



radicali italiani



ASSOCIAZIONE
RADICALE

ADELAIDE
AGLIETTA 

Via Garibaldi, 18/55 - Tel. 011.230.90.06 - Fax 011.230.10.42
larosanelpugno@hotmail.com - www.associazioneaglietta.it

RU486: PROPOSTA INDECENTE?



di Andrea Carapellucci
prefazione di Silvio Viale



ASSOCIAZIONE RADICALE
ADELAIDE AGLIETTA

SI FA PRESTO A DIRE RU486...

Sono molto felice di presentare questo saggio sulla RU486, probabilmente il primo che viene pubblicato in Italia, scritto da uno studente universitario non impegnato in discipline scientifiche.

È la testimonianza di un osservatore che, con l'entusiasmo e la passione di un giovane militante, ha seguito i primi cinque anni di una lotta, quella per l'introduzione in Italia dell'aborto farmacologico, la cui conclusione non si vede all'orizzonte; una lotta culturale e politica, prima ancora che sanitaria.

Andrea Carapellucci, in pochissimo tempo, ha raccolto date, commenti, articoli e, soprattutto, ha fatto tesoro delle riunioni radicali a cui ha partecipato. Ne è uscito un libretto leggibile, pieno di dati, in grado di far comprendere a chiunque la complessa vicenda che sta alle spalle di quelle due lettere e tre numeri: RU486.

Per chi conosce professionalmente la materia, alcuni riferimenti potranno sembrare imprecisi, a volte un po' approssimativi, ma il più grande merito di questo lavoro è proprio quello di avere messo assieme i vari aspetti con un paziente lavoro da cronista, da buon giornalista.

Il risultato è la descrizione di un impegno, principalmente dei radicali piemontesi, che ha faticato ad affermarsi sul piano nazionale e a fare breccia tra i movimenti femminili (e/o femministi) italiani, nonostante toccasse i nervi di una questione storica ed evocativa come quella dell'aborto.

La vicenda si snoda come una miccia tra gli ostacoli, lenta, inarrestabile, fino all'inevitabile esplosione che avviene con l'annuncio del primo «aborto medico» in Italia - effettuato all'Ospedale S. Anna di Torino l'8 settembre 2005 - a cui seguono la rabbiosa reazione del Ministro della Salute, Francesco Storace, la sua ispe-

zione ministeriale (dopo quella già inviata dal suo predecessore Sirchia), la sospensione della sperimentazione e la sua ripresa successiva.

Possiamo tranquillamente affermare che, dopo due decenni di silenzio, la «bomba RU486» ha costretto il mondo politico, e quello subordinato (purtroppo) della sanità, a confrontarsi con un tabù coltivato per anni dall'influenza delle gerarchie della Chiesa cattolica sulla politica, sulla sanità e sulla scienza. A riprova di quanto affermato, due dati incontestabili: nelle pubblicazioni scientifiche italiane non vi è traccia di quella ricca letteratura scientifica sull'aborto che si può reperire sulle più importanti riviste scientifiche internazionali; fino al 2001, anno della prima polemica pubblica, in nessun sito Internet (femminile, sanitario o politico), nemmeno in quello dell'AIED, si parlava di RU486; uniche eccezioni, i siti radicali e quello di un'associazione dei consumatori, l'ADUC. Tutto ciò, nonostante la RU486 fosse utilizzata da oltre un decennio a 100 km da Torino e fosse registrata in 12 dei 15 paesi dell'Unione Europea.

La «bomba RU486» ha fatto capire che l'aborto è tuttora una questione aperta, una battaglia di laicità da completare. Essa simboleggia concretamente l'autodeterminazione della donna, la emancipa dalle mani del medico e le permette di evitare i tempi più lunghi della burocrazia chirurgica. Non banalizza e non rende più facile la scelta, come viene sbrigativamente detto dagli avversari, ma rende la donna più libera e più consapevole: quello che il potere clericale e maschilista ha sempre cercato di impedire. Per questi motivi la propaganda degli anti-abortisti contro la RU486 giunge ad esaltare l'aborto chirurgico, visto come una sorta di male minore, l'aborto «buono», contrapposto a quello del «Maligno», stigmatizzato come «chimico».

Del resto, l'aborto è una questione ancora aperta non solo in Italia ma nel mondo intero. In tutta l'America Latina, in gran parte dell'Africa e dell'Asia, dove i governi sono condizionati dall'Islam o dalla Chiesa Cattolica, l'aborto è vietato, con conseguenze simili a quelle dei Paesi occidentali prima della legalizzazione degli anni settanta del secolo scorso: tanti aborti e troppe morti. Anche in Italia non è una battaglia vinta per sempre. La legge 194, il cui unico merito è quello di avere legalizzato l'aborto, è una legge vecchia, datata, da rinnovare, ambigua in molte parti e non applicata in quelle più innovative. Una timida logica difensiva della 194 è condannata al logoramento e alla sconfitta, prigioniera dei ragionamenti e del linguaggio dei movimenti «pro-life», che impongono l'etologia dell'embrione come terreno obbligatorio di confronto, relegando la gravidanza, la donna, i suoi desideri e la sua libertà di scelta («pro-choice») ad un ruolo secondario e subalterno.

La «bomba RU486» ha scardinato tutto questo ed ha riportato la donna al centro della questione. Si è riaperto l'interesse delle giovani e dei giovani sui temi dell'aborto, della contraccezione e della sessualità; le grandi manifestazioni di Milano e Napoli fanno sperare in una nuova, proficua, stagione per i diritti civili, per nuovi diritti civili.

Questa pubblicazione è un utile strumento per chi vuole capire, approfondire ed essere protagonista di questa primavera.

Torino, 8 marzo 2006

Dr. Silvio Viale
Ginecologo all'Ospedale S. Anna di Torino
Direzione Nazionale Rosa nel Pugno
Presidente dell'Associazione radicale Adelaide Aglietta

Una storia in sordina

Questa storia non si trova sui giornali. Le televisioni non l'hanno raccontata. La conoscono solo i pochi che, per qualche ragione, ne sono stati protagonisti o spettatori. Eppure, negli ultimi tempi, di aborto si è parlato eccome. All'indomani di un referendum che ha riportato all'ordine del giorno lo scontro fra laici e non, il «caso RU486», esploso a Torino ma rapidamente esportato in tutta Italia, ha riaperto il dibattito sull'aborto e sulla sua regolamentazione. Dopo ventisette anni di vuoto pneumatico - da quel 1978, quando venne approvata la legge 194 e negli ospedali come il Sant'Anna di Torino, occupati dalle femministe, vennero praticate le prime interruzioni volontarie della gravidanza (IVG), al 2005, con i primi interventi fuori dalla sala operatoria - l'aborto era stato confinato nell'oblio. La legge 194, eletta a totem, per tutti simbolo di una conquista, segno di modernità, ma non di un diritto conquistato dalle donne - il diritto di scegliere se e quando diventare madri - ha avuto questo enorme demerito. Ha trasformato l'aborto in tabù, togliendogli la qualifica di pratica medica, sottoposta come tutte le pratiche mediche e chirurgiche ad aggiornamenti, studi, sperimentazioni. Al progredire della scienza. Oltre le Alpi nel frattempo qualcosa è cambiato ma, sorprendentemente, per anni nessuno sembra essersene accorto. È passato un quarto di secolo da quando nei laboratori della Roussel-Uclaf, praticamente per caso, venne sintetizzata una molecola, la quattrocentottantaseiesima della sua serie, più tardi battezzata mifepristone, capace di indurre l'aborto. La sua introduzione come alternativa all'intervento chirurgico scatenò polemiche e perfino proteste di piazza, ma il ministro francese della Sanità di allora difese l'RU486 definendola «proprietà morale delle donne».

Nel 1999 il farmaco venne registrato, progressivamente, nella gran parte dei paesi europei, con tre eccezioni: l'Irlanda, dove l'aborto è tuttora illegale; il Portogallo, dove è fortemente limitato; l'Italia, dove nessuna legge l'avrebbe impedito, ma la casa francese rinunciò comunque a chiederne la registrazione. Viene da domandarsi perché, e ce lo domanderemo. Iniziava, in molti paesi europei e non, occidentali e non, del mondo più sviluppato e di quello ancora in via di sviluppo, un processo che in due decenni avrebbe portato un gran numero di

donne a interrompere la gravidanza, nelle sue prime settimane, senza interventi chirurgici invasivi. I dati sulla diffusione di questa pratica medica parlano da soli: per molte ragioni, sanitarie e psicologiche, i medici e le loro pazienti che intendono abortire tendono a ricorrere sempre più frequentemente all'aborto farmacologico. Analizzeremo questi dati e, spiegando come agisce l'RU486, contesteremo la tesi ridicola di chi sostiene che la «pillola» abortiva banalizzerebbe l'aborto, consentendo alla donna di levarsi il pensiero più facilmente, come bevendo un bicchiere d'acqua.

Ma innanzitutto racconteremo come, dopo cinque anni di lotta, nel settembre del 2005 sia potuta iniziare anche in Italia, a Torino, la sperimentazione dell' RU486. Una storia sconosciuta ai più, che ha la capacità di rivelare - oltre ciò che significa per i Radicali «fare politica» - anche le anomalie di un paese, il nostro, che ha scelto sull'aborto (come sulla mafia, sul nucleare, sulla giustizia, sui diritti...) la linea di minore resistenza: la strada meno faticosa. Le ipocrisie di un sistema politico che ha fatto della difesa a oltranza dello status quo una priorità assoluta. A costo di rendersi ridicolo, in più e più occasioni, di mostrare la sua ignoranza e i suoi pregiudizi su di un tema di cui tutti parlano, quando non si può farne a meno, ma che pochi conoscono. Racconteremo la battaglia di Silvio Viale, medico e radicale (presidente Associazione radicale Adelaide Aglietta di Torino), e del Gruppo Consigliere dei Radicali in Regione Piemonte, che con Bruno Mellano e Carmelo Palma ha supportato e seguito in ogni sua fase l'iniziativa, dandole il taglio politico e civile che una iniziativa come questa, ben lontana dall'essere una questione tecnica, meritava e merita.

Dal 2000 ad oggi, molte cose sono cambiate. La vicenda dell' RU486 ha avuto, tra le numerose battute d'arresto, uno spazio minimo sulle pagine dei giornali. È infine esplosa, su scala nazionale - com'era inevitabile che accadesse - per dominare il dibattito pubblico. Oggi, nel momento in cui scriviamo queste pagine, sembra essersi nuovamente sopita. Ma niente è più come prima. In Parlamento, un'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 194, ridicola nei tempi e nei modi d'attuazione, spot elettorale per politici ambiziosi, ha concretizzato le paure di quanti, fin dal referendum sulla fecondazione assistita, avevano intravisto il disegno delle forze più reazionarie e clericali di questo paese. Un attacco su larga scala ai diritti conquistati dalle donne,

alle nuove famiglie, alle conquiste della scienza e della medicina: a tutto ciò che in fin dei conti minaccia, oggi più che mai, il barcollante sistema di valori su cui la loro influenza, la loro autorevolezza, il loro potere si regge.

Del venire allo scoperto di questo disegno ci sentiamo - orgogliosamente - responsabili. Noi promotori di quel referendum. Noi «colpevoli» di aver ridato al tema dell'aborto la rilevanza e lo spazio di cui necessita. Noi responsabili di tenere alte, oggi più che mai, le bandiere della laicità dello Stato e delle sue leggi.

Noi che, con queste poche pagine, cerchiamo di fornire a voi che leggete gli strumenti per giudicare se questa ennesima «proposta indecente» - l'RU486 - sia davvero tale come qualcuno la ritiene, o sia piuttosto un tentativo, non d'avanguardia ma anzi tardivo, di rendere l'Italia quello che ancora non è: un paese normale.

Torino, febbraio 2006

*Andrea Carapellucci
a.carapellucci@tiscali.it*

PERCHÉ RU 486

Si sente spesso affermare che l'aborto sarebbe «un dramma del nostro tempo». Il fatto che un'affermazione come questa possa sembrare accettabile, o perfino condivisibile, è indicativo del livello di conoscenza e di consapevolezza che quasi tutti abbiamo del problema. **L'aborto è sempre esistito.** È stato praticato, insieme alla contraccezione, nei modi più incredibili e brutali, presso tutte le culture, e non solo in epoca moderna. Accanto alle tecniche «chirurgiche», invasive, basate sul raschiamento dell'utero, l'assunzione di sostanze in grado di procurare mestruazioni tardive e quindi aborti è praticata probabilmente da secoli. Le sostanze utilizzate - per di più erbe «medicinali» assunte in dosi fortemente tossiche - sono state diverse e, a partire dagli ultimi cinquanta anni, affiancate e sostituite da medicinali disponibili per altre indicazioni, di cui si è scoperto il potenziale abortivo. Nei paesi in cui l'aborto è illegale, la «via farmacologica» è oggi largamente diffusa, ed è - va detto - complessivamente meno pericolosa delle tecniche «chirurgiche» fai da te. Oggi, molte donne immigrate irregolarmente utilizzano in Italia quei farmaci per abortire, non volendo rivolgersi ai consultori o alle strutture pubbliche per paura di essere identificate ed espulse. Se per le complicazioni dell'aborto clandestino sono costrette a presentarsi in ospedale, vengono denunciate sulla base della legge 194.

In Italia, prima del 1978, le donne abortivano molto più frequentemente di quanto facciano oggi. Secondo le stime dell'Istat, **due donne su tre avevano almeno un aborto (non spontaneo) nel corso della loro vita.** Oggi il numero è drasticamente calato: solo una donna su tre avrà una interruzione volontaria di gravidanza nel corso della sua vita fertile. Prima della legalizzazione, le tecniche utilizzate, nella migliore delle ipotesi da medici in clandestinità, altrimenti dalle tristemente note «mammane», prevedevano il raschiamento: la forma più invasiva e potenzialmente pericolosa di aborto. La legge 194 permise di introdurre nel nostro paese il «metodo Karman», che prevede l'aspirazione ed è quindi meno invasivo e meno rischioso.

Pochi sanno che l'aborto medico, in Italia, è oggi la regola per le interruzioni di gravidanza dopo il terzo mese. Quelle consentite per ragioni mediche: gravi rischi per la madre, malformazioni conge-

nite, gravi patologie del nascituro. I farmaci procurano l'aborto, che però spesso necessita, per essere completato, di un successivo intervento chirurgico.

Inspiegabilmente, non è invece utilizzato per l'interruzione volontaria della gravidanza, consentita entro il novantesimo giorno, nonostante in tutto il mondo stia gradualmente diventando la prima scelta per gli aborti nelle prime settimane di gestazione.

La medicina moderna e «ufficiale» comincia ad interessarsi all'aborto medico, indotto da farmaci, negli anni '50, quando si scopre il potenziale abortivo di alcune sostanze (soprattutto prostaglandine). Gli effetti collaterali tuttavia - specialmente in caso di assunzione orale - sono troppo pesanti, e le ricerche su queste sostanze si interrompono, o vengono dirottate verso altre direzioni.

Negli anni '80, un ricercatore francese, E. E. Baulieu, e la sua équipe, iniziano test clinici su di una nuova sostanza, sintetizzata praticamente per caso e battezzata RU 486, in grado di interrompere le gravidanze nei primissimi stadi. Nel 1988 in Francia viene registrato il mifepristone, farmaco derivato dalla molecola RU486. Seguono Cina, Gran Bretagna, Svezia, e altri 26 paesi. Nel 2000 la Federal Drug Administration americana approva il suo impiego combinato ad un altro farmaco, il misoprostol: gli stessi due farmaci attualmente utilizzati nella sperimentazione in corso al Sant'Anna di Torino. Ad oggi milioni di donne, nel mondo, hanno fatto ricorso all'RU486 per abortire.

Oggi, il mifepristone è certamente il farmaco più utilizzato per l'aborto «medico» (definizione utilizzata a livello internazionale per distinguerlo dall'aborto «chirurgico»).

Efficacia dell'aborto medico e diffusione

L'aborto medico è utilizzato nella maggior parte dei paesi entro 49 giorni (7 settimane) dall'inizio dell'ultimo flusso mestruale. Cioè 35 giorni (5 settimane) dal concepimento (per convenzione le settimane di gravidanza sono calcolate dall'inizio dell'ultimo flusso mestruale). In alcuni paesi è utilizzato fino al 63° giorno (Svezia e Gran Bretagna). Il mifepristone è anche utilizzato in molte diverse

condizioni ostetriche (aborto interno, aborto del secondo trimestre, morte endouterina, induzione del parto), a qualunque epoca gestazionale.

