

Articoli/Articles

LA RU486 E L'ABORTO CHIRURGICO: COSA CAMBIA?

MIRELLA PARACHINI

Ospedale San Filippo Neri, Roma, I

SUMMARY

MEDICAL ABORTION AND SURGICAL ABORTION: WHAT CHANGES?

After an analysis of the history of the introduction of the so called "abortion pill" in various countries included Italy, it is analyzed the substantial differences between the two procedures of medical abortion comparing with surgical abortion.

Lo sviluppo della RU486 può essere visto come il risultato sia di una rivoluzione biomedica degli ultimi decenni, sia dell'impegno del movimento delle donne durante il ventesimo secolo per il controllo della loro vita riproduttiva
Etienne-Emile Baulieu

Premessa

L'interruzione della gravidanza mediante una procedura farmacologica viene praticata sin dal 1988. Si utilizza l'associazione di due farmaci: il mifepristone o RU486, un antiprogestinico, ed un analogo di prostaglandina, il misoprostolo. Le controindicazioni al metodo sono molto rare. La sua efficacia (definita come assenza di necessità di revisione della cavità uterina) si situa attorno al 97% e la

Key words: Abortion – Mifepristone - RU-486 - Medical Abortion

sua sicurezza è molto buona, con complicazioni emorragiche rarissime (< 1%). In ogni caso, la paziente deve poter scegliere il metodo di interruzione della gravidanza che preferisce. È necessario quindi informarla con precisione dello svolgimento della procedura, degli effetti collaterali dei farmaci somministrati e delle possibili complicazioni del trattamento. Il controllo dell'esito della procedura viene effettuato con una consultazione 15 giorni circa dopo l'assunzione della pillola, che può comportare il dosaggio delle beta HCG plasmatiche o una ecografia pelvica per verificare l'avvenuta espulsione della gravidanza. In Francia dal 2001 (con decreto applicativo del 2004) è possibile effettuare la procedura in ambiente extraospedaliero, mediante la rete dei medici di medicina generale che abbiano stipulato una convenzione con un centro ospedaliero di riferimento, in grado di accogliere in qualsiasi momento la paziente che necessiti di cure urgenti, ivi compreso una revisione uterina chirurgica.

Storia

L'inizio

Da sempre le donne hanno fatto ricorso a ogni sorta di pozione o procedura per interrompere una gravidanza non pianificata. Ingurgitavano prodotti tossici come l'apiolo, il clorato di potassio, detergenti, acqua ossigenata, aceto, solfato di chinino, oppure inserivano nell'utero ferri da calza, gambi di prezzemolo ecc. Oltre a questi metodi artigianali, esistevano delle "sonde" applicate dalle "mammane" che, una volta posizionate nell'utero, provocavano una infezione o un sanguinamento per cui la donna si presentava in ospedale nella speranza di ottenere un raschiamento, che avveniva generalmente senza anestesia.

Le ricerche per la produzione della pillola abortiva RU486 furono avviate nel 1970 in Francia da un gruppo di chimici ed endocrinologi guidati da Etienne-Emile Baulieu e Edouard Sakiz. La loro ricerca era finalizzata alla creazione di una gamma di molecole per il regola-

mento dell'attività ormonale e anti-ormonale. Nel 1980, nell'ambito delle ricerche effettuate presso i laboratori Roussel-Uclaf, venne sintetizzata la RU486 (RU è l'acronimo di Roussel-Uclaf e si tratta della 486^a molecola, in numero d'ordine, della sintesi del laboratorio), un antiprogestinico che dimostrò di avere delle proprietà abortive. Gli studi clinici vennero effettuati in Svizzera a partire dal 1982 e il Prof. Baulieu presentò i primi risultati nello stesso anno alla Académie des Sciences di Parigi¹. Le reazioni furono violente e Baulieu fu accusato di essere “anti famiglia”. Così racconta André Ullmann, responsabile del progetto di ricerca sul mifepristone dal 1984:

