



Anno 2 - Numero 10
Dicembre 2005

In questo numero:

“Ma lei è abortista?”
di Stefania Prestigiacomò

**Lavoriamo a favore
della prevenzione**
di Clemente Mastella

**Fuori dalla morsa della
maternità come destino**
di Katia Bellillo

**La 194 non fu un atto
di cinismo, ma la risposta
a una esigenza sociale**
di Alessandra Mussolini

**Il tasso di abortività in Italia
è tra i più bassi del mondo**
di Grazia Labate

Una legge che funziona
di Lucia Borgia

**Un sottobosco di
illegalità da stanare**
di Emma Bonino

**Non era un mucchietto
di cellule**
di Olimpia Tarzia

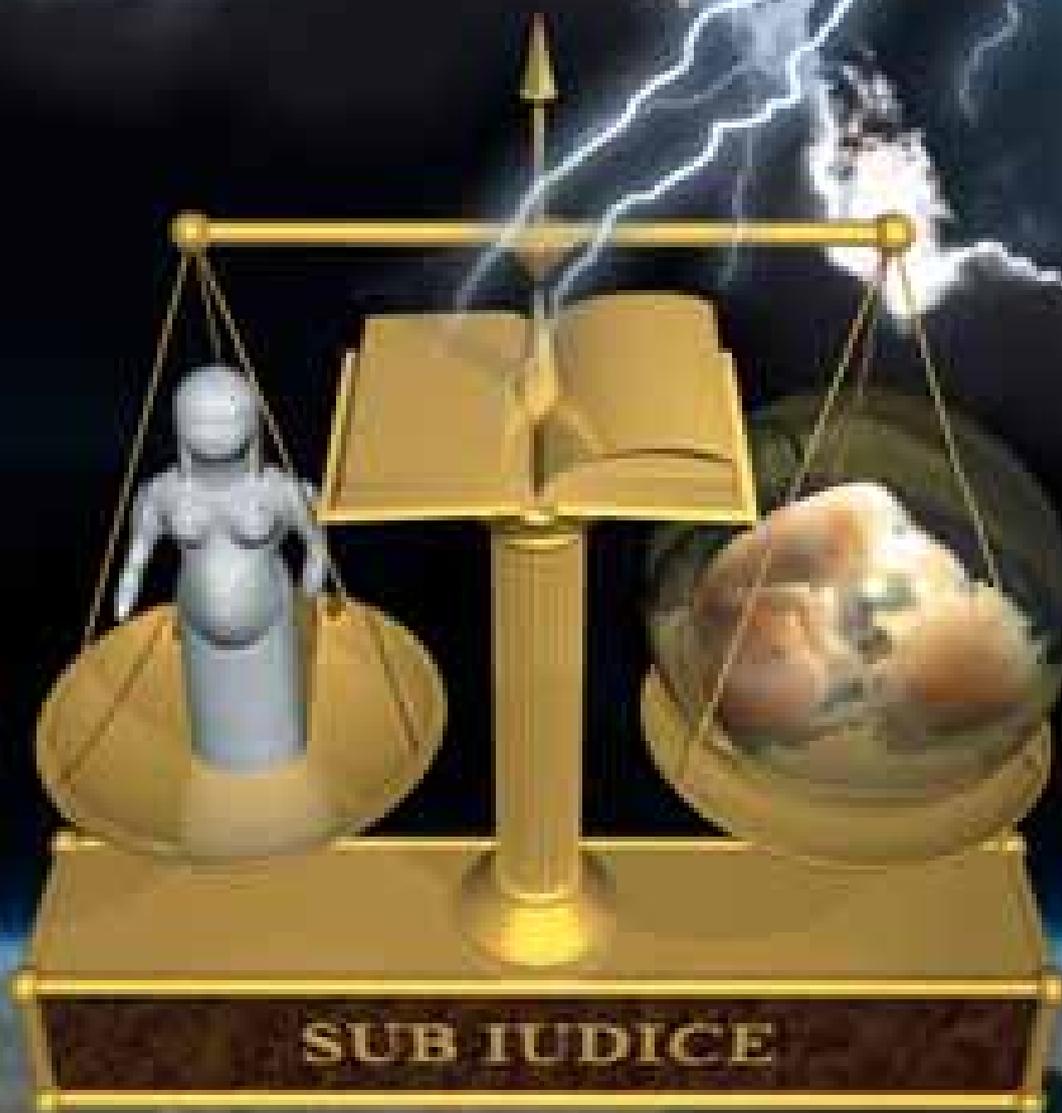
Un tabù per farsi belli
di Francesco Milanese

La libertà di non abortire
di Carlo Casini

Sistemi da Grand Guignol
di Francesco Agnoli

SOCIAL NEWS

PERIODICO DI VOLONTARIATO E PROTEZIONE SOCIALE





Copertina di
Paolo Maria Buonsante



www.socialnews.it - redazione@socialnews.it

"Alcuni di noi sono davvero strani: si appassionano per ciò che l'umanità abbandona quando ti impongono la moda più consumistica; piangono per la perdita di un libro anche se la televisione parla solo di calciomercato; accolgono nelle loro case i diseredati ma si oppongono al commercio della droga; combattono per i bambini senza infanzia e senza padri ma rifiutano la guerra e le armi di distruzione. Alcuni di noi sono davvero strani: lottano a fianco dei lavoratori sfruttati; combattono per il riconoscimento dei senza terra, dei senza voce; difendono le donne oppresse, mutilate, violate; mettono in discussione tutto per raccogliere un fiore e rischiano la propria vita per donare un sorriso. E' proprio vero, siamo davvero strani: abbiamo scelto di urlare al mondo l'importanza del valore della vita".

Il direttore

- 3 **Tentare di spostare il peso della bilancia non è soluzione al problema**
di Massimiliano Fanni Canelles
- 4 **"Ma lei è abortista?"**
di Stefania Prestigiaco
- 6 **Lavoriamo a favore della prevenzione**
di Clemente Mastella
- 7 **Fuori dalla morsa della maternità come destino**
di Katia Bellillo
- 8 **La 194 non fu un atto di cinismo, ma la risposta a una esigenza sociale**
di Alessandra Mussolini
- 9 **Il tasso di abortività in Italia tra i più bassi del mondo**
di Grazia Labate
- 10 **Una legge che funziona**
di Lucia Borgia
- 11 **Un sottobosco di illegalità da stanare**
di Emma Bonino
- 12 **Non era un mucchietto di cellule**
di Olimpia Tarzia
- 13 **Un tabù per farsi belli**
di Francesco Milanese
- 14 **L'uomo e il suo essere "persona": l'avvio di una discussione**
di Maurizio Fanni
- 15 **Un dramma che dura una vita**
di Elena Vergani
- 16 **Donne e aborto: si soffre per sempre**
di Dario Casadei

- 18 **Consapevolezza e procreazione responsabile**
di Martina Seleni
- 20 **Il consultorio familiare e i suoi compiti**
di Francesca Guardiani - Ivana Milic
- 21 **Ospedale, medici obiettori, aborto proibito**
di Giuseppe Patti
- 22 **Quando le donne scelsero di essere nella storia**
di Renata Aliverti
- 23 **Sistemi da Grand Guignol**
di Francesco Agnoli
- 24 **L'aborto trent'anni dopo**
di Marino Andolina
- 25 **Consultori o dispensatori di certificati?**
di Daniele Damele
- 26 **Il Documento per il Padre**
Autori Vari
- 27 **Il presupposti ideologici della legge 194**
di Mario Palmaro
- 29 **La libertà di non abortire**
di Carlo Casini
- 30 **Un manifesto per un nuovo femminismo**
di Olimpia Tarzi
- 31 **La sfida di una grande, piccola donna**
di Antonello Vanni

SOCIAL NEWS

Anno 2 - numero 10 - Dicembre 2005

Direttore responsabile:

Massimiliano Fanni Canelles
*Dirigente medico, internista, nefrologo.
Giornalista, socio fondatore e membro del cda
dell'associazione SPES e di @uxilia.*

Direttore editoriale:

Luciana Versi

Redazione:

Claudio Cettolo
Grafica e impaginazione

Paolo Buonsante
Vignette e copertina

Ivana Milic
Social News on line

Paola Pualetig
Segreteria di Redazione

Marina Cenni
Correzione ortografica

Collaboratori:

Matteo Corrado
Marina Galdo
Lucia Saporito
Martina Seleni
Cristina Sirch
Alessandra Skerk
Antonello Vanni

Con il contributo di:

Francesco Agnoli
Renata Aliverti
Marino Andolina
Katia Bellillo
Emma Bonino
Lucia Borgia
Claudio Casini
Dario Casadei
Daniele Damele
Maurizio Fanni
Francesca Guardiani
Grazia Labate
Clemente Mastella
Francesco Milanese
Alessandra Mussolini
Mario Palmaro
Giuseppe Patti
Stefania Prestigiaco
Claudio Risè
Olimpia Tarzi
Elena Vergani

Registrazione presso il Tribunale di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004.

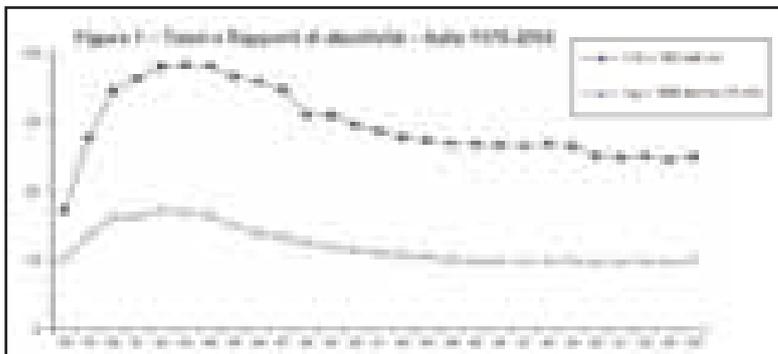
Proprietario della testata: Associazione di volontariato @uxilia onlus www.auxilia.fvg.it - info@auxilia.fvg.it

Stampa Grafiche Manzanesi - Manzano (Ud)

Tutti i nostri collaboratori lavorano per la realizzazione della presente testata a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: in conformità alle legge 675/96 sarà nostra cura inserire nell'archivio informatico della redazione i dati personali forniti, garantendone la massima riservatezza e utilizzandoli unicamente per l'invio del giornale. Ai sensi dell'art. 13 della legge 675/96 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA - LA STORIA -

L'aborto è una piaga sociale fin dalla notte dei tempi; anche nell'antichità le maternità indesiderate erano spesso oggetto di decisioni "estreme". Nel Novecento si è affacciata, e poi diffusa, la tesi che lo Stato debba garantire alla donne che si ritrovano in questa situazione di poter decidere (da sole) se interrompere la propria gravidanza. Fino al 1975 l'aborto era in Italia ancora una pratica illegale. Spesso le donne italiane, già svantaggiate da una cultura punitiva nei confronti della contraccezione, quando si trovavano nella condizione di gravidanza non voluta, "emigravano" all'estero o si rivolgevano clandestinamente alle famigerate "mammane", praticone senza scrupoli che, con mezzi assolutamente non idonei e in cambio di un lauto compenso, "eliminavano" il problema talvolta al prezzo della vita della donna stessa. Nel 1975 una sentenza della Corte Costituzionale stabiliva la «differenza» tra un embrione e un essere umano e sanciva la prevalenza della salute della madre rispetto alla vita del nascituro. Il 22 maggio 1978 veniva approvata la legge 194, con la quale si riconosceva il diritto della donna ad interrompere, gratuitamente e nelle strutture pubbliche, la gravidanza indesiderata. In essa venivano stabilite politiche di prevenzione da attuarsi presso i consultori familiari e si prevedeva la possibilità per il medico di sollevare obiezione di coscienza e di rifiutarsi nell'intervento abortivo. Contro questa legge vennero avviate tre raccolte di firme per indire altrettanti referendum: una da parte dei Radicali (che ne chiedevano una modifica in senso ancor più ampio), e due da parte del cattolico Movimento per la Vita (una per un'abrogazione "minimale", una per l'abrogazione totale). Quest'ultimo verrà poi dichiarato inammissibile dalla Corte Costituzionale. Il 17/18 maggio 1981 si votò, in un clima reso incandescente dal recente attentato a Giovanni Paolo II: la proposta cattolica venne bocciata a maggioranza (68 per cento), quella radicale anche (88 per cento). L'incidenza abortiva negli anni seguenti aumentò fino al 1982 ma negli ultimi 20 anni le interruzioni volontarie di gravidanza sono progressivamente diminuite di circa del 47%, dato inferiore ad esempio a paesi come il Regno Unito, gli Stati Uniti e l'Australia. Ma le finalità sociali e di prevenzione della legge non sono state perseguite come previsto, i consultori gestiscono solo un terzo delle donne che richiedono l'aborto e sono in aumento le interruzioni di gravidanza tra le giovanissime e le donne immigrate. Oggi l'Istituto Superiore di Sanità riferisce il calo nel numero degli aborti clandestini, ma si parla di 20/25 mila l'anno e limitati, prevalentemente, all'Italia insulare e meridionale (dove maggiore è l'obiezione di coscienza). Quasi 6 ginecologi in servizio nella sanità pubblica su 10 sono obiettori rispetto all'interruzione volontaria di gravidanza e si rifiutano di praticarla impedendo in alcuni casi l'applicazione della legge. Il 19 febbraio 2004, viene approvata la legge n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" in cui nell'articolo 1 si parla espressamente di diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito e si equiparano i diritti dell'embrione a quelli delle persone già nate, in contrasto con la sentenza della corte costituzionale del 1975. Il 12-13 Giugno 2005 viene indetto il referendum per abrogare (fra altro) integralmente l'articolo 1 della legge 40. Ma si recano al voto solo il 25,9% degli aventi diritto e non si raggiunge il quorum necessario alla convalida (il 50% più uno). Il 13 dicembre 2005 la Commissione Affari Sociali della Camera da il via libera all'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge 194 sull'aborto. Il presidente della Commissione, Giuseppe Palumbo, spiega che le audizioni dovranno terminare al massimo il 15 gennaio 2006, in modo da terminare i lavori entro il 31 gennaio 2006.



Tentare di spostare il peso della bilancia non è soluzione al problema

Massimiliano Fanni Canelles

La legge 194, "norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", afferma che lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità, tutela la vita umana dal suo inizio, promuove i servizi socio-sanitari per evitare che l'aborto sia usato come controllo delle nascite. Fino ad ora la discussione sulla validità o meno di questa legge è stata incentrata nel confronto fra diritti dell'embrione, simili a quelli di una persona perché già possessore del corredo genetico di un futuro individuo, e della donna, che deve poter proseguire una vita nel rispetto di una giusta tutela psicofisica. La legge attuale in effetti riconosce all'essere umano la dignità umana fin dal momento della fecondazione e quindi all'embrione, ma è anche vero che questo non è un principio da tutti riconosciuto. Il prodotto del concepimento dal momento della fecondazione fino alla terzo mese di gravidanza viene chiamato embrione ed il primo punto da affrontare è nel definire il "valore" di questo essere vivente e quindi capire la differenza di "valore" etico e morale nell'embrionicidio rispetto al feticidio o all'infanticidio o ancora all'omicidio. Perché ciò avvenga tutti noi dobbiamo necessariamente prendere coscienza sul valore della vita non vissuta rispetto al valore della vita vissuta, non solo riferiti all'embrione ma a tutto il genere umano indipendentemente dall'età, sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, età, condizioni sociali e..... di salute. D'altro canto la gravidanza è un tutto inscindibile utero-placenta-embrione con l'embrione in una situazione di totale dipendenza dalla donna e quindi oltre ad essere una vita non vissuta è anche una vita "parassitaria" che avrebbe, secondo alcune teorie, minor valore di una vita autonoma. Proteggere la vita potrebbe significare allora tutelare la salute psicofisica della donna privilegiando le aspirazioni e le prospettive di vita della mamma rispetto a quelle dell'embrione.....Ma sperare di risolvere il problema spingendo la "giustizia" a favore della madre portatrice di una vita vissuta o dell'embrione portatore di una vita meno difesa è solo un'utopia. Periodicamente si tenta di spostare la bilancia utilizzando strumentazioni ideologiche ed elettorali che non ci consentono di guardare con la necessaria attenzione alla drammaticità del problema. Il ricorso all'aborto è sempre una sconfitta perché ci confronta con l'incapacità di controllare il proprio corpo e il proprio futuro. La donna porta il peso per anni di questa dolorosa scelta, con ansia, senso di colpa dopo aver abortito e con disturbi psichici e psicosomatici se costretta a mettere al mondo un bambino contro la propria volontà. Proprio per questo la legge è finalizzata al rispetto della donna e delle sue decisioni e sancisce l'utilizzo dei consultori per informare la madre sui diritti che le spettano e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali in modo da risolvere i problemi che indurrebbero la donna ad abortire. Servizi nei quali le Istituzioni non devono essere neutrali rispetto alla tutela della vita, in modo che l'aiuto non sia finalizzato ad interrompere la gravidanza ma a superare i problemi che portano a negare la propria maternità.

Quando si parla di verifica dell'applicazione della 194, è giusto assicurare che nei consultori si cerchi anche, come prescrive la legge, di rimuovere le cause che inducono alla scelta dell'aborto

“Ma lei è abortista?”

Il dibattito che si è sviluppato in questi ultimi mesi sulla legge 194 e, più in generale, sulle problematiche dell'aborto richiede, a mio avviso, da parte di tutti un sforzo di chiarezza e pacatezza.

Ho più volte in questi mesi parlato del rischio di una strumentalizzazione del dibattito a fini elettorali. E' un pericolo che la società politica italiana dovrebbe evitare. Non si può e non si deve far diventare una tragedia come l'interruzione di gravidanza un tema di campagna elettorale. La 194, l'aborto non sono temi intoccabili, non sono tabù, e non può essere tabù verificare se e come funziona la legge in tutte le sue parti. Certo, avviare questa riflessione e questa verifica, dopo 4 anni e mezzo di legislatura, quando mancano una ventina di giorni di lavoro alle Camere e pochi mesi alle elezioni, è un'operazione che si presta quanto meno al sospetto in quanto è evidente che non ci sono i tempi tecnici per definire alcunché. Meglio sarebbe cominciare seriamente a parlarne all'inizio della prossima legislatura con davanti tutto il tempo per accertare, verificare, proporre, discutere. Voglio peraltro sommessamente ricordare che, quando si parla di verifica dell'applicazione della 194, è giusto assicurare che nei consultori si cerchi anche, come prescrive la legge, di rimuovere le cause che inducono alla scelta dell'aborto, e non trovo pregiudizialmente errato prevedere la presenza di volontari, di estrazione "plurale", in grado di aiutare le donne in questo difficile momento. Ma bisogne-

rebbe anche ricordare che nell'articolo 9 della legge, in materia di obiezione di coscienza, afferma che "gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza" e che le regioni "ne controllano e garantiscono l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale". Siamo certi che tutte le strutture rispettino le prescrizioni della 194 in questa materia? Ciò detto io credo vadano separati chiaramente i discorsi etico-ideologici sull'aborto e le valutazioni tecnico giuridiche sulla legge 194. Nei giorni scorsi un importante giornalista mi ha chiesto "ma lei è abortista"? Come se ci fosse qualcuno, come se potesse esserci una donna "a favore" dell'aborto. Ecco, queste sono le generalizzazioni, le confusioni che non giovano a nessuno. Io sono ovviamente contro l'aborto che è una ferita profonda che lacera l'anima ed il corpo delle donne. Credo però che sia giusto che uno stato civile consenta, alle donne che arrivano a questa drammatica scelta, di interrompere la gravidanza non dalle mammane, in condizioni igienico sanitarie precarie e mettendo a rischio la propria salute, bensì in una struttura sanitaria pubblica con tutta l'assistenza necessaria.