A differenza dell'aborto chirurgico è praticabile nella primissima fase della gravidanza. L'aborto chirurgico, per abitudine e motivi organizzativi, non viene mai praticato prima dell'ottava settimana, quasi sempre dopo la decima. A volte, sempre più spesso a causa dei tempi di attesa e dell'inattività di certi ospedali, l'intervento viene eseguito negli ultimi dieci giorni utili (dopo l'ottantesimo giorno). Con l'avanzare dell'epoca gestazionale aumentano i rischi di complicazioni. A 12 settimane (90 giorni, limite ultimo per l'interruzione volontaria in Italia) l'embrione misura mediamente 15 cm. Nelle prime settimane della gravidanza, quando è possibile abortire con il metodo medico, le dimensioni sono decisamente diverse. A 7 settimane la lunghezza è di circa un centimetro, a 6 settimane 5 millimetri e a 5 settimane circa 2 millimetri.

La combinazione di farmaci più efficace e consigliata dalla letteratura scientifica è quella che associa il mifepristone (RU486) e il misoprostol (una prostaglandina, in piccole dosi). La prostaglandina viene somministrata 24-48 ore dopo il mifepristone.

L'efficacia, documentata, è del 92-98%, a seconda dell'epoca gestazionale. In pratica solo una donna su 25-30 sarà sottoposta ad un successivo intervento chirurgico: raramente perché l'aborto non avviene (meno dell'1%), più spesso perché è incompleto (3.6%) o le perdite sono eccessive.

Somministrando una sola dose di misoprostol, il 50-60% delle pazienti abortisce entro quattro ore dall'assunzione. Con una seconda dose, l'espulsione avviene entro 12 ore nel 95% dei casi. Alcune donne abortiranno invece nei giorni successivi.

In Francia, gli aborti medici sono oggi il 34%, in Svezia il 35%, in Scozia il 40%.

L'aborto medico si sta diffondendo e l'OMS lo considera un metodo efficace e più sicuro di quello chirurgico.

Nei paesi in cui l'aborto è vietato sono sempre largamente diffusi gli aborti medici con utilizzo di prostaglandine. E anche in Italia, presso alcune comunità di immigrate. Ma solitamente, per ignoranza, ven-

gono utilizzate dosi eccessive per avere un effetto immediato, mentre l'interruzione della gravidanza dovrebbe avvenire per un uso prolungato di dosi più modeste, 2-4 compresse per volta.

Le donne e la scelta dell'aborto medico

Secondo uno studio francese, pubblicato nel 2000, il 92% delle donne che hanno fatto ricorso all'aborto medico si sono dette «soddisfatte».

Le ragioni per cui questa procedura viene scelta, e preferita all'intervento chirurgico, sono sintetizzabili nelle seguenti:

- evita l'intervento chirurgico e l'anestesia
- è più naturale (l'aborto indotto dal farmaco è analogo a quello c.d. «spontaneo», che pone fine a un gran numero di gravidanze)
- è meno medicalizzato, è la donna che agisce e che si prende cura di sé
- consente una maggiore intimità
- non comporta interventi sulla zona genitale
- si può fare prima (dell'intervento chirurgico)

Perché l'aborto medico non è «banalizzante»

Sono proprio le ragioni per cui, secondo gli stessi studi, le donne non scelgono l'aborto medico a smentire le affermazioni di chi sostiene che la pillola abortiva renderebbe l'aborto più «facile», «banale», permettendo alla donna di affrontarlo con minore consapevolezza e a cuor leggero.

Eccole:

- è «troppo lungo» e comporta troppe visite
- non si vuole essere coscienti, si vuole l'anestesia
- coinvolge attivamente la donna
- si può vedere il prodotto dell'espulsione (in realtà l'embrione non si vede, ma il materiale espulso può essere percepito come tale)
- è più rassicurante che sia un altro a compiere il gesto
- temono che altri (genitori, partner...) lo possano scoprire

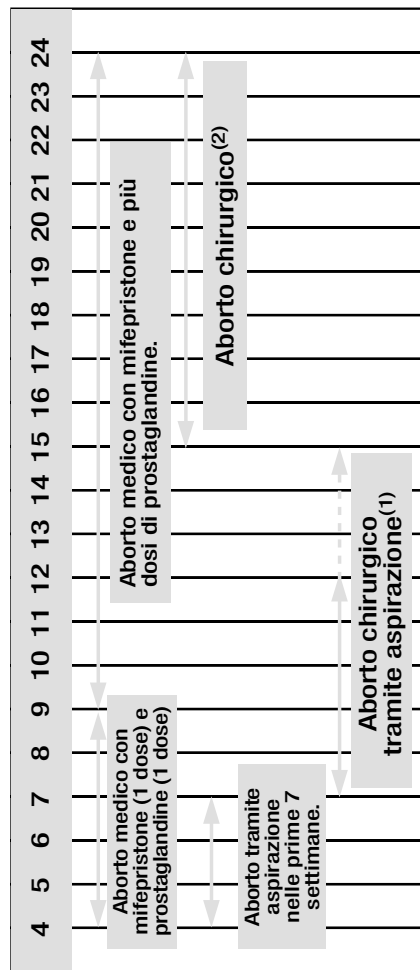
Ognuno può giudicare da sé: l'esperienza delle donne che hanno «abortito con la pillola» mostra come la banalizzazione riguardi semmai l'intervento chirurgico: un intervento che dura pochi minuti ed è eseguito da altri con la paziente spesso sotto anestesia.

Gli studi citati sono disponibili da diversi anni: dimostrano quindi come chi sostiene certe assurdità non abbia compiuto il minimo sforzo per documentarsi o sia in assoluta malafede.

Riassumendo, alla luce dell'esperienza decennale dei paesi più avanzati e civili del mondo, si può affermare che l'aborto medico:

- **COMPORTE MENO RISCHI, essendo possibile:**
 - nelle prime sette settimane della gravidanza
 - senza interventi invasivi e senza anestesia
- **CONSENTE DI LIBERARE RISORSE (MEDICI, SALE OPERATORIE) E RIDURRE I TEMPI D'ATTESA per gli aborti chirurgici e gli altri interventi**
- **RESPONSABILIZZA CHI ABORTISCE E FAVORISCE UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA E RESPONSABILITÀ DI TUTTI RISPETTO ALLA CONTRACCEZIONE**
- **È CHIARAMENTE PREFERITO DA UN GRAN NUMERO DI DONNE, come dimostrano gli studi condotti all'estero e come testimonia il numero di donne che hanno chiesto di partecipare alla sperimentazione dell'Ospedale S. Anna di Torino**

Nel paragrafo successivo spiegheremo in cosa consiste l'aborto medico tramite la combinazione di mifepristone (RU486) e misoprostol, attualmente sperimentato al Sant'Anna di Torino, e illustreremo gli effetti indesiderati.



(1) Aborto chirurgico tramite aspirazione, in anestesia locale o generale. L'utero è svuotato utilizzando una cannula di plastica. Non vengono utilizzati strumenti metallici per il raschiamento.

(2) Aborto chirurgico a gestazione avanzata, tramite combinazione di isterosuzione e raschiamento.

COME FUNZIONA L'RU486

L'aborto

La medicina ha sempre definito l'aborto come l'interruzione della gravidanza cui segue il distacco dell'embrione o del feto dalla parete dell'utero e l'espulsione dello stesso. La legge italiana recepisce in numerosi atti questa definizione (vedremo perché è importante). Per l'Ufficio di stato civile la denuncia obbligatoria di «nato morto» è prevista a partire dalla ventottesima settimana (7° mese). Se la gravidanza si interrompe prima, è prevista invece la denuncia di «aborto spontaneo» o di «aborto volontario» all'Istat.

Aborto medico e aborto spontaneo

L'aborto indotto dai farmaci come l'RU486 è sostanzialmente identico, nel processo e nei suoi effetti, a quello c.d. spontaneo, che per varie ragioni può porre fine ad una gravidanza.

Di questo sono perfettamente consapevoli le donne, che l'hanno definito in diversi studi «più naturale».

Che cosa avviene

La gravidanza inizia quando l'ovulo fecondato aderisce alla mucosa dell'utero materno circa una settimana dopo il concepimento. Chi sostiene che la «persona» inizi ad esistere nel momento del concepimento probabilmente ignora che nell'80% dei casi questo non avviene e la cellula fecondata viene espulsa senza che la donna si accorga di nulla.

A 49 giorni dall'inizio dell'ultimo ciclo mestruale, cioè circa 63 giorni dopo la fecondazione (è una media), le sue dimensioni vanno dagli 0.5 agli 1.5 centimetri.

La prosecuzione della gravidanza è favorita dall'emissione di un ormone che blocca, agendo sul cervello, il normale ciclo mestruale (che ne determinerebbe il distacco e l'espulsione). Il **mifepristone** agisce neutralizzando questo ormone (il progesterone) provocando in alcuni casi l'interruzione della gravidanza e preparando il terreno negli altri all'azione del secondo farmaco, la prostaglandina, che provoca il

distacco dell'embrione dall'utero. Il secondo farmaco è assunto generalmente 48 ore dopo. A quest'epoca l'embrione misura circa un centimetro e non è distinguibile dal sangue «mestruale» e dai coaguli.

L'assunzione in seguito (normalmente a 48 ore di distanza) del misoprostol o di un farmaco equivalente determina contrazioni uterine che provocano l'espulsione del prodotto del concepimento entro poche ore (meno di 24 nell'80% dei casi).

L'embrione espulso misura circa un centimetro e non è distinguibile dal sangue mestruale.

Imprevisti/insuccessi

- solo nel 2-3% dei casi l'aborto avviene prima dell'assunzione del misoprostol. Nel 30-50% dei casi la paziente avrà perdite di sangue, del tutto simili a quelle del normale ciclo mestruale.

- nel 10% dei casi, a 24 ore dall'assunzione del secondo farmaco (il misoprostol) l'aborto non sarà ancora avvenuto.

Una seconda dose di misoprostol dopo tre ore aumenta al 98.5% la probabilità di successo.

- se la donna decidesse di proseguire la gravidanza dopo l'assunzione del primo farmaco (mifepristone) **non ci sarebbero** come conseguenza maggiori rischi di malformazioni rispetto a quelli di qualsiasi gravidanza. Le probabilità che il primo farmaco provochi da solo l'aborto sono attorno al 5%.

- solo se la gravidanza proseguisse dopo l'assunzione del misoprostol (secondo farmaco), cioè in meno dell'1% dei casi, e la donna cambiasse idea decidendo di non abortire, vi sarebbero rischi di malformazioni e malattie congenite (come la Sindrome di Moebius).

In caso di insuccesso, se la donna confermasse la scelta di abortire le verrebbe proposto l'aborto chirurgico.

Sintomi

- **dolori crampiformi** all'addome (simili a quelli del periodo mestruale, poco più intensi). Il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore. Il 50-60% accusa dolori sopportabili. Il 20-30% ricorre ad antidolorifici.
- **cefalea** (mal di testa), in meno di un caso su tre.
- **nausea** (40-60% dei casi) e **vomito** (20%)
- **diarrea** (10-20% dei casi), transitoria.
- **rialzo febbrile** al di sotto dei 38 gradi.

L'assunzione di antidolorifici comuni, quando necessari, risolve il dolore nella gran parte dei casi.

Ospedalizzazione: l'Italia e il resto del mondo

Il Ministero della Salute ha imposto che durante tutto il trattamento la donna sia ricoverata in ospedale. Questo sulla base di una curiosa interpretazione della legge 194/78, che all'articolo 7 recita «*l'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale [...]*». Secondo il Ministero, le parole «presso un ospedale» non riguarderebbero la definizione del medico specialista autorizzato a praticare l'interruzione della gravidanza (un ginecologo ospedaliero), ma significherebbero che l'espulsione deve avvenire, necessariamente, all'interno dell'ospedale. L'azione del medico insomma non riguarderebbe l'atto medico che provoca l'aborto, ma tutto il processo successivo fino al suo completamento.

La sospensione della sperimentazione ordinata dal Ministro Storace era fondata appunto sulla necessità del ricovero, che non è previsto in *nessun altro paese*.

Dopo il recepimento dell'ordinanza di sospensione - contro la quale è pendente un ricorso al TAR del Lazio - attualmente, all'Ospedale Sant'Anna di Torino, le pazienti sono ricoverate «sin dall'assunzione del mifepristone» per 3 giorni, ma se lo richiedono possono lasciare la struttura su permesso del medico. Di fatto, quasi la totalità delle donne chiede di andare in permesso e questo viene concesso non essendoci controindicazioni cliniche. Infatti per tutte le donne trattate non si è **mai** verificata la necessità dell'intervento medico tra il primo

ed il terzo giorno.

La ragione del ricovero, a dire del Ministero, sarebbe la tutela della salute delle donne. Stupisce quindi apprendere che, all'estero, dopo anni di pratica, la somministrazione del secondo farmaco avvenga in molti casi a domicilio. In particolare:

- in Europa, generalmente, anche il secondo farmaco viene somministrato sotto osservazione medica, con un periodo di osservazione di circa 4 ore, nelle quali avviene l'espulsione nella maggior parte dei casi. Non è previsto il ricovero.
- negli Stati Uniti invece, la somministrazione del misoprostol (o di un farmaco equivalente) avviene più spesso a domicilio: l'aborto vero e proprio e l'espulsione avvengono al di fuori delle strutture sanitarie.
- in Francia e Gran Bretagna, dove il farmaco è in uso da più anni, si va diffondendo la somministrazione ambulatoriale del mifepristone e l'assunzione a domicilio del misoprostol (nel 2002 il ministero della sanità britannico ha autorizzato l'uso ambulatoriale del mifepristone allo scopo di aumentarne la diffusione).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che l'aborto medico sia consigliabile per accrescere la sicurezza delle interruzioni di gravidanza nel Terzo Mondo (dove, data la carenza di strutture, l'ospedalizzazione sarebbe ridottissima).

Chi sostiene che il ricovero sia indispensabile per garantire la salute delle pazienti dovrebbe riflettere sul fatto, lo ripetiamo, che una simile procedura (la donna deve rimanere in ospedale anche nelle quarantotto ore che vanno dall'assunzione del primo farmaco a quella del secondo) non esiste in nessun altro paese al mondo.

I rischi

Recentemente, i gruppi antiabortisti hanno aperto un altro fronte nella lotta contro l'RU486. Dopo aver definito la pillola abortiva «pesticida umano» e «pillola della morte», con riferimento agli embrioni e ai feti, il tentativo è quello di dimostrare la sua pericolosità per le donne. Una «pillola della morte» che si rispetti non può non essere peri-

colosa... o forse l'opposizione ad un farmaco largamente richiesto dalle donne non può fare a meno del terrorismo psicologico.

Alcuni avvisi diramati recentemente dalla *Food and Drugs Administration (FDA)*, l'ente americano preposto al controllo dei farmaci, e alcuni articoli pubblicati sull'argomento da prestigiose riviste mediche internazionali, sono stati travisati per dipingere il mifepristone come farmaco «mortale» e l'aborto medico come più pericoloso di quello chirurgico. Dalla pillola «scacciapensieri» passiamo così alla «pillola dei sospetti»: un cambiamento di strategia evidentissimo, a pensarci, confrontando le dichiarazioni attuali a quelle di qualche mese fa.

Vediamo quali sono i fatti.

Nel **luglio del 2005** la FDA dirama un avviso (FDA ALERT). È venuta a conoscenza di quattro donne californiane morte in seguito all'aborto medico con mifepristone (RU486) e misoprostol, a causa di una grave infezione del sangue, dai sintomi anomali, che non ha dato possibilità di intervento.

Il **4 novembre** la FDA comunica che:

- tutte e quattro le donne morte in California sono state uccise da un batterio conosciuto come *Clostridium sordelli*. Questo microorganismo è presente in molti casi nell'intestino, dove non provoca danni, ma infetta in alcuni rari casi le donne dopo il parto o interventi chirurgici all'addome. E può produrre tossine letali.
- le confezioni dei farmaci utilizzati per quelle pazienti non risultano infettate dal batterio.
- non è possibile stabilire una relazione tra l'utilizzo dei farmaci e l'infezione da *Clostridium sordelli*.
- non ci sono prove che la somministrazione vaginale del misoprostol possa aver causato l'infezione (in Italia il misoprostol è comunque somministrato per via orale).
- oltre alle quattro morti in California, è stato riportato un quinto caso di infezione letale da *Clostridium sordelli* in Canada nel 2001, successiva ad aborto medico.

