

L'ABORTO ED IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Franco Bagagli

Medico di Medicina Generale, Torino

IL MEDICO DI FAMIGLIA COME RIFERIMENTO PER L'ABORTO

L'interruzione di una gravidanza, sia che si tratti di un fenomeno spontaneo/imprevisto, sia che si tratti di un'interruzione volontaria della gravidanza (aborto legale o IVG), costituisce per ogni donna un evento dai risvolti sempre problematici. Il Medico di Famiglia (MG) è frequentemente, se non sempre, chiamato a partecipare al problema "aborto": egli è infatti la persona di riferimento per la donna e per la sua famiglia, in molte realtà socio-culturali è anzi l'unico punto di riferimento professionale.

Nella sua attività professionale quotidiana, il Medico di Famiglia può trovarsi davanti sostanzialmente a due situazioni: la donna che abbia subito il verificarsi di un aborto spontaneo, oppure la donna che richieda un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG o aborto legale).

Prendendo in considerazione un fenomeno abortivo spontaneo, possiamo osservare che non si tratta di un "incidente di percorso" dai risvolti clinici di esclusiva pertinenza specialistica, ma di un evento che assume importanti aspetti socio-psicologici, che talvolta sono trascurati in ambiente ospedaliero, e ricadono nelle competenze/conoscenze/operatività del MG. I compiti specifici di questa figura professionale in merito all'evento abortivo spontaneo possono essere così delineati:

- interessamento alla ricerca delle possibili cause cliniche (e non solo) dell'aborto;
- abilità di counselling nei confronti della donna e della sua famiglia: l'evento è quasi sempre avvertito come luttuoso, con risvolti di negativismo e di sensazione di incapacità; occorre impostare il colloquio con empatia,

dando alla donna/alla coppia il tempo per l'elaborazione del lutto, definendo la situazione come temporanea e supportando ogni scelta positiva;

- supporto nelle scelte future della donna/della coppia nel senso di possibili successive gravidanze, guidando nell'esecuzione di accertamenti ed analisi volti a comprendere le cause dell'evento e, ove possibile, a prevenire eventuali recidive;
- in caso di impossibilità documentata di ulteriori gravidanze, informare la donna/la coppia circa ogni altra possibilità di maternità consapevole (es. adozione).

IL SUO IMPEGNO VERSO L'ABORTO LEGALE

L'aborto legale o IVG è regolamentato dalla Legge 194 del 22.05.1978. In base al dettato legislativo, sebbene altre figure professionali o strutture (specialisti ginecologi, consultori) siano più spesso interessate al problema, il Medico di Famiglia resta in ogni caso il cardine dell'intervento sanitario. Infatti:

- la sua conoscenza della paziente, della sua situazione familiare e sociale, delle sue problematiche patologiche remote ed attuali fanno sì che in moltissimi casi egli sia la prima persona alla quale si rivolge la donna che abbia deciso di interrompere una gravidanza indesiderata;
- l'abilità di counselling del MG è fondamentale al fine di impostare correttamente il dialogo con la paziente: occorre ricordare che la Legge prevede, all'Art. 2, l'obbligo di informare la donna sui diritti a lei spettanti, sulle strutture socio-assistenziali disponibili, sulle possibili-

tà presenti nel caso di una gravidanza portata a termine (non riconoscimento se la coppia non è sposata, affidamento, adozione);

