



Inviare alle Regioni le linee guida sulla pillola abortiva - L'Emilia resiste: sì al day hospital

Ru 486, i paletti del ministero

In caso di dimissioni anticipate si rischia di pagare due volte il Drg

Arrivano le attese linee guida sulla pillola abortiva. Ma anche la prima sfida al ministero: quella dell'Emilia Romagna che ha confermato di voler consentire la possibilità per le pazienti di scegliere il day hospital invece del ricovero ordinario (per tre giorni) "suggerito" dalle indicazioni ufficiali della Salute.

Le linee guida appena inviate alle Regioni tra l'altro «consigliano fortemente» le dimissioni anticipate a cui già diverse donne stanno ricorrendo da quando in Italia è arrivata la famigerata Ru 486. Una pratica, questa, non solo «pericolosa per la donna», ma anche - secondo il ministero - «irregolare» dal punto di vista amministrativo perché apre più di un problema per i rimborsi. Le linee guida segnalano infatti il rischio che le Regioni debbano pagare due volte il Drg dell'aborto. Il documento giudica, poi, «consigliabile» la Ru 486 per le minorenni. Che vanno in ogni caso escluse se non hanno almeno «il consenso dei genitori».

«Queste linee guida - ha spiegato il sottosegretario alla Salute, **Eugenia Roccella** - non sono strettamente vincolanti per le Regioni» che nell'organizzazione dei servizi sanitari si possono muovere autonomamente. Ma suonano come un "monito" stringente per Asl e ospedali visto che si basano sul «parere legislativo inviato dal ministro Sacconi alla Commissione Ue». Un parere che ribadisce, in base alla legge 194, la «necessità che l'aborto avvenga necessariamente in ospedale». Inoltre, - ricorda ancora la Roccella - ben tre pareri «autorevoli» del Consiglio superiore di Sanità hanno puntato il dito contro i rischi dell'aborto con la pillola, uguali all'intervento chirurgico, «solo se tutta la procedura avviene in ospedale».

«Le dimissioni volontarie sono una rinuncia al trattamento - ha spiegato il sottosegretario - dal punto di vista

amministrativo se si torna a casa dopo la prima pillola è come se la gravidanza fosse in atto, e non si sa con quale Drg poi si possa venire riammessi». In particolare il sistema di rimborso della prestazione sanitaria con Drg prevede una sola prestazione - l'aborto -, ma quando si assume la pillola e si firmano le dimissioni dall'ospedale, la gravidanza è ancora in atto. «Esiste un solo Drg per l'aborto, non per un mezzo aborto - sintetizza Roccella -. Se non si rientra nelle raccomandazioni del ricovero ordinario, nell'ambito della legge 194, ci sono irregolarità attualmente non risolvibili. C'è anche il rischio che le Regioni debbano pagare due volte il Drg per l'aborto. Un problema che potrebbe essere sollevato in futuro dalla

Corte dei conti ma anche a livello giudiziario». Le linee guida prescrivono, infine, che la pillola abortiva possa essere usata entro i 49 giorni di gestazione. E che la paziente debba firmare un consenso informato che contenga la disponibilità al ricovero ordinario fino alla fine della procedura e a effettuare il controllo entro 14-21 giorni dalla dimissione. Per

le donne straniere si deve, inoltre, accertare l'avvenuta comprensione linguistica dell'intera procedura.

Nonostante le precise indicazioni del ministero l'Emilia Romagna non ha però cambiato idea: «Il nostro orientamento è quello che abbiamo ribadito con una nota alle aziende sanitarie il 15 aprile scorso - spiega il nuovo assessore **Carlo Lusenti** - nella nostra Regione la pillola viene somministrata in ospedale, in regime di day hospital o in regime di ricovero ordinario su richiesta della donna o del medico».

«Serve il ricovero per tre giorni»

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANNIVERSARIO ALLA VIGILIA DELLA SCADENZA

I primi 20 anni del Comitato di bioetica

Dal testamento biologico ai criteri per la determinazione della morte, dalle donazioni samaritane al doping. Sono solo alcuni dei temi «sviscerati» in tutte le loro implicazioni dal Comitato nazionale di bioetica (Cnb), che ha appena festeggiato i 20 anni di attività. Il Cnb ha lo scopo di fornire consulenza tecnica al Governo e informazioni all'opinione pubblica sui problemi delle scienze della vita e della cura della salute.

L'attuale composizione del comitato è alla vigilia della propria scadenza: nominati nel 2006, a dicembre 2010 i 36 membri dovrebbero infatti rimettere il proprio mandato.

In vent'anni il Cnb ha prodotto 88 pareri (5 in corso di discussione), 12 mozioni, 3 risposte a quesiti specifici (anche da parte di ministri) e 2 pareri del gruppo misto Cnb- Cnbb (il Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita).