Le raccomandazioni della FDA e dei laboratori Danco (che commer-

cializzano il farmaco negli USA) sono le seguenti:

- nel caso di sintomi come debolezza, nausea, vomito, diarrea, dolori addominali, tachicardia, senza febbre, a più di 24 ore dall'assunzione del misoprostol, i medici devono sospettare la possibile infezione del sangue e provvedere immediatamente ad esami.
- in caso di sospetta infezione, le pazienti vanno immediatamente trattate con antibiotici efficaci nei confronti del *clostridium sordelli* (ve ne sono diversi).

Un articolo pubblicato sul prestigioso *New England Journal of Medicine (Fatal infections associated with mifepristone-induced abortion, di M.F. Greene)* ricostruisce la storia dell'introduzione del farmaco negli USA.

Risultano 460.000 pazienti trattate con mifepristone per l'aborto medico e quattro casi di morti (tutti nello stesso Stato, per infezione da parte dello stesso batterio). La percentuale sarebbe quindi di circa uno su centomila, a confronto dello 0,1 su 100.000 per aborto chirurgico nelle prime otto settimane.

Bisogna tuttavia rilevare che:

- la mortalità da aborto chirurgico, 0,1 su 100.000 nelle prime otto settimane, è un dato ricavato da milioni di casi in diversi decenni. Quindi scientificamente molto affidabile.
- il dato di 1 su 100.000 per l'aborto chirurgico lo è molto meno: non si è certi che i trattamenti siano stati 460.000, ci sono solo cinque anni di esperienza e la morte delle quattro donne non è stata il risultato di complicazioni dell'aborto medico ma di un'infezione batterica che non si è riusciti a correlare al farmaco né alle sue modalità di somministrazione.

Il confronto fra i due dati non è quindi statisticamente significativo. Che l'aborto medico sia «dieci volte più pericoloso» di quello chirurgico è quindi un'affermazione gratuita e destituita di ogni fondamento scientifico.

Inoltre, lo stesso Greene sottolinea come, negli USA, il rischio di morte dovuto alla gravidanza e al parto sia dalle otto alle dieci volte superiore (8-10 morti su 100.000).

LA BATTAGLIA

I protagonisti

Un aspetto certamente significativo di questa vicenda è la sua origine. Ci si aspetterebbe che l'iniziativa di introdurre una nuova procedura medica parta da un team di medici, o da un congresso di specialisti. Al limite - nel caso specifico - da una associazione femminista preoccupata di tutelare la salute delle donne. Dovrebbe far riflettere il fatto che sia cominciata invece fra le mura di una sede di partito, tra militanti radicali, nell'ottica di una battaglia civile e politica.

Il suo principale artefice, **Silvio Viale**, è stato definito in uno dei numerosi ritratti comparsi in questi mesi sulla stampa: «medico militante, politico ginecologo». Specialista in ostetricia e ginecologia, lavora all'Ospedale Sant'Anna di Torino, una struttura che - forse unica nel suo genere in Europa - assiste oltre ottomila gravidanze e pratica quasi quattromila aborti ogni anno. È Presidente dell'Associazione radicale Adelaide Aglietta fin dalla sua costituzione ed è fra i leader nazionali di Radicali Italiani e del nuovo soggetto politico laico, socialista, liberale e radicale: «La Rosa nel Pugno». Il suo curriculum testimonia un impegno politico e civile che affonda le radici nella giovinezza. All'Università, fonda e dirige un giornale studentesco. Nel '93 viene eletto Consigliere Comunale nelle liste dei Verdi. Romperà con il proprio partito, opponendosi all'introduzione delle targhe alterne e sostenendo la candidatura di Torino alle Olimpiadi del 2006. Nel 2001 è candidato sindaco della Lista Bonino e inizia il suo impegno tra i Radicali. Una delle prime iniziative con i Consiglieri Regionali Palma e Mellano (Lista Bonino), nel novembre del 2000, è proprio per l'introduzione dell'aborto farmacologico e a sostegno della contraccezione d'emergenza, la c.d. «pillola del giorno dopo». Silvio Viale presenta un'interpellanza al Consiglio Comunale e lo stesso giorno, il 6 novembre, i Radicali presentano in Regione un'interpellanza urgente all'Assessore D'Ambrosio perché si attivi per garantire la disponibilità della pillola (contraccettivo d'emergenza) nelle strutture piemontesi e perché si esprima sulla legittimità dell'aborto farmacologico. Inizia così un impegno congiunto che dura tuttora, e ha avuto come risultato l'introduzione dell' RU486 in Italia, a partire proprio dall'Ospedale Sant'Anna di Torino.

Cercheremo ora di ricostruire, nel modo più esauriente possibile, la storia in salita di un farmaco definito negli anni da alcuni «la pillola della morte», e da altri «proprietà morale delle donne»...

L'antefatto: un laboratorio francese e il suo azionista tedesco

È il 1980, quando una équipe di chimici ed endocrinologi dei laboratori francesi Roussel-Uclaf sintetizzano, praticamente per caso, una molecola chiamata RU 38486. Due anni dopo il professor Etienne Emile Baulieu presenta all'Accademia delle Scienze di Francia la scoperta. La sostanza, testata inizialmente a Ginevra su sette volontarie, dimostra la sua efficacia nell'interruzione delle gravidanze ai primi stadi (entro le otto settimane). Nel 1983 l'OMS e la Roussel-Uclaf firmano un accordo per iniziare test clinici su scala più vasta.

Il 23 settembre del 1988 il Ministero della Sanità francese autorizza la commercializzazione del mifepristone-RU486 (così ribattezzato) come farmaco abortivo. Ma appena un mese dopo, la casa farmaceutica sospende, per una decisione dei massimi vertici, la produzione dell'RU486. Il maggior azionista dei laboratori Roussel-Uclaf, il gruppo tedesco Hoechst, è presieduto da un fervente antiabortista, Wolfgang Hilger, che dichiara «contraria» all'etica propria e della società la pillola del professor Baulieu. Pierre Joly, vicepresidente della Roussel-Uclaf, denuncia le pressioni ricevute al Ministero e alla stampa. Divampa la polemica. Un giornalista scopre che proprio un'azienda del gruppo Hoechst, durante la seconda guerra mondiale, produsse il gas utilizzato nei campi di sterminio nazisti e ironizza sul fervore «etico» dei suoi dirigenti. Lo scontro sfocia in manifestazioni e proteste di piazza. Il Ministro francese della Sanità dichiara che «poiché in Francia l'aborto è legale, è bene che sia praticato nelle migliori condizioni possibili», definisce l'RU486 «proprietà morale delle donne» e ingiunge alla Roussel-Uclaf di riprendere la produzione del farmaco. Nel 1994, i diritti sull'RU486 sono ceduti, per il mercato americano, a una organizzazione non governativa denominata Population Council: il mifepristone verrà in seguito commercializzato negli USA con il nome di Mifeprex®.

Nel '96 la Hoechst compra la Roussel-Uclaf, che cessa di esistere, di-

ventando la Hoechst-Marion-Russel. L'anno successivo i militanti antiabortisti iniziano il boicottaggio della Hoechst e la casa farmaceutica annuncia rapidamente la cessione, a titolo gratuito, dei diritti sul mifepristone a Eduard Sakiz, ex dirigente in pensione, della Roussel-Uclaf. La produzione dell'RU486 cessa immediatamente. Sakiz, fin dagli anni cinquanta impegnato nelle ricerche sull'aborto farmacologico, fonda in un mese una propria società, la Exelgyn, con un capitale personale di pochi milioni di lire, e ricomincia in tempi brevi la produzione della pillola abortiva. In Cina sin dal 1988 la RU486 è prodotta autonomamente da tre case farmaceutiche: ogni anno viene utilizzata da milioni di donne.

1999: l'Europa

Nel 1999 la Exelgyn, attivando la pratica europea di mutuo riconoscimento per i farmaci, registra il farmaco (con il nome di *Mifegyne*®) in otto paesi dell'Unione (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Spagna e Olanda). L'RU486 era già in uso in Francia, Gran Bretagna e Svezia. Norvegia, Lussemburgo e Grecia chiederanno successivamente la registrazione. Tre sono i paesi esclusi dalla richiesta della Exelgyn: l'Irlanda, dove l'aborto è illegale; il Portogallo, dove è fortemente limitato; l'Italia.

Anni dopo, nel pieno della polemica sulla sperimentazione dell'RU486 a Torino, il Ministro della Sanità Francesco Storace, dichiarerà pubblicamente che la mancata richiesta di registrazione proverebbe la consapevolezza, da parte della casa produttrice, dell'incompatibilità del farmaco con la legge italiana. Ma il 17 novembre 2005 la Exelgyn annuncia che richiederà la registrazione in Italia del prodotto (*La Repubblica*). Nei sei anni trascorsi tra questi due momenti, nessuna richiesta di registrazione è venuta dall'Italia o dalla Exelgyn. Silvio Viale, recatosi a Parigi per incontrare i dirigenti della casa farmaceutica, ricorda: «Non volevano saperne dell'Italia». Con il senno di poi, possiamo capire perché.

2000-2001: Torino e il Piemonte

Nel novembre del 2000, Silvio Viale, Consigliere Comunale dei Verdi, presenta una interpellanza, subito ripresa dai Radicali in Regione, sulla diffusione della contraccezione d'emergenza (la c.d. «pillola del giorno dopo») e sull'aborto farmacologico.

All'Assessore D'Ambrosio (AN), medico antiabortista, Carmelo Palma e Bruno Mellano chiedono «per quale ragione l'aborto farmacologico non sia generalizzato a tutti i casi suscettibili di questo trattamento» ma sia invece «arbitrariamente limitato agli aborti terapeutici» (consentiti solo in caso di malformazioni, malattie congenite, gravi rischi per la donna), successivi al terzo mese. Chiedono inoltre se esista una normativa regionale o nazionale che impedisca «il ricorso generalizzato all'aborto farmacologico».

Un mese dopo, il 12 dicembre, l'Assessore risponderà in Consiglio con parole che è bene riportare: «*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*». Aggiunge che l'unica normativa di riferimento è la legge 194/78, la quale demanda ai medici «la scelta delle modalità».

Comincia così un percorso che vedrà atteggiamenti del tutto diversi da parte di Regione e Ministero, nei confronti dell'aborto farmacologico. Il Presidente Ghigo e la sua Giunta, sostenuta da una maggioranza di centrodestra, daranno presto assicurazioni di non voler incentivare né ostacolare il progetto e manterranno una posizione neutrale. Il Consiglio Regionale non discuterà mai dell'argomento.

Il 29 gennaio del 2001, Viale presenta all'Ospedale Sant'Anna e alla Regione la richiesta di attivare l'aborto medico come alternativa all'intervento chirurgico nelle prime settimane di gestazione. Denuncia come, a causa dei tempi d'attesa e dell'«ingiustificata riduzione dell'attività in alcuni ospedali», l'interruzione della gravidanza venga praticata sempre più spesso negli ultimi dieci giorni utili e spiega come l'aborto medico consentirebbe di intervenire nelle prime settimane, con una sensibile riduzione del rischio per la donna. La richiesta prevede l'utilizzo di tre farmaci: il mifepristone-RU486 (non disponibile in Italia), il metotrexato e il misoprostol (entrambi disponibili).

Il 26 aprile, l'Ospedale Sant'Anna proporrà alla Regione un progetto per l'affiancamento dell'aborto medico a quello chirurgico. Allora Ministro della Sanità, il prof. **Umberto Veronesi**, Premio Nobel per la Medicina, si pronuncia a favore dell'introduzione dell'aborto medico. Silvio Viale gli chiede pubblicamente di verificare, in qualità di Ministro, se le Regioni abbiano, in ottemperanza all'art. 15 della legge 194/78, effettivamente incentivato l'aggiornamento sulle tecniche abortive. La richiesta non ha nessun seguito.

La scelta della sperimentazione

In seguito alla presentazione della richiesta, matura la scelta di procedere tramite un protocollo di *sperimentazione clinica*, da sviluppare al Sant'Anna, che consenta di superare alcuni ostacoli tecnici: sia medici che legali.

Il mifepristone infatti non è in commercio nel nostro paese. Il suo utilizzo sarebbe inoltre stato associato a quello di una prostaglandina già disponibile, ma per altri usi clinici, e con modalità di somministrazione differenti. Nella pratica medica è frequente che si utilizzi un farmaco con modalità e per indicazioni diverse da quelle registrate, ma le norme lo consentono in realtà solo in campo oncologico (decreto Di Bella, 1998). La via della sperimentazione viene ritenuta la più corretta e prudente, per lo meno in attesa della richiesta di registrazione da parte della casa farmaceutica produttrice (che arriverà solo nel 2006). Sarebbero state possibili altre vie. In particolare:

- **il medico avrebbe potuto richiedere al giudice un provvedimento urgente di autorizzazione**, ponendo la questione dei minori rischi, del diritto alla salute della paziente (art. 32 Cost.), della non incompatibilità con la legislazione nazionale e del mancato assolvimento da parte della Regione dell'obbligo legale di favorire l'aggiornamento sulle tecniche abortive più moderne, più sicure e meno invasive (art.15, l.194/78);
- **si sarebbe potuto richiedere, tramite l'azienda sanitaria, il visto del Ministero per l'acquisizione all'estero del farmaco**, dichiarando l'assenza di «valide alternative terapeutiche» (l. 648/1996);
- **il ginecologo avrebbe potuto decidere di utilizzare il farmaco, acquistato all'estero di sua iniziativa, nel rispetto delle proce-**

dure della legge 194. Difficilmente ci sarebbero state conseguenze penali: la somministrazione di un farmaco registrato in Europa, con il consenso della paziente, difficilmente può essere considerato un comportamento «criminale». E l'incompatibilità con la legge 194, sostenuta «autorevolmente» da molti, non è dimostrabile in un'aula di tribunale. Ma di certo la questione da medica sarebbe divenuta giudiziaria e lo scontro si sarebbe concentrato sull'interpretazione della normativa. Sui cavilli di una legge vecchia di tre decenni.

Al di là di queste considerazioni, che spiegano come la via scelta sia la più corretta, e la più rispettosa delle leggi, **la sperimentazione ha comunque un valore scientifico.** Utilizza i farmaci più comuni e diffusi per l'aborto medico, ma varia le dosi e le modalità di somministrazione. È quindi pienamente giustificata anche dal punto di vista medico e della ricerca, e i suoi risultati contribuiranno ad accrescere le conoscenze su questa pratica.

Alcuni mesi dopo la richiesta presentata da Viale all'Ospedale Sant'Anna e alla Regione, il quotidiano *La Stampa* riporta le dichiarazioni favorevoli dei due capi dipartimento, il dott. Massobrio e il dott. Campogrande, e del Direttore Sanitario, Carmelo Del Giudice. La polemica giunge a Roma e il Ministro **Sirchia** rilascia alcune dichiarazioni che sarà poi costretto a ritrattare, sulla «tossicità» del farmaco. L'11 febbraio 2002, come deciso dal direttore generale Gianluigi Boveri, una proposta di sperimentazione clinica, sponsorizzata dal Sant'Anna, viene presentata alla Commissione Regionale per le sperimentazioni cliniche, che in Piemonte funge da «Comitato etico» e che dovrà valutarla.

Il progetto è firmato da due universitari, il prof. Massobrio e il prof. Mascherpa, e da due medici ospedalieri, il dott. Viale e il dott. Campogrande. Partecipano allo studio 100 dei 118 ginecologi del Sant'Anna (52 dei quali, la maggioranza, obiettori). La collaborazione di questi ultimi è possibile in quanto nel progetto è previsto il ricorso ai farmaci anche per casi diversi dall'interruzione volontaria (aborto interno, uovo anembrionato).

Il progetto sarà in seguito ridefinito, limitandolo all'interruzione volontaria della gravidanza, e denominato «IVG con mifepristone

(RU486) e misoprostol». Il 9 settembre, il nuovo testo arriva sul tavolo del Comitato e il 28 ottobre del 2002 il progetto viene approvato a maggioranza: si registra un solo voto contrario. Il membro designato dalla Corte d'Appello di Torino si assenta al momento della votazione. Per l'importazione del farmaco è ormai necessario il solo «giudizio di notorietà» (la certificazione che i farmaci in oggetto siano già stati utilizzati sull'uomo).

