

contromano

di Carlo Bellieni

Diagnosi incerta: nel dubbio abortisco

Troppo spesso di fronte a feti con malattie curabili o difetti genetici lievi le donne vengono consigliate con leggerezza e irresponsabilità a disfarsene

«Un aborto necessario: è il titolo di un articolo dell'Espresso del 31 ottobre in cui una signora narra la sua storia davanti alla diagnosi prenatale di una cardiopatia del feto. La storia è triste e travagliata e si conclude con l'aborto; ma l'unica cosa che manca nel racconto è sapere se alla mamma era stato detto che la cardiopatia suddetta è operabile dopo la nascita con un successo di oltre il 90%. Insomma, fermo restando che anche per i fautori della legge 194 nessun aborto dovrebbe essere inevitabile – anche perché semmai si tratta sempre di una scelta –, in questo caso il quadro di base non era quello di un disastro (non sappiamo cosa abbia rivelato l'analisi genetica). Ma non è strano veder documentato l'aborto «terapeutico» per situazioni del feto che non sono un disastro per la salute. Basta scorrere i registri regionali o internazionali per le malformazioni, che riportano questi casi con i debiti particolari. Ad esempio dai registri Eurocat si vede che per il «labbro leporino», talora associato a lesione del palato e operabilissimo, il tasso medio di aborto varia tra il 9 e il 16%. Ma anche le malattie genetiche di scarsa importanza portano quasi a un automatismo verso l'aborto, come riporta la rivista *Fertility and sterility* dell'ottobre 2012 parlando della sindrome di Turner; questa malattia comporta la nascita di bambine con una normale intelligenza, ma bassa statura e forse infertilità; tuttavia in certe statistiche troviamo un tasso di aborti superiore al 50% per questa motivazione. Così come nel caso di Citomegalovirus in gravidanza: il contagio del feto si può prevenire, ma la terapia consigliata è poco conosciuta, tanto che a molte gestanti viene consigliato di abortire.

Un discorso simile poi si può fare per le malattie infettive contratte in gravidanza: possono

determinare anche danni gravi al feto, ma spesso – secondo il professor Giovanni Nigro, primario di Pediatria all'Aquila – «viene consigliata l'interruzione di gravidanza, senza nemmeno fare i test di approfondimento». Insomma, sembra che scatti in tanti casi un automatismo per il quale dal dubbio di un'anomalia si scatena il panico e dal panico all'aborto il passo è breve. Si tratta allora di ricreare un dialogo in sede prenatale, in cui – come già avviene talora – alla donna non venga data una fredda diagnosi, ma venga avviata in un processo di informazione e soprattutto non venga lasciata sola, qualunque decisione poi prenda. Un'ipotesi la suggeriscono Annie Janvier e John Lantos su *Pediatrics and child health*: coinvolgere sempre il pediatra nelle consulenze genetiche, per avere un quadro sulla prognosi da parte di chi i malati li segue nel tempo; e – perché no – coinvolgere, se opportuno, anche le associazioni dei malati per far conoscere le fatiche o le gioie di chi ha un certo quadro clinico.