A celebrare il Cnb, sono intervenuti a Palazzo Chigi il sottosegretario alla presidenza del Consiglio **Gianni Letta**, il sottosegretario alla

Salute **Eugenia Roccella**, il presidente del Cnb **Francesco Paolo Casavola** e diversi membri del comitato, tra cui il rabbino capo di Roma **Riccardo di Segni**. Tra gli ultimi pareri approvati, quello sul suicidio in carcere, che raccomanda un piano nazionale di prevenzione contro un fenomeno in drammatica ascesa, i criteri di determinazione della morte, tema fondamentale anche per la questione trapianti, e la donazione del rene tra sconosciuti, la cosiddetta «donazione samaritana», approvata dal Cnb se subordinata a criteri di sicurezza e trasparenza. «Il Cnb - ha sottolineato Letta - è un'istituzione di cui siamo particolarmente orgogliosi. L'Italia nel 1990 è stato uno dei primi Paesi al mondo a istituire un comitato di bioetica, quando il tema non andava di moda. Oggi quasi tutti i Paesi ce l'hanno». Un organismo, ha aggiunto Roccella, «che incrocia la nostra attività di Governo ma anche le scelte quotidiane».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE LINEE DI INDIRIZZO SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Pubblichiamo il testo delle «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza» con mifepristone e prostaglandine inviato alle Regioni ed elaborato dai tecnici della commissione del ministero della Salute.

Linee di indirizzo

I criteri di ammissione della donna al trattamento si basano su:

- gravidanza in utero con amenorrea entro 49 giorni/datazione ecografica età gestazionale entro 35 giorni;
- documento/certificato di richiesta lvg;
- consenso informato, debitamente compilato e sottoscritto;
- disponibilità al ricovero ordinario fino a completamento della procedura;
- disponibilità a effettuare il controllo a distanza, entro 14-21 giorni dalla dimissione.

Devono quindi essere presi in considerazione

● Criteri clinici

a) Indicazioni particolari che possono essere rappresentate da:

- problemi psicologici a sottoporsi a intervento chirurgico;
- allergie a farmaci anestetici;
- difficoltà anatomiche di accesso alla cavità uterina;

b) assenza di controindicazioni, quali a esempio:

- sospetto di gravidanza extrauterina o di masse annessiali non precedentemente diagnosticate (fibromi uterini sintomatici *)⁽¹⁾;
- lud in sede⁽²⁾;
- grave anemia⁽³⁾;
- allergia a uno dei farmaci⁽⁴⁾;
- porfiria ereditaria⁽⁵⁾;
- coagulopatie o trattamento in corso con anticoagulanti;
- trattamento in corso con corticosteroidi o insufficienza surrenale⁽⁶⁾;
- altre malattie sistemiche gravi⁽⁷⁾;
- allattamento al seno;
- crisi epilettiche, malattie cardio e cerebrovascolari, disturbi intestinali in atto⁽⁸⁾.

● Criteri non clinici

In primo luogo va garantito, in considerazione del fatto che la procedura è in parte autogestita dalla donna stessa, che la donna abbia chiaramente compreso il percorso e la possibilità che vi aderisca compiutamente (a esempio vanno attentamente

valutate per una esclusione pazienti molto ansiose, con una bassa soglia di tolleranza al dolore, con condizioni socio-abitative troppo precarie, con impossibilità di raggiungere tempestivamente il pronto soccorso ostetrico-ginecologico).

Stante quanto sopra, per le donne straniere si deve accertare l'avvenuta comprensione linguistica della procedura e dei sintomi che la donna stessa deve valutare autonomamente (intensità del dolore, sanguinamento ecc.).

Per le minorenni l'lvg farmacologica è sconsigliabile, e quindi andrebbero escluse da questa procedura, le minori senza il consenso dei genitori, valutando difficile l'adesione al percorso terapeutico in tale situazione.

Assume quindi particolare importanza il consenso informato della donna.

La donna, preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato deve ricevere una informativa scritta nella quale tra gli altri, siano sviluppati i punti che seguono:

1. l'accesso alla procedura abortiva farmacologica è subordinato alla firma del consenso informato dal quale emerga la dichiarata disponibilità della donna al ricovero ordinario fino al termine della procedura abortiva e l'assicurazione del ritorno al controllo a distanza.

Nell'informazione utile al consenso deve essere fornita in modo chiaro l'informazione che l'aborto farmacologico potrà essere effettuato solo in ricovero ordinario, nella maggior parte dei casi della durata di tre giorni, fino cioè all'espulsione del materiale abortivo.

È infatti fortemente sconsigliata la dimissione volontaria contro il parere dei medici prima del completamento di tutta la procedura perché in tal caso l'aborto potrebbe avvenire fuori dall'ospedale e comportare rischi anche seri per la salute della donna.