- il Medico di Famiglia può decidere, in accordo con la paziente, di fare ricorso alle capacità operative dei Consultori Familiari, demandando a tali strutture la prosecuzione del percorso diagnostico/terapeutico che porterà all'interruzione della gravidanza: questa opzione può essere l'unica qualora il MG si definisca come "obiettore" in base all'Art. 9 della Legge sopra citata; il comma 2 inoltre esplicitamente recita: "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento";
- il MG, qualora non si consideri obiettore, e sempre in accordo con la paziente, può egli stesso richiedere, con apposita modulistica, l'interruzione della gravidanza: in tal caso la paziente potrà rivolgersi direttamente all'Ospedale prescelto per l'intervento;
- il momento successivo all'IVG, dopo le dimissioni della paziente, è particolarmente delicato, dal momento che l'IVG è vissuta frequentemente dalla donna come un problema non sempre risolto ma spesso subito, reso complesso dai rapporti con la famiglia e talora con l'ambiente di lavoro: si tratta talora di un "incidente di percorso", ma comunque di un evento traumatico e problematico per le sue implicazioni cliniche, psicologiche ed etiche;
- in conclusione è opportuno ricordare il dettato dell'Art. 43 del Codice di Deontologia Professionale: "L'obiezione di coscienza del medico può esprimersi nell'ambito e nei limiti della legge vigente e non lo esime dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna"(1).

LE VARIE TECNICHE DELL'ABORTO VOLONTARIO

Normalmente l'IVG è praticata tramite intervento chirurgico: aspirazione in anestesia locale con degenza breve (day-hospital) in ambiente ospedaliero. Questa modalità di intervento è considerata oggi sicura: l'evento fatale si verifica in 1 caso ogni 100000 aborti (il rischio di shock anafilattico per la somministrazione parenterale di penicillina è di 2 su 100000). Anche gli eventi meno gravi sono rari (8 su 1000). In generale, quanto più l'aborto è precoce tanto più è sicuro (2).

Da alcuni anni viene utilizzata, come alternativa all'aborto chirurgico, una tecnica medica che consente alla donna di evitare, oltre all'anestesia, anche la degenza ospedaliera.

La tecnica medica approvata dalla FDA statunitense consiste in una dose singola di 600 mg di Mifepristone, seguita a 2 giorni di distanza da 400 mcg di Misoprostol per via orale (entro il 49° giorno dalle ultime mestruazioni). L'aborto completo si verifica nel 92-99 % delle donne; nel 2-5 % dei casi l'aborto ha luogo prima della somministrazione del Misoprostol. La paziente assume il Mifepristone in ambiente ospedaliero; in seguito ritorna a visita dopo due giorni, prima di assumere il Misoprostol; dopo tale assunzione, la donna può scegliere se restare in osservazione in ospedale o rientrare al proprio domicilio; si effettua poi una visita di controllo dopo due settimane. L'emorragia inizia entro tre ore dalla somministrazione del Misoprostol; la durata varia notevolmente (da 9 a 24 giorni) (2). Il Mifepristone provoca la separazione del trofoblasto dall'endometrio, incrementa il tasso di prostaglandine endogene e sensibilizza il miometrio all'azione delle prostaglandine esogene. Inoltre il Mifepristone ammorbidisce il collo uterino facilitando l'espulsione.

L'ABORTO NELLE REVISIONI COCHRANE ED IN ALTRI STUDI

Una revisione sistematica della Cochrane Collaboration ha analizzato gli studi relativi all'aborto medico (3). Gli Autori concludono che:

- esistono metodi sicuri ed efficaci per l'aborto medico;
- l'uso di farmaci in combinazione è più efficace rispetto all'uso di un singolo farmaco;
- la dose di Mifepristone può essere ridotta a 200 mg senza che si riduca l'efficacia;
- il Misoprostol per via vaginale è più efficace che per via orale;
- vi è comunque incertezza in quanto alcuni risultati si basano su studi numericamente poco significativi;
- quasi tutti gli studi (trentanove) sono stati condotti in ambiente ospedaliero, con validi accessi a servizi di emergenza e supporto;
- non è pertanto chiaro se i risultati siano correttamente applicabili in situazioni di carenza dei servizi sopradetti.