Io rispetto le posizioni di chi è contro questa legge che io ritengo invece opportuna e come me l'hanno ritenuta opportuna l'88 per cento degli italiani che vennero chiamati alle urne per il referendum abrogativo. Chiedo però che analogo rispetto sia concesso a chi ha opinioni diverse e che l'argomento non venga affrontato con lo spirito di crociata. Sia chiaro, sarebbe pienamente legittimo da parte di chi considera la legge 194 un errore chiederne l'abrogazione. Ma qui si assiste ad una campagna anti-194 senza

che nessuno poi nei fatti ne chieda l'abrogazione o la modifica, anzi tutti si affrettano sempre a dire che la legge non è in discussione. Ma se la legge non è in discussione perché da mesi sui giornali non si legge d'altro? E' una riflessione che vale ad esempio per la RU 486, la pillola che induce l'aborto, venduta in tutta Europa da anni e che ha superato le forche caudine dei controlli comunitari. In Italia è stata avviata la sperimentazione a Torino, ci sono stati dei problemi, il Ministro Storace ha sospeso e dato delle prescrizioni ed io ho concordato con lui sull'esigenza della massima cautela in questo campo. L'ospedale ha recepito le indicazioni del Ministro della Salute, la sperimentazione è ripresa. Altre Asl hanno chiesto di avviare la sperimentazione? Bene, se si atterrano alle prescrizioni ed opereranno nel rispetto dei protocolli verificati dal Ministero per Torino non vedo perché questa possibilità debba essere preclusa.

Ma il nodo anche in questo caso è un altro. Si osteggia la RU 486 con motivazioni ideologiche, perché visto che consente di interrompere la gravidanza con minore dolore fisico rispetto all'intervento chirurgico, si dice che "banalizza" l'aborto, che lo rende "più facile". Io trovo queste argomentazioni errate e poco rispettose della salute delle donne. Come è sostenibile che se la tecnica medica consente un intervento meno doloroso, le donne non debbano poterla scegliere e debbano invece sottoporsi necessariamente ad una pratica più dolorosa?

Certamente si tratta di una tecnica abortiva e come tale va eseguita sotto stretto controllo medico. E' una procedura che richiede l'assunzione di due pillole che vanno prese entrambe in strutture sanitarie. Non si può pensare ad un aborto "fai da te" ed io sono nettamente contraria ad ogni ipotesi di vendita della RU 486 in farmacia. Ma se invece l'assunzione avviene sulla base di una libera scelta di una donna ed in ospedale o in cliniche autorizzate non vedo perché questa possibilità debba essere negata.

Analogamente ritengo che debba essere



concretamente prescritta e prescrivibile la cosiddetta "pillola del giorno dopo", che spesso non viene prescritta nei presidi sanitari pubblici perché non viene organizzata la turnazione di medici non obiettori di coscienza.

Io credo infatti che uno dei sistemi per ridurre il numero degli aborti - che sono, lo ripeto, sempre una tragedia soprattutto per le donne che vi ricorrono - sia quello di potenziare la prevenzione, in questo caso la cultura della contraccezione.

Ha fatto scalpore nelle scorse settimane una mia intervista in cui parlavo dei preservativi. La sintesi giornalistica ha banalizzato il mio pensiero. Io ho detto che fra le donne che abortiscono per motivi diversi c'è anche una quota di adolescenti che, con una adeguata cultura della prevenzione, potrebbero evitare gravidanze indesiderate. Però mi sono stupita di ascoltare tanti commenti scandalizzati su un tema che invece dovrebbe essere centrale. Ho avvertito in quella occasione uno scarto fra la società politica e la società reale. Mentre infatti i politici si scandalizzavano la gente mi diceva che avevo fatto bene a sollevare un problema reale, sentito dalle famiglie, da chi ha figli adolescenti. Perché, anche in questo caso, si può certamente criticare che i ragazzi abbiano rapporti sessuali, ma la realtà è che

ciò accade. La politica deve confrontarsi con la realtà e se con una adeguata educazione si possono indurre gli adolescenti a comportamenti più responsabili io credo lo si debba fare. Far finta che il problema non esiste non risolve la questione, semmai la può aggravare.

Insomma, la tematica in campo, come si vede è estremamente ampia e certamente un approfondimento sarebbe opportuno. Anche perché si tratta di argomenti che non si prestano a letture o a soluzioni univoche. Dietro un'interruzione di gravidanza possono esistere motivazioni molto diverse, anche economiche, ma certamente non solo e non sempre economiche. Ci sono le adolescenti cui abbiamo accennato, c'è la realtà delle donne extracomunitarie i cui aborti oggi sono il 25% del totale in Italia, ci sono le interruzioni di gravidanza dettate da pericoli per la salute della madre o da malformazioni del nascituro. Pensare ed attuare una politica di sostegno alla maternità implica una molteplicità di interventi che riguardano le politiche sanitarie, ma anche, e direi soprattutto le politiche sociali. Per questo sono contraria alle semplificazioni del dibattito, alla contrapposizione per slogan, alle invettive incrociate da clima elettorale. Il tema è troppo serio per affrontarlo a colpi di dichiarazioni alle agenzie di stampa per guadagnare un



On. Stefania Prestigiacomo

titolo sui giornali. Io vorrei che su questo problema ci fosse da parte di tutti una moratoria ed un impegno. Una moratoria fino alle elezioni per evitare che l'aborto diventi campo di battaglia della polemica politica nei prossimi mesi. E l'impegno ad affrontare il tema con tutta la serenità, l'approfondimento e la calma necessaria nella prossima legislatura. Penso che la tragedia che ogni aborto rappresenta meriti pacatezza, riflessione e, soprattutto, rispetto.

Stefania Prestigiacomo
ministro delle pari opportunità

Regione	2004				2005			
	Popolazione	Donne (0-14)	%	Capitale (0-14)	Popolazione	Donne (0-14)	%	Capitale (0-14)
ITALIA TOTALE	58.000.000	10.000.000	17,2	10.000.000	57.000.000	9.500.000	16,7	9.500.000
ITALIA CENTRIONALE	20.000.000	3.500.000	17,5	3.500.000	19.500.000	3.200.000	16,4	3.200.000
ITALIA MERIDIONALE	18.000.000	3.000.000	16,7	3.000.000	17.500.000	2.800.000	15,9	2.800.000
ITALIA NORD-OCCIDENTALE	15.000.000	2.500.000	16,7	2.500.000	14.500.000	2.400.000	16,5	2.400.000
ITALIA NORD-ORIENTALE	5.000.000	1.000.000	20,0	1.000.000	4.500.000	900.000	20,0	900.000
ITALIA ISOLANA	1.000.000	200.000	20,0	200.000	900.000	180.000	20,0	180.000
ITALIA	58.000.000	10.000.000	17,2	10.000.000	57.000.000	9.500.000	16,7	9.500.000

Lavoriamo a favore della prevenzione

Quello sull'aborto è un tema che esprime una valenza ontologica e quindi mi riesce difficile, antipatico, ma anche doloroso, doverlo vedere trattato nella propaganda elettorale. Ci dobbiamo sforzare di aiutare la politica a tornare ad una dimensione più sana e più onesta sul piano intellettuale

In un Paese dove si svolgono campagne elettorali ogni anno, l'avvicinarsi della data delle elezioni viene annunciato con l'esplosione di tematiche dalla valenza epocale che in periodi di stabilità elettorale, che corrispondono a quelli più produttivi sotto il profilo legislativo, sono abbandonate nei cassetti. Ma è così, ed anche alla vigilia di questa durissima campagna per le politiche 2006, esplose il tema della vita e della morte. Ed io, che da sempre sono laicamente impegnato in un percorso politico dove faccio tesoro della mia ispirazione culturale e religiosa, devo ammettere di essere particolarmente a disagio nel dovermi confrontare su questo tema in una dimensione da stadio. Questo perché la sacralità della vita si manifesta anche nel modo in cui ci si avvicina al tema, nel modo in cui si usano alcuni argomenti. Quello sull'aborto, per me che sono laureato in filosofia, è un tema che esprime una valenza ontologica e quindi mi riesce difficile, antipatico, ma anche doloroso, doverlo vedere trattato nella propaganda elettorale. Ma ci dobbiamo sforzare di aiutare la politica a tornare – dico tornare perché una volta i cori da stadio non si facevano su certi argomenti – ad una dimensione più sana e più onesta sul piano intellettuale. E' su questo, oltre che sul merito, che voglio dare il mio contributo e quello del mio partito. La legge 194 del 1978 all'articolo 1 recita: "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, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite". Vorrei partire da qui: "evitare che l'aborto sia usato a fini della limitazione delle nascite". Questo è l'obiettivo delle politiche socio-sanitarie che lo Stato, le regioni e gli enti locali devono attuare, e da qui si può partire per un dialogo e un confronto sul tema che non è più aborto sì o aborto no, ma sì o no a politiche socio-sanitarie che evitino l'uso dell'aborto come strumento di limitazione delle nascite. Ed in questa chiave si inserisce l'esigenza reale di vedere applicata l'intera legge 194. La mia personale posizione è quella del massimo rispetto nei confronti di una legge dello Stato. Pur non condividendola, poiché per fede cattolica sono contrario all'aborto, credo però che la si debba applicare nella sua interezza: non solo nella parte che prevede e disciplina l'interruzione di gravidanza, ma anche in quella che tutela la salute della donna. Quando si parla di aborto infatti non si può non tener conto del dolore che la donna deve spesso affrontare e sopportare in solitudine. Davanti a questa vera tragedia bisogna innanzitutto riflettere, approfondire, comprendere e sicuramente non giudicare. Nel nostro ordinamento la 194 sancisce principi, riconosce diritti e impone obblighi; ma troppo spesso il dettato normativo viene disatteso, peggio ancora disapplicato. La legge come tale va rispettata, non in quanto laici o cattolici ma in quanto cittadini e in più, nel nostro caso, in quanto rappresentanti delle istituzioni. E' però fondamentale la salvaguardia della salute delle donne e non di meno del nascituro. Pertanto l'interruzione volontaria della gravidanza, come ogni altra legge dello Stato, deve essere rispettata e soprattutto applicata nella sua interezza, altrimenti non si potrà affrontare in modo costruttivo alcun tipo di discorso che si basi su tale normativa. Entrando nello specifico, credo innanzi-

tutto che molto si possa fare applicando la legge in vigore nella parte della prevenzione. In particolare l'articolo 2, riguardante i consultori familiari, affida loro il compito di assistere la donna in stato di gravidanza, informandola sui diritti, sui servizi offerti, sulle modalità idonee ad ottenere il rispetto delle norme sul lavoro e sulla tutela della gestante, attuando direttamente o tramite enti locali speciali interventi e contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. Sono convinto in proposito che sia quanto mai necessaria una più capillare e completa informazione. Troppo spesso infatti il ricorso all'aborto è prodotto indirettamente da una non conoscenza di fondo di tutti gli aiuti, i sostegni, i provvedimenti, le iniziative a supporto della gravidanza di cui la gestante potrebbe fruire. Spesso la donna crede di trovarsi di fronte ad una scelta ineludibile mentre in realtà potrebbe valutare diverse soluzioni e ciò a vantaggio non solo del bambino ma della donna stessa. Bisogna quindi sopperire prioritariamente alla mancanza di informazione con l'avvertenza di evitare in questo particolare momento il rischio di strumentalizzare un argomento così delicato. Strumentalizzazione che purtroppo dobbiamo registrare in questi giorni in merito all'indagine conoscitiva sulla normativa vigente, promossa da una forza politica che ritiene di poter affrontare in meno di 30 giorni lavorativi un impegno importante e delicato, quale quello della ricognizione sul funzionamento della legge nella sua interezza. E' un compito che, fuori da ogni strumentalizzazione, sarebbe stato più opportuno demandare alla prossima legislatura, o affrontare a livello regionale come noi Popolari UDEUR abbiamo chiesto in molte regioni, prima di affrontare altre innovazioni quali quella della RU 486; e bene avrebbe fatto questo Governo a trovare nella finanziaria di quest'anno le risorse per sostenere i consultori invece che tagliare i finanziamenti agli Enti locali. Ma tant'è, la cultura da stadio oramai prende tutti, e la 194, la salute della donna e la sacralità della vita sembrano diventare ottimi argomenti da buttare nel "tritatutto" della campagna elettorale. Noi, lo abbiamo detto e lo continueremo a dire: non siamo disponibili a fare campagna elettorale su questi temi, ma non siamo neanche disponibili a mediare e a trovare mezze soluzioni, perché per noi questi temi rappresentano la base del nostro impegno e la ragione di fondo della nostra identità.



On. Clemente Mastella

Clemente Mastella
vicepresidente camera dei deputati
segretario politico Popolari - Udeur
già ministro del lavoro

Fuori dalla morsa della maternità come destino

La legge 194 del 1978 ovvero "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza" fu approvata in Parlamento a coronamento di lotte decennali delle donne, dei lavoratori e fra gli altri, del Partito Comunista Italiano, che avevano come orizzonte politico-culturale l'uguaglianza dei diritti. Con questa legge si cancella infatti l'ultimo dei pilastri su cui fondava l'antica schiavitù delle donne e finalmente, dopo il diritto al lavoro e il diritto all'istruzione, anche le donne italiane conquistano il diritto ad essere responsabili del proprio corpo. Le donne che per secoli erano state relegate a subire la propria differenza biologica e trattenu- te nella morsa della maternità come destino, si conquistano il diritto di scelta e la possibilità di autodeterminarsi economicamente e sessualmente. Le conquiste nel campo della medicina, la scoperta dei farmaci anticoncezionali e di nuove tecniche di contraccezione, hanno aiutato a liberare la sessualità femminile da tabù e tradizioni crudeli e per la prima volta nella storia dell'umanità anche le donne italiane hanno avuto l'opportunità di scoprire e godere del proprio corpo e decidere se e quanti figli mettere al mondo. Solo qualche anno prima per legge, le donne non avevano diritti ed erano proprietà del "pater familias". Il loro destino era quello di "dar dei figli a Dio.." e la loro responsabilità era di salvaguardare la propria "virtù", se una donna veniva violentata "se l'era cercata", se faceva sesso prima del matrimonio, (obbligatoriamente religioso pena il marchio di "concubina"), bisognava non dirlo, se dall'"atto impuro" nasceva un bambino, la derelitta e la sua creatura venivano marchiati a vita, svergognata la madre e, figlio di nessuno, il "frutto del peccato". Le poverette che non avevano la forza di caricarsi un futuro di vergogna, di angherie e di miseria erano disposte a rischiare la vita procurandosi l'aborto con l'aiuto della mamma o dei famigerati "cucchiari d'oro", e anche la galera, perché, ovviamente, l'aborto era considerato reato da punire con il codice penale. Con la 194 la maternità non è più un fatto privato della donna o della coppia ma assume un valore sociale, l'aborto esce dalla clandestinità, l'atto sessuale non è più legato alla procreazione, la donna ha la libertà di decidere se diventare madre. I consultori, conquistati nel '75, vengono indicati come la struttura socio-sanitaria idonea a sostenere sul piano medico e socio-economico la donna che decidesse di interrompere la propria gravidanza. Per tutti questi motivi, per il suo forte significato valoriale la 194/78 è una legge avanzata, democratica e di grande civiltà. Deve essere denunciato però che in questi anni la legge sui consultori 405/75 e la stessa L. 194 sono state svuotate, il contesto sociale di cui queste leggi avrebbero bisogno dovrebbe essere ispirato alla cultura dei diritti, oggi invece la cultura dominante è quella del mercato e del liberismo. Il consultorio come servizio socio-sanitario non esiste più, sanità e sociale sono state divise, la sanità è stata "aziendalizzata", e il sociale, cioè quel poco di welfare è stato falciato di Finanziaria in Finanziaria. Si dovrebbe prevedere un consultorio ogni 20.000 abitanti ma ne mancano all'incirca 600. Nonostante gli attacchi del governo e le politiche liberiste di questi ultimi anni, nonostante gli anatemi della Chiesa e le sue pressioni sulla politica perché imponga i valori della maggioranza con la legge,

Le conquiste nel campo della medicina, la scoperta dei farmaci anticoncezionali e di nuove tecniche di contraccezione hanno aiutato a liberare la sessualità femminile da tabù e tradizioni crudeli e anche le donne italiane hanno avuto l'opportunità di decidere se e quanti figli mettere al mondo

la 194, ha funzionato e funziona.

I dati messi a disposizione dal resoconto del ministro della salute del 25 ottobre scorso ci confermano la tendenza alla riduzione del numero degli aborti, infatti, in Italia, siamo partiti da un tasso di abortività superiore al 17 per mille, grazie alla legge siamo arrivati al 9,6 per mille, sempre meno le italiane che si rivolgono



On. Katia Bellillo

alla IVG che invece aumenta del 2,3% dal 2003 al 2004 fra le straniere. Queste percentuali ci dicono semmai che occorre investire di più sui consultori, di renderli più efficaci, non facendo entrare nei consultori volontari cattolici, ma aumentandone il numero, assumendo mediatori culturali, garantendo i mezzi anche finanziari per campagne di educazione sanitaria e sociale fra le comunità di stranieri che vivono e lavorano nelle nostre città. Difendere la 194 va oltre il mero mantenimento di un servizio democratico per un paese civile, chi pretende di mettere mano alla sua modifica, con iniziative strumentali come quella di una commissione parlamentare d'indagine a due mesi dallo scioglimento del Parlamento, ha in mente un modello di società che prevede per le donne un ruolo subalterno e sottomesso, e scardinare così le fondamenta di uno stato laico e democratico che si prefigge l'uguaglianza di tutti i suoi cittadini. Per sostenere il predominio del mercato senza regole e un potere senza controllo c'è bisogno di cancellare la cultura dell'uguaglianza, e far leva sulle tradizioni più arcaiche per dividere le persone fra loro. Lo scontro fra civiltà scatena i fondamentalismi religiosi e di fronte alle inusitate opportunità offerte dalla scienza per sconfiggere miseria, ignoranza e malattie nel mondo intero, invece di rafforzare le istituzioni internazionali per garantire un'equa distribuzione delle risorse, s'innalzano antichi e nuovi steccati per dividere le persone fra loro. La difesa della L. 194, allora, richiede un impegno di tutti, le donne sono in prima fila ma è una questione che deve interessare tutte le forze sinceramente democratiche, perché è in gioco un'idea di società che non è quella civile, moderna e umana che abbiamo delineato nella nostra Costituzione. La società che hanno in mente, con il sostegno delle gerarchie religiose, prevede che le donne siano ricacciate nel ghetto da dove con tanta fatica sono uscite, per questo vogliono riavere il controllo del loro corpo e della loro vita.