2. deve essere data una completa informazione in merito alle possibili metodiche per l'interruzione volontaria di gravidanza: aborto chirurgico/aborto medico o farmacologico, sottolineando il fatto che:

- l'aborto chirurgico (isterosuzione-Karman) richiede una breve permanenza in ospedale, in genere di 4-8 ore;

- l'aborto medico - vi si può avere accesso solo entro sette settimane di gravidanza, prevede la somministrazione in momenti successivi di due farmaci (mifepristone e un farmaco della famiglia delle prostaglandine) e prevede un ricovero ordinario di circa 3 giorni. Che la sua efficacia è del 93-95% e che quindi, nel 5% circa dei casi è necessario sottoporsi comunque a un intervento

chirurgico di revisione della cavità uterina per completare l'aborto o fermare un'emorragia importante in atto;

3. nella descrizione del metodo farmacologico, va specificato che le maggiori complicazioni riguardano il sanguinamento con necessità di emostasi chirurgica, l'anemia con necessità di trasfusione (2:1000 casi), l'infezione (a esempio Clostridium Sordelli).

La donna deve sapere che:

4. non è possibile stimare a priori il momento in cui avverranno la morte dell'embrione e la sua successiva espulsione. Dalla letteratura scientifica è noto infatti che, mediamente, il 5% delle donne espelle l'embrione solo dopo il primo farmaco, il 60% entro 4-6 ore dal secondo farmaco, il 20-25% entro 24 ore e il 10% nei giorni successivi;

5. quantità e qualità di effetti collaterali (sanguinamento, vomito, nausea, crampi dolorosi addominali, aumento temperatura, mal di testa, diarrea transitoria) sono variabili e non stimabili a priori. Se invece la febbre compare dopo la dimissione dall'ospedale è fondamentale andare subito in pronto soccorso ostetrico-ginecologico per una visita e un controllo ecografico;

6. è necessario restare in ospedale, per un'attenta sorveglianza sanitaria, in modo da ricevere un'assistenza immediata se si verifica un'emorragia importante.

Anche nei giorni successivi, dopo la dimissione, si potranno avere perdite di sangue, come un flusso mestruale abbondante che sono da considerarsi normali e possono durare fino a circa 10 giorni. Se le perdite fossero importanti, cioè se si dovessero cambiare 4 assorbenti esterni maxi o large nel tempo di 2 ore, è fondamentale andare subito in pronto soccorso per una visita e un controllo ecografico;

7. i dati relativi all'lvg farmacologica e chirurgica non risultano confrontabili; i dati non sono omogenei e i risultati sono estremamente difforni soprattutto per quanto riguarda efficacia ed eventi avversi, pur tuttavia, emergerebbe un profilo di sicurezza inferiore dell'lvg farmacologica rispetto a quello dell'lvg chirurgica (parere Css del 18/3/2010);

8. poiché è sempre facoltà della donna avere un ripensamento e decidere di sospendere il trattamento e proseguire la gravidanza, è necessario fornire informazioni in relazione al momento dell'interruzione del trattamento e quindi degli eventuali rischi presenti in caso di continuazione della gravidanza stessa;

9. le dimissioni avvengono solo dopo

verifica ecografica dell'avvenuta espulsione dell'embrione, e solo se tale espulsione è completa;

10. è necessario attenersi scrupolosamente alle indicazioni prescritte alla dimissione, anche per ridurre i rischi di infezioni uterine. In caso di marcata astenia, svenimenti, nausea, vomito, diarrea persistente,

anche in assenza di febbre è fondamentale recarsi immediatamente in pronto soccorso ostetrico-ginecologico per una visita, un'ecografia e degli esami del sangue;

11. è indispensabile sottoporsi alla visita ambulatoriale di controllo entro 14-21 giorni dalla dimissione. Solo dopo tale controllo

lo può infatti considerarsi conclusa la procedura in quanto effettuando un'ecografia si può verificare l'assenza di residui di materiale abortivo e alla visita escludere eventuali complicanze (se necessario in base ai risultati degli accertamenti sarà effettuata una revisione chirurgica della cavità uterina, in anestesia locale o generale).

(*) Condizioni cliniche da affidare alla valutazione del singolo medico

(1) I fibrinomi possono ostacolare le contrazioni efficaci e aumentare l'emorragia; (2) inclusione dopo la rimozione; (3) (Hb <7g/dl); (4) l'allergia ai farmaci è estremamente rara; (5) il progesterone è stato associato nella patogenesi degli attacchi acuti di porfina e alcuni studi su embrione di pollo suggeriscono che il mifepristone può aumentare gli attacchi; (6) il mifepristone ha effetti antipiretici; (7) valutazioni da affidare alla valutazione del singolo medico: (es.: malattia epatica, renale o respiratoria severa, ipertensione non controllata, malattia cardiovascolare (angina, valvulopatie, aritmie, scompenso cardiaco, convulsioni non controllate, ipertensione da causa non determinata, ipertensione non controllata, diabete complicato, immunodeficienza - compreso Aids - disturbi intestinali in atto, ecc.); le donne con malattie sistemiche sono state generalmente escluse dalle sperimentazioni cliniche controllate, per cui non esistono informazioni sugli effetti dei farmaci in queste condizioni; (8) entrambi i farmaci passano nel latte materno, anche se il mifepristone non è più rintracciabile dopo 11 giorni e il misoprostolo scompare in meno di 2 giorni.

