

a cura di Giulio Maria Corbelli

Una maternità consapevole per tutte le donne

Basta esaminare i dati per comprendere come siano proprio le fasce d'età giovanili e la popolazione femminile immigrata i due gruppi che risentono meno gli effetti delle campagne informative per una maternità consapevole: il tasso di abortività tra le giovani straniere è tre, persino quattro volte superiore che nelle italiane, e se il ricorso all'Ivg continua a calare in Italia, registrando nel 2007 un numero complessivo di interventi pari a 127.038 (-3% rispetto al 2006), il numero di aborti tra le minorenni è sostanzialmente stabile. Il quadro statistico è stato presentato da Emilio Arisi, consigliere della Sigo, in introduzione alla conferenza stampa-dibattito "Politiche per un contrasto all'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio" organizzata lo scorso 9 giugno nella Bibliote-

"Nessuna donna potrà considerarsi libera finché non avrà la possibilità di fare una scelta conscia di essere madre o meno". Era una posizione coraggiosa e rivoluzionaria quella portata avanti nei primi anni del secolo scorso da Margaret Sanger, una delle leader storiche del femminismo americano. Oggi, nel 2008, molte donne ancora si trovano a dover ricorrere all'aborto per non aver potuto o saputo costruire un percorso di vita che le portasse verso una sessualità - e quindi una maternità - più consapevole. Sono

ca del Senato dall'Osservatorio nazionale sulle abitudini sessuali e le scelte consapevoli, organismo composto da membri dell'Aogoi e della Sigo (Socie-

generalmente le donne più svantaggiate nella struttura sociale quelle che con maggiore difficoltà vengono raggiunte dalle iniziative educative che pure i professionisti della salute della donna mettono in campo con l'appoggio delle istituzioni (e qualche volta anche sostituendosi a esse). Ma particolari attenzioni sono necessarie anche verso la donna che si trova a dover ricorrere all'aborto entro i termini previsti dalla legge e, ancor di più, verso colei che invece è nelle condizioni di procedere all'interruzione terapeutica di gravidanza oltre il limite

tà italiana di ostetricia e ginecologia). I dati relativi al tasso di abortività (numero di Ivg ogni 1.000 donne in età fertile) mostrano come questo ri-

dei 90 giorni. L'Aogoi ha organizzato recentemente due momenti di riflessione importanti su questi temi: a Villasimius, durante il tradizionale corso annuale, esperti di varie discipline si sono confrontati in una tavola rotonda sul tema dell'aborto prima e dopo i 90 giorni, mentre alla Biblioteca del Senato professionisti della sanità e decisori politici si sono incontrati per individuare gli strumenti per contrastare l'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne a rischio, cioè soprattutto tra le giovanissime e le straniere.

sulti complessivamente pari al 9,1‰ nel 2007, con un calo del 3,1% rispetto all'anno precedente e addirittura del 47,1% rispetto al 1982, anno in cui si

è registrato il numero massimo di aborti. Ma, se è vero che il tasso di abortività cala nel suo complesso, le diminuzioni più marcate si registrano nelle fasce di età centrali e tra le donne più istruite, occupate e coniugate, quelle cioè con una posizione sociale meno svantaggiata.

I dati italiani, secondo quanto riferito da Arisi, sono comunque in linea con la tendenza internazionale, dal momento che ci sono paesi, come la Svizzera, la Germania e il Belgio, in cui si registrano valori più bassi e paesi, come la Francia, il Canada o gli Usa, con valori più elevati. Un problema di un certo rilievo sia clinico sia sociale è quello dell'aborto ripetuto, più frequente nelle donne straniere che vi fanno ricorso nel 38% dei casi mentre tra le italiane la percentuale è intorno al 22%.

Rispetto alle modalità con cui si svolge l'intervento, il consigliere Sigo ha tracciato un quadro tutto sommato abbastanza soddisfacente: la durata media della degenza è minore di un giorno, segno che in genere l'intervento è condotto in day hospital, ma, nonostante i dati provenienti dalla letteratura internazionale invitino a procedere in altro modo, si continua a registrare un eccessivo ricorso all'anestesia generale, impiegata a livello nazionale nell'85% degli interventi di Ivg

Dall'8° Corso Aogoi di Villasimius

L'Ivg prima e dopo i 90 giorni

Il cosiddetto "aborto terapeutico" e le cure ai neonati in età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane) sono stati al centro di una tavola rotonda in cui sono stati affrontati sia gli aspetti medico-legali che quelli neonatologici e procedurali, senza trascurare le opportune riflessioni in ambito etico e quelle relative al mondo della comunicazione