Katia Bellillo

segretario della XIV commissione (politiche dell'unione europea), già ministro per gli affari regionali e già ministro per le pari opportunità

La 194 non fu un atto di cinismo, ma la risposta a un'esigenza sociale

L'aborto è un momento tragico per la vita della donna, un momento nel quale, anche quando è sostenuta ed accompagnata dall'aiuto delle strutture sociali e dalla famiglia, essa vive sempre un dramma ed una sofferenza

Nelle scorse settimane sono sorte polemiche infuocate intorno alla legge 194, la legge che regola l'interruzione di gravidanza. Le polemiche sono sorte a seguito dell'intervento del Ministro Storace che ha segnalato la necessità della presenza di volontari del movimento per la vita nei consultori. Da lì è partita una serie interminabile di interventi che hanno fatto da premessa al sorgere di una commissione parlamentare avente lo scopo di verificare lo stato di attuazione della legge 194. Questa, in breve, la storia dell'ultima polemica sull'aborto. Il mio giudizio su tutto questo è noto e per argomentare parto proprio dalla legge. Personalmente, ritengo l'aborto un momento tragico per la vita della donna, un momento nel quale anche quando è sostenuta ed accompagnata dall'aiuto delle strutture sociali e dalla famiglia è sempre un dramma ed una sofferenza. Quando, poi, questo evento viene vissuto da giovani donne o da cittadine straniere extracomunitarie clandestine si trasforma quasi sempre in un fatto tragico e luttuoso. Tutto ciò avviene nella intima solitudine della donna davanti alla scelta di perdere in maniera traumatica ciò che completa naturalmente la sua vita, cioè un figlio. Di fronte a questo, la scelta del legislatore di introdurre a suo tempo la 194 non fu un atto di egoismo o di cinismo, ma la risposta ad una esigenza di carattere sociale, ribadita anche con un referendum popolare. I limiti imposti dalla legge 194 ritengo siano tollerabili e coerenti nel contemperare le esigenze di non impedire di fronte a situazioni chiare e ben definite il ricorso alla interruzione volontaria della gravidanza e la difesa della vita, che è e deve restare un caposaldo della struttura sociale e politica nella nostra epoca. Il tema della verifica della completa applicazione di una legge non può essere terreno di scontro proprio poichè è una prerogativa del Parlamento, in virtù della funzione legislativa di esso. Non vedo, quindi, la necessità di alimentare polemiche in tal senso. Diverso è il mio pensiero di fronte alla richiesta del Ministro Storace per l'inserimento nei consultori di volontari del movimento per la vita. Quando una donna ricorre al consultorio ha la necessità di trovare persone competenti,

serene e capaci, per quanto possibile, di aiutarla, di comprendere il suo drammatico momento, di non colpevolizzarla per gli atti compiuti o subiti, di non vessarla psicologicamente. Appare evidente, e dal loro punto di vista è corretto, che i rappresentanti del movimento per la vita non vedano il ricorso all'aborto come una possibilità di scelta della donna ma come un delitto. Faranno, quindi, in modo di salvare la vita, con ciò prescindendo dalla condizione della donna che con il nascituro è l'altro attore della vicenda. In sostanza, il timore che il consultorio possa diventare un momento di ulteriore difficoltà per la donna, un momento dove si possa consumare un altro dramma per lei a causa del condizionamento che potrebbe subire, è da parte mia molto forte. Con ciò non intendo affermare o sostenere la negatività del movimento per la vita, ma penso che la loro posizione non aiuti una donna davanti alla richiesta di aiuto che, in quel momento, potrebbe interessare tanti aspetti: sanitario, economico, sociale. Penso che la 194, pur riguardando un tema così delicato, sia stata e resti una conquista non solo delle donne, ma di tutta la società italiana. E a chi afferma, un po' cinicamente, che non può parlarsi di conquista di fronte alla soppressione di una vita, rispondo che le vite in gioco, davanti alla scelta di ricorrere alla interruzione di una gravidanza, sono due. Ed entrambe vanno difese.



On. Alessandra Mussolini

Alessandra Mussolini
deputato europeo
segretario nazionale Azione Sociale

Tabella 9 - ITC in Italia per area geografica, 2001

	ITA	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE (15-44 ANNI)
ITALIA SETTENTRIONALE	6227	21,8	22,1
ITALIA CENTRALE	2966	20,8	21,8
ITALIA MERIDIONALE	1038	20,8	21,1
ITALIA ISOLARE	1007	17,9	18,1
ITALIA	11238	20,8	21,1

Il tasso di abortività in Italia è tra i più bassi del mondo

Ciò che fino ad oggi si viene enucleando è che la legge 194 è una buona legge.

Le interruzioni volontarie di gravidanza negli ultimi 20 anni sono diminuite di circa del 47% e l'andamento negli anni 2003 - 2004 dice che le italiane abortiscono sempre meno mentre i picchi di aumento sono dovuti per il 50% alle cittadine straniere immigrate

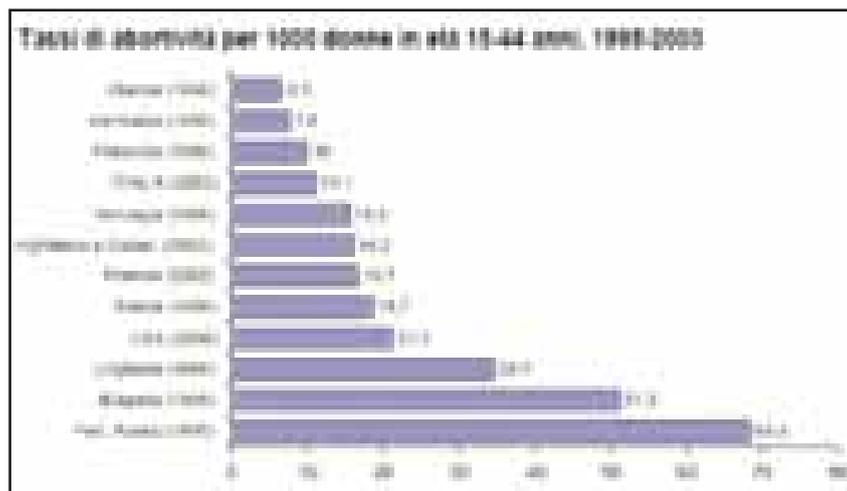
Mancano circa 50 giorni alla fine della legislatura e la commissione affari sociali affronta una indagine conoscitiva per la verifica dell'applicazione della legge 194 in modo improprio, con un metodo infelice e con una visione strumentale delle cose. La prima domanda che sorge è come mai in 5 anni di fronte alle relazioni sullo stato di applicazione della legge fornite dal ministero della salute e dal ministero di grazia e giustizia e nonostante le richieste dell'opposizione di discutere nel merito lo stato applicativo non si sia mai sentita l'esigenza di affrontare gli approfondimenti. Improvvisamente a fine legislatura si è voluto strumentalmente verificare, in tempi strettissimi ciò che invece avrebbe richiesto tempi e metodi seri al fine di approfondire l'applicazione reale dell'art 2 della legge 194. L'indagine oramai è partita. Partecipo puntualmente a tutte le audizioni e ciò che fino ad oggi si viene enucleando è che la legge 194 è una buona legge, infatti le interruzioni volontarie di gravidanza negli ultimi 20 anni sono diminuite di circa del 47%, l'andamento negli anni 2003 - 2004 dice che le italiane abortiscono sempre meno e che i picchi di aumento sono dovuti per il 50% alle cittadine straniere immigrate. Che cosa accade dunque? Il tasso di abortività in Italia è tra i più bassi nel mondo. E' andata formandosi negli anni, almeno tra le donne italiane, la cultura della contraccezione che occorre incentivare per prevenire l'aborto. Permane un tasso di recidività tra le donne di età compresa tra i 35 e i 45 anni, con più di due figli in condizioni socio-economiche medio basse e residenti in aree del paese in grosse difficoltà economiche e sociali. La realtà a cui le donne si rivolgono per chiedere la certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sono per un terzo i consultori familiari, per un terzo il medico di famiglia o medico ginecologo e per il rimanente terzo alle strutture sanitarie ospedaliere. Il dato più significativo è che laddove le strutture consultoriali sono in rete con le strutture ospedaliere e con i servizi sociali presenti sul territorio l'azione dei consultori rispetta pienamente l'art. 2 della legge 194, laddove le strutture consultoriali soffrono della mancanza delle figure professionali stabilite per legge e che debbono operare nel consultorio oppure sono carenti in termini strutturali sul territorio oppure ancora vivono la presenza di medici ginecologi obiettori di coscienza non riescono ad espletare tutte le loro funzioni e quindi è più difficile applicare pienamente la legge. Il problema dell'IVG mette in luce i punti chiave su cui occorre ancora lavo-

rare molto se si vuole prevenire l'aborto e dare piena tutela sociale al valore della maternità nel rispetto dello spirito complessivo della legge e della volontà delle donne senza tentativi oscuri di coazione delle loro decisioni. Interventi chiave a mio avviso sono: un'opera grande di educazione sessuale nelle scuole che viene ancora effettuata sporadicamente e solo su iniziativa di consultori e docenti volenterosi; ampliare l'offerta attiva di contraccettivi soprattutto alle donne straniere e alle immigrate clandestine anche per la prevenzione di



On. Grazia Labate

malattie sessualmente trasmissibili; usare modalità di contenimento del costo della contraccezione per esempio con la distribuzione gratuita dei profilattici ai giovani; potenziamento del ruolo dei consultori che soli possono offrire alla donna e alla coppia una risposta complessiva al problema della paternità e maternità consapevole e responsabile; trovare un'intima coerenza tra la piena applicazione della legge 194 e le politiche che si applicano in campo sociale sanitario, non confondere le politiche per favorire la natalità con le politiche di controllo della fertilità. Non è un caso che in tutti questi 5 anni ai nostri emendamenti per il potenziamento della rete consultoriale, almeno 1 ogni 20mila abitanti per sbloccare le politiche di assunzione di personale necessario, per integrare il consulto nella rete dei servizi socio-sanitari per mettere in piedi vere e proprie politiche di sostegno alla famiglia non è stata data alcuna risposta. Solo interventi spot. Politiche del bonus bebè sono state le uniche risibili risposte che mettono in evidenza la contraddizione esistente tra chi retoricamente afferma la politica a sostegno della famiglia e la condanna della legge 194. Occorre un'intima coerenza e comportamenti politici consapevoli per far sì che una buona legge non venga travolta da crociate sanfediste, che i consultori, servizi di frontiera, possano fare di più e meglio, che le politiche per la famiglia per essere attivate abbisognano di forti politiche pubbliche: poli della casa, poli dei servizi sociali, riconoscimento a tutte le donne lavoratrici di provvidenze in caso di maternità, poli di sostegno ai redditi medio bassi. Il problema è dunque prevenire l'aborto e quindi scegliere con coerenza la politica della contraccezione e favorire la natalità con politiche attive per le famiglie italiane. A 45 giorni dalla fine della legislatura è sorprendente la miopia di una maggioranza e di un governo che nascondendosi dietro una indagine conoscitiva in realtà occultano le proprie responsabilità ed ancora una volta nella finanziaria 2006 tranne il bonus bebè tutto il resto è nebbia.



Grazia Labate

componente XII commissione affari sociali
già sottosegretario alla sanità

Una legge che funziona

C'è chi ritiene che ci voglia più conoscenza e chi privilegia la prevenzione. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia è regolata da una legge che sino ad oggi è servita a contenere il problema, ponendo il nostro tra i Paesi industrializzati in cui si abortisce di meno. Il rischio di una nuova "crociata" però è reale, così come lo è il pericolo di una ripresa della criminalizzazione delle donne

Sui cartelli era scritto: "no.no.no". Nel 1981 il referendum abrogativo venne vinto dai no. La legge 194 "norme sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" era stata approvata nel '78. In questi 27 anni in Italia gli aborti sono crollati, dimezzati; arrivando al tasso di abortività il più basso di tutti i paesi industrializzati (in Svezia è il doppio). Gli unici dati in aumento sono quelli delle giovani immigrate. Dall'82 i dati sono completi: da 240 mila di quell'anno a 132 mila (meno 43%). Se togliamo le straniere, la riduzione per le italiane è del 46%. Sul sito dell'Istat c'è tutto. Quindi è una buona legge e funziona. Nessuno propone apertamente di abrogarla, ma c'è chi dice di volerla migliorare, controllando se è applicata correttamente nella prima parte, che prevede l'informazione nei consultori per la "tutela sociale della maternità". Dopo l'ok del presidente Casini è partita un'indagine conoscitiva della Camera, anche se già c'è istituzionalmente la relazione fatta ogni anno sulla sua attuazione. A febbraio il parlamento chiude e di mezzo ci sono le vacanze di Natale. Quello sull'aborto è un dibattito aperto in tutto il mondo. Da noi sembrava sostanzialmente chiuso. Invece no. Potrebbe essere un bene, potrebbe essere un male. C'è chi, tra medici e politici, la prende in maniera soffice: più conoscenza c'è, meglio è. Si vedrà che ci vuole più prevenzione e quindi più personale qualificato per i consultori e quindi più soldi (l'ultimo finanziamento ai consultori è del '98). C'è chi, soprattutto fra le donne, si arrabbia e si organizza per il contrattacco: il tema è aggregante, capace di far tornare in piazza le donne. Magari anche le giovani, che del femminismo francamente se ne infischiano, dando tutto per scontato. Ora si potranno rendere conto che abbiamo lavorato anche per loro e che niente è dato per sempre. A far temere una nuova "crociata" è la prevista presenza di "volontari", che potrebbero non avere la professionalità e l'obiettività necessarie per muoversi in un campo così delicato. In chiaro: per informare, senza colpevolizzare le donne. Lo dico da mamma, nonna, femminista (non ex) che si guarda attorno e già vede un di più di criminalizzazione rinascita. Per esempio. Napoli, piazza Garibaldi, davanti alla Stazione centrale. Negli appositi spazi pubblicitari da qualche giorno sono apparsi decine di manifesti bianco-azzurri: "l'aborto è un omicidio". Facendo sentire una criminale virtuale almeno metà delle donne che passano. Secondo esempio. Il 9 dicembre scorso un importante giornale romano ha dedicato tutta la prima pagina a una gigantesca foto che mostra in primo



Lùcia Borgia, Magda Brienza, Massimiliano Fanni Canelles alla Camera dei deputati

piano due mani di ostetrico guantate, che tengono un feto completamente formato. Terrificante. Al di sotto di qualunque commento. Se i "volontari" fossero espressione di questa campagna terroristica sarebbe un male per tutti. Lo scandalismo e il sensazionalismo non aiutano. Quanto ai politici, non credo ce ne sia uno solo che pensi veramente di poter toccare la 194 ricavandone un vantaggio elettorale. Il passato sta lì a ricordare che si tratterebbe di un boomerang. E il presente pure. Due recentissime elezioni hanno mostrato che l'appoggio al diritto di aborto ha contribuito a portare al successo due candidati anomali. A New York, nel novembre 2005, ce l'ha fatta ad essere riconfermato sindaco lo stramiliardario Michael Bloomberg (patrimonio personale 5 miliardi di dollari) ribadendo l'immagine bizzarra di repubblicano liberale: sensibile agli interessi del capitale, ma favorevole a tesi sociali avanzate, come il mantenimento della legislazione pro choice, per la libera scelta in materia di aborto, cavallo di battaglia dei democratici. La spesa elettorale di 73 milioni di dollari -tutti di autofinanziamento- ha aiutato a mandar giù il boccone anche alla destra religiosa. In Cile, dopo il successo elettorale al primo turno dell'11 dicembre, si presenta in netto vantaggio sulla strada della Moneda Michelle Bachelet, socialista, pediatra di 54 anni, divorziata con tre figli, il padre Generale morto sotto tortura perché rimasto fedele a Salvador Allende, è stata la prima donna in America Latina a diventare ministro della Difesa nel 2002, dopo esserlo stata della salute. Al ballottaggio del 15 gennaio, se prevarrà, sarà la prima volta di una donna eletta presidente nelle Americhe. E che donna. Si è imposta come figura carismatica poco convenzionale in un Paese conservatore, facendo una campagna imperniata sui problemi sociali, le ingiustizie, i termini del divorzio (già ottenuto), dell'aborto (da ottenere). Pur essendo alleata dei democristiani, parte integrante della sua maggioranza.

Lùcia Borgia

vicepresidente della commissione nazionale per le pari opportunità tra uomo e donna

Paese	Abortività (per 1000 donne)	Abolizione della legge 194
Italia	13,2	No
Francia	18,0	No
Germania	12,0	No
Paesi Bassi	10,0	No
Regno Unito	15,0	No
Svezia	25,0	No
Spagna	12,0	No
Portogallo	10,0	No
Polonia	10,0	Sì
Ungheria	10,0	Sì
Repubblica Ceca	10,0	Sì
Paesi Baltici	10,0	Sì
Paesi del Baltico	10,0	Sì
Paesi del Baltico	10,0	Sì

Un sottobosco di illegalità da stanare

La vera urgenza riguarda l'eutanasia clandestina che, a detta di personalità mediche del calibro di Umberto Veronesi, è ampiamente praticata in modo illegale negli ospedali italiani. Al contrario dell'eutanasia, sull'aborto in realtà disponiamo di molti dati ufficiali, proprio grazie al fatto che è una pratica regolamentata da tempo. Siamo in grado già di sapere che il numero di aborti praticati è in costante diminuzione da oltre vent'anni e che dall'entrata in vigore della legge è più che dimezzato

Si fa un gran parlare in questi giorni della necessità di condurre un'indagine sullo stato d'applicazione della legge 194 nonostante esista una relazione elaborata meno di due mesi fa dal Ministero della Salute. A mio avviso, invece, la vera urgenza riguarda un'altra realtà che è quella dell'eutanasia clandestina che, a detta di personalità mediche del calibro di Umberto Veronesi, è ampiamente praticata in modo illegale negli ospedali italiani. Per questo spero che la richiesta che l'Associazione Coscioni ha rivolto al Governo, al Parlamento e all'Ordine dei medici di mettere a punto un'indagine - indipendente e anonima - allo scopo di far luce su un fenomeno sociale che si fa finta di non vedere, non resti lettera morta. Al contrario dell'eutanasia, sull'aborto in realtà disponiamo di molti dati ufficiali, proprio grazie al fatto che è una pratica regolamentata da tempo. Siamo in grado già di sapere che il numero di aborti praticati è in costante diminuzione da oltre vent'anni e che dall'entrata in vigore della legge è più che dimezzato. Da radicale, la mia priorità consiste nel rispetto della legalità, per questo non avrei nulla da obiettare se la reale finalità di chi propone una commissione d'inchiesta sulla 194 fosse quella di raccogliere più informazioni sull'applicazione della legge, anche perché ritengo sarebbe un vero e proprio boomerang per i proibizionisti che l'hanno proposta. Innanzitutto, si potrebbe iniziare con l'approfondire le ragioni che sono alla base della crescita delle interruzioni di gravidanze ottenute con tecniche di fecondazione assistita, nei casi in cui il feto reca malformazioni. Si scoprirebbe ciò che gli operatori del settore ripetono inascoltati da tempo, cioè che l'incomprensibile divieto di analisi pre-impianto sull'embrione - previsto dalla legge sulla fecondazione assistita - non genera più nascite, ma più aborti. Oppure, la commissione potrebbe più utilmente indagare sull'impossibilità di ricorrere all'aborto farmacologico. Come si concilia infatti la crociata contro la RU486 con l'articolo 15 della 194, in base al quale "i consultori e le strutture pubbliche

sono tenuti a applicare quelle tecniche che la scienza troverà siano meno invasive e rischiose per l'interruzione di gravidanza"? Come si può infine tollerare che in Italia sia pieno di farmacisti che si rifiutano, violando la legge impunemente, di fornire la pillola del giorno dopo?

La realtà è che si vuole una commissione parlamentare d'inchiesta sul-

l'aborto per ragioni squisitamente elettorali. A tre mesi dal voto, la commissione potrà solo dire ciò che si è già deciso di dire, e cioè che i consultori vanno riempiti di militanti politici del Movimento per la Vita. Conosciamo già l'obiezione delle anime belle pronte ad arruolare un esercito di gendarmi delle coscienze: "ma come - ci si dice - volete voi impedire a dei giovanotti di buona volontà di dare una mano alla donna per aiutarla a fare una scelta diversa da quella di abortire?". Personalmente, rispetto chi crede che l'aborto sia un omicidio, e la considero un'opinione di pari dignità morale rispetto a quella di chi, come me, non è d'accordo. Ciò che mi pare inaccettabile è l'idea di affidare la donna che deve decidere se interrompere una gravidanza, alla consulenza e al sostegno di chi la ritiene una potenziale assassina. Diciamo la verità: la Commissione sull'aborto è solo l'ultimo capitolo di un'offensiva clericale durissima lanciata contro ogni libertà e responsabilità di scelta individuale su questioni che riguardano la riproduzione e la sessualità, la ricerca scientifica, la morte, la famiglia. Si tratta di un vero e proprio "clerical harrasment", in base al quale il Vaticano proclama, i media diffondono il proclama, la classe politica si genuflette. Siccome sull'aborto l'esplicita richiesta di proibizione sarebbe finora troppo impopolare, si sceglie un ostruzionismo strisciante, dai consultori alle farmacie, per sabotare e restringere gli spazi rimasti alla libertà di coscienza. Con la Rosa nel pugno lottiamo per rendere possibile un'alternativa laica e liberale, per governare con regole ragionevoli e non con proibizioni ideologiche, sull'aborto come sull'eutanasia. I vertici partitici sono tanto ostili da aver prodotto una legge elettorale che mette a rischio la stessa presentazione della Rosa nel Pugno, unico partito obbligato a raccogliere le firme. Il tentativo di liquidare la nostra presenza è dovuto proprio al fatto che ci occupiamo di realtà sociali immense, che la politica clericale finge di non vedere.