Da queste sperimentazioni constatammo che il mifepristone era sicuro e ben tollerato e che non vi era una relazione tra la dose del farmaco e gli effetti collaterali osservati. All'inizio del 1987 eravamo in possesso di una serie completa di documenti che dimostravano l'efficacia e la sicurezza del farmaco quando usato da solo nell'aborto. Cominciammo anche a valutare l'efficacia del mifepristone seguito da un analogo di prostaglandina, sulla base degli studi del Prof. Marc Bygdeman e del suo gruppo al Karolinska Institute di Stoccolma². Verso la metà del 1987 ci domandavamo come rendere il mifepristone disponibile: dovevamo richiederne l'approvazione? La pressione da parte dei mass media cominciò a crescere, facendo sospettare che il prodotto non uscisse ancora sul mercato a causa di qualche problema. Inutile dire che io e la mia equipe eravamo ansiosi di presentare la richiesta al più presto. D'altra parte personaggi importanti nella direzione di Roussel si sentivano a disagio con questo farmaco e non capivano il motivo della nostra urgenza³.

Nel 1992 Roussel Uclaf e l'azienda tedesca Hoechst si fondono creando un'unica azienda, la Hoechst Roussel. L'ex presidente di Hoechst Wolfgang Hilger, molto vicino a Giovanni Paolo II, rifiutò esplicitamente di ricevere il Prof. Baulieu, nel timore di diventare complice, mediante l'azionariato, dell'“assassinio” di embrioni o di bambini non nati⁴. Hoechst aveva chiesto alla filiale Roussel di rinunciare alla fabbricazione della pillola. Finalmente fu deciso di sottoporre il farmaco all'approvazione della Agence du Médicament

(l'Agenzia Francese del Farmaco) con l'indicazione dell'aborto. Nel 1988 il mifepristone (RU486) ottenne l'autorizzazione all'immissione sul mercato in Francia per l'interruzione volontaria della gravidanza in associazione con le prostaglandine con la denominazione di Mifegyne©. Roussel Uclaf, a seguito delle minacce di boicottaggio di altri suoi prodotti preannunciato dai movimenti politici e religiosi antiabortisti, annunciò il ritiro del farmaco. Il Ministro della Salute Claude Evin, socialista, di fronte alla mobilitazione di un contro movimento rappresentato da femministe e da personalità politiche dichiarò che, essendo legale l'aborto in Francia, doveva essere praticato nelle migliori condizioni possibili e che la RU486 è "*proprietà morale delle donne*" e non solo proprietà di una casa farmaceutica, ed intimò al laboratorio di rinunciare alla propria decisione con un decreto del 28 dicembre 1988, regolamentandone l'autorizzazione. Come previsto, la registrazione in Francia, ampiamente pubblicizzata, portò alla richiesta da parte della comunità medica internazionale. Il Regno Unito fece una richiesta con l'aiuto della filiale locale di Roussel grazie ad una petizione del Royal College of Obstetrics and Gynecology ed al diretto intervento del ministro della sanità, che portò all'approvazione del farmaco nel 1991. La stessa tattica garantì l'approvazione in Svezia. Roussel rifiutò il permesso della registrazione in altri paesi e per molti anni la disponibilità si è limitata solo a questi tre paesi in Europa. Una richiesta che andava incontro a tutte le condizioni poste da Roussel da parte del Ministro della Sanità spagnolo ricevette un "no" assoluto da Roussel e Hoechst. Il presidente della Hoechst aveva dichiarato ufficialmente che il mifepristone non era compatibile con l'etica dell'azienda, dimostrando chiaramente la necessità di trovare un modo per rendere il mifepristone disponibile, permettendo a Roussel e Hoechst di liberarsene. In quel periodo alcune riunioni di azionisti a Parigi e a Francoforte vennero disturbate dalle proteste e dalle manifestazioni contro il farmaco. Ci fu chi paragonò la produzione della RU486 al gas Zyklon-B usa-

La RU486 e l'aborto chirurgico: cosa cambia?

to nell'olocausto della seconda guerra mondiale e prodotto dalla IG Farben, diventata poi Hoechst. I militanti antiabortisti iniziarono il boicottaggio della Hoechst e nel 1997 la casa farmaceutica annunciò la cessione, a titolo gratuito, dei diritti sul mifepristone a Edouard Sakiz, ormai in pensione, che fondò in un mese una propria società, la Exelgyn, con un capitale personale di pochi milioni di lire, e ricominciò in tempi brevi la produzione della pillola abortiva.