Il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza è stato al centro della tavola rotonda tenutasi durante la seconda giornata dell'8° Corso di aggiornamento teorico e pratico in medicina embrio-fetale e perinatale organizzato da Aogoi nella splendida cornice di Villasimius, in provincia di Cagliari, dal 22 al 25 mag-

gio 2008. Il dibattito, che ha occupato quasi tutta la mattinata di venerdì 23 maggio, ha riguardato l'Ivg prima e dopo i 90 giorni, concentrandosi sulla vitalità e disabilità del feto neonatale nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane). Numerosi gli interventi alla tavola rotonda cui hanno partecipato, oltre al presidente Aogoi **Giovanni Monni** e al segretario nazionale **Antonio Chiantera**, **Nerina Dirindin**, assessore alla Sanità della Sardegna, **Mauro Mura**, procuratore della Repubblica di Cagliari, **Amedeo Santosuosso**, giudice della Corte d'Appello di Milano, **Rosa Panunzio**, presidente della seconda sezione del Tar di Cagliari, **Duccio Buonsignore**, presidente del Tribunale di Cagliari, **Gino Gumirato**, direttore della Asl di Cagliari, **Laura Alberti**, responsabile comunicazione Asl di Cagliari, **Ma-**

rio Frongia, giornalista e direttore del bollettino dell'Ordine dei medici di Cagliari e **Daniele Cerrato**, giornalista di Rai 3. Il dibattito, come ha specificato **Giovanni Monni** nell'introduzione, è un'occasione per affrontare i tanti aspetti in cui si manifestano le questioni legate all'Ivg e alle cure per i cosiddetti grandi prematuri, a partire da quelle strettamente mediche e le loro implicazioni medico-legali ma senza trascurare le problematiche eticamente sensibili che hanno fatto di questi argomenti un tema molto seguito anche dai mass media. Monni ha anche ricordato l'impegno che da tempo Aogoi pone in questo campo, avendo partecipato ai lavori di numerose commissioni parlamentari tra cui quella che, appunto, ha affrontato il tema delle cure ai neonati in età gestazionali estremamente basse. "C'è

un dibattito molto acceso sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita di chi nasce nel periodo compreso tra la 22esima e la 25esima settimana di gravidanza - ha ricordato il presidente Aogoi - Da questo dibattito alcuni hanno preso spunto anche per abbassare i termini entro cui è consentito procedere all'aborto terapeutico, come nel caso del presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, che ha emanato una direttiva in cui si limitava il ricorso all'Ivg entro le 22 settimane e 3 giorni, direttiva poi bocciata dal Tar di Milano".

Gli aspetti medico-legali

In apertura del dibattito, **Pier Francesco Tropea**, ginecologo esperto di medicina legale, ha dato un inquadramento medico-scientifico e giurisprudenziale, a partire dalle condizioni perché si possa procedere all'Ivg dopo i primi novanta giorni di gestazione: "Contrariamente a quello che comunemente si pensa a livello della cultura media non medica, perché possa integrarsi questo diritto è necessario che ci

sia la dimostrazione di una patologia fetale, di un pericolo grave per la salute fisica o psichica della gestante e la impossibilità di vita autonoma del feto". Riguardo alla sopravvivenza autonoma del feto, non c'è dubbio che oggi essa sia considerata possibile anche al di sotto del limite delle 24 settimane tradizionalmente vigente; ciò ha reso possibile nel gennaio scorso la decisione della Regione Lombardia di impedire l'Ivg al di là delle 22 settimane più tre giorni, decisione come abbiamo detto annullata l'8 maggio da un'ordinanza del Tar Lombardia. Ma sul tema - ha ricordato Tropea - sono intervenuti a febbraio anche alcuni cattedratici di Roma con un documento in cui si afferma che i neonatologi e i rianimatori hanno il dovere di assistere il neonato indipendentemente dall'epoca gestazionale e

dall'8°
Aogoi
Villasimius

con forti differenze regionali (nelle Marche la percentuale sale al 99%). A partire dal 2005, anno in cui questa procedura ha cominciato ad essere presente anche in Italia, si sono inoltre registrati poco più di 1.000 casi di aborto medico. Arisi ha voluto anche soffermarsi sull'importante ruolo svolto dai consultori nel processo che porta la donna a inter-

rompere la gravidanza: i dati indicano che sono piuttosto le immigrate, più delle italiane, a usufruire della certificazione in consultorio. I tempi di attesa tra la richiesta e l'intervento sono relativamente contenuti, intorno ai 14 giorni nel 60% dei casi, ma preoccupa il fatto che un gruppo non piccolissimo di donne deve attendere oltre tre settimane: questo ritardo nel-