On. Emma Bonino



Emma Bonino

deputato europeo, capolista "Lista Bonino" alle elezioni 2004

Non era un mucchietto di cellule

La storia di Anna ripropone la sofferenza dell'aborto vissuto. Una esperienza che ha condotto molte donne a lavorare a favore della vita. "Sono stata ingannata - dice Anna - l'ho capito quando ho sentito il cuore del mio bambino battere..."

Anna si presentò all'improvviso alla nostra sede del Movimento per la vita, offrendoci il suo desiderio di fare volontariato. Il suo viso era pulito, ma dagli occhi traspariva come una tristezza. "Sono anni che cerco il coraggio di venire qui. Ho letto e riletto l'Evangelium Vitae, tanto da sgualcirla, ma finalmente ce l'ho fatta!" Così cominciò il suo racconto: "Ho due figli di 6 e 8 anni. Ho sempre creduto nelle battaglie di liberazione della donna e ho partecipato a tutte le manifestazioni, i collettivi, le iniziative che rivendicavano il diritto delle donne all'aborto. Ero tra quelle che scrivevano sui muri "aborto libero!".

È un mucchietto di cellule, così mi dicevano. È un mucchietto di cellule, così dicevo alle altre quando le accompagnavo ad abortire. È un mucchietto di cellule, così mi dissi quando scoprii di essere incinta ed andai ad abortire. Poi mi sono sposata e dopo qualche tempo desiderammo un figlio. Ad un mese e mezzo di gravidanza andai a fare l'ecografia. Ho sentito il cuore del mio bambino battere... e mi è crollato il mondo addosso! In pochi istanti ho ripensato a tutte le bugie dette, sussurrate, urlate. Sono stata ingannata! E quante donne ho ingannato! Non deve più succedere, voi dovete impedirlo, voi dovete dirlo a tutti! Vi prego datemi la possibilità di raccontare la mia storia perché nessuna donna venga più ingannata!". E mentre parlava i suoi occhi si riempivano di lacrime per quel figlio perduto, per quell'aborto compiuto 10 anni prima ma che sembrava avvenuto ieri. Come per una forma di sclerosi, ogni volta che il Movimento per la vita entra nel dibattito pubblico, immancabilmente, con un copione che si ripete da anni, sparuti gruppi di donne, amplificati da giornali e tv, intrecciano danze e girotondi intonando lo stesso ritornello: "La 194 non si tocca. Il diritto all'aborto è una conquista delle donne. Indietro non si torna."

Purtroppo, indietro non si torna. Più di 4 milioni di bambini, grazie a questa "conquista" non potranno mai fare il loro giro-

tondo. Centinaia di migliaia di donne porteranno nel cuore la tristezza di Anna. Ad un recente convegno nazionale del Movimento per la vita, un gruppo di vetero femministe ha tentato di disturbare i lavori con gli stessi slogan che utilizzavano 25 anni fa e mentre urlavano ai 600 partecipanti "assassini!" all'interno della sala convegni una donna con in braccio il suo bambino, piena di commozione, diceva: "se mio figlio adesso è qui lo devo a voi. Grazie!" Sostenere la donna, la madre nel suo ruolo di accogliere e accompagnare la vita è importante non solo per la donna, ma anche per la società che altrimenti sarebbe più povera di speranza e di futuro. Gli uomini politici per lo più tacciono. E non è cosa buona. Gli uomini tutti devono capire che la battaglia in difesa del diritto alla vita non deve vedere differenze, né di sesso, né di religione, né di credo politico. Ma, per un consolidato e tacito accordo, lasciano questo territorio alle colleghe donne. E quelle che hanno spazio nei grandi mezzi di comunicazione - sempre le stesse - assumono i toni arroganti di chi si fa portavoce "delle donne" e continuano ad intrecciare i girotondi che avevano imparato quando, da giovani, militavano nelle file femministe, smerciando il loro stantio messaggio come qualcosa di nuovo, di moderno, di evoluto.

E purtroppo molte di quelle che non hanno fatto parte di quella cultura e che su altre tematiche si ritrovano su posizioni opposte, quando devono affrontare il tema dell'aborto si rifugiano in luoghi comuni, come se soffrissero di una sorta di complesso di inferiorità culturale, come se per una donna e ancor più per una donna politica, parlare a difesa del bambino concepito significasse essere "intolleranti, fondamentaliste, retrograde, ecc.". E così questa politica si allontana sempre più dalle persone. E così queste donne politiche si allontanano sempre più dal vissuto vero delle donne. Dov'è dunque la novità, il contributo specifico, il genio femminile? Forse che non può



Olimpia Tarzia

estrinsecarsi in una politica a servizio della vita? Certo che può. E ce ne sono testimonianze, ancora poche, ma comunque sempre di più. Ma è una consapevolezza che deve essere dichiarata: la legge 194 è stata una sconfitta per la donna; una consapevolezza cui devono seguire fatti: mobilitazione generale delle coscienze e delle Istituzioni a sostegno della vita, della donna, della famiglia. La nostra generazione può compiere una svolta epocale nella direzione della non discriminazione tra esseri umani, nati e non nati, delle pari opportunità tra forti e deboli, tra ricchi e poveri, tra sani e disabili. E a questo processo storico cui tutti uomini e donne possono partecipare, la donna può dare un contributo fondamentale: nel portarlo a termine o, drammaticamente al contrario, nel distruggerlo. Essere sempre dalla parte della vita, per ritrovare se stesse, per generare una società più matura e più giusta, per aiutare altre donne ad essere libere di non abortire, libere di scegliere la vita.

Olimpia Tarzia

già presidente commissione per le politiche familiari e pari opportunità e già presidente dell'osservatorio permanente sulle famiglie regione Lazio

Un tabù per farsi belli

Come si può parlare di un fenomeno che non si conosce?

I dati che vengono divulgati sono sempre incompleti e parziali.

Ad esempio non si riesce ancora a capire, ovvero ad incrociare, il dato sulla età dell'interruzione di gravidanza (IVG) e quello sul ritardo della maternità

Vi è una strumentalità ideologica ed elettorale sulla questione dell'aborto così duramente emersa alle attenzioni della cronaca che non ci consente di guardare con la necessaria attenzione ad una questione in se drammatica. Pare che l'aborto nel nostro paese sia un tabù di cui non si possa parlare, o di cui farsi belli verso un certo elettorato. Prima di aprire un dibattito sul tema sarebbe opportuno realizzare in un modo più ampio e leggibile quella Relazione al Parlamento sullo stato di applicazione della legge 194 che il Ministero della salute redige come puro computo delle prestazioni e sul quale non si assiste da svariati anni ad un vero dibattito nelle commissioni competenti. Come si può parlare di un fenomeno che non si conosce? I dati che vengono divulgati sono sempre incompleti e parziali. Ad esempio non si riesce a capire, ovvero ad incrociare il dato sulla età dell'Interruzione di gravidanza (IVG) e quello sul ritardo della maternità. È vero che nel nostro paese si partorisce in media a 30 anni e l'IVG si fa in media ad una età precedente? È vero che una porzione non irrilevante di IVG sono richieste da persone che non hanno ancora figli e non sono coniugate o conviventi? In buona sostanza l'IVG è applicata sempre tenendo presente la chiara indicazione del legislatore che essa non deve divenire un metodo anticoncezionale o di controllo delle nascite? Questa poca chiarezza e sistematicità statistica emerge in modo evidente se si analizzano i dati relativi all'IVG nell'area minorile. I dati che ho sono abbastanza vecchi, ma gli unici disponibili, e si possono tranquillamente verificare perché pubblicati dal Centro nazionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza. Tra il 94 ed il 99 in media sono 3800 le infradiciottenni che hanno vissuto questa esperienza in media intorno ai 16 anni e mezzo. Per gli anni successivi le tabelle parlano di donne con meno di 20 anni e ciò non aiuta a leggere il fenomeno che riguarda le minorenni. Il dato più sconvolgente però emerge dal Rapporto di abortività per le donne tra i 14 ed i

17 anni: ogni 100 parti nel 94 vi erano 101 IVG, nel 1995 il rapporto era 117,1 e nel 1996 era addirittura di 135,9 IVG ogni 100 parti. Tutto ciò a fronte di un dato che rapportato all'intera età feconda si è mantenuto oramai costante intorno a 25/26 IVG ogni 100 parti. Questo numero assoluto dimostra che le adolescenti utilizzano l'aborto come metodo anticoncezionale. Se a ciò aggiungiamo il fatto che troppo spesso questo intervento è disposto dal giudice in assenza del consenso dei genitori o addirittura segretamente da questi, ne viene fuori un quadro preoccupante. Il mio ragionamento non riguarda il giudizio etico o morale sull'aborto in se, ma si sviluppa su di un piano educativo e sociale; ritengo importante nella veste istituzionale che ricopro tenere il mio giudizio morale distinto dalle necessità del ruolo anche perché la evidenza dei fatti si denuncia da sè. Da un lato è necessario garantire alle minorenni il ricorso a questa pratica quando essa sia liberamente scelta, ma pare di tutta evidenza che tale libertà è abbastanza relativa se così massicciamente si ricorre al giudice in quanto non si ritiene di poter coinvolgere la famiglia nel sostegno educativo, morale, affettivo alla scelta della ragazza. Questo aspetto mi pare lasci intravedere ancora più drammatica la solitudine di queste ragazze costrette ad una scelta su una questione di enorme portata senza un adeguato contesto di contenimento affettivo del dramma né di preparazione al gesto. Trovo infatti assurdo che per quante indagini si facciano sulla vita degli adolescenti pochissimo si sappia della loro sessualità e del modo in cui essi la vivono. Se ne parla solo in termini di allarme sociale solo per condannarne eccessi, o per correggere aspetti patologici, per esempio la necessità di fare informazione sessuale nelle scuole si concentra sull'uso del preservativo quale presidio sanitario di prevenzione della diffusione dell'AIDS. Certo il tema va trattato, ma perché non riusciamo a comprendere che i ragazzi hanno bisogno di una società adulta che sappia accompagnarli verso un esercizio adeguato e

responsabile della propria affettività e della propria sessualità? Questo loro diritto, a mio modo di vedere dovrebbe essere precedente a quello sull'accesso all'aborto o agli anticoncezionali visti come presidi sanitari. O forse ci spaventa troppo l'idea che i nostri figli come è giusto che sia vivono le loro pulsioni e scoprono il corpo ed il sesso? Chissà se provassimo ad ascoltarli di più, forse ci spaventerebbero di meno e rischieremo di scoprirci dentro anche quell'incontenibile bisogno di amore che li spinge!

Francesco Milanese

pubblico tutore dei minori
regione Friuli Venezia Giulia

Area	1994	1995	1996	1997	1998	1999
14-17 anni	101	117,1	135,9			
18-24 anni	25,26	25,26	25,26			
25-34 anni	25,26	25,26	25,26			
35-44 anni	25,26	25,26	25,26			
45-54 anni	25,26	25,26	25,26			
55-64 anni	25,26	25,26	25,26			
65-74 anni	25,26	25,26	25,26			
75-84 anni	25,26	25,26	25,26			
85-94 anni	25,26	25,26	25,26			

L'uomo e il suo essere "persona": l'avvio di una discussione

In alcune culture emergenti i diritti dell' essere umano si riducono progressivamente con la perdita dell'autonomia. L'essere una persona implica, in un tale contesto, la capacità di farsi sentire e di difendersi

A l di là delle soluzioni operative che il Sistema Sanitario Nazionale non può non porre in essere, nell'attuare i dispositivi della legge 194 c'è una questione, insidiosa, un nodo cruciale che interpella la cultura laica: diversi studiosi, osservatori e cultori di tematiche umane e sociali, sono condotti ad escludere o negare, in talune fasi dell'esistenza, la qualità di persona all'essere umano. Mancanza di autonomia, incapacità di vivere senza un aiuto, incapacità a relazionarsi lo farebbero divenire un essere effimero (sarebbe simile ad un oggetto che può essere distrutto). Secondo tale cultura è come se, in date circostanze, gli elementi costitutivi di un essere umano non fossero sufficienti a definirlo "persona". A dispetto del riconoscimento del principio di "continuità biologica", che rappresenta tra l'altro un presupposto della logica "evoluzionista", si trova lecito intervenire sopprimendo la vita quando le cellule del concepito non avessero ancora...compiuto un "certo" salto di qualità. E' come se si ritenesse (o si volesse far credere) che tale intervento non produca effetti rilevanti o che l'azione di soppressione della vita embrionale non impedisca la transizione verso quella perfezione biologica che detti studiosi sarebbero poi disponibili a riconoscere. Secondo detta cultura l'essere persona significherebbe essere riconosciuti come tali solo in base a date convenzioni. Estremizzando (per farsi capire) l'adulto in forza e salute, capace di

esprimersi, e di lottare con voce ed energia, sarebbe il simbolo della persona, mentre l'essere debole, soprattutto se non più autonomo, perderebbe progressivamente tale diritto con l'aumentare della dipendenza. Sembra quasi che l'essere persona implichi, in un tale contesto, quasi esclusivamente l'essere capaci di farsi sentire...di difendersi.

Con riguardo alla legge 194, la questione posta e la risposta alla domanda...ma tu sei persona? non sono prive di conseguenze. Il tema comincia a coinvolgerci tutti, per il peso che le dottrine di bioetica hanno su tutti i rapporti di vita/morte, di salute, malattia, ecc. e perciò sui criteri di organizzazione ed operatività del Sistema Sanitario Nazionale.

Vi sono, insomma, dei pericoli che chi si occupa di bioetica e di traduzione di questa in forme di scelte ed organizzazione sanitaria ha l'obbligo di evidenziare e che sono identificabili, rendendoli palesi e cioè svelandoli, attraverso l'esame di alcuni quesiti quali:

- 1 chi è il debole nella nostra società?
- 2 siamo disposti ad accettare l'idea che il concepito non possieda autonomia di vita e non abbia valori soggettivi rispetto ai suoi genitori?
- 3 siamo disposti ad accettare l'idea che l'incapacità di dialogo e di difesa faccia perdere all'essere umano la qualità di persona?
- 4 siamo disposti ad accogliere l'idea di chi afferma che tutto sia lecito se c'è il consenso tra le parti?



Se ci rendiamo conto che ciascuno di noi, nei vari momenti dell'esistenza (perché divenuto debole, o handicappato, o malato di Alzheimer, ecc.) può essere chiamato in causa e messo a rischio reale da una cultura che è sì orientata verso la funzionalità del sistema (e l'azione dei soggetti forti) ma non necessariamente verso la difesa della vita propria o di quella dei propri cari, di certo sarà disposto a discutere e ad approfondire, in termini laici e non religiosi, dei temi della bioetica riconoscendo come questi siano divenuti cruciali sotto il profilo politico e strategico per il futuro della nostra società.

Maurizio Fanni

prof. ordinario di organizzazione aziendale,
facoltà di economia
dell'università degli studi di Trieste
membro del centro universitario
etica e scienza "Vittorio Longo" di Trieste

In uno studio pubblicato dalla rivista della American medical association (Jama) risulta che il feto non percepirebbe dolore fino alle 29 settimane di gestazione e questo renderebbe più semplice le procedure di aborto, al punto da non richiedere l'anestesia del feto negli aborti tardivi, prassi invece in uso. L'intervento dei medici americani è in contrasto con le posizioni dei maggiori studiosi mondiali di dolore infantile, quali ad esempio KJ. Anand (USA) e J. Fisk (UK) che hanno da tempo evidenziato come il feto inizi a percepire il dolore da circa la metà della gestazione (cioè prima della ventesima settimana) e che di conseguenza è opportuno l'uso di analgesici in caso di manovre quali interventi chirurgici sul feto.

Un dramma che dura una vita

Le donne che rinunciano al loro bambino si ribellano alla consolazione ed alla giustificazione banale, perché nulla è peggio del tentativo di minimizzare un dolore. Il recupero della persona nel post-aborto richiede perciò una elaborazione profonda e investe tutti i livelli della personalità

Dell'aborto come decisione dolorosa, come dramma si parla in Italia diffusamente: così è definito sia da coloro che lo considerano un problema essenzialmente della donna sia da coloro che lo valutano anche sotto un profilo etico ed antropologico, e lo considerano problema che tocca donna e figlio concepito. Ma in Italia, come negli altri paesi del resto, il dibattito sull'aborto ha sempre preso in esame le cause, le motivazioni, gli aspetti medici e quelli legislativi: ossia il "prima" dell'aborto. Si è quasi sempre rimosso invece il pensiero se esso può comportare conseguenze nell'immediato o negli anni successivi della vita della donna, condizionando la vita psichica sua o la relazione della coppia o la serenità dei figli nati o che nasceranno. La mancanza di una seria riflessione sotto questo profilo è davvero singolare perché, come da tempo vanno dicendo alcuni studiosi (Rue V.M., Speckhard A.C. ed altri, 1996) "data la considerevole frequenza con cui si fa ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza...la questione riguardante i rischi per la salute pubblica è ben più che un argomento accademico". In ambito psichiatrico sono noti le Psicosi post-aborto e gli stati di Stress da aborto ma è necessario aprire nuovi spazi di riflessione attorno alla Sindrome post-abortiva, meno riconoscibile perché comprende "un insieme di disturbi che possono insorgere subito dopo l'interruzione ma anche dopo diversi anni, in quanto il trauma può rimanere a lungo latente a livello inconscio". La donna "può rimuovere, può anche negare, mediante meccanismi di difesa, quanto è accaduto, ma può anche recuperare la percezione cosciente dell'interruzione avvenuta, evidenziando il bisogno di elaborazione del lutto..." (Righetti P.L., Casadei D., 2005). L'esplosione della sofferenza può accadere in occasione di eventi stressanti quali una nuova gravidanza, sterilità secondaria, aborto spontaneo, isterectomia, o dopo perdite affettive, a volte dopo anni di assenza di sintomi specifici. In un recente con-

vegno del Movimento per la Vita (Firenze- Montecatini, novembre 2005) sono stati presentati dati relativi ad un Servizio telefonico (SOS VITA 8008.1300) attivo da anni per le donne in difficoltà di fronte ad una gravidanza inattesa o indesiderata: in modo sorprendente il 3.5 % delle telefonate (esattamente 830) sono state fatte in realtà da donne segnate da un aborto, a volte recente (2-3 settimane) a volte distante nel tempo (15- 20 anni) che cercano ascolto, comprensione della sofferenza che patiscono, aiuto per superare la ferita rimasta aperta, che sembra incurabile. Non cercano giustificazioni alla scelta fatta a suo tempo: hanno quasi sempre avuto contatti con persone che si sono prodigate in questa direzione e non ne hanno avuto beneficio alcuno. Si ribellano alla consolazione ed alla giustificazione banale, perché nulla è peggio del tentativo di minimizzare un dolore. Il recupero della persona nel post-aborto richiede perciò una elaborazione profonda e investe tutti i livelli della personalità. Una donna su tre nella casistica presentata ha meno di 25 anni: sono dunque donne cresciute in un contesto culturale nel quale l'aborto non è colpevolizzato, è sostenuto anzi come scelta responsabile all'insegna della positività della autodeterminazione. Le donne che telefonano però denunciano una sofferenza emotiva intensa e parlano di una insufficiente informazione, di solitudine, di mancanza di consapevolezza autentica rispetto alla decisione presa, di pesanti condizionamenti che hanno influenzato la decisione. Dicono che non si sentivano in grado di accogliere quel figlio, ma il basso livello di autostima è ulteriormente diminuito con la scelta abortiva. Nella difficoltà del momento la percezione del figlio era rimasta sfocata, quasi realtà astratta relegata nell'immaginario. Ora essa riemerge e prende consistenza: non di un fatto sanitario si è trattato, ma di una maternità troncata nella sua evoluzione naturale con responsabilità personale, per quanto condizionata dai fatti e dalle situazioni della vita. La maternità non è la gravidanza, riguarda la struttura personale della donna, non solo la sua realtà psicofisica. La diffusa impressione che l'aborto sia un dramma nel momento della decisione, ma che poi si supera e la vita torna ad essere quella di prima, senza più le difficoltà che hanno portato all'aborto, è irrealista: le cose non stanno così, se si va appena un po' oltre alle apparenze.