In Francia dal 2002 (con decreto applicativo del 2004) l'aborto medico entro i primi 49 giorni di amenorrea diventa accessibile presso gli studi dei medici di famiglia (*médecins de ville*) e, dal 2007, anche presso i consultori familiari. I medici devono essere ginecologi o generici con una formazione specifica e devono avere sottoscritto una convenzione con un ospedale pubblico o privato che garantisca l'accesso 24 ore su 24 per eventuali complicazioni.

In Cina, sin dal 1988, la RU486 è prodotta autonomamente da tre case farmaceutiche.

La diffusione

Anche negli Stati Uniti l'immissione in commercio del mifepristone è stata travagliata. Sin dal 1989 la Hoechst aveva dichiarato di non avere l'intenzione di immettere nel mercato americano la RU486, anche in considerazione del sistema sanitario statunitense ad elevato rischio di cause legali. Nel 1990 una delegazione della Feminist Majority Foundation, accompagnata da alcuni scienziati, si era recata in Europa per incontrare i dirigenti rispettivamente di Roussel Uclaf and Hoechst e sollecitare l'introduzione della RU486 negli Stati Uniti, con una petizione firmata da 115.000 cittadini americani (la riunione con Edouard Sakiz durò cinque ore!)⁵. Incontri e petizioni si ripeteranno negli anni successivi. Nel 1992 i funzionari della dogana dell'aeroporto JFK sequestrarono la pillola RU486 che Leona Benten, americana e militante di Abortion Rights Mobilization, stava riportando dall'Europa. La Corte Suprema rifiutò successivamen-

te di far restituire dalla dogana la RU486 sequestrata alla signora Benteen, nonostante il precedente parere favorevole di un tribunale. Nel mese di novembre Bill Clinton viene eletto presidente. Durante la sua campagna elettorale aveva promesso di sostenere l'introduzione della pillola abortiva negli Stati Uniti e mantenne l'impegno sollecitando la FDA e il Secretary of Health and Human Services a prendere iniziative per lo studio di sicurezza del farmaco e la sua immissione in commercio. La documentazione di questa lunga disputa è oggi accessibile dopo la pubblicazione dei "Clinton RU-486 Files" da parte del Judicial Watch, il sito web conservatore che intenzionalmente interpreta come una forzatura gli atti dell'amministrazione Clinton, il quale non ha mai nascosto la sua volontà di rendere accessibile alle donne il più ampio range di possibili trattamenti medici quando si sono dimostrati sicuri ed efficaci⁶. Nel 1994 Roussel Uclaf cedette a titolo gratuito il brevetto del farmaco al Population Council, una organizzazione non governativa impegnata in campo demografico, e da quel momento venne abbandonato il nome RU486 per quello farmacologico di mifepristone, che ottenne finalmente l'approvazione della FDA nel 2000 e venne messo sul mercato dai laboratori Danco con il nome di Mifeprex®.

Nel 1999 il mifepristone viene registrato nei seguenti paesi: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Israele, Lussemburgo, Paesi Bassi, Spagna e Svizzera.

Nel 2000, oltre che negli Stati Uniti, viene registrato in Norvegia, Taiwan e Tunisia. Nel 2001 in Nuova Zelanda, Sud Africa e Ucraina. Nel 2002 in Bielorussia, Georgia, India, Lettonia, Russia, Serbia e Vietnam. Nel 2003 in Estonia. Nel 2004 in Guyana e in Moldavia. Nel 2005 in Albania, Ungheria, Mongolia e Uzbekistan. Nel 2006 in Kazakistan. Nel 2007 in Armenia, Kirgizstan, Portogallo e nel Tajikistan. Nel 2008 in Romania e nel Nepal. Nel 2009 in Italia e in Cambogia, Nel 2010 in Zambia, nel 2011 in Ghana, Messico e Mozambico. Nel 2012 in Australia, Bangladesh, Etiopia e Kenya.

La RU486 e l'aborto chirurgico: cosa cambia?

Nel 2013 in Azerbaijan, Bulgaria, Repubblica Ceca, Slovenia e Uganda e in Uruguay⁷.

Dal 2005 l'OMS ha inserito il mifepristone nella lista dei farmaci essenziali.