l'epoca gestazionale in cui viene effettuata l'Ivg fa aumentare le probabilità di complicazioni, come evidenziano dati di letteratura. E non si può non ribadire, infine, come l'obiezione di coscienza tra il personale sanitario delle strutture in cui si effettua l'Ivg sia in continua crescita, fenomeno questo che è stato al centro anche del dibattito svoltosi il 23 maggio

scorso a Villasimius, durante la tavola rotonda su "Ivg prima e dopo i 90 giorni" organizzata in occasione dell'8° Corso di aggiornamento teorico e pratico in medicina embrio-fetale e perinatale dell'Aogoi. Come ha spiegato in quella occasione Cesare Fassari, ex portavoce del ministero della Salute, nell'ultima relazione al Parlamento dell'allora ministro Livia Turco sul ricorso all'Ivg, si è riusciti a presentare i dati aggiornati al 2006 relativi all'obiezione di coscienza in tutte le regioni tranne Marche e Lazio e questo spiega come mai le cifre risultino superiori a quelle riferite in precedenza, risalenti all'anno 2003 e in taluni casi per-

sino al 1999. Dal confronto emerge che l'obiezione è infatti aumentata per i ginecologi dal 58,7% al 69,2%, per gli anestesisti, dal 45,7% al 50,4%, per il personale non medico, dal 38,6% al 42,6%. Ma a Villasimius si è parlato soprattutto di aborto dopo i 90 giorni, un fenomeno che, sempre secondo la più recente relazione del ministero, rappresenta complessivamente nel 2006 il 2,9% del totale delle Ivg; e se si considera solo il numero di interventi eseguiti dopo la 21esima settimana di gestazione, la percentuale scende allo 0,7%. Un fenomeno che, al di là dei numeri, pone quesiti etici difficili e delicati. **Y**

dal parere dei genitori. Il 4 marzo 2008 si è pronunciato sulla questione il Consiglio superiore di sanità secondo cui "al neonato devono essere assicurate le appropriate manovre rianimatorie al fine di evidenziare eventuali capacità vitali tali da far prevedere la possibilità di sopravvivenza" e, qualora l'intervento risultasse inefficace, si dovrà evitare che le cure intensive si trasformino in accanimento terapeutico. Questo documento è stato poi oggetto di un atto di indirizzo da parte del ministro della Salute Livia Turco che, poco prima che scadesse il suo mandato, lo ha diffuso a tutte le Regioni. Un importante chiarimento viene da una sentenza della Cassazione del 2004: nell'ordinamento attuale, infatti, non è riconosciuto l'"aborto eugenetico", con l'eliminazione del feto che presenti una malformazione, perché questo sarebbe un diritto a non nascere se non sano, cioè un diritto cosiddetto "adespota" ossia senza padrone in quanto il feto non lo può possedere se non dopo aver acquisito con la nascita la capacità giuridica (art. 1 c. c.). Tropea ha anche affrontato i temi medico-legali connessi con l'aborto farmacologico con la RU486, precisando come la somministrazione di questo farmaco, non ancora entrato nella pratica clinica del nostro paese, sarà

consentita solo all'interno degli ospedali pubblici.

Altro tema affrontato dall'esperto di medicina legale è quello dell'embrioiduzione, intervento che ha lo scopo di ridurre in utero il numero di feti sopprimendo uno o più embrioni, pratica indicata in caso di gravidanze multifetali allo scopo di ridurre i rischi elevati di mortalità perinatale e di handicap legati alla immaturità neonatale, alle gravidanze gemellari con feto malformato e alle gravidanze gemellari con patologia materna associata.

Le problematiche neonatologiche

Alla ginecologa fiorentina Vale-

ria Dubini è toccato il compito di illustrare, oltre alle problematiche ostetriche a 22-25 settimane, anche quelle neonatologiche di cui avrebbe dovuto parlare Giampaolo Donzelli dell'ospedale Meyer di Firenze, che all'ultimo minuto non ha potuto partecipare all'incontro. "Il periodo gestazionale che va da 22 settimane a 24 settimane più 5 giorni è considerato a livello internazionale la *grey zone* - ha detto Dubini - cioè un'epoca di incerta vitalità che riguarda i neonati di peso tra 500 e 600 grammi. È una zona che rappresenta il limite della possibile sopravvivenza stando alle conoscenze attuali, anche se alcuni ritengono si sia giunti ormai al limite massimo raggiungibile. Al di sotto di questa epoca, la sopravvivenza non è possibile neppure con terapie intensive e comunque deve ascrivere in un ambito di sperimentazione". In quest'ambito, nonostante il dibattito molto acceso, si lamenta una carenza di letteratura in grado di fornire linee guida basate sulle evidenze scientifiche: questo avviene per diversi motivi, legati ad esempio al numero esiguo dei neonati molto prematuri e alle differenze esistenti tra le pratiche messe in atto nei vari centri. Per questo si fa solitamente riferimento ai dati sulla sopravvivenza, come è già avvenuto per il gruppo della cosiddetta "Carta di Firenze" che si riferì all'Epicure Study, pubbli-