Elena Vergani
L.D. in psichiatria
specialista in neuropsichiatria
già primario servizio psichiatrico
di diagnosi e cura
ospedale Molinette di Torino

Donne e aborto: si soffre per sempre

Attualmente si distinguono tre quadri nosologici definiti: la psicosi post-aborto, lo stress post-aborto e la sindrome post-abortiva. Il primo insorge immediatamente dopo l'interruzione della gravidanza ed è un disturbo di prevalente interesse psichiatrico. Per il secondo si ha un'insorgenza dai tre a sei mesi dalla data dell'lvig ed è più "lieve". La sindrome post-abortiva, invece, comprende un insieme di disturbi che possono insorgere subito dopo l'interruzione ma anche dopo diversi anni, in quanto può rimanere a lungo latente a livello inconscio

Nel presente contributo verranno prese in considerazione esclusivamente le conseguenze psico-cliniche dell'aborto volontario. Si analizzeranno quindi l'interruzione di gravidanza voluta e i suoi effetti clinici a carico della madre, evidenziando le problematiche che possono emergere nel prosieguo della vita dopo l'aborto. (...) Il dibattito sull'Interruzione volontaria della gravidanza (lvig), sia in Italia che nel mondo, ha sempre riguardato gli aspetti di tipo motivazionale e cioè le condizioni che potessero giustificare l'effettuazione. Si è quasi sempre rimosso, però, il pensiero di cosa avrebbe potuto comportare l'interruzione della gravidanza sia nel breve tempo che a distanza di anni e quanto avrebbe condizionato la vita psichica futura della donna. (...) Credo che che i primi a superare questa struttura difensiva siano stati proprio gli "addetti ai lavori" e cioè gli psicoterapeuti, ai quali non poteva sfuggire la presenza dell'lvig nelle storie cliniche di alcune pazienti e la somiglianza dei quadri sintomatologici. Negli Stati Uniti sono stati impostati dei lavori di ricerca che indagassero il dopo aborto, i quali hanno portato, pur con i limiti dell'iniziale approssimazione, a una prima codificazione sintomatologica negli anni 1989-1990, ed è proprio in quel periodo che anche in Italia si è cominciata ad affrontare tale problematica. Sono state effettuate alcune ricerche mirate a un approfondimento della casistica che hanno condotto a delineare sostanzialmente i sintomi psichici riconducibili a un pregresso intervento per lvig. Nel dizionario di psicologia (1994) di U. Galimberti, alla voce "aborto" si legge: "[...] è frequente che il ricordo di aborti provocati in epoca lontana e superati apparentemente senza difficoltà, ricompaia carico di sensi di colpa in occasioni di episodi depressivi [...]". Attualmente si possono indicare tre quadri nosologici ormai sufficientemente definiti: la psicosi post-aborto, lo stress post-aborto e la sindrome post-abortiva (spa). Senza dilungarsi nella descrizione

clinica dei primi due, si può affermare che il primo insorge immediatamente dopo l'interruzione della gravidanza, che perdura oltre i sei mesi, e che è un disturbo di prevalente interesse psichiatrico. Per il secondo si ha un'insorgenza dai tre a sei mesi dalla data dell'lvig ed è il disturbo più "lieve" finora osservato. La sindrome post-abortiva, invece, comprende un insieme di disturbi che possono insorgere subito dopo l'interruzione ma anche dopo diversi anni, in quanto può rimanere a lungo latente a livello inconscio. Pertanto non è facilmente prevedibile né riconoscibile. Ricorrendo a un'esemplificazione, si può paragonare l'lvig a una mina che dopo essere stata innescata viene gettata in mare. Può rimanere inattiva per svariati anni, esplodere dopo breve tempo o anche non esplodere. Però una "piccola" mina può anche affondare una "grande" nave! (...)

La sindrome post-abortiva viene considerata all'interno dei post traumatic distress disorder (ptdd) (...) poiché l'lvig è ritenuto evento traumatico in quanto: 1. produce uno stress tale da creare dei disturbi alla vita psichica; 2. sopprime gli elementi di identificazione con il bambino; 3. nega la gravidanza, ma anche quella parte del sé che si era identificata con il bambino/a. A questi elementi se ne potrebbero aggiungere altri, più legati alla cultura, alla morale, ecc., ma potrebbero essere soggettivi. Sta di fatto, però, che a livello antropologico sono stati condotti degli studi su



quanto e dove è accettato l'aborto volontario. Paradossalmente più la popolazione ha un livello di sviluppo inferiore tanto meno vi è il ricorso all'aborto. (...) Di contro, tanto più il grado di civiltà si eleva tanto maggiore è il ricorso all'lvig. Ma quali sono i sintomi della spa? Schematicamente, e rifacendosi agli studi dell'Harvard Medical School, coordinati da W. Worden, iniziati nel 1987, si ha il seguente quadro clinico (Worden, 1990): disturbi emozionali (ansie, ecc.); disturbi della comunicazione; disturbi dell'alimentazione; disturbi del pensiero; disturbi della relazione affettiva; disturbi neuro-vegetativi; disturbi della sfera sessuale; disturbi del sonno; disturbi fobico-ansiosi; flashbacks dell'aborto. Tali sintomi possono presentarsi dai sei mesi ai due anni successivi all'lvig (ma anche oltre tale periodo) mediante due modalità: 1. su base acuta o cronica; 2. in assenza di sintomi specifici, insorgono rischi relativi a eventi stressanti quali: nuova gravidanza; sterilità secondaria; aborto spontaneo; isterectomia; perdite affettive. (...) Ricollegandosi agli eventi sopra descritti, è interessante soffermarsi brevemente sul fatto che l'lvig struttura processi difensivi di rimozione o negazione che vanno a indebolirsi in modo significativo in presenza di avvenimenti ricorrenti, quali l'anniversario dell'interruzione,

l'ipotetica data di nascita, e tutta una serie di scadenze legate ad anniversari e/o ricorrenze. Questo comporta l'abbassamento della difesa primaria per cui la paziente si ritrova di fronte al proprio aborto volontario con tutto il bagaglio di angosce che ne derivano. Pertanto si può affermare che più tempo trascorre tra l'ivg e la comparsa del quadro clinico tanto maggiore sarà il senso d'angoscia. Infatti, più è lungo il periodo di negazione (quindi di strutturazione della stessa) maggiore sarà il "peso" clinico del problema. Tali affermazioni trovano ulteriore conferma in due lavori di indubbio valore scientifico, il primo della Association for interdisciplinary research di Denver (Colorado) (Sim, Neisser, 1979), e il secondo della University of Notre Dame di August (Minnesota) (Angelo, 1992), i quali oltre a definire il quadro clinico danno una percentuale approssimativa del 62% di insorgenza della sindrome post-abortiva. (...) Tutto ciò è una totale e netta smentita dell'assunto teorico che la donna non soffra, ma che al contrario provi sollievo nel liberarsi del proprio figlio non nato. Anche se l'esistenza e la morte del suo bambino non sono riconosciute da nessuno attorno a lei, il legame che la lega a lui è totalizzante e traumatica ne è la rottura, anche se spesso le stesse pazienti non associano i sintomi della spa all'aborto. È evidente che questo è quanto meno un rischio concreto che l'ivg comporta e che mette fortemente in dubbio l'indicazione di interruzione volontaria al fine di salvaguardare la salute mentale e l'integrità psico-emotiva della madre. I fattori di aumento di rischio psicopatologico post-ivg sono: a scadenza dei termini legali; in età adolescenziale; in età preclimaterica; successiva a: morte di un figlio; pregressa morte endouterina del feto; pregressa infertilità; a breve distanza temporale da un lutto; legata a decisioni particolarmente conflittuali (individuale e/o di coppia); a conclu-

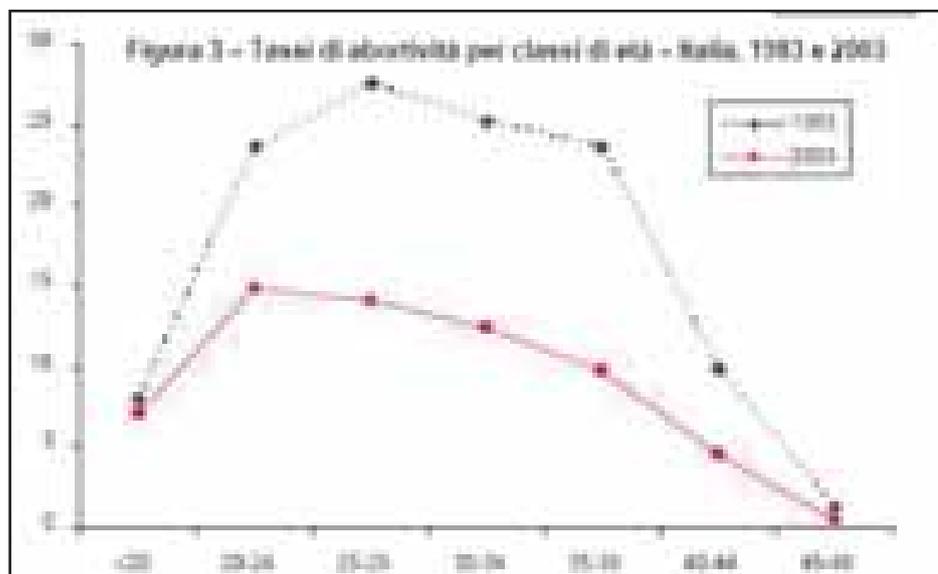
sione di una relazione affettiva; in presenza di marcato coinvolgimento emozionale. Si avverte sempre più l'esigenza di attivare protocolli psicologici di intervento a sostegno della donna con difficoltà in gravidanza, atti al reale superamento delle problematiche che la portano a negare la propria maternità. A ciò si aggiunge la necessità di applicare in ambito ospedaliero un reale consenso informato che oltre ai rischi medico-chirurgici illustri anche il rischio psico-clinico post-ivg. Si dovrebbero inoltre fornire, anche in fase di ricovero, degli "spazi psicologici" – di competenza della psicologia ospedaliera – miranti all'ascolto e al contenimento delle problematiche che motivano all'interruzione volontaria. I dati presentati in questo lavoro si riferiscono all'attività di ricerca clinica effettuata in Italia e sono correlati con quelli di altri centri internazionali quali l'Association for interdisciplinary research in values and social change di Denver (Colorado Usa), l'University of Notre Dame di August (Minnesota, Usa), la Commissione di studio sulle conseguenze dell'ivg del ministero della sanità inglese. Ciò, oltre a far riflettere sulla globalità delle problematiche connesse all'aborto volontario, evidenzia che quanto descritto e indagato con la ricerca scientifica non può che portare a un'unica conclusione, e cioè che l'ivg non ha valenza di risoluzione, bensì è a sua volta causa di problematiche, anche gravi. (...) Tale presa di coscienza deve far superare le diversità di opinione di tipo ideologico riportando il confronto in un clima di onestà scientifica e di collaborazione-scambio dei protocolli e delle procedure atte alla prevenzione dell'aborto volontario.

Dario Casadei

dirigente psicologo

UOA ostetrica ginecologica

ospedale Mirano-Venezia



Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG)

Oggi in Italia qualsiasi donna può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari. Dal 1978 questo intervento è regolato dalla legge 194, che sancisce le modalità del ricorso all'aborto volontario. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private convenzionate ed autorizzate dalle Regioni. Negli ultimi 20 anni in Italia si è osservata una riduzione dell'IVG che trova giustificazione in un maggiore e migliore uso dei metodi anticoncezionali, a cui si aggiunge il ruolo sempre più decisivo svolto dai consultori familiari.

L'ENTITÀ DEL FENOMENO - Dopo un incremento iniziale dell'incidenza del fenomeno, fino a 234 mila IVG nel 1982 (pari a un tasso di abortività di 17,2 per 1000 donne in età 15-49 anni e a un rapporto di abortività di 380,2 per 1000 nati vivi), negli ultimi anni si è osservata una costante diminuzione, arrivando a 135 mila IVG del 2000 (tasso di abortività pari a 9,6 per 1000 e 250,1 rapporto di abortività). Questo significa che ogni anno ci sono circa 100 mila interruzioni della gravidanza in meno rispetto ai primi anni Ottanta. Una riduzione che corrisponde a una variazione percentuale di -44% per il tasso di abortività e di -34% per il rapporto nell'arco di 15 anni.

L'incidenza del fenomeno è simile a quella di altri paesi dell'Europa nord-occidentale (i tassi di abortività variano da 6,5 per 1000 in Olanda a 18,7 in Svezia), e rimane molto inferiore rispetto a quanto avviene nei paesi dell'Europa orientale (che presentano spesso tassi intorno a 50 per 1000) e negli Stati Uniti (22,9 per 1000).

IVG: I MOTIVI DI UNA SCELTA - Dagli studi sino ad oggi effettuati si è osservato che il ricorso all'IVG nella maggioranza dei casi non è una scelta, ma la conseguenza della incapacità concreta di regolare la fecondità con altri metodi. Oltre il 70% delle donne che abortiscono aveva usato un qualche metodo contraccettivo al momento del concepimento, prevalentemente il coito interrotto. L'aborto risulta più elevato fra le donne con figli, quelle con titolo di studio più basso e le casalinghe. La riduzione più consistente del fenomeno è stata osservata tra le donne coniugate, tra quelle di età compresa tra i 25 e i 34 anni e quelle con figli.

IVG FRA LE DONNE IMMIGRATE - Negli ultimi anni si è evidenziato un aumento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza richiesto da donne straniere immigrate in Italia. Infatti delle 138.708 IVG effettuate nel 1999, 18.806 (pari al 14%) hanno riguardato cittadine straniere, rispetto alle 9.850 registrate nel 1996.

L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza del fenomeno. Infatti se si considerano solo le cittadine italiane l'aborto risulta essere ancora in diminuzione: 127.700 IVG richieste da donne italiane nel 1996 e 120.407 nel 1999, anni più attendibili perché i casi in cui manca l'informazione della cittadinanza sono pochi.

Consapevolezza e procreazione responsabile

Solo il 34,4% delle donne si rivolgono al consultorio familiare (uno dei servizi che vengono indicati dalla 194/78 per il perseguimento delle sue finalità) mentre più frequente resta la scelta di appellarsi ad un medico di fiducia, ad un servizio ostetrico ginecologico o ad altre soluzioni. Il ricorso era ancora minore in passato, tanto che circa vent'anni fa stesso dato si fermava al 24,2%.

4 1,8%: tale è il decremento degli interventi di interruzione volontaria di gravidanza rispetto al 1982 (anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG) secondo i dati provvisori per il 2004 forniti dall'ultima Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78. Dato che indica inequivocabilmente un aumento della consapevolezza verso

una procreazione responsabile, ma da leggere alla luce delle ulteriori precisazioni fornite dalla Relazione: la costante diminuzione del ricorso all'IVG tra le italiane è disomogenea perchè dipende dalle diverse classi di età e dai diversi livelli di stato civile, istruzione ed occupazione; bisogna tener conto, poi, del fatto che nel corso degli anni è andato crescendo il ricorso alla IVG di donne

con cittadinanza estera (nel 2003 il 25,9% degli interventi è stato effettuato da straniera, mentre nel 1998 tale percentuale era del 10,1%). Un altro dato che può destare interesse è che solo il 34,4% delle donne si rivolgono, per il ricorso alla IVG, al consultorio familiare (uno dei servizi che vengono indicati dalla 194/78 per il perseguimento delle sue finalità) mentre più frequente resta la scelta di appellarsi ad un medico di fiducia, ad un servizio ostetrico ginecologico o ad altre soluzioni (ed il ricorso al consultorio, negli anni precedenti il 2003, era ancora minore: vent'anni prima, ad esempio, lo stesso dato si fermava al 24,2%).

Ma che cos'è il consultorio familiare e cosa sta alla base della scelta della maggior parte delle donne di adire agli altri servizi per la certificazione dell'IVG?

Il Consultorio Familiare è un servizio sociale e sanitario pubblico completamente gratuito cui si può accedere direttamente, senza l'impegnativa del medico: anche i minori di età possono rivolgersi al servizio autonomamente, senza il consenso dei genitori. Nel Consultorio lavorano ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali e consulenti legali: questo gruppo di operatori si occupa non solo della certificazione per un'eventuale interruzione di gravidanza ma anche di offrire colloqui per informazioni e approfondimenti, visite ginecologiche, prescrizione di contraccettivi, sostegno psicologico e psicoterapico, interventi psicosociali in situazioni familiari difficili.

La legge 194/78 stabilisce, all'articolo 4, che "per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, 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

	Coniugate	Disconiugate o di sesso di prima concezione	Costanza	Straniera	Altra
1982	18,8	19,8	18,8	8,1	18,8
1998	22,3	18,1	22,3	11,1	22,3
2003	28,9	15,8	28,9	25,9	28,9
Totale	24,2	19,9	24,2	10,1	24,2

	Interruzione volontaria Esentata	Volontaria libera	Volontaria Prescritta	Libera
1982	1,1	16,7	18,8	1,1
1998	1,1	16,4	18,8	1,1
2003	1,1	17,7	18,8	1,1
Totale	1,1	16,8	18,8	1,1

	Coniugate	Disconiugate	Totale
1982	18,8	19,8	18,8
1998	22,3	18,1	22,3
2003	28,9	15,8	28,9
Totale	24,2	19,9	24,2

alle circostanze in cui e' avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito" si può rivolgere ad un consultorio pubblico ma anche ad una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione o ad un medico di sua fiducia.

Il percorso di una donna che volesse ricorrere alla IVG, pertanto, non passa necessariamente attraverso un consultorio: entro l'undicesima settimana di gravidanza la donna può presentarsi, in alternativa, in un qualsiasi studio medico compreso quello del suo medico di fiducia chiedendo l'IVG ai sensi del citato articolo. Il medico le rilascerà un documento con il quale, trascorsi sette giorni, la donna potrà rivolgersi al servizio sanitario nazionale o a una clinica privata dicendo di voler procedere all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate, come ordina l'articolo 9 della 194, devono assicurare l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti. A costo, nel caso estremo in cui tutti i medici ed il personale sanitario dell'ospedale sollevassero obiezione di coscienza, di assumere altri medici a gettone per l'intervento.

