caso contrario viene sottoposta ad intervento di aspirazione o di raschiamento.

Circa il 70% delle donne selezionate (cioè quelle la cui ultima mestruazione non risaliva a più di 49 giorni) hanno scelto l'aborto farmacologico anziché chirurgico, portando così la procedura medica a circa un terzo di tutti gli aborti praticati in Francia.

Nel **Regno Unito**, dove il mifepristone è disponibile dal 1991, viene associato alla somministrazione di una prostaglandina sotto forma di candelezza vaginale, il gemeprost, fino

alla nona settimana di età gestazionale.

L'aborto farmacologico viene praticato sotto controllo medico in circa 200 cliniche, principalmente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e il mifepristone non viene venduto in farmacia. Da quando è stato introdotto, l'aborto medico è stato impiegato in circa il 20% di tutti gli interventi entro la nona settimana.

In **Svezia** il mifepristone è impiegato negli ospedali dal 1992. Sebbene il ricorso all'aborto non chirurgico, laddove viene praticato, non abbia il carattere di “facilitazione” così tante volte prefigurato quando si parla della RU 486, è evidente quanto sia proprio questo l'aspetto che più spaventa e quindi frena la possibilità di ricorrere a questo strumento. Poco importa che le donne possano giovare di una innovazione nel campo medico che possa sottrarle al ricorso di un intervento chirurgico: quel che conta è che nella dolorosa opzione l'aspetto “cruento” vada mantenuto il più possibile; che “l'operazione” resti tale, che l'apparato medico-burocratico non venga scalfito nelle sue procedure, nelle sue lungaggini, nei suoi procedimenti obsoleti, che si conservi il carattere di intervento “controllato”, con la solita illusoria convinzione che questo è il modo migliore di “contenere” un fenomeno che si vorrebbe negare.