Il caso Italia

L'assessore alla Sanità della regione Piemonte, Antonio D'Ambrosio, medico antiabortista di Alleanza Nazionale, così rispondeva nel 2000 all'interpellanza presentata dal ginecologo di Torino Silvio Viale, consigliere comunale dei Verdi e subito ripresa dai Radicali in Regione, sull'aborto farmacologico:

Le modalità di interruzione della gravidanza sono stabilite [...] in base alle valutazioni del personale medico, nell'esercizio della libertà di scelta terapeutica che – mi preme sottolinearlo – è una inalienabile prerogativa del medico. L'unica normativa di riferimento è la legge 194/78, la quale demanda ai medici la scelta delle modalità.

È questo l'inizio del racconto del lungo cammino percorso per introdurre il mifepristone in Italia⁸. Nel 2001 Viale presenta all'Ospedale Sant'Anna di Torino, che effettua oltre ottomila parti e quasi quattromila aborti ogni anno, la richiesta di attivare l'aborto medico come alternativa all'intervento chirurgico nelle prime settimane di gestazione. Il ministro della sanità è Umberto Veronesi che scriverà:

L'aborto volontario è un evento grave, ma l'aborto clandestino è una tragedia: per questo offrire a una donna l'opportunità di abortire in modo legale e controllato corrisponde alla scelta del "male minore". E allora, all'interno di questo male minore, la modalità della pillola RU486 – che ho sostenuto sin dai primi accenni alla possibilità di una sua introduzione in Italia – è la scelta migliore, perché è quella meno dolorosa per la donna⁹.

Nel 2002 viene proposta una sperimentazione clinica da parte dei professori Massobrio e Mascherpa e dei medici ospedalieri Viale e Campogrande, sponsorizzata dal Sant'Anna di Torino e approvata

dalla Commissione regionale per le sperimentazioni cliniche, che in Piemonte funge da comitato etico. Poche ore dopo la diffusione della notizia, il nuovo ministro della sanità del governo Berlusconi, Girolamo Sirchia, annuncia che “sarà la Commissione unica per i farmaci (CUF) a verificare i requisiti di sicurezza ed efficacia della sperimentazione”, dimenticando che la competenza è del comitato etico regionale, che ha appena dato l’assenso. Il 30 ottobre annuncia l’invio degli ispettori, per quella che definisce una “normale attività di controllo”. È probabilmente la prima volta che l’ufficio ispezioni si occupa di una sperimentazione non ancora iniziata. “Gli ispettori visitano la sede del comitato etico e l’ospedale Sant’Anna. Intenzione del Ministero è dimostrare la non ammissibilità dell’aborto medico sulla base della legge sull’aborto del 1978¹⁰”. Un primo parere dell’ufficio legale del ministero sostiene che “l’espulsione del prodotto del concepimento, che segue all’aborto vero e proprio, debba avvenire presso un ospedale all’interno della struttura ospedaliera”.

Nel marzo 2003 il Sant’Anna invia al ministero e al comitato etico regionale una nuova versione del progetto, che accoglie tutte le indicazioni tecniche degli ispettori. Dopo un anno e mezzo dalla trasmissione dei documenti, l’ufficio legale del ministero autorizza l’inizio della sperimentazione, che prende il via l’8 settembre 2005. Già il 10 settembre, il nuovo ministro della sanità Francesco Storace annuncia un’immediata ispezione al Sant’Anna e quella della RU486 diventa la prima sperimentazione ad essere ispezionata per la seconda volta a poche ore dal suo inizio. Il 21 settembre Storace ordina la sospensione della sperimentazione, con ordinanza urgente. Le ragioni ricalcano la linea del ministro Sirchia: nel 5% dei casi, l’aborto avviene prima dell’assunzione del secondo farmaco, quando la donna non si trova in ospedale. È intanto in corso l’81° Congresso dei ginecologi italiani, a Bologna. Il prof. Mascherpa, coinvolto nella sperimentazione di Torino fin dal suo inizio, è accolto da un’ovazione. Rinfaccia al ministro le anomalie del caso italiano:

La RU486 e l'aborto chirurgico: cosa cambia?

Non siamo mammane. Sull'aborto, negli altri paesi pubblicano ogni anno numerosi lavori scientifici: a noi è proibito farlo.