Il dato secondo il quale solo circa un terzo delle certificazioni vengono rilasciate dal consultorio familiare, quindi, diviene già più facilmente interpretabile. Ed a renderlo ancora più chiaro è sempre la Relazione ministeriale: vi si evidenzia che la "non adeguata presenza del consultorio familiare sul territorio, l'assenza o il ridotto numero di ore lavorative della figura professionale di riferimento, la scarsa disponibilità dei servizi di secondo e terzo livello ad accettare di mettersi in rete con i servizi consultoriali" sono i fattori alla base di questo fenomeno. Vi si sottolinea anche che la recente tendenza all'aumento del ruolo dei consultori (nel 1983 il ricorso al medico di fiducia per la certificazione della IVG era più che doppio rispetto al ricorso ai consultori; nel 2003 invece, per la prima volta, il consultorio familiare ha rilasciato più certificazioni rispetto ai medici di fiducia) è determinata prevalentemente dalle donne straniere che vi fanno ricorso più frequentemente per due motivi: è a più bassa soglia d'accesso e spesso è presente il mediatore culturale.

E' interessante infine notare anche che la legge 194 attribuisce ai consultori ed alle strutture socio sanitarie compiti che non coincidono esattamente a quelli che attribuisce ai medici di fidu-

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2003

	Medico di fiducia	Struttura Socio-Sanitaria	Consultorio	Altro
1983	65,4	1,2	28,4	4,0
1984	65,8	1,2	28,0	4,0
1985	67,8	1,2	26,8	4,2
1986	68,8	1,2	25,8	4,2
1987	69,8	1,2	24,8	4,2
1988	70,8	1,2	23,8	4,2
1989	71,8	1,2	22,8	4,2
1990	72,8	1,2	21,8	4,2
1991	73,8	1,2	20,8	4,2
1992	74,8	1,2	19,8	4,2
1993	75,8	1,2	18,8	4,2
1994	76,8	1,2	17,8	4,2
1995	77,8	1,2	16,8	4,2
1996	78,8	1,2	15,8	4,2
1997	79,8	1,2	14,8	4,2
1998	80,8	1,2	13,8	4,2
1999	81,8	1,2	12,8	4,2
2000	82,8	1,2	11,8	4,2
2001	83,8	1,2	10,8	4,2
2002	84,8	1,2	9,8	4,2
2003	85,8	1,2	8,8	4,2

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2003

	Struttura Pubblica	Case di cura	Struttura privata
1983	2,1	2,1	2,1
1984	2,1	2,1	2,1
1985	2,1	2,1	2,1
1986	2,1	2,1	2,1
1987	2,1	2,1	2,1
1988	2,1	2,1	2,1
1989	2,1	2,1	2,1
1990	2,1	2,1	2,1
1991	2,1	2,1	2,1
1992	2,1	2,1	2,1
1993	2,1	2,1	2,1
1994	2,1	2,1	2,1
1995	2,1	2,1	2,1
1996	2,1	2,1	2,1
1997	2,1	2,1	2,1
1998	2,1	2,1	2,1
1999	2,1	2,1	2,1
2000	2,1	2,1	2,1
2001	2,1	2,1	2,1
2002	2,1	2,1	2,1
2003	2,1	2,1	2,1

cia. L'articolo 5 dice che il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna "le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto". Il medico di fiducia, invece, oltre a compiere gli accertamenti sanitari necessari, valuta con la donna "le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie" e dunque sembra avere un ruolo più indiretto nell'eventuale superamento della decisione di abortire.

E, sempre sul ruolo dei consultori, arroventa gli animi il dibattito sull'interpretazione e sulla corretta applicazione del secondo comma dell'articolo 2, che dice che "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 che apre una questione di ben più ampio respiro: ma allora, quale deve essere l'obiettivo primario dei consultori? Quello di informare le donne e di promuovere una procreazione libera e consapevole nel rispetto delle convinzioni etiche, culturali e religiose di ognuno o quello di educare al rispetto della vita umana fin dal primo istante della gravidanza? Perchè, come sostiene chi vuole aprire le porte dei consultori alle associazioni, è un diritto di ogni donna quello di essere messa a conoscenza delle soluzioni che possono farle superare le cause che la inducono all'aborto, ed il lavoro di volontari può aiutare effettivamente la realizzazione di questo diritto. Ma è anche un diritto di ogni donna, ricorda un'altra corrente di pensiero, quello di scegliere liberamente sulla propria salute e sulla propria sessualità: e se una donna che avesse già ponderato e maturato la sua decisione entrando in un consultorio per richiedere la certificazione dell'IVG si trovasse davanti personale di associazioni cattoliche deciso a tentare un'opera di dissuasione non vedrebbe forse calpestato il suo diritto?

Martina Seleni
giornalista pubblicista

Il consultorio familiare e i suoi compiti

Per gli aspetti legati alla tutela della salute della donna questa struttura collabora con gli ospedali per quanto riguarda la nascita, le interruzioni volontarie di gravidanza e le patologie ostetrico-ginecologiche; con associazioni di volontariato e con altri ospedali per le medesime tematiche

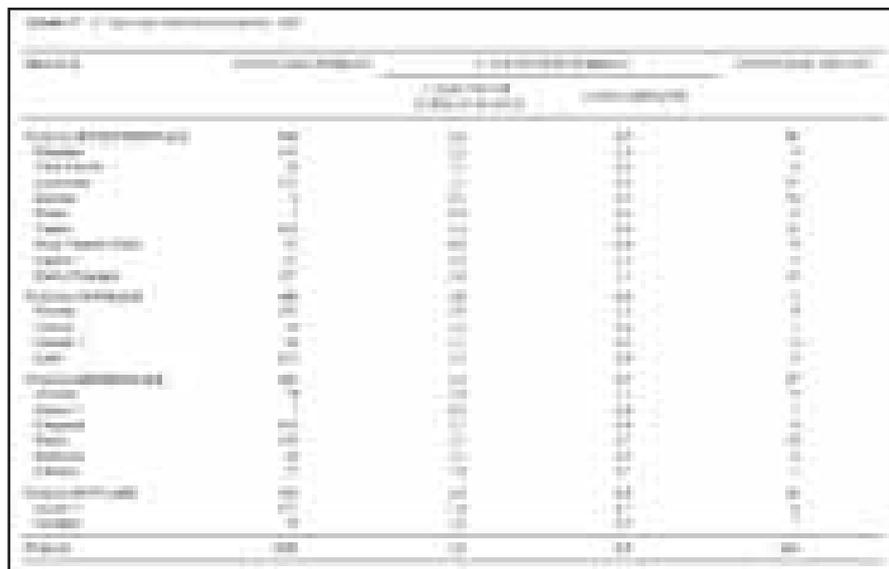
I consultori familiari, regolati dalla legge n. 405 del 29/07/1975, "Istituzione dei consultori familiari", sono per definizione "l'unità operativa di ciascun Distretto destinata alla tutela della salute della donna, della famiglia, degli adolescenti e dell'area della sessualità". Il consultorio familiare per gli aspetti legati alla tutela della salute della donna collabora con gli ospedali per quanto riguarda la nascita, le interruzioni volontarie di gravidanza e le patologie ostetrico-ginecologiche; con associazioni di volontariato e con altri ospedali per le medesime tematiche. Per quanto riguarda la sessualità dell'uomo e della donna sono previste diverse attività quali, l'educazione sessuale e alla contraccezione; consulenze sessuologiche, preconcezionali e per sterilità. Il consultorio familiare nello svolgere i suoi compiti si avvale di figure professionali dell'area sanitaria e sociale. Tra i compiti attinenti il consultorio familiare vi rientra l'interruzione volontaria di gravidanza, regolata dalla legge n. 194 del 1978 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Come previsto dalla normativa i consultori familiari 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 all'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 lett. a);
- d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza".

La donna può procedere all'interruzione volontaria della gravidanza nel caso in cui avverta la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità come un qualcosa di pericoloso per la sua salute fisica o psichica. Ci si rivolge ad un consultorio pubblico o ad una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o ad un medico di fiducia. Se il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni di urgenza dell'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'impellenza. Con tale certificato

la donna si può presentare ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza. Nel caso in cui non vi sia riscontrata urgenza, il medico del consultorio o

della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, dopo il colloquio di accertamento delle motivazioni che portano alla decisione di interrompere la gravidanza (questi colloqui generalmente sono portati avanti da figure dell'area sociale) le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi presso una delle sedi autorizzate, per procedere all'interruzione della gravidanza. L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata solo nei casi in cui la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna. E' prevista la possibilità di interrompere la gravidanza anche se si ha meno di diciotto anni. In questo caso 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 la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure richieste e redige 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 sue ragioni e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere per l'interruzione della gravidanza. Nel caso il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore 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.



Francesca Guardiani - assistente sociale

Ivana Milic - assistente sociale
segretaria ordine professionale assistenti sociali
Friuli Venezia Giulia

Ospedale, medici obiettori, aborto proibito

Nel nosocomio di Licata tutti i medici sono obiettori di coscienza e secondo il direttore sanitario il problema sta nella 194. "Non si può promulgare una legge dice - non mettendo gli esecutori nella condizione di attuarla"

Dopo quasi due mesi all'ospedale di Licata non si effettuano ancora interruzioni di gravidanza. La legge 194, che regola la pratica dell'aborto, all'ospedale di Contrada Cannavecchia, è inapplicabile. La situazione si verifica perché tutti i medici e gli ostetrici, in servizio nel reparto di Ostetricia e Ginecologia, si sono dichiarati obiettori di coscienza. La stessa legge che regola la pratica dell'aborto, infatti, concede loro la facoltà di non praticarne. Da quando, lo scorso mese di marzo, anche l'ultimo medico si è dichiarato obiettore di coscienza, al direttore sanitario, Rosario Garofalo, non è rimasto altro che sospendere il servizio. Logico che anche in questo caso, a rimetterci sono le pazienti, che devono andare a Canicatti o a Gela per abortire. I sindacati sono insorti, paventando l'ipotesi interruzione di pubblico servizio, ma la situazione sembra più difficile di quanto possa apparire in un primo momento. Ci spiega il perché lo stesso direttore sanitario Rosario Garofalo: «Abbiamo tutto l'interesse a ripristinare il servizio, ma il problema è che non si trovano medici o ostetrici non obiettori di coscienza. Ho chiesto all'Azienda di inviarmi un medico che possa espletare questo tipo di servizio, ma il problema è che anche negli altri plessi ospedalieri si vive lo stesso problema». Secondo Garofalo il problema sta nella stessa legge: «Non ne discuto il contenuto, dico solo che non si può promulgare una legge e poi non mettere nelle condizioni gli esecutori di attuarla, i medici non obiettori di coscienza sono diventati merce rara e mantenere il servizio si fa sempre più difficile. Sta nella logica delle cose anche il fatto che, essendo sempre meno i medici che praticano le interruzioni di gravidanza, questi si facciano pagare di più». L'Azienda ospedaliera paga i medici che espletano il servizio in regime di libero professionista, e quindi di più che non se dovesse pagarli quali dipendenti della stessa Azienda. «Secondo me - continua Garofalo - la legge deve essere rivista, altrimenti tra qualche anno risulterà inapplicabile. In tutta Italia quasi il cinquanta per cento dei medici si è dichiarato obiettore di coscienza, e la situazione è destinata a peggiorare, tra un po' non avremo più figure professionali disposte ad effettuare l'aborto». Garofalo coglie l'occasione per lanciare un appello: «Stiamo cercando un medico che sia disposto ad effettuare le interruzioni di gravidanze, chiunque voglia farlo può contattarci, gli daremo immediatamente l'incarico». Per effettuare le interruzioni di gravidanza, oltre ad un ginecologo o un ostetrico, serve anche un anestesista: anche questi speciali-

sti, a Licata, sono tutti obiettori di coscienza. In merito alla questione abbiamo sentito Giuseppe Mattina, responsabile, all'ospedale della Cisl Sanità, che alcuni mesi fa aveva chiesto che il servizio venisse al più presto ripristinato: «A tutt'oggi nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Licata non si effettuano interruzioni di gravidanza. Chiediamo che l'Azienda si impegni a riattivare un servizio che molte pazienti richiedono». Molti i malumori che si registrano tra le donne che per un motivo o per un altro decidono di interrompere la gravidanza costrette a recarsi negli ospedali dell'hinterland per un servizio che dovrebbe essere garantito per legge. L'art. 9 della Legge 194/78 consente al personale medico di sollevare obiezione di coscienza riguardo a tutte le procedure "specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza", con l'obbligo, però, di prestare assistenza nelle fasi "antecedenti e conseguenti all'intervento".

Giuseppe Patti
articolo da "La Sicilia"

L'art. 9 della Legge 194/78 consente al personale medico di sollevare obiezione di coscienza riguardo a tutte le procedure "specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza", con l'obbligo, però, di prestare assistenza nelle fasi "antecedenti e conseguenti all'intervento". In Italia quasi 6 ginecologi in servizio nella sanità pubblica su 10 sono obiettori rispetto all'interruzione volontaria di gravidanza. La Basilicata è la regione con la più alta la percentuale di ginecologi obiettori pari all'83,3% mentre in termini numerici assoluti la Lombardia domina con i suoi oltre 600 obiettori. Superando l'80 % dei ginecologi in servizio in reparti ospedalieri o presidi sanitari pubblici dove si pratica l'aborto troviamo al secondo posto il Veneto in leggera crescita rispetto all'anno precedente. Marche, Lazio e Umbria sono rispettivamente al terzo, quarto e quinto posto con percentuali che vanno dal 78,4 al 76,8. Le regioni con la minor percentuale di ginecologi obiettori sono Valle D'Aosta (18,2%) e Emilia-Romagna (34,2%). Per quanto riguarda gli anestesisti che si rifiutano di prestare la loro opera nelle interruzioni volontarie di gravidanza a livello nazionale siamo sotto il 50% (45,7%). Al primo posto si piazzano le Marche con il 70,7% seguite a ruota dal Molise con il 68,2%. I numeri assoluti, anche in questo caso, vedono in testa la Lombardia dove gli anestesisti obiettori sono 541. Puglia e Basilicata (con numeri in crescita del 6,2%), che hanno registrato rispettivamente il 63 e il 62,2%, occupano il terzo e quarto posto. Ancora una volta l'Emilia-Romagna si distingue per il basso numero di obiettori fra gli anestesisti (22%) seguita dalla Toscana (33,4%). E' al 38%, infine, la percentuale degli obiettori a livello nazionale fra ostetriche, caposala e infermieri, cioè quattro su dieci. Il primato fra le regioni spetta alla Sardegna (83,3%) in forte crescita. Molise e Puglia sono, invece, al secondo e terzo posto con il 75,5% e il 68%. In termini assoluti nel Lazio ci sono più obiettori fra il personale non medico (circa 2400 unità). Fra il personale non medico la percentuale più bassa di quanti si rifiutano di intervenire nelle interruzioni volontarie di gravidanza si registra nuovamente in Emilia-Romagna (12,9%) che ha alle spalle il Friuli Venezia Giulia con il 22,3%.

Quando le donne scelsero di essere nella storia

Nell'intimità dei collettivi incominciammo a chiederci chi fossimo, ora che il nostro mondo era cambiato. Incominciammo ad organizzarci e lottare contro tutto ciò che rappresentava la supremazia dell'uomo per non essere più il riflesso della visione che lui aveva di noi. Ed era fondamentale l'idea che la maternità non dovesse essere più né una fatalità, né un'imposizione

Molti anni fa a Roma, nel 1974, io come molte altre donne eravamo uscite in massa dalle organizzazioni politiche e dai gruppi extra-parlamentari per partecipare e sostenere il movimento femminista.

In questa migrazione, sotto lo sguardo stupito e accusatore dei compagni, ci tenevamo strette le une alle altre in gruppi di piccoli collettivi disseminati nella città. Quando ci incontravamo formavamo una folla, diversa da qualsiasi voce del mondo, come un sommovimento tellurico, che abbandonato il grigiore della militanza, si riappropriava, era questa la parola così faticosamente raggiunta attraverso migliaia di generazioni, dei nostri colori, delle nostre voci, del nostro corpo e del nostro essere nella storia. Mani sconosciute stringevano mani sconosciute, molti legami alcuni permanenti si crearono. I nostri amici, compagni che militavano, lungi dall'essere consapevoli parlavano nondimeno di brillanti iniziative, ma ci guardavano con un misto di invidia e di preoccupazione.

Nell'intimità dei collettivi incominciammo a chiederci chi fossimo, ora che il nostro mondo era cambiato. Che fare se non organizzarci e lottare contro tutto ciò che rappresentava la supremazia dell'uomo sulla donna, e non essere più il riflesso della visione che lui aveva di

Tasso di abortività per età (adattato da [non leggibile])

Paese	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
ITALIA	2000	70	147	147	120	110	10
	2000	70	110	140	110	100	10
	2000	70	140	140	110	10	10
FRANCIA	1960	10	10	70	10	10	10
GERMANIA	1960	10	10	10	10	10	10
SPAGNA	1960	10	10	10	10	10	10
BRASILE	1960	10	10	10	10	10	10
INDONESIA	1960	10	10	10	10	10	10
RUSSIA	1960	10	10	10	10	10	10
USA	1960	10	10	10	10	10	10
UK	1960	10	10	10	10	10	10
EUROPA	1960	10	10	10	10	10	10

noi. Le radici della nostra individualità erano profonde e sconosciute perché non ci appartenevano, gli altri le avevano coltivate al nostro posto. " Come parlare per uscire dai loro recinti, schemi, dalle loro distinzioni ed opposizioni" (L. Irigaray). Riprendere il nostro corpo del quale, così tante volte avevamo dovuto spogliarci, per essere compagne, figlie, madri.

Ci organizzammo, tra collettivi, in un comitato femminista più ampio, allora chiamato CRAC (comitato romano contraccezione aborto) con l'idea, per noi fondamentale, che la maternità non dovesse essere più né una fatalità, né una imposizione. Si crearono dei consultori, spazi liberi per stare e parlare fra di noi e occuparci a pieno diritto della nostra contraccezione e dell'aborto.

Centri di informazione e discussione, dove si rompeva il silenzio sugli aborti clandestini e le narrazioni, finalmente pubbliche, trovavano uno spazio oltre gli angusti recinti della dimensione privata e della solitudine colposa. Colpa, solitudine e aborto era l'indicibile finalmente detto, che diventava consapevolezza intima e politica, dichiarazione pubblica e programma politico. Atto di ribellione e di rottura che si trasformò, mentre si diffondeva a macchia d'olio il dibattito per la legge sulla mater-

nità e aborto, in una rete organizzativa che permettesse alle donne, che continuavano ad abortire clandestinamente e in solitudine, un percorso più economico e solidale.

C'erano i viaggi a Londra, organizzati con partenze collettive per chi poteva assentarsi qualche giorno da casa. Erano donne di età e condizioni diverse, accompagnate alle visite e nel viaggio, supportate economicamente, sostenute collettivamente da altre donne.

C'erano alcune case ospitali, per chi non poteva lasciare la città, con ambienti confortevoli e letti puliti, dove si praticava l'aborto con la tecnica dell'aspirazione, meno dolorosa e traumatica, perché sapevamo che l'aborto non doveva essere una punizione. C'era, in quegli atti un'intimità di pacata resistenza contro il mondo, c'eravamo e ci comprendevamo in una sorta di segreto istinto, come se riscoprissimo una intesa stabilita e poi dimenticata da lungo tempo. Intanto avveniva che in qualsiasi altro luogo le donne che abortivano subivano gli effetti devastanti dell'ostentazione e della ipocrisia della clandestinità che proiettava su di loro un'immagine di se stesse incomprensibile.