La prima ispezione

A due anni dall'inizio della battaglia, la sua conclusione sembra così già vicina. Adempite le ultime formalità, il Sant'Anna avrebbe potuto deliberare l'inizio della sperimentazione. Ma appena 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 giorno dopo è costretto ad ammettere che «non c'è nulla da scoprire», ma il Ministro non si arrende: 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. Il verbale, inviato il 27 gennaio 2003, ingiunge di «far pervenire la documentazione per le successive determinazioni almeno 60 giorni prima dell'avvio della sperimentazione» e richiama la necessità di «attendere il parere dell'Ufficio legislativo del Ministero» per quanto riguarda la compatibilità della sperimentazione con quanto disposto dalla legge 194. Le carte si scoprono: intenzione del Ministero è dimostrare la non ammissibilità dell'aborto medico sulla base della legge sull'aborto del 1978. Un primo parere dell'Ufficio legale non si fa infatti attendere e ripete, in sostanza, quanto sostenuto dal Procuratore aggiunto di Torino, Raffaele Guariniello, un mese prima, all'apertura di un'inchiesta evidenziata dai giornali con titoli del tipo: «La pillola per abortire: per il PM il test è illegale» (*Corriere della Sera*). Quello che sostiene il Ministero, ed è stato rilevato dallo zelante magistrato tori-

nese, può essere brevemente riassunto così.

La legge 194 - lo abbiamo visto - prevede all'articolo 8 che l'interruzione volontaria della gravidanza debba essere praticata «da un medico del servizio ostetrico ginecologico presso un ospedale[...], il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie». L'interpretazione ministeriale della norma è che l'espulsione del prodotto del concepimento, che segue all'aborto vero e proprio, debba avvenire anch'essa «presso un ospedale», all'interno della struttura ospedaliera (!).

Il 19 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. L'Ufficio legislativo dovrà esaminarlo e dare il suo assenso.

Il 28 aprile, più di un mese dopo, il Ministero comunica di essere ancora in attesa del parere definitivo, precisando che la sperimentazione potrà essere avviata «solo se l'Ufficio legislativo la riterrà conforme alla 194».

Non stupisce che per individuare nel testo della 194 cavilli che escludano l'aborto medico praticato in regime ospedaliero sia necessario molto, moltissimo tempo - sostanzialmente un tempo indeterminato. Quello che stupisce è il tono perentorio con cui il capo degli ispettori, Umberto Filibeck, ritiene che all'Ufficio legislativo del Ministero della Salute spetti di dare interpretazioni autentiche della legge. Viale denuncia la natura strumentale e intimidatoria della procedura scelta dal Ministero ed evidentemente volta, tramite una forzatura della legge, a rinviare a tempo indeterminato l'avvio della sperimentazione.

Nel frattempo la vicenda è entrata nelle cronache locali e nazionali. Il 12 dicembre 2002, in una conferenza stampa intitolata: «RU486, da Torino in tutta Italia», presenti Emma Bonino, Silvio Viale e Carmelo Palma viene annunciata l'intenzione di promuovere l'introduzione della pillola abortiva in tutto il paese. L'iniziativa raccoglie qualche adesione. Il 15 gennaio 2003, Giuliana Manica, consigliere regionale DS, chiede ufficialmente all'Ospedale Maggiore di Novara di iniziare la sperimentazione dell'RU486. Inizia l'iter che porterà numerose richieste di utilizzo dell'RU486 sul tavolo del Ministro, richieste prove-

nienti da tutta Italia (vedi *Chi ha seguito l'esempio*).

In febbraio, un caso di cronaca nera scuote l'attenzione del pubblico e riporta il dramma delle gravidanze indesiderate delle minorenni all'attenzione di tutti: a Rivoli (TO) un ragazzo sedicenne si suicida perché alla sua fidanzata non è stato permesso di abortire. Silvio Viale denuncia il mancato rispetto della legge 194, che prevede in caso di mancato assenso dei genitori il ricorso al giudice tutelare.

Convegni e manifestazioni sulla necessità di introdurre l'aborto farmacologico si susseguono in tutta Italia.

Il 16 giugno 2003, il Comitato etico regionale prende atto delle modifiche presentate dal Sant'Anna al protocollo di sperimentazione. L'Ufficio legale del Ministero della Salute non ha ancora emesso alcun parere di conformità alla legge 194.

Il 23 ottobre 2003, a un anno dall'approvazione da parte del Comitato etico, Silvio Viale denuncia nuovamente l'ostruzionismo del Ministero. È evidente l'intenzione di rinviare il più possibile l'inizio della sperimentazione.

Il 27 luglio 2004, dopo un anno e mezzo dalla trasmissione dei documenti, l'ufficio legale del Ministero autorizza l'inizio della sperimentazione. I Consiglieri Palma e Mellano commentano: «Il Ministero non ha fatto che applicare la legge 194». Sono passati quasi quattro anni dalle prime interpellanze al Comune e in Regione.

Nel mese successivo il Ministro Sirchia fa alcune dichiarazioni, in parte smentite, sulla necessità di rivedere la legge sull'aborto. È probabilmente il primo passo del cammino silenzioso che porterà, nel 2005, la Commissione Affari Sociali della Camera ad avviare un «inchiesta» sull'applicazione della legge, in cui la tesi sostenuta dal nuovo Ministro **Storace** sarà che la 194 non è stata applicata nella parte relativa alla prevenzione degli aborti. Il 17 agosto 2004 il senatore Antonio Gentile (FI) propone di far pagare il ticket alle donne che abortiscono per la seconda volta. Silvio Viale rileva come tale imposizione sarebbe «assolutamente illegale». Nel momento in cui scriviamo nessun esponente politico di rilievo ha ancora proposto una revisione in senso restrittivo della legge, ma le manovre indubbiamente rivolte ad una sua rivisitazione (come la modifica della legge sui consultori) hanno provocato reazioni da parte di molte forze politiche e della società civile.

2005: l'inizio della sperimentazione e il secondo stop

settembre

È l'8 settembre 2005. Dopo l'avallo definitivo del Ministero e a cinque anni dall'interrogazione all'Assessore D'Ambrosio, l'Ospedale Sant'Anna annuncia che con l'avvio della sperimentazione la prima donna ha abortito utilizzando l'RU486. Si scoprirà successivamente che l'espulsione avvenne dopo le dimissioni, a casa della paziente. Silvio Viale, in seguito, commenta: «la donna non ha corso nessun rischio. Temevamo piuttosto che non funzionasse proprio nel primo caso, ma invece tutto andò bene».

Bruno Mellano, ora Segretario dell'Associazione radicale Adelaide Aglietta, saluta l'iniziativa come la conclusione di una battaglia politica durata anni: per molti versi però la sfida è appena cominciata.

Già il 10 settembre, il Ministro Storace annuncia una immediata ispezione al Sant'Anna. Silvio Viale ricorda che: «il progetto è stato a lungo analizzato dagli ispettori della Direzione Generale della farmacovigilanza, che nel luglio 2004 hanno trasmesso il parere positivo della V sezione del Consiglio Superiore di Sanità».

Dopo essere stata la prima sperimentazione soggetta ad ispezione prima del suo inizio, quella dell' RU486 diventa la prima sperimentazione ad essere ispezionata per la seconda volta a poche ore dal suo inizio.

Nei giorni seguenti numerosi quotidiani affrontano l'argomento. Quella che segue è una carrellata degli interventi anti-RU486 riportati dalla stampa nel mese di settembre. La riportiamo per permettere ai lettori di farsi un'idea sulla competenza, sulla serietà e sulle opinioni di alcuni volti noti della politica e non solo.

Agostino Ghiglia (Presidente di AN per la Provincia di Torino) dichiara ai giornali: «È una follia. Nessuna può permettersi il lusso di abortire con tanta semplicità». E ancora: «Le donne devono avere la consapevolezza che quando abortiscono commettono un atto di una certa gravità». Definisce l'RU486 come la «pillola scacciapensieri». Al Presidente Ghiglia, se mai leggerà queste righe, consigliamo di andare a leggersi le ragioni per cui le donne *non* scelgono l'aborto medico nei paesi in cui questo è in uso: troppe tempo, troppe visite, paura di essere scoperte eccetera. Alla faccia del «lusso».

Il **Ministro Storage** dichiara al quotidiano *La Sicilia*: «È giusto sapere se questo farmaco fa bene o fa male». Prendiamo atto. Dopo una ispezione ministeriale e mesi trascorsi a ispezionare le carte, è necessario verificare se il farmaco «fa bene o fa male». **Agostino Ghiglia** si domanda ancora: «Dove sono le autorizzazioni? Da chi sono state rilasciate? Non vorremmo che la salute delle donne venisse messa a rischio da qualche personaggio in cerca d'autore...» Dalle domande che pone, sembra che Ghiglia non abbia seguito molto la vicenda negli ultimi quattro anni.

Giuliano Ferrara, dalle colonne del Foglio, si lancia in considerazioni sui massimi sistemi. Il 12 settembre scrive, dopo aver consigliato di rimettere le decisioni a un *comitato di saggi*, che: «Ne va della libertà sessuale, della separazione tra sesso e riproduzione, *ne va del potere femminile sulle pretese del patriarcato*». E conclude: «Ci rivediamo quando si sarà capito che la donna tedesca madre di quattro figli che ne aveva fatti e seppelliti altri nove nel giardino di casa sua non è una assassina seriale ma una rigorosa abortista del nono mese». Piuttosto impressionante, ma tutto sommato innocuo.

Meno innocuo invece il Ministro Storage, che non perde tempo a rivelare le sue intenzioni. Da *La Stampa*, 15 settembre: «Dopo aver ascoltato i miei ispettori deciderò se interrompere o meno la sperimentazione».

Gli ispettori non hanno ancora inviato alcuna relazione, e il Ministero ha perso mesi ad analizzare il protocollo utilizzato al Sant'Anna, ma il Ministro pensa già di bloccare il Sant'Anna. E mostra un certo nervosismo.

Il giorno precedente, alla Camera, durante il question time, **l'On. Volontè** (UDC) ha chiesto proprio a Storage se non sia il caso di sospendere la sperimentazione in attesa di verificare le irregolarità «*risultanti dalle polemiche apparse sui quotidiani*», alla luce dei «casi drammatici noti a tutti» (?) occorsi nei paesi in cui il farmaco è in uso (resoconto stenografico 3-05009, 14/9/2005, seduta n.670).

Gli ispettori inviano il loro rapporto al Ministero. Senza attendere un attimo, **il 21 settembre, Francesco Storage 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. E la legge 194 non ammette «aborti casalinghi», come li definisce **Piergiorgio Benvenuti** (AN).

Storage denuncia un «caso»: la prima donna sottoposta alla sperimentazione ha abortito «a domicilio». Racconta Viale: «Dopo aver preso la seconda pillola è rimasta in ospedale tutto il pomeriggio a leggere un libro. Abbiamo dedotto che il farmaco non avesse fatto effetto. Quando al signora ha chiesto di tornare a casa, abbiamo accettato. Poche ore dopo mi ha telefonato: «Dottore, ho qualche dolore». Poi: «Ho qualche perdita di sangue». Era giovedì sera. Quando *lunedì* è tornata per l'aborto chirurgico, abbiamo constatato che aveva già abortito. Niente è stato «fuori controllo». E il Ministro ha reso pubblica la cartella clinica. Dovrebbe vergognarsi.» Poi aggiunge: «Confondere una perdita di quel genere con una emorragia è qualcosa che si perdona a un profano, non certo al Ministro della Salute in un atto ufficiale».

L'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Valpreda (PRC), dichiara: «Siamo sconcertati di fronte ad una decisione che ha il sapore di un intervento strumentale, peraltro ampiamente annunciato». Ma non basta. Il 22 settembre, Storage arriva ad affermare (*La Stampa*) che il parere del Consiglio Superiore di Sanità di un anno e mezzo prima - quello che *autorizzava* la sperimentazione - *era stato* «un parere negativo» (!).

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

L'ordinanza del Ministro impiega diversi giorni ad essere recapitata al Sant'Anna; nel frattempo, la somministrazione dell'RU486 prosegue. Diversi articoli di cronaca raccontano l'apprensione delle pazienti in lista che non sanno se e quando potranno assumere la pillola. Grazia Longo, *La Stampa*, 23 settembre: «L'hanno chiamata pillola scacciapensieri [...] ma una mattina al Day Hospital del Sant'Anna, al terzo piano dove lavora il dottor Viale, racconta un'altra verità. In cinque si sono presentate ieri per ricevere la RU486. Età, professione, estrazio-

ne sociale diverse ma tutte con la stessa preghiera muta negli occhi. Ottenere la pillola nonostante il divieto del Ministro Stora».

Il Ministro pretende il ricovero per tutta la durata del trattamento. Compreso il periodo di due giorni tra l'assunzione del primo e quella del secondo farmaco. Senza queste «cautele» non sarà possibile riprendere la sperimentazione. Il 26 settembre, Giulio Manfredi (Radicali Italiani) dichiara alla stampa: «In nessuno degli stati in cui è possibile assumere il mifepristone è previsto il ricovero fra l'assunzione delle due pillole... ma forse il Ministro vuole adottare l'autarchia sanitaria!»

Due giorni dopo il Sant'Anna appronta il nuovo protocollo di sperimentazione, che accoglie le richieste del Ministro, pur di poter riprendere gli interventi. «Il Sant'Anna rispetterà l'obbligo del ricovero» chiarisce Viale «ma un ospedale non è un carcere. Se una signora vorrà uscire per andare a prendere i figli a scuola non potremo certo farla fermare dai carabinieri».

ottobre

Il 4 ottobre, il Comitato regionale per le sperimentazioni cliniche, presieduto dall'Assessore Valpreda, esaminato il nuovo protocollo, dà il via libera alla ripresa della sperimentazione. **Essendo la competenza nel valutare i rischi per la salute e le diverse controindicazioni propria del Comitato, non esistono più elementi per mantenere l'ordinanza di sospensione.** Ma il 12 ottobre, il Ministero precisa in un comunicato stampa che: «a tutt'oggi, non è arrivata alcuna comunicazione in merito alle modifiche del protocollo, così come richiesto dall'ordinanza del Ministro». Quanto tempo può impiegare un plico di documenti a raggiungere Roma da Torino e viceversa?

La vicenda ha qualcosa di incredibile. Il plico viene inviato dal Sant'Anna il dieci ottobre, tramite i messi comunali, come prescritto dalla legge. Spiega Silvio Viale: «I messi di Torino devono consegnarlo ai messi romani, i quali lo porteranno al Ministero. Il Ministero produrrà la «relata» - una specie di ricevuta di ritorno - e la invierà al Sant'Anna con lo stesso sistema».

Ora: il 10 ottobre il plico parte da Torino. Il Ministro dichiara solo il 23 ottobre, tredici giorni dopo, di aver ricevuto la documentazione. È inevitabile qualche ironia. «Sembra di essere nell'ottocento: il messagge-

ro che parte a cavallo e non arriva mai» dichiara Viale alla stampa, «sarà stato fermato dai briganti o si sarà fermato a ubriacarsi ad ogni stazione di posta?». Giunta la documentazione, non è necessaria nessuna procedura particolare: il Ministero dovrebbe semplicemente prenderne atto e inviare la «ricevuta di ritorno» tramite i messi comunali. Invece, lascia passare *cinque giorni* (il documento è stato protocollato il 27 ottobre) e con calma lo spedisce a Torino. Il 2 novembre, più di *venti giorni dopo l'invio del plico*, un fax annuncia al Sant'Anna il *prossimo recapito* della «ricevuta», che arriverà solo giorni dopo. Sembra assurdo, in un'epoca in cui bastano poche ore per ricevere una foto da Saturno, ma tant'è. Il Ministro assicura di «non avere intenzione di allungare i tempi oltre misura». Ci domandiamo cosa sarebbe avvenuto in caso contrario.

Il 22 ottobre, Silvio Viale invita il Ministro Stora, in visita a Torino per impegni di partito, ad un incontro con i medici del Sant'Anna, ma Stora declina subito l'offerta come «inopportuna». Anzi, rifiuta addirittura di rivolgere la parola a Viale e ai Radicali, che lo contestano all'inaugurazione dell'Ospedale di Mondovì (CN). Il 26, in Parlamento, Stora relaziona sull'attuazione della legge 194. Giulio Manfredi (Comitato Nazionale Radicali Italiani), denuncia come la relazione sia stata presentata con *otto mesi di ritardo* rispetto alle previsioni della legge. La responsabilità ricade anche sul predecessore di Stora, Sirchia, che si dimise ad aprile, mentre avrebbe dovuto presentare la relazione entro febbraio. Abbiamo capito che la puntualità non è una dote dei Ministri della Salute!