Nel 2009 il Tribunale di Torino emana il decreto di archiviazione dell'indagine nei confronti del dott. Viale, dei proff. Campogrande e Massobrio e dell'ex DG Boveri, accusati di violazione della legge sull'aborto dopo la prima sperimentazione presso l'Ospedale Sant'Anna di Torino:

La ratio dell'art. 8 è nel senso di assicurare alla donna che intenda sottoporsi all'interruzione della gravidanza le garanzie derivanti dalla sottoposizione ad un trattamento sia esso chirurgico o farmacologico somministrato presso un ospedale pubblico, non imponendo affatto la norma un ricovero costante per tutta la sottoposizione alla terapia¹¹.

Intanto Exelgyn comunica di voler iniziare le procedure per la registrazione del prodotto, con 6 anni di ritardo rispetto alla gran parte dei paesi dell'Unione europea, e passeranno ancora 3 anni prima della conclusione della procedura sulla base del "mutuo riconoscimento". Il presidente di Exelgyn dichiara a la Repubblica:

Nel 1999, quando Exelgyn avviò le pratiche per la registrazione europea del farmaco dopo undici anni che era di uso comune in Francia, espressamente evitò di inserire l'Italia e il Portogallo nella lista perché sapevano che in quei paesi le resistenze della lobby anti-aborto sarebbero state fortissime. E un ritardo imposto da Roma o da Lisbona avrebbe potuto insabbiare l'intera procedura¹².

Finalmente il 30 luglio 2009 l'ufficio stampa dell'AIFA comunica l'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco mifepristone, sentendosi in dovere di aggiungere, a dispetto del decreto di archiviazione di Torino e della esperienza in tutti gli altri paesi del mondo:

Il Consiglio di amministrazione ha ritenuto di dover precisare, a garanzia e a tutela della salute della donna, che l'utilizzo del farmaco è subordinato

al rigoroso rispetto della legge per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78). "In particolare deve essere garantito il ricovero in una struttura sanitaria", così come previsto dall'art. 8 della legge n. 194, dal momento dell'assunzione del farmaco sino alla certezza dell'avvenuta interruzione della gravidanza escludendo la possibilità che si verifichino successivi effetti teratogeni¹³.

L'Agenzia d'altronde precisa di aver tenuto conto anche dei pareri forniti dal Consiglio superiore di sanità, che si è espresso con ben tre pareri, con criteri sempre più restrittivi. Nel 2004, approvando la sperimentazione del Sant'Anna, prevedeva il regime di ricovero in Day Hospital, nel 2005 stabiliva al contrario che "l'associazione mifepristone misoprostolo debba essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla legge e la donna debba essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto" (laddove "ivi" se trattasi di poliambulatorio come da art. 8 della 194 porrebbe qualche problema...) e infine nel 2010 dove "ritiene necessario, al fine di garantire il rispetto della legge 194/78 su tutto il territorio nazionale, che il percorso di interruzione volontaria di gravidanza medica avvenga in regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento"¹⁴. Il 28 agosto AIFA torna sulla questione precisando in un comunicato stampa che "Il recente atto regolatorio dell'AIFA di fatto non ha "introdotto" la RU486 in Italia, bensì ha inteso regolamentarne l'uso con riferimento alla legge 194/78... La autorizzazione del CdA è diventato un atto dovuto poiché la normativa europea non consente deroghe su base nazionale alla decisione favorevole emessa dalla Commissione UE (marzo 2007, aggiornata a maggio 2009) in assenza di nuovi dati scientifici tali da imporre una revisione della procedura che coinvolge tutti gli stati membri". Lo stesso comunicato conclude con questa perla: "La regolamentazione limitativa proposta dall'AIFA induce inoltre i seguenti effetti: [...] vengono elencati vari punti, l'ultimo dei quali è: 7. Fine dell'illusione che l'interruzione medica della gravidanza sia un evento semplice, rapido ed economico"¹⁵.