Renata Aliverti

dirigente medico, psicoterapeuta

IRCCS istituto per l'infanzia Burlo Garofalo



Sistemi da Grand Guignol

L'aborto clandestino è ancora vivo e vegeto. Una volta per alcuni esistevano solo gli aborti clandestini, oggi, per gli stessi, esistono solo quelli legali. Eppure anche Chiara Valentini, sull'Espresso del 10 novembre 2005, accenna a un fenomeno quantitativamente significativo, che dà addirittura in crescita: parla di un esercito di extracomunitari e di giovanissime che abortiscono "con improbabili decotti", con "raschiamenti devastanti fatti per poche centinaia di euro". E di cliniche compiacenti dove l'aborto procurato viene fatto passare per spontaneo

Sembra, pensate un po', che di eutanasia clandestina si possa persino morire: è l'allarme lanciato con estrema serietà dai sostenitori dell'eutanasia legale, come il segretario radicale Capezzone e il prof. Umberto Veronesi. Per loro l'aggettivo "legale" è evidentemente un toccasana universale. Aspettiamoci a breve elenchi delle cliniche europee più "avanzate", e discorsi filosofici alla Severino o alla Mori, sulla loro stessa indegnità, come vecchi, a essere considerati persone. Se è concesso, vorrei allora discutere anch'io di qualcosa di clandestino, di cui non si parla più molto: gli aborti. La legge 194 avrebbe dovuto sconfiggerli: come ha scritto Emilio Bonicelli, nel suo "Gli anni di Erode", ci si sarebbe potuto aspettare che nella 194 vi fossero pene durissime per scoraggiare i medici praticoni, le mammane, i "cucchiai d'oro". Non è così: "Tutte le pene vengono diminuite rispetto alla legislazione precedente". Il risultato è che l'aborto clandestino è ancora vivo e vegeto. Una volta, per alcuni, esistevano solo gli aborti clandestini, oggi, per gli stessi, esistono solo quelli legali. Eppure anche Chiara Valentini, sull'Espresso del 10 novembre 2005, accenna a un fenomeno quantitativamente significativo, che lei dà addirittura in crescita: parla di un esercito di extracomunitari e di giovanissime che abortiscono "con improbabili decotti", con "raschiamenti devastanti fatti per poche centinaia di euro", e di cliniche compiacenti dove l'aborto procurato viene fatto passare per spontaneo. Tutto detto è però detto en passant, perchè i nemici della Valentini sono altri: gli obiettori, e i medici che ospitano un "Centro di aiuto alla vita nel bel mezzo del (loro) reparto". Insomma i tempi sono cambiati: contro l'aborto clandesti-

no nessuno più alza la voce. I problemi sembrano essere altri, e massimo D'Alema è uno di quelli che se li prende a cuore: per questo nei giorni scorsi ha visitato il San Camillo di Roma, "in difesa della 194", si dice. Ma in realtà, almeno in parte, contro la sua completa applicazione. Ed è inevitabile che venga voglia di consigliare al presidente della Quercia un'altra visita: precisamente a "Villa Gina", sempre a Roma. Per chi non lo ricordasse trattasi di una delle sei cliniche private fondate a suo tempo da Mario Spallone, "comunista puro e staliniano", già medico personale di Palmiro Togliatti. Di Spallone, già ai tempi, non tutti avevano grande stima: Aldo Natoli, ad esempio, segretario della federazione romana del Pci, non sopportava "il suo carrierismo" e "fa raccogliere delle informazioni professionali e politiche sul suo conto, le invia alla segreteria del partito e viene a sapere che, regolarmente, scompaiono dall'archivio per ordine di Togliatti" (lo ha scritto Giorgio Bocca in "Palmiro Togliatti", Laterza).

Nel marzo del 2000 i giornali annunciano che a Villa Gina si compiono aborti anche contro la legge. Le descrizioni sono da grand guignol: si uccidono con "i ferri grandi" bambini anche di sette-otto mesi, dietro compensi che arrivano fino a dieci milioni per aborto, "in contanti", spesso preceduti dalla "pretesa di un assegno in garanzia". Per evitare guai, "i pezzi più grandi del feto venivano bruciati, mentre il resto veniva gettato nel water o nel lavabo", in un "lavadino tritatutto". Ferri grandi sui bambini grandi, malformazioni inesistenti, diagnosticate per incrementare gli aborti e il relativo giro d'affari, e violenze, non poche, sulle donne che quegli aborti subiscono. Le storie sono tragiche: c'è ad esempio quella di una donna che "era



contraria, e quando arrivò in sala operatoria scoppiò a piangere gridando che non voleva abortire: Ilio Spallone (fratello di Mario, ndr) urlava e la colpiva sulle gambe, un altro la tratteneva, finché l'anestesista non riuscì ad addormentarla...". Ecco, se a Massimo D'Alema interessa davvero il dramma dell'aborto, le prospettive ci sono. C'è l'impegno per combattere gli aborti clandestini, che continuano a essere una cifra importante (ventimila negli ultimi anni, secondo la relazione sullo stato di attuazione della legge, presentata lo scorso 25 ottobre dal ministero della Salute). Oppure per verificare che le cliniche convenzionate osservino veramente la 194, e cioè non praticino aborti oltre i tempi stabiliti, magari spacciando per spontanei quelli procurati.

Francesco Agnoli

professore di storia, studioso di filosofia della scienza, fondatore del circolo culturale Il Castello, collaboratore del Foglio e di Avvenire

INCIDENZA NELLE DIVERSE REGIONI ITALIANE DI ABORTI LEGALI E CLANDESTINI

Come per molti altri fenomeni sanitari, esistono differenze tra regioni e tra aree geografiche: nel 1999 il tasso di abortività è risultato essere 9,6 per 1000 al Nord, 11,2 al Centro, 10,4 al Sud e 7,8 nelle Isole. Le maggiori diminuzioni si sono verificate nelle regioni in cui è stato più elevato il ricorso al consultorio familiare per la certificazione pre-IVG. Inoltre l'ISS, con appositi modelli matematici, ha stimato la persistenza di una certa quota di aborto clandestino (23mila nel 1999) che si distribuisce con una maggior frequenza nelle regioni del sud. Applicando le stesse procedure, nel 1983 erano stati stimati circa 100mila aborti clandestini. Quindi anche questo fenomeno è diminuito di due terzi.

L'aborto trent'anni dopo

Nei primi anni '70 ero un giovane medico che aveva davanti agli occhi le tragedie di tante donne che vedevano distrutta la loro vita da una gravidanza indesiderata. Ricordo ragazze che abbandonavano l'università per sposare un cretino che le aveva messe incinte, o coppie che si trovavano ad affrontare l'orrore di un secondo figlio affetto da una terribile malattia ereditaria

Oggi l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è pratica corrente, accettata dalla maggior parte degli europei e codificata rigidamente da una buona legge. Esistono tuttavia tentativi di modifica di questa legge; è improbabile che qualsiasi maggioranza parlamentare riesca a cancellarla, ma il rischio attuale è quello di modifiche che accentuino la pena per le donne che si accingono a questo passo già di per sé doloroso.

Pochi forse ricordano "come eravamo" trent'anni fa. Nei primi anni '70 ero un giovane medico che aveva davanti agli occhi le tragedie di tante donne che vedevano distrutta la loro vita da una gravidanza indesiderata. Ricordo ragazze che abbandonavano l'università per sposare un cretino che le aveva messe incinte, o coppie che si trovavano ad affrontare l'orrore di un secondo figlio affetto da una terribile malattia ereditaria. L'aborto era cosa di ogni giorno, non meno frequente di oggi, ma le procedure variavano a seconda del censo della donna, dal tavolo di cucina magari senza anestesia alla clinica privata all'estero. Io sono stato uno di quei medici che fecero la scelta di violare la legge per evitare delle ingiustizie. Spero che il reato che confesso sia cancellato dai termini di prescrizione. In fondo la prescrizione ha evitato la galera a criminali peggiori di me. Gli anni '70 videro tre fasi della storia dell'aborto volontario. All'inizio era illegale e si faceva clandestinamente. Ho aiutato delle donne ad abortire e il ricordo non provoca rimorso né imbarazzo. Credo di aver fatto bene ad aiutare ad abortire una donna sordomuta che avrebbe avuto un figlio sordomuto, o una ragazza che non voleva sposare un ubriacone violento. Provo rimorso al ricordo di aver esitato ad aiutare una ragazzina, praticamente segregata in un istituto religioso, che aveva manifestato l'intenzione di uccidersi se la gravidanza fosse andata avanti. Io avrei dovuto penetrare nell'edificio e provocarle un'emorragia; poi un collega in ospedale sarebbe intervenuto per bloccare l'emorragia concludendo in sicurezza l'aborto. Io esitai, ebbi paura e persi tempo prezioso. La ragazza fu trasferita in un'altra città; dicono sia morta poco dopo. Poi ci fu la fase in cui la Corte Costituzionale (o altra istituzione) dichiarò non punibile l'aborto provocato per motivi di salute della donna. Fu un'euforia di certificati falsi in cui in molti dichiaravamo che la signora aveva manifestato l'intenzione di suicidarsi se la gravidanza non fosse stata interrotta. Paradossalmente in quel periodo ostetrici ed anestesisti non potevano dichiararsi obiet-

tivi, in quanto la legge che lo permetteva non era ancora in vigore. Qualche collega minacciò di denunciarmi per certificazione falsa, io minacciai di denunciarlo per omissione di soccorso, ma la cosa si spense presto con l'arrivo della legge 194. Ora l'atto doloroso di interrompere una vita potenziale in favore di una vita in atto è codificato da una legge; ciò evita abusi e speculazioni e riduce per quanto possibile lo strazio di chi si trova costretta a prendere una simile decisione. E' certo una legge che potrebbe essere migliorata, ma il rischio maggiore è quello di modifiche peggiorative; nel dubbio forse è meglio lasciare le cose come stanno.

Marino Andolina

dirigente medico, dipartimento trapianti dell'IRCCS Burlo Garofolo, membro del direttivo SPES (solidarietà per l'educazione allo sviluppo)

Tassi di abortività per età, 1960-2000

Età (anni)	anni				VARIAZIONE %	
	1960	1961	1962	1963	1962/2000	1963/2000
< 20	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,0
20-24	20,0	19,0	18,0	17,0	15,0	16,0
25-29	27,0	26,0	25,0	24,0	22,0	23,0
30-34	28,0	27,0	26,0	25,0	23,0	24,0
35-39	29,0	28,0	27,0	26,0	24,0	25,0
40-44	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0

IVG (%) per tipo di intervento, 1960-2000

anni	Intervento			
	Medicamentosa	Chirurgica	Aspirazione	Altra
1960	20,0	80,0	0,0	0,0
1961	20,0	80,0	0,0	0,0
1962	20,0	80,0	0,0	0,0
1963	20,0	80,0	0,0	0,0
2000*	90,0	10,0	0,0	0,0
2001*	90,0	10,0	0,0	0,0
2002*	90,0	10,0	0,0	0,0
2003*	90,0	10,0	0,0	0,0

Tassi di abortività per area geografica, 1960-2000

Area	anni				VARIAZIONE %	
	1960	1961	1962	1963	1962/2000	1963/2000
NORD	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
CENTRO	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0
SUD	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
ISOLE	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
ITALIA	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0

Consultori o dispensatori di certificati?

La legge 194 non è in discussione ma la vita umana è molto importante e abbiamo il dovere di tutelarla. Lo Stato non se ne può disinteressare

La legge 194 sulle "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", in vigore dal 1978, prevede che, in Italia, una donna possa abortire entro i primi 90 giorni dal concepimento. Per le donne minorenni è richiesta l'autorizzazione di entrambi i genitori o del giudice tutelare mentre l'interruzione di gravidanza dopo i 90 giorni è prevista solo nei casi di malformazione grave del feto e di pericolo di vita della madre. I medici, inoltre, hanno la possibilità dell'obiezione di coscienza. I consultori familiari, istituiti dalla legge 1975, assistono la donna in stato di gravidanza e, fra l'altro, contribuiscono a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione di gravidanza, in ogni caso, ma soprattutto quando la richiesta di interruzione sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, sociali, o familiari sulla salute della gestante.

La legge 194 non è in discussione per affermazione unanime eppure lo scontro politico non accenna a placarsi. Da una parte, le iniziative di AN e dell'Udc, per controllarne la "corretta applicazione", sono messe sotto accusa da chi le giudica un tentativo surrettizio

per rimettere in forse l'intera legge, dall'altra si risponde che la legge impegna a prevenire l'aborto, e questo richiede il controllo sulla sua applicazione. In merito il punto più controverso è quello dell'ingresso nei consultori del movimento per la vita, una possibilità sostenuta da chi la giudica un modo di aiutare donne in difficoltà, ma attaccata da chi vi legge la volontà di intromettersi nella decisione sull'aborto.

Fa bene, poi, chi avanza la richiesta di una commissione parlamentare per verificare la corretta applicazione della legge sull'aborto e sulla pillola Ru486 entro gennaio. L'Osservatore Romano, il quotidiano della Santa Sede, scrive che la legge 194 è stata applicata male, fino ad ora, nella sua integrità, in quanto ne è stato violato lo spirito. Secondo l'Osservatore, fino ad oggi, l'unica forma di prevenzione all'interruzione volontaria della gravidanza è stata la contraccezione ed in tal senso i consultori familiari, invece che centri per la vita, si sono rivelati, per la gran parte,



dispensatori di certificati di aborto. Il Ministro Storace si è anche dichiarato favorevole alla proposta del cardinale Ruini di aprire ai volontari cattolici i consultori dello Stato. La sinistra appare, invece, molto compatta in difesa della legge 194, giudicando la proposta del Centro Destra soltanto un tentativo di fare propaganda elettorale sulla procreazione. Al Ministero della Salute si lavorerà ad una bozza di accordo da proporre alle Regioni per il monitoraggio dell'attuazione della legge 194 sull'interruzione di gravidanza. Tale monitoraggio riguarderà, in particolare, i primi cinque articoli della legge, con specifico riferimento proprio al ruolo dei consultori delle associazioni di volontariato. La vita umana è molto importante e che abbiamo il dovere di tutelarla. Lo Stato, pertanto, non se ne può disinteressare. Anche nello stesso dibattito scaturito dall'uso della pillola abortiva non si parla abbastanza dei soggetti più deboli: tutti dovremmo, quindi, ricalibrare il dibattito ponendo proprio questi soggetti al centro. Tutto sarà più facile perché conseguente agli interessi per la vita di chi è sopraffatto o subisce.

Daniele Damele

Giornalista,

Vice-presidente Comitato di Garanzia

Internet@minor

REGIONE	CONSULTORI	DISPENSATORI	ASSOCIAZIONI	ALTRI	TOTALE
ABRUZZO	1	0	0	0	1
BASILICATA	1	0	0	0	1
EMILIA-ROMAGNA	1	0	0	0	1
LAZIO	1	0	0	0	1
LIGURIA	1	0	0	0	1
LOMBARDIA	1	0	0	0	1
MARCHE	1	0	0	0	1
PIEMONTE	1	0	0	0	1
PUGLIA	1	0	0	0	1
REMI	1	0	0	0	1
SARDEGNA	1	0	0	0	1
SICILIA	1	0	0	0	1
TOSCANA	1	0	0	0	1
VALLE D'AOSTA	1	0	0	0	1
VENETIA	1	0	0	0	1
TOTALE	15	0	0	0	15

Il Documento per il Padre

Un gruppo di docenti universitari, scienziati, giornalisti, professionisti, operatori dell'assistenza ai genitori separati e dei diversi gruppi del movimento degli uomini in Italia, chiede la modifica dell'atteggiamento verso il padre nella cultura corrente e nelle norme di legge. A un primo appello programmatico, seguiranno adesioni e iniziative volte all'informazione, e al coinvolgimento della classe politica sul tema. Fin da questo documento i firmatari pongono la necessità di un maggior aiuto e riconoscimento al padre disposto ad assumersi ogni onere per il figlio concepito, che la madre sia intenzionata ad abortire

La figura del padre è stata in Occidente separata dalle sue funzioni educative e sociali. I risultati, del tutto prevedibili secondo tutte le Scienze umane, sono evidenti: insicurezza e difficoltà di iniziativa nei figli; incapacità di accettare il principio d'autorità; solitudine e fatica nelle donne madri nel dover assolvere da sole il peso educativo; frustrazione nei maschi adulti, svalutati in quest'aspetto essenziale dell'identità maschile. Una situazione fonte di danni gravissimi agli individui, alla vita di relazione e familiare, alla società, alla nostra civiltà. Occorrono attenti interventi, che ridiano dignità e responsabilità alla figura paterna. Di grande significato affettivo, e simbolico, è la posizione del padre nei confronti del

figlio procreato. La prassi oggi vigente, priva il padre di ogni responsabilità nel processo riproduttivo. Una situazione paradossale, ingiusta dal punto di vista affettivo, infondata dal punto di vista biologico e antropologico, devastante sul piano simbolico. Per il bene dei figli, e della società, è necessario che al padre sia consentito di assumere le responsabilità che gli toccano in quanto coautore del processo riproduttivo. I casi di cronaca che presentano la disperazione dei padri, che vogliono, prendendosene ogni responsabilità, il figlio che la madre ha deciso di abortire, sono solo la punta dell'iceberg del lutto dell'uomo-padre, espulso dal processo di riproduzione naturale di cui è promotore. E' necessario avviare una riflessione collettiva

che equipari realmente la dignità della donna e dell'uomo nella procreazione, a garanzia della vita, della famiglia e della società. L'interesse e la volontà della donna devono essere opportunamente tutelati, nel quadro della cura sociale di difesa della vita, e di promozione della famiglia, nucleo vitale della comunità. I sottoscritti cittadini, e gruppi lanciano quindi un forte richiamo alle forze della politica, e della società civile, perché ripensino le norme, e rimuovano i pregiudizi che sottraggono, al di là di ogni senso comune, il padre alla vita del figlio.

Claudio Risè

psicoanalista, università di Trieste

Stefano Zecchi

università di Milano

Giuseppe Sermonti

professore emerito di genetica molecolare

Claudio Bonvecchio

università dell'Insubria

Giulio Maria Chiodi,

università Federico II, Napoli

Stefano Serafini

pontificia università San Tommaso di Roma

Giovanni Ventimiglia

facoltà di teologia di Lugano e

università Cattolica di Milano

Alberto Giovanni Biuso

università di Milano

Cesare Galli,

università di Parma

Ivo Germano,

università di Bologna

Silvio Restelli

ricercatore presso l'Istituto regionale per la

Rice Cattolica del Sacro Cuore

Claudio Moffa

professore ordinario all'Università di Teramo

Aldo Brandirali

assessore Comune di Milano



che equipari realmente la dignità della donna e dell'uomo nella procreazione, a garanzia della vita, della famiglia e della società. L'interesse e la volontà della donna devono essere opportunamente tutelati, nel quadro della cura

<http://www.claudio-rise.it/documento_per_il_padre.htm>

I presupposti ideologici della legge 194

Tutte le sentenze che hanno interpretato la norma vigente hanno confermato la tesi più permissiva, in base alla quale il fatto che la donna chieda l'aborto nei primi 90 giorni è in sé causa sufficiente per comprovare che esiste una ragione per concederle il certificato

a. I presupposti ideologici.

Il clima culturale in cui è stata approvata la legge 194 nel nostro Paese è essenziale per ricostruire la ratio che ha guidato il legislatore nella stesura di questo testo controverso. Proviamo a riassumere questi presupposti culturali:

1. centralità della donna: il problema dell'aborto è visto come questione esclusivamente femminile, che deve essere ricondotto nella sua esclusiva sfera di valutazione

2. il padre è completamente escluso dalla decisione e perfino dalla conoscenza della stessa gravidanza; verrà interpellato se la donna lo ritiene opportuno, ma il peso del suo parere è nullo in riferimento alla scelta abortiva;

3. rimozione del concepito dall'orizzonte del legislatore, che prende in considerazione esclusivamente la condizione della donna e le ragioni che la inducono a chiedere l'aborto;

4. nessuna parte terza deve realmente intromettersi nella decisione della donna: tutte le sentenze che hanno interpretato la 194 hanno confermato la tesi più permissiva, in base alla quale il fatto che la donna chieda l'aborto nei primi 90 giorni è in sé causa sufficiente per comprovare che esiste una ragione per concederle il certificato

5. il concepito non ha alcun diritto. Le limitazioni - per altro blande - che sono poste alla pratica abortiva non sono direttamente e apertamente giustificate con l'esigenza di contemperare i diritti della donna con quelli del figlio. L'aborto viene escluso soltanto qualora il feto sia viabile, cioè sia giunto a una fase del suo sviluppo che ne rende plausibile la sopravvivenza. Il che sottolinea come la legge riconosca uno status giuridico soltanto al figlio già nato o che si dimostri in grado di sopravvivere fuori dal corpo della donna.