Un'altra revisione sistematica della Cochrane Collaboration ha analizzato gli studi mirati sul confronto fra le tecniche mediche e quelle chirurgiche

relative all'IVG nel primo trimestre di gravidanza (4). Gli Autori concludono che:

- gli studi esistenti sono pochi (sei) e basati su piccoli numeri;
- non vi sono sufficienti evidenze circa l'accettabilità e gli effetti collaterali delle tecniche mediche nei confronti di quelle chirurgiche;
- vi è la necessità di ulteriori trials che possano valutare meglio l'efficacia e l'accettabilità da parte delle pazienti;
- gli effetti collaterali dei trattamenti medici consistono in: emorragia (da moderata a grave), dolore, nausea, vomito e diarrea, presenti dall'inizio del trattamento sino all'aborto; mentre la procedura chirurgica è un evento meccanico che si svolge in un tempo breve e definito, la procedura medica comporta un decorso più lungo ed alcuni momenti significativi: l'assunzione dei farmaci, la comparsa dei sintomi ed il momento dell'espulsione.

Uno studio anglosassone afferma che le ragioni più frequenti per cui la donna sceglie l'aborto medico consistono nel desiderio di evitare l'intervento/l'anestesia (61%) e nella semplicità e naturalezza (32%). Le donne che preferiscono l'atto chirurgico desiderano evitare il coinvolgimento e la consapevolezza del processo di espulsione (49%), il dolore (16%) o l'impatto emotivo (14%) (5).

Occorre poi ricordare che le informazioni reperibili su Internet circa l'impiego del Mifepristone sono meno complete ed accurate se il sito su cui si trovano ha indirizzo contrario all'aborto medico: questo rafforza le preoccupazioni circa l'affidabilità e la correttezza scientifica dell'informazione medica reperibile "on line".

Il CHMP dell'EMA (6) raccomanda la ricerca di nuove informazioni riguardo:

- il rischio di infezioni fatali quando l'uso di 200 mg di Mifepristone sia seguito dalla somministrazione non autorizzata per via vaginale di compresse orali di Misoprostol;
- le interazioni del Mifepristone con altri farmaci;
- l'uso del Mifepristone e degli analoghi prostaglandinici in pazienti con disturbi dell'emostasi o anemia severa.

CONCLUSIONI

In conclusione è doveroso rilevare quanto segue:

- l'interruzione volontaria della gravidanza non è un mezzo per il controllo delle nascite (Legge 194 art. 1);
- troppo spesso l'IVG è vista come un'opzione troppo facile, poco condivisibile e soggetta ad un quasi inevitabile giudizio: il più delle volte si tratta invece di una scelta difficile e sofferta (7);
- un'informazione completa ed un'assistenza partecipe sono auspicabili durante il percorso che la donna compie dalla scoperta della gravidanza, attraverso la decisione di interromperla, sino all'intervento vero e proprio (7);
- il Medico di Famiglia ha il compito di prendersi cura della salute psicofisica della donna che a lui si rivolge per problematiche inerenti una gravidanza indesiderata, ponendo in atto le sue capacità sia cliniche che di counselling;
- circa la scelta fra modalità chirurgica e modalità medica di interruzione legale di gravidanza, le evidenze scientifiche richiedono ulteriori e più ampi studi clinici, che tengano conto anche delle motivazioni espresse dalle donne.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Vecchio S, Gualandri G et al. "Lineamenti di medicina legale per il Medico di Medicina Generale", CG. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007.
2. Grimes D, Creinin M. "Induced Abortion: An Overview for Internists". *Ann Intern Med*, 2004; 140: 620-626.
3. Kulier R, Gulmezoglu AM et al. "Medical methods for first trimester abortion". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No. CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub3
4. Say L, Kulier R et al. "Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No: CD003037. DOI: 10.1002/14651858.CD003037.pub2.
5. Slade P, Heke S et al. "A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care", *Br J Obstet Gynaecol*, 1998; 105: 1288-1295.
6. EMA Press Release from the Committee for Medicinal Products for Human Use, 19-22 March 2007.
7. Michieli R. "La salute della donna", in "Il Medico di Medicina Generale - vademecum". Hippocrates Edizioni Medico Scientifiche, Milano, 2003; 2: 163-188.