cato su *Pediatrics* nel 2000: lo studio ha preso in considerazione 266 punti nascita in Gran Bretagna, 4004 nascite, di cui 2112 tra 20 e 25 settimane ed è l'unico con un follow up a sei anni dal primo rilievo epidemiologico. Si è quindi valutato i segni di vitalità in sala parto, constatando che dalle 24 alle 25 settimane la vitalità del neonato aumenta decisamente mentre l'*outcome* del neonato sotto le 24 settimane è

Le cure ai nati molto pretermine sono un ambito talmente difficile e delicato "da far pensare che forse è meglio tacere perché è la cosa più semplice e che crea meno conflittualità"

sfavorevole: o muore, o riporta gravi disabilità. Dubini ha anche citato il primo studio italiano sull'argomento - non ancora pubblicato - che comprende 3736 nati vivi in 145 punti nascita seguiti fino ai tre anni: anche questo studio conferma che a 22 settimane si ha una percentuale di sopravvivenza minima e con disabilità estremamente gravi. Questa situazione, peraltro, ha conosciuto miglioramenti solo marginali negli ultimi anni, come evidenzia uno studio inglese

di quest'anno che ha comparato la sopravvivenza dei grandi prematuri in due quinquenni, 1994-99 e 2000-2005: nonostante una differenza nel tasso globale di sopravvivenza, lo studio non ha registrato differenze tra 22 e 24 settimane, rivelando che il miglioramento globale della sopravvivenza si deve proprio alle epoche gestazionali di 24-25 settimane.

Prima di concludere, Valeria Dubini si è voluta soffermare sulle modalità con cui neonatologi, ginecologi e rianimatori si possono porre in un ambito talmente difficile e delicato "da far pensare che forse è meglio tacere perché è la cosa più semplice e che crea meno conflittualità". Da parte degli operatori sanitari, "ci può essere un approccio solo statistico

per cui si interpretano i dati e si decide se intervenire e come, un approccio individualistico, con la tendenza a sospendere rapidamente le cure, oppure un approccio legato all'attivismo, cioè finalizzato a ottenere un risultato attraverso un profondo convincimento nelle proprie capacità tecniche. Forse - ha concluso Dubini - tutti questi atteggiamenti si possono riassumere in quello che chiamerei 'approccio deontologico', ricordando che il nostro Codice ci dice che è

fondamentale fare ciò che può apportare un beneficio alla salute del malato e alla sua qualità di vita".

Gli altri interventi

Ancora partendo dal punto di vista dell'operatore sanitario, un'altra questione connessa con l'Ivg è quella dell'obiezione di coscienza, di cui ha parlato a Villasimius il ginecologo **Nicola Natale**, che ha voluto ricordare come il diritto all'obiezione di coscienza sia stato riconosciuto anche per quanto riguarda la cosiddetta "contraccezione d'emergenza" o "pillola del giorno dopo": il Comitato nazionale di bioetica del 29 maggio 2004 - ha citato Natale - ha infatti stabilito che dall'esame della letteratura scientifica in materia è emersa sia la possibilità di "un'azione di interferenza con l'evento ovulatorio, suscettibile di essere inibito o ritardato, sia la concreta possibilità postfertilizzativa, ricollegabile in particolare alla modificazione della mucosa uterina o della motilità tubarica, ove la fecondazione si realizzi". In base a ciò, nel Comitato si è configurata "unanimità sul fatto che il medico il quale non intenda prescrivere o somministrare il levonorgestrel in riferimento ai suoi possibili effetti postfertilizzazione abbia comunque il diritto di appellarsi alla 'clausola di coscienza', dato il riconosciuto rango costituzionale dello scopo di tutela del concepito che motiva l'astensione". La complessità degli aspetti legali e giurisprudenziali collegati con l'interruzione volontaria o terapeutica della gravidanza e con le cure che è necessario o meno garantire ai neonati molto precoci sono stati affrontati da diversi punti di vista dai tanti esperti intervenuti, come l'avvocato **Luigi Concas**, professore di Diritto penale di Cagliari, il Procuratore aggiunto della Repubblica di Cagliari **Mario Marchetti**, l'avvocato **Gianfranco Anedda** e il magistrato **Fiorella Pilato**, entrambi consiglieri del Csm, **Giangiacomo Pisotti** presidente del Tribunale Civile di Cagliari e da **Amedeo Santosuosso**, giudice della Corte d'Appello di Milano e professore presso l'Università di Pavia. **Y**