A fine mese il Sant'Anna comunica che il 7 novembre ricomincerà la somministrazione dell' RU486. La maggioranza delle donne escluse dall'ordinanza del Ministro, dopo un mese di sospensione, non farà più in tempo a ricorrere all'aborto medico. La necessità del ricovero pone alcuni problemi organizzativi. «Affronteremo tre casi per turno: speriamo di poter organizzare due turni alla settimana» dichiara Viale.

novembre

Alla ripresa della sperimentazione, questa volta con obbligo di ricovero per i quattro giorni del trattamento, la carenza di posti letto impone di trattare un numero inferiore di pazienti ogni settimana. Si pro-

segue secondo il protocollo, ma un gran numero di donne in lista per assumere l'RU486 saranno escluse e dovranno ricorrere all'aborto chirurgico.

Colpisce la storia di una giovanissima coppia, pubblicata da *La Stampa* all'indomani dello stop: «*Anna ha 21 anni, serve ai tavoli in una pizzeria. È pallida come un cencio e non spiccica una parola. Più chiacchierone, per il nervoso però, è il suo ragazzo, più giovane di lei di due anni. «Non possiamo diventare genitori. Sì, lo so, dovevamo pensarci prima. Anna aveva già parlato con la ginecologa per prendere la pillola anticoncezionale ma poi è rimasta incinta, e a casa non lo può certo dire. Quando abbiamo visto al TG che la pillola per l'aborto veniva sospesa ci è preso il panico. Anna non può essere ricoverata. Che gli dice ai suoi?»*».

Il 12 novembre vede un nuovo scambio animato tra Silvio Viale e il Ministro. Storace ha definito «barbara» la «corsa» all'uso della pillola abortiva. Viale replica: «Barbaro è chi vorrebbe costringere le donne ad abortire con il solo intervento chirurgico». Poi aggiunge: «L'Ordine dei Medici e il suo presidente devono uscire dalla latitanza per denunciare le interferenze politiche del Ministro». Fino a quel momento non c'è stata nessuna pronuncia ufficiale dell'Ordine.

Il 14 novembre, un deputato della Margherita, **Giuseppe Fioroni**, rilascia un'intervista sulla RU486, riportata dal sito del *Corriere*: parla di un «protocollo stipulato con il Ministero», afferma che l'importazione di farmaci non registrati dall'estero è possibile solo per i «salvavita» e definisce queste procedure «sotterranee». Parla anche di «dati scientifici» che dimostrerebbero la pericolosità del farmaco se somministrato a domicilio. Viale replica sdegnato: «Lo sfido a dimostrare la pericolosità del farmaco somministrato senza ricovero: citi i dati scientifici a cui si riferisce. Fioroni ha dimostrato di non conoscere e affermato il falso». Il giorno seguente, forse rincuorato dalle affermazioni dell'esponente del centrosinistra, Storace afferma che «*occorre verificare se l'aborto farmacologico sia meno invasivo di quello chirurgico*» (ANSA.it). Occorre verificare tutto. Viene da chiedersi cosa abbia verificato il Ministero in due ispezioni e mesi di lavoro sulla documentazione.

Il 16 novembre, il Ministro dichiara alla Camera che «non è mai stata sollecitata la registrazione nel nostro paese (dell'RU486, N.d.R.) e ciò pone ovvi quesiti sulle motivazioni dell'azienda produttrice».

Ma proprio il giorno seguente la Exelgyn comunica di voler iniziare le procedure per la registrazione del prodotto, con sei anni di ritardo rispetto alla gran parte dei paesi dell'Unione Europea.

«Nel 1999» dichiara il presidente della società «si evitò espressamente di inserire Italia Spagna e Portogallo nella lista dei paesi richiesti perché si sapeva che in quei paesi le resistenze della lobby antiabortista sarebbero state fortissime» (*Repubblica*). Una smentita non avrebbe potuto essere più categorica, ma i giornali lasciano correre.

Nelle settimane seguenti Storace dimostra di avere sempre avuto molto a cuore la questione dell'aborto. Viene resa pubblica dai giornali l'intenzione di riformare i consultori: «*ci metteremo i volontari e volontari del Movimento per la Vita. Ci sto lavorando, è un'idea sempre più consolidata*» (*Corriere della Sera*, 13/11). Su *Il Secolo XIX*, il Ministro commenta la dichiarazione del cardinale di Genova Bertone, secondo cui «la pillola equivale a buttare un neonato nel cassonetto», con: «bravo il cardinale».

Anche in Parlamento, per la verità, non si va per il sottile. **On. Gianni Mancuso** (AN), interrogazione n.3-05175, resoconto stenografico: «*Pochi sanno che, tra la prima e la seconda somministrazione la donna tiene al suo interno l'esserino morto...*»

La stampa riporta alcune notizie diffuse negli Stati Uniti, relative alla pericolosità del mifepristone (vedi *Come funziona l'RU486, I rischi*). Viale commenta: «La probabilità di morte è identica a quella dell'aborto chirurgico. Prendere la pillola è meno pericoloso di fare un viaggio in auto: se le vetture avessero i bugiardini le controindicazioni sarebbero ben più numerose. Chi parla di rischi dovrebbe dire che ogni anno muoiono 50 donne di gravidanza, nel nostro Paese. Di aborto - dal '78 - risultano due morti».

Sandro Bondi, coordinatore di Forza Italia, dichiara a *La Stampa*: «La verità è che con questa pillola del giorno dopo (sic) si esce dalla 194. Ci si arroga un diritto che non è legittimato da alcuna legge dello Stato». Bondi dimostra di aver studiato a fondo la questione. Replicando, Viale lancia una provocazione al Ministro Storace, che ha dichiarato di voler «autorizzare personalmente» ogni richiesta di importazione dell'RU486. E lo sfida: «*Richiesta di importazione per la Signora XY del farmaco Mifepristone, registrato in Europa come Mifegyne®, non essendovi in*

Italia alternativa terapeutica, se non utilizzando ai sensi di legge i farmaci Metitrexate o Tamoxifene, non essendo possibile considerare in alternativa l'intervento chirurgico. Vorrei vedere se il Ministro si assumerebbe la responsabilità di rifiutarla. Se lo facesse, di fatto mi autorizzerebbe a usare gli altri due farmaci».

Il Ministero però fa sul serio e ha inviato una circolare agli uffici sanitari di frontiera che recita: «Ciascuna richiesta di importazione del farmaco che pervenga a questi uffici sarà sottoposta a preventiva autorizzazione». Il decreto che regola la materia prevede semplicemente l'invio al Ministero di «una copia della richiesta» ma è credibile che gli addetti lo facciano notare al Ministro? La circolare pone tra l'altro un problema: a chi va fatta la richiesta di importazione?

In gennaio, Storace modificherà il decreto stesso. Mentre scriviamo, il testo non è stato ancora reso pubblico.

A fine novembre, l'UDC lancia tramite il Segretario Cesa la proposta di una commissione di inchiesta parlamentare sull'attuazione della legge 194. Critiche piovono da tutto il centrosinistra e parte del centrodestra: i tempi - si obietta - sono troppo stretti per una indagine seria. La legislatura è al termine. In dicembre, come vedremo, sarà la Presidenza della Camera (cioè Pier Ferdinando Casini, dell'UDC) a dare il via a una indagine conoscitiva della Commissione Affari Sociali, votata a maggioranza dal centrodestra.

Parallelamente, in quei giorni, si sviluppa un'altra vicenda, che riporta sotto i riflettori la «pillola del giorno dopo», contraccettivo disponibile in Italia su prescrizione medica. Enrico Mentana, nel corso della trasmissione *Matrix*, presenta uno scoop: una coppia di giovani giornalisti vaga per tutti gli ospedali della capitale senza riuscire a farsi prescrivere la pillola. Nei giorni successivi viene presentata una interrogazione parlamentare (da Cinzia Dato, Margherita) e un esposto radicale alla Procura di Roma. I Radicali romani scrivono a Storace, chiedendogli di prendere posizione. La risposta lascia allibiti: il Ministro, citando una nota del Comitato Nazionale di Bioetica e dimenticando le numerose disposizioni di legge che obbligano alla prescrizione del farmaco, sentenzia: «*Ritengo che, sotto il profilo dell'etica medica, non sia censurabile l'operato di chi si è rifiutato di prescrivere il farmaco*» (la lettera di Storace è disponibile sul sito www.associazioneglietta.it). Si

può perdonare a un non-medico una valutazione avventata sull'etica professionale dei medici; ma un Ministro non può ignorare la legge. I Radicali romani ricordano a Storace come «sulla legittimità o meno del rifiuto dei medici nel prescrivere il farmaco *nessuna rilevanza* può avere una nota del Comitato Nazionale di Bioetica». La legge e la scienza medica stabiliscono infatti che per «effetto interruttivo della gravidanza» occorre fare riferimento ad un momento successivo all'annidamento dell'ovulo nell'utero materno. Il farmaco è a tutti gli effetti un contraccettivo d'emergenza e come tale la sua prescrizione non può essere rifiutata dagli obiettori. Spiega Viale: «Un farmaco d'urgenza, qualificato come contraccettivo da un decreto dello stesso Ministero della Sanità, non può essere rifiutato semplicemente invocando l'obiezione di coscienza. Per farlo, il medico dovrebbe: a) visitare la paziente e b) *accertare la gravidanza* (impossibile a poche ore da un rapporto non protetto). Per rifiutare la prescrizione in quanto «obiettore» dovrebbe quindi *certificare* la gravidanza o addurre altre motivazioni *mediche*. Il mancato rispetto delle leggi è di per sé grave. Ma il suo avallo da parte di un Ministro della Repubblica è semplicemente vergognoso».

dicembre

L'ultimo mese del 2005 inizia con la politica, quella «ufficiale», in prima linea nell'espone proposte e strategie di prevenzione degli aborti. La questione è esplosa dopo anni di silenzio e si fa a gara tra i partiti per dimostrare attenzione al problema.

Il 1° dicembre un emendamento alla Finanziaria a firma Fioroni (DL)-Bindi (DL)-Turco (DS) chiede l'introduzione di un assegno per le donne in gravidanza: 250 euro dal sesto mese al parto per le donne disoccupate, casalinghe o impiegate con contratti di lavoro «flessibile» che non prevedano tutele per la maternità. Il tutto limitato alle famiglie con redditi inferiori ai 40.000 all'anno. Per le donne single, italiane e immigrate regolari, con reddito inferiore ai 25.000 euro, l'assegno sarebbe di 350 euro dal terzo mese. **Monsignor Elio Sgreccia, della Pontificia Accademia per la Vita, è compiaciuto: afferma che sarebbe una «trasposizione a livello statale» dell'iniziativa già sperimentata dal Movimento per la Vita, che già fornisce un assegno mensile alle donne che rinunciano ad abortire.**

Critiche arrivano da Verdi, dai comunisti e dalla CGIL. Silvio Viale definisce il provvedimento «benvenuto, ma irrilevante sulla scelta di abortire, come sono benvenute e irrilevanti tutte le altre manchette», riferendosi all'assegno una tantum di mille euro per il secondo figlio, introdotto dal Governo.

Nel frattempo, la Commissione Affari Sociali della Camera, con il voto della sola maggioranza (e l'astensione del Nuovo PSI), chiede l'avvio di una inchiesta conoscitiva sull'attuazione della legge 194, relativa in particolare all'aspetto della prevenzione. Il Presidente della Camera, Casini (UDC), dichiara che «difficilmente» il suo assenso potrà essere negato. Ma Luciano Violante (DS), ex Presidente, dai microfoni di Radio Radicale lancia un appello al suo successore: «Che valuti attentamente le circostanze. Mancano pochi giorni alla chiusura delle Camere. A chi consegnerà i risultati la Commissione?»

I Radicali colgono l'occasione per rilanciare la contraccezione come misura di prevenzione degli aborti. Silvio Viale prescrive «la pillola del giorno dopo» a oltre 200 studentesse di fronte all'Università «La Sapienza» di Roma, nel corso di una manifestazione congiunta di radicali e socialisti. «Occorre abolire l'obbligo di ricetta» dichiara. «L'efficacia del farmaco è massima entro le prime 12 ore e dopo si dimezza ogni 12 ore. Non ha controindicazioni, non è un farmaco abortivo. E non è una «bomba ormonale»: io stesso l'ho assunto pubblicamente in una manifestazione analoga, a Torino, nel maggio 2004». E ritornando sulla polemica sollevata dall'inchiesta di *Matrix*, aggiunge: «I medici che rifiutano la prescrizione, pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, devono precisare i motivi del rifiuto per iscritto o sono penalmente perseguibili, come ha dimostrato l'inchiesta della Procura di Roma. È sfido chiunque a indicare motivazioni mediche o legali».

Perfino nella maggioranza l'avvio dell'inchiesta parlamentare sulla 194 fa storcere il naso a qualcuno. Il **Ministro Prestigiaco** (FI) esprime dubbi sull'iniziativa e lancia una proposta: distribuzione gratis dei preservativi agli adolescenti. Proposta subito criticata da Lega, AN e dal Ministro Storace. Riguardo all'inchiesta, Daniele Capezzone, segretario di Radicali Italiani, dichiara: «Si apprende che la Commissione dovrebbe avviare i suoi lavori attorno al 10 gennaio, per concluderlo improrogabilmente (dice lo stesso Casini) il 31 dello stesso mese! È una cial-

troneria: una passerella propagandistica utile a Storace nei giorni pari e a Casini nei giorni dispari per farsi un pezzo di campagna elettorale». Viale aggiunge: «Una commissione seria dovrebbe fare il giro dell'Italia, per accertare l'applicazione della legge su tutto il territorio nazionale. Scoprirebbe che in Basilicata - per esempio - l'83% dei ginecologi ospedalieri è obietto. Il Ministro parla di un «diritto a non abortire» non garantito. Si informi: anche il diritto ad abortire è ben lontano dall'essere garantito. Pochi giorni fa ho ricevuto la telefonata di una coppia di genitori siciliani. La loro figlia, di 14 anni, era incinta al terzo mese, prossima al limite dei 90 giorni per l'aborto volontario. Nell'ospedale più vicino le avevano detto che non era possibile intervenire in tempo, anche se forse, pagando, si sarebbe potuto fare in qualche modo... Hanno letto di me e del Sant'Anna sui giornali, mi hanno contattato. Ho dovuto consigliare loro di venire a Torino il lunedì successivo, dove la loro figlia ha potuto abortire. Mi hanno chiesto se la legge è la stessa in tutta Italia. Ho risposto: sì, ma non sembra».

Il 4 dicembre, autorizzando con una certa celerità l'inchiesta parlamentare, Casini raccomanda che sia «rigorosamente conoscitiva». Daniele Capezzone replica: «Cosa sperano di conoscere in 15 giorni di lavori effettivi?». Intanto i giornali fanno a gara tra loro, come in un nuovo «caso Cogne».

Il quotidiano *Il Tempo* pubblica in prima pagina la foto di un feto abortito e titola: «La fabbrica degli aborti». Il suo Direttore, **Franco Bechis**, definendo Viale «Ayatollah della RU486», lo sfida ad affiggere quella foto nel proprio ospedale, «come una presenza muta».

Segue la risposta di Silvio Viale: «Caro Direttore, accetto la sfida. Lei dice che la foto di un feto di 12 settimane, integro, fra le mani di una donna, è un fatto, non un artefatto. Io allora la sfido a pubblicare in prima pagina la foto di un feto di 20 settimane, abortito perché Down. E a rispondere a questo: perché oltre il 99% delle donne, cattoliche certamente incluse, decide di fare le analisi che permettono di scoprire se il «bimbo» che portano in grembo sia Down, per poi eventualmente abortirlo? Perché chi pensa che la «persona» esista fin dalle prime cellule la ammazza quando scopre che è Down? Se riteniamo che una cellula fecondata sia «persona» dobbiamo necessariamente affermare che ognuno di noi è il sopravvissuto casuale di una strage di propri «fratelli» e «sorelle», che comincia nelle tube e si conclude con

le scelte dei propri genitori. Vuole una proposta? Che ognuno scriva sulla propria Carta d'Identità, se lo desidera, «io sono contro l'aborto»: un impegno solenne che in fondo comporta solo lo sforzo di rifare i documenti, il giorno in cui ci si trovasse con un test di gravidanza positivo in mano, nel momento più sbagliato».