Ma le precauzioni dell'AIFA non bastano. Nel novembre 2009 la Commissione igiene e sanità del Senato promuove un'indagine conoscitiva sulla procedura farmacologica con mifepristone e prostaglandine, arrivando alla seguente conclusione:

Poiché la procedura di immissione in commercio della specialità Mifegyne per mutuo riconoscimento fin qui seguita dall'AIFA non ha previsto la verifica della compatibilità con la normativa vigente, la Commissione igiene e sanità propone di sospendere tale procedura per chiedere ed acquisire il parere del ministro competente in materia, consentendo, ove si ritenga necessario, di riavviare la procedura dall'inizio. Il parere della Commissione, per quanto riguarda sia la compatibilità con la normativa vigente sia i profili di sicurezza, è, come peraltro indicato dai due pareri del CSS, che l'intera procedura abortiva, nelle sue diverse fasi, sia effettuata in regime di ricovero ordinario.

Malgrado queste raccomandazioni le Regioni si regolano autonomamente. L'Emilia Romagna per prima. Con un parere della commissione di consulenza legislativa della Giunta regionale stabilisce che: 1) dalle disposizioni della legge 194 non si possa far discendere l'obbligatorietà del regime di ricovero ordinario per i trattamenti di IVG; 2) che le modalità di somministrazione di un farmaco ospedaliero in regime di ricovero ordinario o di DH non possano ricondursi alla competenza statale e 3) che il parere del CSS è reso nell'esercizio di una funzione consultiva che non ha effetti vincolanti nei confronti della pubblica amministrazione. Ultima e non meno importante precisazione:

Per la natura non provvedimento del medesimo parere non [può] configurarsi una responsabilità professionale degli operatori per il mero fatto della sua inosservanza¹⁶.

A sua volta la Regione Lazio approva, all'inizio del 2013, il "Protocollo operativo per l'assistenza alla donna che richiede l'IVG medica" che prevede lo svolgimento della procedura in regime di Day Hospital¹⁷.

Cosa cambia

Il titolo di questo articolo si chiede cosa cambia l'opzione farmacologica della interruzione volontaria della gravidanza rispetto a quella chirurgica. Che di un cambiamento si tratti non vi è dubbio, come spesso avviene nella storia della medicina quando un nuovo procedimento si propone in alternativa a quello tradizionale. Nel caso dell'aborto questo era già accaduto con la comparsa del metodo per aspirazione (isterosuzione) a opera dello psicologo californiano Harvey Karman. L'invenzione, apparentemente insignificante, di una cannula di plastica, sottile e flessibile, economica da produrre e facile da sterilizzare, in sostituzione degli strumenti metallici usati nel raschiamento dell'utero rappresentò un drastico cambiamento, sia come incidenza delle complicazioni sia come dolore provocato dalla procedura in uso fino a quel momento. Anche in quel caso non mancarono le resistenze all'introduzione del nuovo metodo, non solo da parte degli anti-abortisti ma anche da parte di gruppi femministi che accusarono Karman di "essere uno spietato sperimentatore che può disporre a suo piacere delle donne più indifese del terzo mondo, come già prima di lui Pincus a Portorico"¹⁸. Resistenze che possono perdurare ancora oggi, quando può capitare di assistere al ricorso alla revisione strumentale della cavità uterina in caso di aborto spontaneo da parte di alcuni ginecologi obiettori di coscienza, che continuano ad associare l'isterosuzione all'aborto volontario (complici in questo, spesso, le scuole di specializzazione delle nostre università).

Nel caso dell'aborto farmacologico i cambiamenti riguardano vari aspetti "tecnici" del metodo: innanzitutto "chi" lo svolge; poi l'epoca gestazionale in cui viene praticata; il tempo richiesto per il suo completamento, il luogo dove avviene, il tipo di sintomatologia che la accompagna e la gestione degli effetti collaterali. Appare del tutto evidente la qualità "rivoluzionaria" del cambiamento: l'attore della procedura non è più il chirurgo, il teatro non è più una sala operatoria, lo spostamento del "gesto" è decisivo. Dalla manipolazione

