



RU486: OCCORRE CAMBIARE PROSPETTIVA

di **Nunzia Decembrino**, *Pediatra neonatologa Terapia Intensiva Neonatale, Policlinico Universitario Catania*

Sono state annunciate come un "passo avanti importante fondato sulle evidenze scientifiche" le nuove linee guida emanate dal Ministero della Salute che consentono di somministrare la RU486 (mifepristone) in regime di Day Hospital e ne estendono l'uso fino alla 9ª settimana di gestazione. Immediatamente ho ripensato alla mia recente gravidanza, tanto attesa e desiderata, ho ripercorso quelle prime settimane in cui in silenzio tentavo di avvertire quei piccoli crampi uterini che la ginecologa definiva come "spie di attecchimento dell'embrione" e l'ansiosa attesa degli esami ematici che confermassero la prosecuzione della gravidanza e ho immaginato l'angoscia di vivere il percorso inverso in solitudine, attendendo a casa che la pillola assunta tolga linfa a quel piccolo seme che tenta di mettere radici nell'utero, aspettando che crampi dolorosi e un abbondante flusso ematico (che dura almeno 12 giorni) confermino l'espulsione del figlio che mai nascerà. E se, magari mentre è da sola, la donna sviluppa uno dei rari effetti collaterali gravi descritti con l'uso del mifepristone, ovvero reazione allergica con edema della laringe (che rende difficoltosa la respirazione) o "shock tossico o settico gravi e fatali"? Peraltro questi ultimi sono più probabili se non si assume la prostaglandina prevista dal protocollo, il misoprostolo, che la donna deve auto-somministrarsi, a domicilio, dopo 36-48 ore dalla RU486. Se questa assunzione viene meno, il rischio di mancato aborto aumenta e nel frattempo la RU486 può produrre gravi malformazioni al feto, ad esempio il mancato



sviluppo degli arti. A questo punto, da medico, ho provato a cambiare prospettiva, guardando alle evidenze scientifiche evocate dal Ministro. L'aborto medico con associazione di Ru486 e misoprostolo è oggi approvato in 31 Paesi; dal 95 al 98% dei casi esita in aborto e gli effetti collaterali sono considerati statisticamente accettabili, ma i dati vanno letti con attenzione. Per citare pochi esempi, su una casistica francese di 433 donne (P Faucher, Gynecol Obstet Fertil 2005) 21 hanno richiesto intervento chirurgico, in 2 casi per grave emorragia e 22 hanno necessitato di valutazione ospedaliera mentre 94 donne su 433, il 23% circa, non hanno effettuato il controllo raccomandato a 14-21 giorni dalla procedura per verificare l'avvenuto aborto ed eventuali complicanze; uno studio svedese del 2010 (K Kallner, Human Reprod 2010) su 395 donne, comparando due gruppi di donne che hanno abortito entro 7 settimane dall'inizio gravidanza o 9 settimane, riporta che la percentuale di quante ricorrerebbero alla stessa procedura in un'altra occasione si riduce dal 92.3% del primo gruppo all'86.6% del gruppo con gravidanza più avanzata. In entrambi la necessità di antidolorifici maggiori influenza la risposta. Insomma, anche guardando alle evidenze scientifiche, l'aborto domiciliare non può considerarsi un "passo avanti" perché impedisce anche quel "prendersi cura" della paziente che rende la nostra professione degna anche davanti all'insuccesso terapeutico, aumenta il rischio di casi che sfuggono ai controlli e, ad età gestazionale più avanzata, è gravato da maggiori effetti avversi. A questo punto è subentrato il punto di vista del pediatra e ho ripensato ai progressi che la neonatologia ha prodotto dal 1978, anno della emanazione della legge 194 (dai più intesa come legge sull'aborto, mentre la legge nasce per la tutela della maternità). Oggi il tasso di sopravvivenza dei neonati a 24 settimane di età gestazionale (6 mesi di gravidanza), considerati aborto fino a non troppi anni fa, è del 40% e supera il 90% dalle 27 settimane in poi. Ogni anno in Italia circa il 10% dei nuovi nati sono prematuri; per loro abbiamo terapie intensive dedicate, investiamo ingenti risorse economiche e li celebriamo a novembre nella "giornata mondiale della prematurità". Ha senso porsi ancora la questione se l'embrione



possa o meno considerarsi un essere umano, se sappiamo che può sopravvivere anche se nasce a 24 settimane con un peso di poco più di 400 grammi?

Ha senso investire risorse nella cura dei prematuri e al contempo plaudire alla "semplificazione dell'aborto"? Da donna, madre e neonatologa, ritengo che il soggetto da tutelare sempre sia il nascituro, ma preferisco pensare che lo Stato assista anche colei che vive il dramma dell'aborto, magari in seguito ad una scelta sofferta e non sempre libera, piuttosto che tornare alla barbarie dell'aborto clandestino. Ma dalla politica ci aspettiamo lungimiranza e onestà. "Un politico guarda alle prossime elezioni; uno statista guarda alla prossima generazione." Lo sosteneva J.F. Clarke a fine '800 e mi augurerei valesse ancora oggi. Queste linee guida che contrastano con i precedenti pareri negativi del CSS andando oltre la legge 194/78, secondo cui l'aborto deve avvenire in ospedale, possono avere un solo scopo, da dichiarare onestamente, ovvero risparmiare i costi della degenza ospedaliera, a prezzo di minore assistenza e col rischio di incrementare il ricorso alla procedura, avvertita erroneamente

come semplice. Questo non è accettabile. In Italia la maggior parte dei circa 76 mila aborti/anno avvengono in donne di età compresa tra 20 e 34 anni, senza figli, il che fa supporre che siano sociali ed economiche, più che mediche, le motivazioni alla base di tale scelta, in aperto contrasto con la Legge n.194/78. Parallelamente, negli ultimi 10 anni, si è registrato un aumento del numero dei cicli di fecondazione in-vitro in donne >40 anni laddove il percorso di adozione resta ricco di zone grigie e passaggi burocratici. Non dimentichiamo infine che siamo in pieno inverno demografico e la vecchiaia, non supportata da un valido tessuto familiare e sociale, sta diventando il principale problema di sostenibilità del nostro sistema sanitario e di welfare. Davanti a questi scenari sociali la politica ha il dovere di intervenire, non sulla spinta del momento contro questo o quel partito, ma con scelte che promuovano la vita, sostenendo la maternità e la famiglia come istituzione e nucleo fondante della società e mi aspetto che il Ministro Speranza cambi prospettiva e ritenga un "passo avanti" ogni bambino in più che nasce e cresce in questo Paese e non un aborto in più.