Il 14 dicembre, il Ministro della Salute, Storace, apre i lavori della Commissione Affari Sociali, denunciando che in Italia, dal 1978 vi sono stati quattro milioni di bambini mai nati, e stigmatizzando la mancata prevenzione, prevista dalla legge 194, senza però nemmeno citare, tra le opere di prevenzione, i contraccettivi (!)

La stessa relazione conclusiva della Commissione li citerà solo di sfuggita.

Inizia la sfilata di rappresentanti delle associazioni, soprattutto cattoliche, che costituiranno la maggioranza delle audizioni di fronte alla Commissione. Le deputate del centrosinistra contestano l'audizione del Ministro e denunciano nuovamente il carattere strumentale dell'iniziativa; un mese è il tempo massimo concesso per l'inchiesta: il 31 gennaio 2006 i lavori dovranno terminare per lo scioglimento delle Camere. L'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica richiede ed ottiene di essere audita dalla Commissione l'11 gennaio: a rappresentarla sarà Silvio Viale.

Finalmente, il 21 dicembre, il Consiglio Superiore di Sanità prende atto della regolarità delle procedure di sperimentazione al Sant'Anna di Torino, smentendo di fatto il Ministro Storace. Rileva Viale: «La preoccupazione espressa dal Consiglio, relativa al fatto che la donna possa «firmare per uscire» è francamente ridicola, e dimostra la non-conoscenza della pratica clinica: è scontato che l'uscita in permesso sia subordinata alle condizioni cliniche e al parere del medico».

Il 27 dicembre, un gruppo di uomini e donne anti-abortiste manifesta di fronte al Sant'Anna con cartelli e lumini. Viale dichiara: «Le Forche Caudine per le donne che aspettano di abortire sono veramente troppo. Ci si aspetterebbe almeno il rispetto per le persone, se non per le loro scelte».

gennaio

Dopo le vacanze di Natale e a pochi giorni dalla manifestazione or-

ganizzata dalle donne a Milano per la difesa della legge 194, promossa da «Usciamo dal Silenzio» (www.usciamodalsilenzio.org), Silvio Viale presenta alla Commissione Affari Sociali il suo contributo all'inchiesta parlamentare sulla legge. Lancia denunce precise: «La contraccizione è in calo, la pillola anticoncezionale molto meno usata dalle donne italiane che all'estero. È assente dalla nostra cultura, e i risultati si vedono. I dati ufficiali dell'Istat dimostrano come gli aborti tra le più giovani non sono affatto in calo, in controtendenza con quelli delle donne più adulte. Tra i 15 e i 19 anni si è abortito nel 2002 più che nel 1982, venti anni prima. Tra i 20 e i 24 non c'è stata alcuna diminuzione». La legge 194 poi non è applicata, come sostiene il Ministro, non solo e non soprattutto nella parte in cui prevede la prevenzione: «L'intervento dovrebbe essere praticato entro 7 giorni ma i tempi d'attesa spesso superano le tre-quattro settimane. L'obiezione di coscienza impedisce di fatto che in molte strutture si fornisca il servizio. In Basilicata il 90% dei ginecologi ospedalieri è obietttore». Parla quindi dei medici che, come lui, praticano gli aborti: «In Italia siamo pochi, dai 600 agli 800. Tre decenni di prassi dimostrano che lavoriamo di più, siamo pagati allo stesso modo e abbiamo meno chance di carriera. Aggiungendo che fare aborti non è certo gratificante, si può capire come oggi chi presta questo servizio pubblico sia di fatto un volontario».

La Rosa nel Pugno (il nuovo soggetto politico formato da Radicali e SDI) presenta una proposta di riforma della legge 194 del '78, definendola una «evoluzione aggiornata» della legge attuale.

Una legge, quindi, sulla scia di quella esistente, ma con alcune importanti novità. Il testo della proposta e la sua analisi sono riportati in conclusione.

Il 14 gennaio 2006, decine di migliaia di donne e uomini sfilano a Milano chiedendo la fine degli attacchi alla 194, l'introduzione dell'RU486 in tutta Italia e l'abolizione della ricetta per la pillola del giorno dopo. La faccia del Ministro Storace spicca su una scopa di saggina e uno striscione recita: «spazziamoli via». Su un cartello si legge: «NO RU-INI, SÌ RU-486». In contemporanea, a Roma, una manifestazione chiede l'introduzione dei PACS (riconoscimento unioni civili, tutela famiglie di fatto). Aderiscono a entrambe le iniziative i parti-

ti dell'Unione di centrosinistra, ad eccezione della Margherita e dell'UDEUR. L'Osservatore Romano, con arroganza insolita, definisce entrambe le iniziative «provocazioni inutili».

Silvio Viale è a Torino, nella sua trincea del Sant'Anna, e sta somministrando l'RU486 alla paziente numero centotré.

Ai primi di febbraio, la *Exelgyn* comunica di avere effettivamente avviato le procedure per il mutuo riconoscimento: «Entro ottobre otterremo una risposta. Stiamo per commercializzare il mifepristone in Italia» dichiara il Presidente Alexandre Lombroso.

Conclusioni: sei anni dopo, tanti dubbi e un pizzico d'orgoglio

È logico prevedere che nei prossimi mesi ed anni si continuerà a parlare di aborto e di aborto medico più di quanto si è fatto nei vent'anni che hanno preceduto l'iniziativa di Silvio Viale e dei Radicali piemontesi per l'introduzione della RU486 in Italia.

Di nuovo, c'è che il movimento delle donne, protagonista e promotore delle grandi lotte per i diritti civili degli anni settanta, ha mostrato inequivocabilmente l'intenzione di tornare a giocare un ruolo importante e di far sentire la propria voce. La campagna di «Usciamo dal Silenzio» ha mobilitato più donne e uomini di quanto si potesse ottimisticamente prevedere. Molte restano le incognite. I partiti della Sinistra e i liberali di entrambi gli schieramenti avranno il coraggio di tradurre in azione politica le rivendicazioni delle loro elettrici e dei loro elettori?

La minoranza cattolica trasversale, le forze clericali e conservatrici che godono dell'appoggio sempre più massiccio e palese del Vaticano - col suo immenso potere mediatico - riusciranno a boicottare ancora una volta i tentativi di aggiornare la nostra legislazione, di metterci al passo con l'Europa e il mondo più avanzato?

Di certo ci proveranno, e c'è da temere che ci riescano: in un paese in cui ciò che è prassi decennale in tutto l'Occidente viene definito «inutile provocazione», in cui si parla di «fughe in avanti» riferendosi ai tentativi di introdurre ciò che è già presente in tutta Europa da anni, in cui si invoca la «complessità» della società italiana per giustificare

la «prudenza» nei confronti di tutto questo, ignorando la realtà di un paese certo meno religioso di molti altri - dalla Spagna al Portogallo agli USA alla Polonia - in un paese come questo, tutto è purtroppo possibile.

Da Radicali, continueremo le nostre battaglie con il vigore di sempre, e con in più un pizzico di orgoglio. Saremmo arrivati alle manifestazioni di piazza, sarebbero scese nuovamente in campo le donne senza quel referendum sulla fecondazione assistita sconfitto dall'astensionismo militante solo pochi mesi fa?

Si sarebbe tornati a parlare di aborto, senza sei anni di lotta di un medico torinese e dei suoi compagni dentro e fuori dalle istituzioni?

Crediamo di no.

Oggi, aprendo i giornali, scoprendo quello che si è messo e si sta mettendo in moto, possiamo sorridere pensando alle quattro mura della nostra sede di Torino, alle nostre poche forze, alla nostra capacità di fare - ancora - la differenza.

LA LEGGE

Cosa dice la 194

In Italia, come è stato ammesso da fonti ufficiali, l'unica normativa di riferimento per l'interruzione volontaria della gravidanza è la **legge n. 194 del 1978**.

La legge è denominata: **«Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza»**. Fu approvata il 22 maggio del '78, con una certa fretta, per disinnescare la mina di un referendum radicale che avrebbe determinato la semplice depenalizzazione dell'aborto volontario, abrogando alcuni dei «Delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe» previsti dal Codice Penale fascista del 1930 e ancora integralmente vigenti 48 anni dopo, nell'Italia «antifascista» (o semplicemente post-fascista?).

La legge, infarcita di retorica e di una buona dose di ipocrisia, ebbe in sostanza due effetti. Sanò la piaga degli aborti clandestini (il cui numero diminuì rapidamente) e dettò una rigorosa disciplina dell'interruzione della gravidanza, praticabile soltanto presso strutture pubbliche.

La donna **«che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza [...] comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica»** (così si traduce l'enunciato «interruzione volontaria») deve rivolgersi ad una struttura pubblica (ad es. il consultorio) la quale ha il compito di «esaminare con la donna [...] le possibili soluzioni dei problemi proposti», coinvolgendo il padre del concepito, ove lei lo consenta.

Il medico ha il dovere di «informare la donna sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso», naturalmente al fine di riconsiderare la sua decisione.

L'intervento di interruzione della gravidanza sarà praticato da «un medico del servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero presso un'ospedale» (art. 8).

È prevista l'**obiezione di coscienza** per il personale «sanitario e esercente le attività ausiliarie» (art.9) che preventivamente dichiara il proprio rifiuto a prendere parte alle procedure. L'obiezione di coscienza non esime comunque dal dovere di eseguire l'intervento nel caso que-

sto sia «indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo». Una deroga piuttosto restrittiva (l'indispensabilità è quasi sempre opinabile, così anche l'imminenza del pericolo), ma chiarissima.

Per chi non rispetti le modalità previste dalla legge, medico o responsabile della struttura, è prevista la reclusione fino a tre anni; la donna (ovviamente se consapevole), con una multa «fino a euro 51». Da notare che il reato è stato espressamente escluso dalla depenalizzazione del 1981... La sanzione è paragonabile a quella per il parcheggio in divieto di sosta, ma rimane la qualifica di illecito penale.

194 e aborto medico

Vista la cornice normativa, poniamoci le domande del caso:

- **la legge prevede l'aborto farmacologico?** La legge prescrive le modalità secondo le quali l'interruzione della gravidanza deve avvenire, ma non cita alcuna tecnica abortiva. Nel 1978 l'interruzione farmacologica della gravidanza era già conosciuta a livello teorico ed era stata sperimentata in alcuni paesi: non era tuttavia diffusa a causa della elevata tossicità dei farmaci in uso. La legge prevede invece espressamente (art.15) l'aggiornamento delle tecniche derivanti dai progressi della medicina: *«Le regioni [...] promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza»*. L'aborto medico è oggi incontestabilmente una tecnica «più moderna» (introdotta negli anni ottanta e largamente diffusa nei paesi avanzati), più «rispettosa dell'integrità fisica e psichica» (a meno che non si ritenga che assumere un farmaco sia più invasivo di praticare un raschiamento o una aspirazione dell'utero), «meno rischiosa» in sé - visti i rischi legati all'anestesia e all'intervento invasivo - ma soprattutto in quanto possibile prima dell'aborto chirurgico: entro la settima settimana e non dopo la decima. In definitiva, usando un termine che non ci appar-

tiene, l'aborto medico è «più etico», per queste ragioni e per un'altra: abortire un embrione di quaranta giorni pone meno problemi etici, crediamo, che abortire un feto formato di tre mesi.

- **la legge impone il ricovero, come sostenuto dal Ministero e ipotizzato dalla Procura di Torino?** Riportiamo l'incipit dell'articolo 8, già citato: «L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero presso un ospedale generale tra quelli indicati [...], il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie». Chiunque interpreti in buona fede il significato di questa disposizione non può non concludere che le parole «presso un ospedale» sono parte della definizione del medico autorizzato a praticare l'aborto: un medico del servizio ostetrico ginecologico ospedaliero presso un ospedale. Il medico, ginecologo ospedaliero, non è autorizzato a praticare l'intervento presso una struttura privata. La legge esclude chiaramente questa possibilità. (Un referendum radicale del 1981, che chiedeva di estendere la possibilità di praticare aborti nelle strutture private, fu sconfitto grazie anche alla campagna diffamatoria del Partito Comunista). Sostenere sulla base di quelle parole che **l'aborto e l'espulsione del prodotto del concepimento devono avvenire sotto osservazione medica, all'interno di un ospedale, in regime di ricovero**, è francamente ridicolo. Ma questo è quanto sostiene oggi il Ministero della Salute, e che è stato imposto all'Ospedale Sant'Anna. Abbiamo visto che in alcuni paesi, tra cui gli Stati Uniti, la somministrazione del farmaco che induce l'aborto vero e proprio avviene a domicilio. La *Food and Drug Administration*, l'ente preposto al controllo, ha fama di estrema severità e le sue decisioni sono citate a livello internazionale come prove di affidabilità (o meno) di farmaci e procedure mediche. Anche in Europa, nei paesi in cui la donna è tenuta sotto osservazione per alcune ore dopo l'assunzione del secondo farmaco, nessuno si è sognato di esigere il ricovero per i complessivi **quattro giorni** della procedura sulla base del fatto che l'aborto potrebbe, in un limitatissimo numero di casi, avvenire prima del previsto... D'altra parte, sostenere che una legge preveda in maniera così dettagliata le modalità di una procedura medica, è di per sé assurdo. **Nel 2000, l'Assessore alla Sanità della Regione**

Piemonte, Antonio D'Ambrosio (AN), medico e antiabortista ha dichiarato: «Le modalità dell'interruzione della gravidanza sono stabilite, nelle varie strutture, a seconda dei casi, in base alle valutazioni effettuate dal personale medico, nell'esercizio della libertà di scelta terapeutica che, mi preme sottolinearlo, rimane una inalienabile prerogativa del medico».

I limiti della 194: totem e tabù...

La legge sull'aborto, caso probabilmente unico, è stata eletta a tabù intoccabile da larghissima parte del mondo politico e tale deve rimanere secondo l'opinione di buona parte dei cittadini italiani.

«La 194 non si tocca», «la 194 è una legge dello Stato e va rispettata», «nessuno vuole modificare la 194», «giù le mani dalla 194»: quante volte abbiamo sentito queste parole?

Nessuna legge è mai stata definita tante volte «una buona legge» e non si è mai visto un corteo tanto nutrito di antiabortisti, cattolici praticanti, e «atei devoti» difendere una legge sull'aborto: una legge che incomprensibilmente risulta gradita a tutti, compresi coloro che l'hanno sempre avversata.

Incomprensibilmente? Forse no.

Forse è il caso di analizzare le ragioni per cui la 194 può servire ed è servita - a seconda delle necessità - da alibi per chi dovrebbe applicarla, da paraocchi per chi dovrebbe condividerla, da arma per chi vuole snaturarla.

L'alibi

La 194 si può trovare su migliaia di siti internet e - significativamente - in quasi tutte le edizioni del Codice Penale tra le leggi complementari.

Chiunque legga i suoi primi articoli può rendersi conto di quanto ostentato e ridicolo è il tentativo di mascherarla per quello che non è: una legge per la tutela della maternità. Dopo aver affermato che «lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile», chiarito che l'aborto «non deve essere un metodo per il controllo delle nascite», specificato che tutti gli enti governativi devono garantire

che non lo sia, la 194 attribuisce ai consultori il compito di assistere la donna che manifesti l'intenzione di interrompere la gravidanza.

E consente che i contraccettivi possano essere prescritti e distribuiti ai minori con queste parole: «la somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori». Mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile. Pudore o ipocrisia? Ognuno giudichi come crede.

All'art. 4, l'attenzione si sposta sulla ragione per cui la legge fu approvata: consentire quello che fino ad allora era un crimine, l'interruzione della gravidanza. Ma come viene espresso il concetto che la donna ha il diritto di decidere, entro i primi 90 giorni, se portare avanti o meno la gravidanza?

«La donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero *un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica*, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali, o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie, o malformazioni del concepito».

Cioè: se una donna è malata, povera, sola, oppure è stata stuprata - indifferentemente - rendendo queste «circostanze» la prosecuzione della gravidanza un serio pericolo per la sua salute fisica, le è generosamente concessa la possibilità di abortire «volontariamente» (!!!).

Perché, attenzione: l'aborto in caso di malformazioni del feto o rischi sanitari per la madre è possibile anche *oltre* il terzo mese. Quelle descritte sono le condizioni per l'aborto volontario!

Ma proseguiamo. Il consultorio e la struttura sanitaria hanno il compito di esaminare insieme alla paziente e - ove lei lo consenta - il padre del concepito, le ragioni per cui si è scelto di interrompere la gravidanza. Lo stesso ha il dovere di fare il medico di fiducia. Non solo.