del corpo in posizione ginecologica, con un campo operatorio sterile, una scialitica puntata tra le gambe, un ago in vena e dei cavi che monitorizzano rumorosamente i battiti cardiaci, sia che avvenga con una anestesia locale sia con una sedazione profonda, si passa al faccia a faccia di un colloquio in cui si porge un farmaco e un bicchiere d'acqua. Colloquio tutt'altro che formale essendo quello su cui si fonda un "passaggio di consegne" essenziale. A partire da questo momento la donna è la protagonista di quello che accadrà e deve avere tutto l'equipaggiamento di informazioni e riferimenti per essere in grado di capire cosa aspettarsi e cosa fare in ogni possibile evenienza. Elisabeth Aubeny, la ginecologa che per prima in Francia ha cominciato a usare la RU486, racconta spesso che all'inizio dell'esperienza della prescrizione del farmaco, alla paziente veniva dato il numero di telefono suo personale e delle sue collaboratrici dell'ospedale Broussais di Parigi. Succedeva poi, dal momento che non arrivava nessuna chiamata, che fossero gli operatori stessi a telefonare alle pazienti per esserne rassicurati!

Si tratta dunque di un'investitura di responsabilità che affida alla donna il compito di vigilare sul buon funzionamento della procedura, un atto di trasferimento di consapevolezza che non ha corrispettivi nell'atto chirurgico.

E ancora una volta il femminismo ultraconservatore mal interpreta questo passaggio :

Ma è questo che le donne vogliono? La responsabilità di un'interruzione di gravidanza pesa già tutta sulle spalle femminili, è un'esperienza grave, vissuta in proprio dalle donne... Nessuno vuole avere a che fare con l'arcaica fisicità dell'aborto, nessuno ne vuole condividere il peso¹⁹.

È mai possibile scambiare l'atto chirurgico come un segno di condivisione "fisica" e magari paternalisticamente anche "psicologica"? Questo drammatico cambiamento di gesto viene, con superficialità, considerato come una semplificazione inaccettabile. Non viene con-

siderato che l'assunzione del farmaco, del primo farmaco, il mifepristone, che rappresenta il primo step dell'intera procedura, non è che l'inizio di un processo che si svolgerà in più giorni, con un secondo step, l'assunzione della prostaglandina, che provocherà l'espulsione della gravidanza con contrazioni uterine più o meno intense e una perdita di sangue più o meno abbondante, che potrà durare per molti giorni a seguire. Tutto questo richiede una buona "preparazione" da parte della paziente, una completa consapevolezza e accettazione, e anche una sorta di "prolungamento" temporale della procedura che rappresenta una grande differenza rispetto alla procedura chirurgica che dura pochi minuti. Quindi vi sono, nelle argomentazioni degli "oppositori" al metodo, due errori: il primo è che la procedura rappresenti l'illusione di un "aborto facile"²⁰. L'altro, che la semplificazione, metodo che si considera auspicabile in ogni altra procedura medica e chirurgica, possa essere un incentivo a ricorrervi. La semplificazione viene scambiata per banalizzazione, e questa, ingiustamente, viene considerata come un invito a ripetere l'esperienza. Questa, a mio avviso, è la maggiore confusione che viene operata, questa sì ai danni del senso di responsabilità e di "autodeterminazione" della donna come soggetto di diritti riproduttivi. Le si attribuisce, arbitrariamente, la volontà di ricorrervi in maniera sconsiderata dal momento che abortire diventa (erroneamente) "facile". Dimenticando le storie di molte generazioni di donne che, vivendo in epoche prive di rimedi validi per la contraccezione o in luoghi dove ancora oggi l'accesso alla contraccezione è limitato o assente, riportano aborti ripetuti anche se in condizioni di inaudita insicurezza. Le famose nonne del sud come del nord Italia che alla domanda "quanti aborti hai avuto?" non sapevano (o non volevano) quantificare il numero di tali eventi! La propaganda anti aborto farmacologico, ridefinito "aborto chimico" – a significare che la "chimica" è peggiore di qualunque altra manipolazione – insieme a una campagna terroristica nei confronti degli eventi avversi occorsi per la maggior parte negli Stati Uniti con l'uso per