Consultorio e struttura hanno anche il compito di «aiutare» la donna a «rimuovere le cause che la porterebbero ad interrompere la gravidanza» (!)

Al termine di tutto questo procedimento - che se applicato potrebbe richiedere giorni se non settimane - due sono le ipotesi: può essere

rilasciato un certificato «attestante l'urgenza» dell'intervento, oppure la donna può essere «invitata a soprassedere per sette giorni» (!!!), al termine dei quali potrà presentarsi in una struttura autorizzata per abortire.

I tempi per l'aborto sono ben altri, ma è significativo che il medico, tranne nei casi d'urgenza, debba imporre sette giorni di «riflessione» alla paziente!

Si potrebbe continuare, ma quanto visto è già sufficiente per comprendere in che senso la legge può fungere da alibi per chi ha il dovere di applicarla.

Prevede in astratto la «garanzia» della procreazione consapevole, attribuisce agli ospedali e ai consultori funzioni che non si capisce come potrebbero essere svolte, impone «tempi di riflessione» e qualifica l'interruzione volontaria come un intervento imposto da «gravi circostanze», elencate puntigliosamente.

Chi ha il compito di monitorare la sua attuazione (il Ministero) può facilmente accusare Regioni, enti locali e consultori di non aver garantito «la prevenzione», come se politiche locali o strutture di quartiere poco e mal finanziate potessero incidere sulla possibilità o meno di crescere un figlio.

A loro volta i consultori possono lamentare la carenza di fondi, e le Regioni la mancanza di leggi quadro e politiche nazionali.

Ecco che naufraga, così, la «tutela della maternità» e della «procreazione consapevole»: sopravvive solo sulla carta, per essere utilizzata contro chi vorrebbe che il diritto ad abortire in tempi certi e con le tecniche migliori fosse garantito nei fatti. Lo «spirito» della 194 è sempre in agguato, per ricordare a chiunque che l'aborto in Italia è tutto **tranne** che una procedura medica, o un servizio che la Sanità pubblica è tenuta a fornire.

Il paraocchi

I consultori sono uno dei totem della Sinistra. Non intendiamo mancare di rispetto a chi li ha voluti e a chi vi dedica la propria vita professionale, ma c'è un dato di fatto: il novanta per cento delle rivendicazioni di chi grida «giù le mani della 194» riguardano i consultori.

I consultori non sono sufficientemente finanziati. I consultori sono

troppo pochi. Nei consultori non ci sono mediatori linguistici per le donne straniere. I consultori devono garantire l'accesso e il servizio a tutte le donne che vi si rivolgono. Tutto vero, naturalmente.

Ma parlando di consultori, di due soli articoli della legge, si rischia di dimenticare tutto il resto. Per esempio che l'aborto non è considerato una procedura medica o chirurgica come le altre. Che l'aborto non è considerato un servizio che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire in tempi certi (le indicazioni sono vaghissime). Che l'aborto non è materialmente possibile in province e regioni dove l'ottanta o il novanta per cento dei ginecologi ospedalieri sono obiettori. Che i ginecologi che praticano aborti accettano di avere meno possibilità di carriera e di lavorare di più, e nessuno ha il compito di impedire che questo avvenga, o anche solo di monitorarlo. Che le donne sono spesso costrette ad abortire negli ultimi giorni utili o clandestinamente, ma nonostante questo alle strutture private continua ad essere vietato di praticare gli aborti.

Questo è il «dramma dell'aborto», oggi, nel nostro paese.

E la 194 è una brutta legge, in parte nemmeno applicata, che quel «diritto ad abortire» non lo riconosce.

Ma parlare di «riforma» o aggiornamento di una legge vecchia di tre decenni è considerato pericoloso. Quelle conquiste, così precarie nel testo di una legge tanto ipocrita, non vanno messe a rischio riaprendo il dibattito sull'aborto e sulla sua regolamentazione. Ampliarle non è nemmeno considerato possibile. Molto meglio assistere in silenzio alle manovre di chi quelle conquiste le ha sempre negate, per esplodere una volta ogni tanto in manifestazioni di in piazza, a dire che «la 194 non si tocca».

La 194 degli antiabortisti

Una legge che a parole vorrebbe «tutelare la maternità» e che nei fatti regola l'aborto con un puntiglio degno di una legge sull'eutanasia, si presta naturalmente a forzature di ogni genere.

Per esempio quelle di chi ha fino a ieri avversato i suoi contenuti, ha sempre considerato l'aborto un omicidio, ha promosso nel 1981 un referendum per abrogarla, ha ventilato l'ipotesi di modificarla, ma oggi - curiosamente - preferisce dire che «la 194 va applicata integralmente».

La 194 è una legge fatta per prevenire l'aborto, dicono. Ecco che allora i consultori devono essere aperti al Movimento per la Vita e devono trasformarsi da «distributori di certificati per l'aborto» in forche caudine per le donne che hanno scelto di abortire. In fondo, la legge non dice che si può abortire semplicemente perché non si vuole diventare madre. In fondo la possibilità che i consultori siano aperti alle associazioni c'è.

Ed ecco che una legge di compromesso sull'aborto, fatta per disinnescare un referendum troppo «oltranzista» e troppo probabilmente destinato al successo, diventa una legge per la prevenzione dell'aborto. La legge degli antiabortisti!

Degli Storace e dei Carlo Casini (presidente del Movimento per la Vita). E perfino del mondo cattolico ufficiale, che ultimamente sembra aver cambiato rotta: non più il rifiuto della 194, ma la battaglia per la sua «applicazione integrale» e per evitare «derive oltranziste» o «alla Pannella».

Il tutto ci viene proposto come risultato inevitabile di una accettazione graduale, ma in effetti è avvenuto talmente in fretta - dopo l'esplosione del caso RU486 - da lasciare sconcertati.

E sconcertati si rimane a meno di accettare, con la giusta dose di razionalità e di malizia, quello che i fatti ci mostrano. **Una legge di compromesso su un tema spinoso può essere usata, nei periodi di maggiore indifferenza da parte dell'opinione pubblica, per accreditare qualunque tipo di posizione.**

Il totem può avere tanti sacerdoti e il tabù - il divieto assoluto di metterlo in discussione - diventare un'esigenza condivisa; l'unica vera necessità per le astuzie degli uni e i tentennamenti degli altri.

RIFORMARE LA 194: LA PROPOSTA DELLA ROSA NEL PUGNO

Nel gennaio del 2006, un gruppo di lavoro guidato da Silvio Viale e dall'On. Enrico Buemi, parlamentare de «La Rosa nel Pugno» (il nuovo soggetto politico che ha unito Radicali e SDI), ha messo a punto **una proposta organica di riforma della legge 194.**

La proposta è stata presentata alla Camera dei Deputati: la sua calendarizzazione e i tempi di discussione dipenderanno dalla volontà del prossimo parlamento di affrontare, per la prima volta dopo ventotto anni, il tema dell'aborto in sede ufficiale.

La proposta è stata definita un'«evoluzione aggiornata» della legge attualmente in vigore. Rimane nel solco di quella legge e dei suoi principi, pur presentando numerose e significative innovazioni. **È il tentativo di rendere adeguata ai tempi la legge 194 tutelando con maggior chiarezza i diritti delle donne e risolvendo i dubbi interpretativi sorti negli anni.**

Vediamo in quali punti la proposta della Rosa nel Pugno rappresenta un'innovazione della disciplina attuale (il testo è riportato in conclusione):

1) Aborto e controllo delle nascite: il diritto a non portare a termine una gravidanza indesiderata.

Il primo articolo della legge 194 sancisce che l'interruzione della gravidanza non può essere un metodo per il controllo delle nascite, e delega a Stato ed enti locali il compito di vigilare e attivarsi affinché ciò non avvenga.

La nostra proposta ribadisce il concetto ma specifica che «nessuna donna può essere obbligata a portare avanti una gravidanza» e che lo Stato, le Regioni e gli enti locali hanno il dovere di garantire l'accesso ai contraccettivi, inclusi quelli di emergenza. Viene sancito il diritto della donna di non portare a termine una gravidanza indesiderata, e si chiariscono gli obblighi del settore pubblico nella diffusione dei contraccettivi: unico mezzo efficace di prevenzione degli aborti.

2) Consultori e contraccezione

L'art.2 della legge riguarda i consultori famigliari, ed è sostanzialmente identico nel testo della proposta di riforma. Ai compiti delegati ai consultori viene però aggiunto quello di **«collaborare nelle attività di prevenzione primaria delle gravidanze indesiderate»**, cioè nella diffusione dei contraccettivi. È inoltre **«abolito l'obbligo di ricetta medica per i farmaci registrati per la contraccezione di emergenza»** come la «pillola del giorno dopo» (Norlevo®, Levonelle®).

3) Interruzione volontaria

La formulazione dell'art. 4 («la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito...»), prevista per identificare la donna che può richiedere l'interruzione volontaria della gravidanza, è cancellata. **Si ribadisce il diritto di non portare a termine le gravidanze indesiderate, oggi sostanzialmente garantito (non ovunque e non sempre), ma ipocritamente mascherato nella legge come necessità determinata da «gravi circostanze»: dallo stupro all'abbandono al disagio economico...**

4) I compiti delle strutture sanitarie

Viene abolito l'obbligo per il consultorio (o struttura equivalente) di esaminare «in ogni caso» le «possibili soluzioni dei problemi proposti» e di «aiutarla» a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza. Si stabilisce che la struttura, **qualora la donna lo richieda, ha il dovere** di esaminare i problemi posti dalla donna e di **prospettarle gli aiuti di cui potrà con ragionevole certezza usufruire** nel corso della gravidanza e dopo.

La procedura del rilascio del certificato per l'interruzione della gravidanza viene modificata. Salvo il caso dell'urgenza, già previsto e non modificato, **l'intervento deve essere effettuato entro quattordici giorni dal rilascio del documento o entro sette giorni dalla sua presentazione alla struttura che eseguirà l'intervento. Si stabilisce inoltre che l'interruzione dovrà essere praticata nelle modalità più**

indicate per l'epoca gestazionale, tenendo conto dei desideri della donna, e ispirandosi al principio della minor invasività.

5) Aborto dopo il terzo mese

Attualmente l'aborto dopo il novantesimo giorno è possibile in soli due casi: quando la gravidanza e il parto comportano **gravi rischi per la vita** della donna; quando patologie o malformazioni del **nascituro** determinino un grave pericolo per la salute psicofisica della **donna**. Nella proposta di riforma, la prima ipotesi viene lasciata immutata. La seconda sdoppiata in due casi distinti: «grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna» e «anomali e malformazioni che possano compromettere in maniera rilevante la qualità della vita del nascituro».

Si vuole eliminare l'ipocrisia per cui l'aborto del feto malformato o malato è consentito in quanto la sua nascita metterebbe a rischio la salute psicofisica della madre.

Viene aggiunta una terza ipotesi. **Nel caso venga accertato che il proseguimento della gravidanza metterebbe a rischio il benessere sociale della donna e della sua famiglia, e questo rischio non sia superabile con interventi sociali economici di cui la donna possa ragionevolmente usufruire**, è consentito l'aborto oltre il terzo mese.

6) Vita autonoma del feto e aborto

Attualmente è previsto il caso che venga accertata la possibilità di «vita autonoma del feto» (gravidanze oltre sesto-settimo mese). In questa eventualità, l'aborto è consentito solo se la gravidanza comporterebbe un grave rischio per la vita della madre. **A questa ipotesi ne viene aggiunta una seconda: che siano accertate - da parte di una commissione di tre medici, tra cui un neonatologo - gravi malformazioni o anomalie in grado di compromettere in maniera rilevante la qualità della vita del nascituro.**

7) Strutture abilitate

La riforma prevede che l'intervento sia praticabile:

- a) negli ospedali
- b) nei poliambulatori pubblici (ASL)

- c) presso le strutture territoriali (come i consultori)
- d) presso le **strutture private autorizzate dalla Regione**, la quale ha il compito di aggiornare annualmente tariffe e procedure di rimborso.

Entrambe le tecniche abortive, medica e chirurgica, devono essere garantite.

Il medico che pratica l'intervento deve essere uno specialista in ostetricia e ginecologia, **non necessariamente medico ospedaliero**. In ogni momento deve essere garantita la possibilità di interrompere la procedura, e prestata l'assistenza conseguente. Oggi, l'aborto è di fatto possibile solo negli ospedali e nei poliambulatori pubblici.

8) Obiezione di coscienza

Alla previsione che «il personale medico e ausiliario non è tenuto a prendere parte agli interventi di interruzione della gravidanza» se solleva obiezione di coscienza, si sostituisce la norma per cui «lo Stato riconosce lo possibilità di sollevare obiezione di coscienza sulla base di un convincimento morale interiorizzato, ma garantisce comunque l'esecuzione dell'interruzione di gravidanza». **È stato affermato il diritto di interrompere le gravidanze indesiderate: questo diritto deve essere garantito dallo Stato, che ha il dovere di fornire il servizio medico relativo.** L'obiezione di coscienza è riconosciuta comunque come diritto. Deve essere comunicata all'atto della assunzione (o della stipula della convenzione, o dell'abilitazione) e resa pubblica dalle aziende sanitarie o ospedaliere. È prevista la revoca immediata della qualifica e l'avvio di un procedimento disciplinare nel caso un medico obiettore prenda parte ad interventi abortivi, al di fuori dei casi di emergenza nei confronti dei quali l'obiezione non esime dal prestare assistenza. **Viene inoltre stabilito che nelle divisioni dove si pratica l'interruzione della gravidanza essere garantito il 50% di personale non obiettore, anche mediante procedure di trasferimento e di mobilità.**

Sono poi assicurate indennità specifiche per il disagio connesso alla pratica degli interventi per l'interruzione volontaria di gravidanza, per arginare la pratica diffusa dell'obiezione «di comodo» dei medici, che oggi preferiscono, occupandosi d'altro, avere maggiori probabilità di

carriera e più gratificazioni professionali.

9) Aborto e minori

Oggi, le ragazze minorenni hanno bisogno del consenso dei genitori per abortire. Nel caso di mancato assenso, o «quando vi siano seri motivi che impediscano o consiglino» la consultazione dei genitori, il giudice tutelare, a cui il medico rimette la questione, può autorizzare l'intervento. Il medico, nel caso certifichi l'urgenza dell'intervento «a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni», può rilasciare il certificato d'urgenza senza consultare i genitori o il giudice.

La proposta di riforma intende invece consentire:

- a) alle ragazze che hanno compiuto **quattordici anni** di richiedere l'intervento senza l'assenso dei genitori o del tutore. Il medico deve comunque «valutare se le circostanze consentano» di informare i genitori.
- b) alle ragazze che **non hanno compiuto i quattordici anni** di abortire seguendo le procedure oggi previste per tutte le minorenni (assenso dei genitori o autorizzazione del giudice tutelare).

Inoltre, la possibilità per il medico di rilasciare il certificato d'urgenza in caso di «grave pericolo per la salute» della minore, senza consultare i genitori o il giudice, è estesa espressamente ai gravi rischi per la **salute psichica**.

Questa nuova disciplina si propone di scongiurare le tragiche eventualità di ragazze e ragazzi minorenni che tentano il suicidio o si tolgono la vita non avendo il coraggio di informare i genitori, o quando l'assenso viene loro rifiutato. Sono casi più comuni di quanto si creda: secondo la relazione ministeriale del 2005, oggi l'assenso viene dato dal giudice quasi **in un caso su tre**. Nella maggioranza dei casi non perché tale assenso sarebbe negato, ma perché la minore non vuole informare i genitori. Il diritto di chi esercita la potestà ad affiancare il minore nelle decisioni più delicate, e di vietare ciò che non si ritiene giusto, non può prevalere a nostro giudizio sulla necessità di tutelare la salute, fisica e mentale, di ragazze e ragazzi appena adolescenti.

10) La tutela dei medici non obiettori

Gli articoli 12 e 13 della proposta stabiliscono che «la partecipazione alle procedure della presente legge **non deve determinare alcun pregiudizio per la carriera e la crescita professionale del medico**» (alle Regioni spetta la vigilanza attiva) e che l'aggiornamento professionale sull'interruzione della gravidanza deve essere previsto annualmente in forma separata e specifica.