via vaginale della prostaglandina, ha comportato che nel nostro paese si diffondesse una diffidenza del metodo che sussiste tuttora. Tra gli ostacoli alla diffusione dell'aborto farmacologico in Italia, oltre a queste paure, si dovrebbe considerare una non infrequente resistenza nel modificare i propri atteggiamenti terapeutici (ma questo non vale anche al di fuori dell'ambito specifico della relazione con una paziente che chiede di interrompere una gravidanza?). L'essere "non obiettori di coscienza" dunque non comporta automaticamente una apertura nei confronti della RU486, sia da parte dei ginecologi sia del personale sanitario, restii di fronte ad uno scompiglio nella propria attività di routine con una ridefinizione, anche logistica, della procedura. Sarebbe molto più razionale implementare il metodo farmacologico al di fuori delle strutture previste per gli interventi chirurgici di IVG, altro che regime di ricovero ordinario! E sul ruolo di alcuni profili professionali non medici, quali le ostetriche, va segnalato che in alcune realtà, per esempio nei paesi scandinavi, svolgono la parte principale nella gestione del procedimento²¹. Resta da chiedersi come mai vi sia una notevole differenza del ricorso alla pratica medica rispetto a quella chirurgica anche in paesi dove l'accesso all'aborto non rappresenta, a differenza di quanto avviene nella maggior parte delle regioni italiane, un problema organizzativo. In Olanda o in Spagna, per esempio, dove a distanza di molti anni dall'introduzione della RU486 il ricorso a questo tipo di tecnica è nettamente minoritario. Per ora il cammino verso la possibilità di dare alle pazienti la libertà di scegliere il metodo che si preferisce è appena incominciato. Lo è ancora in molti centri anche per la scelta del tipo di anestesia nelle IVG chirurgiche, locale o generale, quando sappiamo che il mondo è fatto di persone con diversi tipi di sensibilità, di emotività e di resistenza alle esperienze mediche. Continuarlo è un dovere, per chi crede che si tratti di applicare il principio di una buona pratica clinica anche nella "cenerentola" degli atti ostetrici quale è la interruzione volontaria della gravidanza.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. HERRMAN W., WYSS R., RIONDEL A. et al., *Effect d'un steroid antiprogesteron chez la femme; interruption du cycle menstruel et de la grossess au debut*. C R Acad Sci (Paris), 1982.
2. BYGDEMAN M., SWAHN M.L., *Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy*. Contraception 1985; 32: 45-51.
3. ULMANN A., *The development of mifepristone: a pharmaceutical drama in three acts*. J Am Med Womens Assoc. 2000; 55: 117-20.
4. http://www.lexpress.fr/informations/ru-486-l-amere-pilule_622009.html
5. <http://www.feminist.org/welcome/ru486two.html>
6. The Clinton RU-486 Files: The Clinton Administration's Radical Drive to Force an Abortion Drug on America, 2006 in <http://judicialwatch.org/archive/2006/jw-ru486-report.pdf>
7. <http://gynuity.org/resources/read/l/ist-of-mifepristone-approval-en/>
8. CARAPELUCCI A., *RU486 Proposta indecente?* a cura di Associazione Radicale Adelaide Aglietta, 2006.
9. VERONESI U., *Dell'amore e del dolore delle donne*. Milano, Einaudi, 2010.
10. CARAPELUCCI A., op cit. nota 8, pag. 26.
11. Tribunale di Torino, GIP dott.ssa Cristina Palmesino, Decreto Arch. emesso in data 13.1.09 nella causa R.G.9422/06.
12. Ma i produttori del farmaco: Lo registriamo anche in Italia, la Repubblica, 17 novembre 2005.
13. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/ru-486-cda-delibera-autorizzazione-alla-commercializzazione>
14. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1782&area=Salute%20donna&menu=interruzione
15. AIFA Comunicato stampa numero 121 del 28/8/2009.
16. http://www.bollettinoemiliaromagna.it/DOCUMENTI_RELAZIONI/DONNE%20ALLO%20SPECCHIO%20MARZO%202012/86.%20SCAGLIARINI/SCAGLIARINI%201.pdf
17. www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_delibere/247867.doc
18. *Aborto libero? Il metodo Karman e la sperimentazione sulle donne*. A cura del Gruppo femminista per una medicina della donna, La salamandra, 1976.
19. MORRESI A., ROCCELLA E., *La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola RU486*. Roma, Franco Angeli, 2006.
20. ibidem.

La RU486 e l'aborto chirurgico: cosa cambia?

21. KOPP KALLNER H., GOMPERTS R., SALOMONSSON E., JOHANSSON M., MARIONS L., GEMZELL DANIELSSON K., *The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial.* BJOG 2015; 122(4): 510-7.

Correspondence should be addressed to:

mparachini@gmail.com