Insieme alla previsione di indennità, queste norme vogliono tutelare i medici (oggi molto pochi) che effettuano le interruzioni di gravidanza, e che hanno nei fatti meno possibilità di carriera e un lavoro meno gratificante dei colleghi obiettori. **L'obiettivo è eliminare il tacito incentivo all'obiezione che la 194 e la sua applicazione hanno negli anni introdotto.**

Conclusione

Nel 1978 la legge 194 fu un compromesso al ribasso. L'esperienza degli ultimi ventotto anni ha dimostrato come questa disciplina dell'aborto sia tutt'altro che esente da storture, difetti, mancanze. Questa proposta di riforma vuole correggere innanzitutto queste storture, e rendere la legge più adatta a tutelare le donne, la loro salute, e i medici che con la loro opera consentono loro di non essere obbligate a portare a termine una gravidanza indesiderata. **La 194 prevedeva in astratto tutele della maternità: in concreto ha prodotto un incentivo consistente all'obiezione di coscienza.** Questa riforma vuole tutelare in concreto la salute delle donne che scelgono di abortire, prevenire gli aborti tramite la contraccezione, consentire ai medici che attuano la legge le stesse possibilità di carriera e le stesse gratificazioni professionali oggi riservate ai colleghi obiettori.

CHI HA SEGUITO L'ESEMPIO

Nel corso dei mesi, dall'inizio della sperimentazione al Sant'Anna di Torino nel settembre del 2005, l'attività di militanti radicali, socialisti, e di altri esponenti politici del centrosinistra - insieme al lavoro di medici e amministratori locali - ha reso possibile che in molte Regioni iniziasse l'iter per l'acquisizione all'estero, o la sperimentazione, dell'RU486.

In tutta Italia, i Radicali «accendono la miccia» e sollecitano iniziative, raccogliendo consensi e critiche.

Attualmente, risulta che l'aborto farmacologico sia già stato praticato, oltre che a Torino, a Trento e in Toscana (Pisa e Siena).

Per ragioni di spazio, non possiamo riferire qui dello stato delle cose in tutte le Regioni. Quella che segue è una lista di contatti utili per reperire informazioni.

Toscana

www.liberapisa.it (Marco Cecchi)

www.radicalifirenze.it (Antonio Bacchi)

www.salute.toscana.it (Assessorato Regionale e Aziende Sanitarie)

Le ASL coinvolte sono quelle di Pisa, Firenze, Viareggio, Prato, Empoli, Pistoia.

Lombardia

www.radicalimilano.it (Valerio Federico)

Gli ospedali coinvolti risultano essere: il Predabissi (Melegnano), il Bolognini (Ferriate), l'ospedale di Bollate e il Maggiore di Lodi. Non sono ancora stati effettuati interventi.

Umbria

www.andreamaori.it Centro di Iniziativa Radicale di Perugia (Tommaso Ciacca, Andrea Maori)

Liguria

www.radicalispezia.it (Deborah Cianfanelli, Alessandro Rosasco)

Veneto

www.venetoradicale.it (Franco Fois)

Da visionare: proposta di legge regionale n.3/2005, disponibile sul sito www.consiglioveneto.it, per l'introduzione dei volontari antiabortisti nelle strutture sanitarie.

Puglia

www.radicaliperfoggia.it

Friuli

www.radicalifriulani.it (Gianfranco Leonarduzzi)

Trentino-Alto Adige

<http://www.radicalibz.blog.tiscali.it> (Radicali Bolzano)

Basilicata

www.radicalilucani.it (Maurizio Bolognini)

Lazio

www.radicaliroma.com (Diego Sabatinelli, Massimiliano Iervolino)

Sardegna

www.radicalisardi.it

(Ci scusiamo per eventuali dimenticanze).

Dove reperire altre informazioni

ORGANIZZAZIONI CHE PROMUOVO L'USO DELLA RU486:

- CAMPAIGN FOR RU486
http://www.feminist.org/welcome/wel_ru486.html
- NOW - The National Organization for Women
<http://www.now.org/>
- USPDA / SVSS - Unione svizzera per decriminalizzare l'aborto
<http://www.svss-uspda.ch/>

INFORMAZIONI:

- RU486: ARCHIVE OF MATERIAL AND ARTICLES
<http://www.ru486.org/>

ASSOCIAZIONE RADICALE «A. AGLIETTA»
E RADICALI ITALIANI

- 1) <http://www.associazioneaglietta.it/ru486.html>
- 2) Forum di www.radicali.it, thread:
RU486/Aborto Farmacologico: da Torino in tutta Italia!

VITA DI DONNA - ASSOCIAZIONE PER LA TUTELA
DELLA SALUTE DELLE DONNE
<http://www.vitadidonna.it/>

- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND
GYNAECOLOGISTS:
http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/induced_abortionfull.pdf

NOTA

Per ragioni di spazio, i riferimenti ai dati e agli studi scientifici citati e ad altre informazioni o citazioni non sono sempre riportati nel testo o in nota.

La documentazione è disponibile presso l'Associazione radicale Adelaide Aglietta di Torino.

Di tutte le informazioni di carattere medico e scientifico per cui non sia indicato altrimenti è responsabile il dott. Silvio Viale, dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. Sant'Anna di Torino.

Proposta di riforma della Legge n. 194 del 22 maggio 1978 (Norme sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza).

*(In neretto, le parti aggiunte o modificate rispetto alla legge attuale.
Il testo integrale è disponibile al sito www.associazioneaglietta.it/ru486.html)*

Articolo 1

Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato garantisce la salute della donna e la sua libertà di pianificare le proprie gravidanze nel numero, nei modi e nei tempi più opportuni da lei desiderati.

Nessuna donna può essere obbligata a portare avanti una gravidanza e ad affrontarne i rischi fisici e psichici, o quelli economici e sociali connessi o conseguenti, per lei o per la propria famiglia. Compito dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali è quello di contribuire a rimuovere le cause che possono indurre all'interruzione della gravidanza, nel rispetto della libera valutazione della donna.

Lo Stato, le Regioni e gli Enti locali promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari e garantiscono la possibilità di accesso ai mezzi per il controllo delle nascite, ai metodi contraccettivi ordinari ed a quelli di emergenza in condizioni di efficacia e sicurezza.

Articolo 2

I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

- b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;
- c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);
- d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita **e collaborare nelle attività di prevenzione primaria delle gravidanze indesiderate. È abolito l'obbligo di ricetta medica per i farmaci registrati per la contraccezione di emergenza. La prescrizione e la fruizione** dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile sono consentite anche ai minori.

Articolo 3

Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a un medico.

Articolo 4

Il consultorio, o il medico, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, **ha il compito, qualora la donna lo richieda, di esaminare con la donna e, qualora la donna lo consenta ed egli accetti, con la persona indicata come il padre del concepito, le possibili soluzioni ai problemi esistenti, per aiutarla a superare quelle cause che, se rimosse, potrebbero indurla a non interrompere la gravidanza, prospettandole gli aiuti di cui potrà con ragionevole certezza usufruire durante la gravidanza, al momento del parto e successivamente per l'assistenza del nucleo familiare. Il consultorio e il medico informano la donna sulle procedure e sui metodi di interruzione di gravidanza appropriati per il suo**

specifico caso e sulle strutture esistenti ove potere praticare l'intervento per l'interruzione della gravidanza, nonché sui mezzi per il controllo delle nascite.

Quando il medico riscontri l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'interruzione della gravidanza, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza, con il quale la donna può presentarsi presso una delle sedi autorizzate ed iniziare subito l'intervento abortivo.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, il medico rilascia alla donna un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta. Con questo documento la donna può presentarsi presso una delle sedi autorizzate, per effettuare l'intervento abortivo più indicato sia rispetto all'epoca gestazionale sia rispetto ai desideri della donna, ispirandosi al principio della minore invasività. L'intervento deve essere effettuato entro quattordici giorni dalla data in cui è stato redatto il documento o, in alternativa, entro sette giorni dalla data in cui la donna presenta il documento presso la sede autorizzata.

Articolo 5

L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

- a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b) quando la gravidanza implichi un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna;
- c) quando siano accertate importanti anomalie o malformazioni che possano compromettere in modo rilevante la qualità della vita del nascituro;
- d) quando siano accertate condizioni personali e sociali per cui il proseguimento della gravidanza possa comportare gravi pericoli per il benessere sociale della donna, per lei o per la propria famiglia, non superabili con gli interventi sociali ed economici di cui la donna potrà ragionevolmente usufruire.

Articolo 6

I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nei casi di cui alla lettera a) dell'articolo 5 o di cui alla lettera c) dell'articolo 5, quando vi sia gravi malformazioni o anomalie che comportino una presumibile grave compromissione della qualità della vita. I casi di cui alla lettera c) dell'articolo 5 sono accertati da una commissione di tre medici, di cui uno con competenze di neonatologia.

Articolo 7

Per l'interruzione di gravidanza la donna si rivolge ad una Azienda Ospedaliera o ad una Azienda Sanitaria, le quali sono tenute ad assolvere alla richiesta della donna, nel rispetto della dignità e della riservatezza, procedendo all'intervento direttamente o mediante accordi con altri enti.

Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie sono tenute a garantire entrambe le tecniche d'intervento, medica e chirurgica, per le interruzioni di gravidanza, le quali possono essere anche praticate presso i consultori e le strutture territoriali.

La donna può rivolgersi anche agli studi medici ed alle strutture sanitarie autorizzati/e dalla Regione.

La Regione stabilisce e aggiorna annualmente le tariffe per le varie tecniche di interruzione di gravidanza e definisce gli onorari di riferimento per tutte le procedure di pagamento e di rimborso.

Le Regioni, nell'ambito di un piano regionale, possono individuare le sedi ospedaliere e territoriali ove sono praticate le interruzioni di gravidanza, garantendo che tra la sottoscrizione del documento di richiesta dell'intervento e l'intervento stesso non trascorrono più di 15 giorni.

Gli interventi per l'interruzione volontaria di gravidanza sono praticati da un medico ostetrico ginecologico.

In qualsiasi momento, anche quando gli atti medici o chirurgici finalizzati ad interrompere la gravidanza siano già in atto, ove la donna lo richieda, si deve sospendere la procedura in corso, garantendo l'assistenza conseguente.

Articolo 8

Lo Stato riconosce la possibilità di sollevare obiezione di coscienza sulla base di un convincimento morale interiorizzato, ma garantisce comunque l'esecuzione dell'interruzione di gravidanza a tutela della salute della donna e della salute collettiva.

Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie, che sollevi obiezione di coscienza, non deve prendere parte alle procedure e alle attività specificamente e necessariamente dirette a provocare l'interruzione della gravidanza, ma è tenuto a garantire l'assistenza durante e dopo l'esecuzione dell'aborto.

Il personale obiettore non può comunque esimersi dall'intervento di assistenza quando vi sia un pericolo imminente per la vita della donna o un grave rischio per la sua integrità fisica e psichica. Le convinzioni personali che determinano l'obiezione di coscienza non devono pregiudicare in alcun modo, diretto o indiretto, la presa in cura della donna o recarle danno nella tutela sanitaria della sua scelta. L'obiezione di coscienza viene comunicata alla Regione, tramite il Direttore sanitario o il dirigente sanitario competente, all'atto dell'assunzione, della stipulazione di una convenzione o dell'abilitazione ed è immediatamente efficace. Può essere comunicata successivamente in qualunque momento e la sua efficacia inizia dal mese successivo, come pure la sua revoca.

La comunicazione di obiezione è un atto pubblico e annualmente la Regione pubblica l'elenco dei medici obiettori e dei medici

non obiettori, suddiviso per azienda, per presidio ospedaliero, e per divisione o servizio di Ostetricia e Ginecologia. Le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere aggiornano annualmente gli elenchi dei propri medici, esponendoli all'entrata degli ospedali, dei poliambulatori, dei consultori e dei reparti di Ostetricia e Ginecologia, con indicata la eventuale condizione di obiettore. Se chi ha sollevato obiezione di coscienza prende parte a procedure abortive volontarie al di fuori dei casi previsti da questo articolo, oltre alla revoca immediata, indipendentemente da ogni altra implicazione penale e civile, viene sottoposto a procedimento disciplinare presso la struttura sanitaria competente e/o l'ordine provinciale, con la previsione di una sospensione di almeno sei mesi.

Al fine di assicurare l'applicazione della presente legge, nelle divisioni ove si praticano le interruzioni volontarie di gravidanza deve essere garantito il 50% di personale non obiettore, anche mediante procedure di trasferimento e di mobilità. Sono assicurate indennità specifiche per il disagio connesso alla pratica degli interventi per l'interruzione volontaria di gravidanza.

Articolo 9

Le Aziende Ospedaliere, le Aziende Sanitarie, le strutture autorizzate nelle quali l'intervento è stato effettuato sono tenute ad inviare alla Regione tramite il dirigente sanitario competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna. Le lettere b) e f) dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, sono abrogate.

Articolo 10

La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna.

Se la donna è di età superiore ai quattordici anni può rivolgersi al consultorio, o al medico, e richiedere l'interruzione di gravidanza senza bisogno dell'assenso di chi esercita la patria potestà o la tutela.

Se la donna è inferiore ai diciotto anni, il consultorio, o il medico, avvalendosi eventualmente di specialisti, valuta con la donna se le circostanze consentano di informare chi esercita la patria potestà o la tutela.

Se la donna è di età inferiore ai **quattordici** anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio, o il medico, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 4 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute **fisica o psichica** della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 6, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Articolo 11 – omissis

Articolo 12

Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna.

In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o

malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

La partecipazione alle procedure della presente legge non deve determinare alcun pregiudizio per la carriera e la crescita professionale del medico. L'aggiornamento professionale sulle tematiche relative all'interruzione volontaria di gravidanza deve essere previsto annualmente in modo separato e specifico.

Articolo 13

Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza.

Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 4, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale, vigilando che la partecipazione alle attività previste per l'applicazione della presente legge non costituisca in alcun modo un pregiudizio alla crescita professionale alla carriera.

Articolo 14–20 – omissis

Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IGV, 2003

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
ITALIA SETT.	1.505	58,6%	1.362	41,1%	3.082	28,1%
Piemonte	264	56,3%	218	44,9%	347	25,3%
Valle d'Aosta	2	18,2%	6	60,0%	0	0,0%
Lombardia*	608	68,7%	541	47,9%	1.385	33,7%
Bolzano	20	74,1%	24	41,4%	133	65,2%
Trento	11	42,3%	13	25,5%	328	17,2%
Veneto	264	80,5%	196	47,7%	532	45,4%
Friuli Venezia Giulia	73	59,8%	48	36,9%	89	22,3%
Liguria****	70	51,5%	148	53,6%	74	26,1%
Emilia Romagna	193	34,2%	168	22,0%	194	12,9%

ITALIA CENTRALE	877	70,4%	849	56,3%	3.351	55,0%
Toscana*	207	55,8%	162	33,4%	206	49,5%
Umbria	78	68,4%	75	58,6%	235	28,1%
Marche*	149	78,4%	169	70,7%	492	52,9%
Lazio**	443	77,7%	443	67,6%	2.418	61,8%

ITALIA MERIDIONALE	773	52,4%	570	48,6%	2.666	35,7%
Abruzzo	97	44,3%	138	38,8%	1.225	25,6%
Molise*	26	70,3%	30	68,2%	145	75,5%
Campania****	219	44,1%	86	40,4%	326	50,0%
Puglia*	218	76,8%	131	63,0%	386	68,0%
Basilicata	55	83,3%	46	62,2%	272	52,4%
Calabria***	118	39,9%	139	42,9%	312	42,0%

ITALIA INSULARE	349	44,5%	442	43,5%	3.126	41,3%
Sicilia*****	341	44,1%	430	43,2%	3.096	41,1%
Sardegna***	8	72,7%	12	57,1%	30	83,3%

ITALIA	3.464	57,8%	3.223	45,7%	12.225	38,1%
---------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	--------------

*il dato fa riferimento: *al 2002 **al 2001 ***al 2000 ****al 1999 *****al 2002 a 60 strutture su 88

Sommario

SI FA PRESTO A DIRE RU486...	1
UNA STORIA IN SORDINA	5
PERCHÈ RU 486	8
COME FUNZIONA L'RU486	14
LA BATTAGLIA	20
LA LEGGE	44
RIFORMARE LA 194: LA PROPOSTA DELLA ROSA NEL PUGNO	52
CHI HA SEGUITO L'ESEMPIO	58
Dove reperire altre informazioni	60
Proposta di riforma della Legge n. 194 del 22 maggio 1978	62

Nota: I dati sull'obiezione di coscienza forniti dal Ministero della Salute nella relazione parlamentare del 2005.