6. Il legislatore non assume una posizione di sfavore nei confronti dell'aborto, come invece accade in alcune normati-

ve pure abortiste - ad esempio la legge della Repubblica federale di Germania - per cui i colloqui di aiuto alla donna, di cui tanto si discute in queste settimane non sono mai collegati all'idea che si debba comunicare alla gestante una sorta di "sfavore" della collettività rispetto all'atto abortivo. Domina la logica della scelta per la scelta, cioè l'idea che il valore tutelato è la libertà di scelta della donna, che non può essere in alcun modo non solo conculcata, ma nemmeno condizionata.

7. La legge 194 appartiene a una tipologia di norme che potremmo definire "derogatorie". Leggi che assumono in maniera declamatoria un principio, per poi fornire tutti gli strumenti giuridici idonei a eludere quello stesso principio, capovolgendo nei fatti il senso delle parole e dei propositi originari. La legge 194 è, da questo punto di vista, un vero e proprio monumento all'ipocrisia: riesce a introdurre con patente larghezza l'aborto legale nel nostro Paese, recando però il titolo di "norme a tutela della maternità". Per cogliere l'enormità di questo paradosso, dobbiamo immaginarci per analogia il caso di uno stato che reintrodusse nel proprio ordinamento la pena di morte, e titolasse la legge redatta allo scopo "Norme per la tutela dei colpevoli di gravi delitti".

8. All'articolo 1 della legge 194 si afferma che lo Stato tutela la vita umana fin dal suo inizio, ma non a caso si evita di chiarire che cosa si intenda per "inizio", essendo evidente che un'eventuale riferimento al concepimento avrebbe innescato un conflitto logico rispetto alla pratica abortiva.



Questa contraddizione in termini è frutto del maldestro tentativo politico di attenuare l'effetto devastante della legalizzazione attraverso l'uso dell'antilingua, che si manifesta al suo massimo grado nella sostituzione della parola aborto con l'espressione asettica "interruzione volontaria della gravidanza", che vorrebbe allontanare dagli occhi e dal cuore delle persone la percezione della lacerante realtà cruenta dell'aborto. Che consiste nella eliminazione fisica di un essere umano.

9. A dispetto dunque delle premesse, la legge 194 introduce nell'ordinamento un antiprincipio assai grave: il diritto di vita e di morte di un consociato nei confronti di un altro essere umano. Questo ius vitae ac necis - noto al diritto romano arcaico che lo riconosceva al pater familias sui membri della sua comunità - è assegnato alla donna in maniera totale ed esclusiva, senza che esista un qualsiasi strumento attenuativo di tale debordante facoltà.

10. Questo effetto è ottenuto attraverso l'espedito della procedura, che caratterizza la 194 proprio come norma procedurale. Il legislatore infatti si astiene dal formulare un qualsiasi giudizio di valore sull'atto che va a rendere lecito, limitandosi a fissare un percorso che segna la linea di demarcazione fra ciò che è consentito e ciò che non lo è. Non è la sostanza dell'azione a contraddi-

stinguere i presupposti di un eventuale reato, ma il mancato rispetto della procedura. Se una donna viene sottoposta ad aborto in una clinica privata, fosse anche nei termini del primo trimestre, allora scattano delle sanzioni per i medici e gli autori in genere della violazione della procedura. Se lo stesso atto clinico viene compiuto in una struttura pubblica, dopo l'emissione del certificato previsto dalla 194, allora tutto è pienamente lecito. Dunque, il legislatore sposta il giudizio di valore dell'opinione pubblica dall'atto abortivo alla sua ufficialità: non è più l'aborto ad essere un male in quanto reato contro la persona, ma è la clandestinità che connota negativamente un gesto che di per sé incontra la totale neutralità dello stato. Questo fatto è di straordinaria importanza, perché comporta la totale rimozione del soggetto che subisce il danno più grave dall'atto abortivo: il concepito. Se infatti il "male giuridico" è la clandestinità, ciò significa che per il legislatore il nascituro non esiste, e che la sua eliminazione sotto tutela della procedura di legge è un fatto perfettamente normale.

b. Livello di applicazione della norma

Alcuni sostengono: la 194 è una buona legge, vediamo solo di applicarla bene. Si tratta di un'affermazione sbagliata. Perché, se è vero che questa legge non è stata applicata in tutte le sue parti, è altrettanto vero che sostanzialmente essa ha prodotto i risultati che portava nel suo DNA. È vero che la sentenza n. 27 del 1975 della Corte costituzionale italiana non aveva in alcun modo introdotto nell'ordinamento l'idea che l'aborto fosse un diritto della donna. Essa aveva invece legalizzato l'aborto, in una logica (sbagliata) di bilanciamento di diritti contrapposti. Aveva riconosciuto al concepito i diritti fondamentali previsti dalla costituzione - fatto totalmente rimosso da ogni dibattito italiano sull'aborto - ma aveva anche, con un clamoroso pasticcio del piano filosofico con quello giuridico - affermato che il diritto non solo alla vita ma anche alla salute della donna dovesse prevalere su quello del figlio, in quanto non ancora persona. Dunque, in coerenza con quella sentenza, il legislatore avrebbe potuto depenalizzare l'aborto, ma conservando un piano di conflitto fra soggetti, risolto attraverso l'introduzione di un'arbitraria asimmetria, che tuttavia avrebbe consentito di non cancellare del tutto il concepito come soggetto di diritti. Tutto questo non è avvenuto, e la legge 194 ha introdotto nei fatti il pieno diritto di autodeterminazione della

donna. Ogni tentativo di bilanciare questo potere di vita e di morte - per quanto lodevole e politicamente condivisibile - è destinato a fallire. Che cosa si potrebbe fare, in vigenza di questa legge, per contrastare la facilità con cui oggi la donna può accedere all'aborto? Alcuni dicono: potenziamo o semplicemente applichiamo la parte della legge che prevede un aiuto concreto alla donna in vista della rimozione delle cause economiche e sociali che determinano l'aborto volontario. D'accordo. Apriamo le porte dei consultori al volontariato "per la vita". E sia. Ma restano irrisolti una serie di punti:

1. attualmente un obiettore di coscienza non può partecipare alla procedura della 194, perché altrimenti verrebbe coinvolto in atti che ha deciso di non compiere per ragioni morali, giuridiche e deontologiche

2. bisognerebbe dunque separare luoghi e tempi dell'assistenza alla maternità con luoghi e tempi di erogazione del certificato e del "servizio" di aborto

3. quali sarebbero i confini di questi colloqui? Si potrebbe attuare un'azione dissuasiva, oppure semplicemente una presentazione di "offerte" assistenziali? Lo stato abbandonerebbe la sua neutralità - abortire o non abortire è indifferente, basta che sia rispettata la procedura - oppure dovrebbe garantire una sorta di par condicio del volontariato, prevedendo colloqui pro life e colloqui in cui si fa l'apologia della scelta di abortire di fronte al "pericolo" di un figlio indesiderato, o handicappato?

In vigenza della legge 194, nessuno di questi nodi può essere sciolto compiutamente.

c. il giudizio sulla legge 194

Da quanto abbiamo esposto, si può concludere che la legge 194 rimane a tutti gli effetti una legge gravemente ingiusta, non perché leda - come alcuni si ostinano a lasciar credere - il sentimento morale di una certa confessione religiosa - ma perché, molto laicamente, nega in maniera radicale un diritto fondamentale della persona umana, anzi, il diritto che è pregiudiziale al godimento di ogni altro diritto: il diritto alla vita. Sebbene siano note alcune ragioni che hanno convinto l'opinione pubblica della bontà di questa legalizzazione - ad esempio la piaga della clandestinità, i c.d. casi pietosi, le situazioni di indigenza eco-



nomica e così via - nessun argomento è così forte da giustificare - alla luce della semplice ragione umana e della legge naturale - l'uccisione volontaria di un essere umano innocente. Il dibattito di queste settimane è, in questo senso, profondamente deludente, perché contrappone due schieramenti apparentemente fra loro lontani, ma in realtà vicinissimi: da una parte, coloro che invocano la piena applicazione della 194 in funzione di aiuto alle donne con gravidanze difficili; dall'altro lato, coloro che osteggiano questa istanza, sostenendo che i consultori devono continuare a lavorare come hanno fatto fin'ora e che la 194 è già applicata adeguatamente. Questi due schieramenti hanno in comune un punto logico di partenza: l'idea che la donna abbia il diritto di dire l'ultima parola sulla vita che è già sbocciata in lei. Sono due facce di una stessa cultura, la cultura pro choice, che possono essere con ragione ricondotte alla categoria dell'abortismo. Affermare che "la donna può scegliere se abortire o no" è infatti il nucleo della legge 194, e un serio dibattito dovrebbe avere il coraggio di ripensare proprio questo caposaldo, giuridicamente e moralmente inaccettabile. Tutto il resto appartiene alla dialettica politica, che rischia di allontanare sempre più l'opinione pubblica dalla percezione della oggettiva gravità di una legge come la 194, che non andrebbe applicata meglio, né riformata, ma totalmente riscritta nel senso più favorevole al nascituro.

Mario Palmaro

filosofo del diritto e titolare di cattedra alla facoltà di bioetica dell'Università Pontificia Regina Apostolorum e alla facoltà di giurisprudenza dell'Università Europea di Roma

La libertà di non abortire

Con alle spalle trent'anni di attività, il movimento chiede con l'editoriale pubblicato in "si alla vita" che si dia corso alla "preferenza per la nascita" contenuta nella stessa legge 194. Per ora è possibile anche rinunciare alla modifica della legge, purchè se ne applichino le parti che parlano di prevenzione

Dal 1975, anno di fondazione del primo CAV (Centri di Aiuto alla Vita), ogni anno abbiamo aiutato a nascere circa 70 mila bambini senza che una sola parola di rimprovero o di rammarico ci sia stata rivolta dalle loro madri. Abbiamo, cioè, restituito a molte madri la libertà di non abortire, vincendo ciò che veniva avvertito come "necessità" – e dunque vincolo liberticida – di cancellare il figlio. Con questa credenziale chiediamo una svolta alle istituzioni, che, invece, sembrano essersi rassegnate alla necessità "liberticida" e impegnano grandi risorse intellettuali ed economiche per aumentare l'indifferenza riguardo al "dramma" dell'aborto, come avviene quando si tende al risultato di attuarlo nella più totale privatezza semplicemente ingoiando una pillola. La svolta che chiediamo non cerca la contrapposizione o la rivincita. Sappiamo di non avere la forza di chiedere l'abrogazione della legge (che pur continuiamo a considerare ingiusta), ma, paradossalmente, domandiamo la sua attuazione nelle parti che fino ad ora sono rimaste largamente inapplicate. Non faremo guerre per cambiare la legge che alcuni considerano sacra e intangibile, solo se sarà dimostrato che con la legge è possibile fare ciò

che noi abbiamo ottenuto. Per questo abbiamo chiesto al ministro della Salute e domandiamo ancora, che le annuali relazioni che egli deve presentare al Parlamento non ci parlino solo dei morti, come fino ad ora è stato fatto, ma anche dei vivi; ci dicano, cioè, se ci sono e quanti sono i bambini nati per merito della legge e non soltanto quanti aborti sono avvenuti con il timbro della legge. In ogni caso la svolta decisa e forte che chiediamo ha alla sua radice un concetto di prevenzione dell'aborto che riguarda anche le gravidanze difficili o non desiderate. Il tempo è giunto. In 30 anni molte cose sono cambiate. Il principio di "preferenza per la nascita" sembra essere generalmente accettato. La forte offerta di adozione da parte di coppie idonee, che può essere accettata solo per un decimo a causa della mancanza di bambini adottabili, fa sentire ancora più inaccettabile la eliminazione ogni anno di una grande città di bambini abbandonati nella forma più estrema quando erano ancora nel seno materno (140 mila o 150 mila sono le sole lvg legali ogni anno). L'impressionante calo delle nascite determina problemi di ogni tipo: economici, previdenziali, persino internazionali. Il femminismo di 30 anni fa dette una

spinta monolitica e decisiva alla tesi dell'insignificanza dell'embrione, ma ora in tutto il mondo e anche in Italia, donne che si batterono per l'aborto, si riconoscono piuttosto nella donna che nel quadro di Pellizza da Volpedo "quarto stato" è sola insieme a tanti uomini in cammino verso la giustizia, ma li precede tenendosi il figlio in braccio e con lui, idealmente, tutti i piccoli e i rifiutati della terra.

Lo stesso attuale quadro politico in Italia ha reso più facile l'incontro tra i "cattolici" e i "laici", prima reso difficile dalle contaminazioni politiche. Il muro della incomprendimento sul tema della vita ha cominciato a sgretolarsi – anche questa è dimostrazione referendaria – e presto potrebbe trasformarsi in un ponte che unisce le due sponde. La cultura dei diritti umani, timbro e vanto della modernità, nonostante i tentativi di svuotarla o, addirittura, di trasformarla nel suo contrario, ha una forza espansiva inarrestabile che finirà per abbracciare il concepito.

Dunque è giunto il momento della svolta. Non ci fermerà l'idolatria della legge ritenuta da qualcuno ampiamente sacra.

Carlo Casini

presidente del Movimento per la Vita italiano
(www.mpv.org)

Dal 1975, anno della fondazione, alla fine del 2004 grazie ai Centri di Aiuto alla Vita (CAV) in Italia sono nati 70.000 bambini. Solo lo scorso anno ne sono nati circa 7.000 che rappresentano il record dei 30 anni di vita dei CAV, braccio operativo del Movimento per la Vita. I CAV festeggiano il loro trentennale di attività a Firenze dove fu fondato il primo centro con un convegno al quale ha partecipato oggi fra gli altri il Presidente della Camera Pierferdinando Casini.

"Le polemiche sull'aborto non ancora legalizzato – ha ricordato Carlo Casini, Presidente del Movimento per la Vita – erano roventi. A Firenze operava una struttura clandestina a livello nazionale, presentata, quando fu scoperta, come una forma di 'aiuto alla donna'. Su una cosa fondamentale ci troviamo d'accordo: le difficoltà della vita non si superano sopprimendo la vita ma superando insieme le difficoltà. Quel patto dal 1975 ad oggi – ha proseguito Carlo Casini – ha aiutato a nascere migliaia di bambini senza che una sola parola di rimprovero o di rammarico ci sia stata rivolta dalle loro madri. Abbiamo, cioè, restituito a molte madri la libertà di non abortire, vincendo ciò che veniva avvertito come necessità, e dunque vincolo liberticida, di cancellare il figlio".

Ad oggi in Italia operano 278 Centri di Aiuto alla Vita. Lombardia (49), Piemonte (42) e Veneto (32) sono le regioni con una presenza più capillare mentre negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento nel sud e nelle isole.

I CAV assistono mediamente ogni anno 20 mila donne. Nel 2004 rispetto all'anno precedente è stato rilevata un incremento sia dei bimbi nati sia delle gestanti assistite. Dallo scorso anno l'11% delle gestanti assistite ha potuto usufruire di ospitalità in case di accoglienza, presso famiglie o casi in affitto gestite dai CAV. Le donne che si rivolte ai Centri di Aiuto alla Vita hanno usufruito di sostegno economico, assistenza psicologica e morale, assistenza sociale, assistenza medica, servizi di baby-sitting.

"Rimane bassa – si legge nel rapporto dei CAV – la percentuale (5% nel 2004) di gestanti che arrivano a un CAV su segnalazione di un consultorio pubblico mentre la maggior parte sono inviate da amici (28%) e da parrocchie o associazioni (12%)".

Le gestanti che si presentano ai CAV sono per lo più sposate (58%), di età compresa fra i 25 e i 34 anni (51%), sono casalinghe (36%) o disoccupate (31%), denunciano difficoltà economiche (41%). L'atteggiamento del marito o partner si mantiene prevalentemente contrario all'aborto (26%). Dopo il parto il bambino è rimasto nel 98% dei casi con la madre. In linea con l'aumento degli aborti fra le donne straniere, le gestanti non italiane assistite dai CAV aumentano sempre di più. Dai dati raccolti nel 2004 sono risultate complessivamente 4565, con una media di 30 per ogni centro. Le più numerose continuano ad essere le africane (42%) con una prevalenza di marocchine. Seguono le europee (24%) con una predominanza di rumene e albanesi, le donne dell'America Centrale e Latina (15%) con l'Ecuador in testa, e infine le asiatiche (6%) soprattutto provenienti dallo Sri Lanka. In Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trentino-Alto Adige, Veneto prevalgono le gestanti marocchine, in Liguria quelle dell'Equador, nel Lazio le rumene e nel Friuli Venezia Giulia le ghanesi.

Un manifesto per un nuovo femminismo

È necessario che emerga un nuovo femminismo, capace di esprimere

una cultura sommersa, fortemente presente ma senza voce

Ad essere sincera il termine "femminismo" non mi ha mai appassionato, anzi, veramente non mi è mai particolarmente piaciuto. Forse perché nonostante alcuni innegabili risultati positivi, ho sperimentato la strumentalizzazione di tale movimento da parte di una certa area culturale che, arrogandosi il diritto di parlare a nome di tutte le donne, ne ha fatto una bandiera ideologica per propagandare un'immagine di donna nemica della vita, ben lontana dalla realtà. Il femminismo che ho conosciuto, mentre si votava la legge 194/78, che ha legalizzato l'aborto in Italia, urlava i suoi slogans martellanti, con l'aggressività e l'intolleranza tipica di chi non cerca vere soluzioni, ma vuole solo imporre la propria opinione. A distanza di 25 anni, un veterofemminismo, sempre più sclerotizzato, urla identici slogans con la stessa intolleranza di chi non vuole cercare vere soluzioni, ma continuare ad imporre il proprio modello culturale. Intanto è cresciuto il Movimento per la vita italiano con migliaia di volontari per la maggior parte, donne. Qual è dunque il vero femminismo? Da un lato il tentativo freddo e sistematico di spezzare la profonda alleanza tra donna e vita, con una rottura profonda nella psiche femminile, che segna il cuore, a volte irrimediabilmente, e impoverisce sicuramente l'umanità intera, come avviene sempre quando ad un bambino non è data la possibilità di nascere. Bilancio ad oggi: più di 4 milioni di bambini cui si è impedito di vivere e centinaia di migliaia di donne ingannate, offese nella loro dignità. Dall'altro, il mettersi dalla parte della donna e della vita, insieme, scommettendo sulle inesauribili risorse che quella profonda alleanza porta con sé. Bilancio ad oggi: 70.000 bambini aiutati a nascere e decine di migliaia di donne accolte e rispettate nella loro dignità. Io credo che femminismo, per ciò che concerne la maternità, sia il mettersi dalla parte della donna e della vita, insieme, scommettendo sulle inesauribili risorse che quella profonda alleanza porta con sé e richiamando la società e le istituzioni all'assunzione di responsabilità che la tutela sociale della maternità comporta. Sono ben consapevole che il tema del nuovo femminismo non tocca solo l'aspetto della maternità, ma è purtroppo vero che su tale versante si sta concentrando l'attacco più aspro da parte di chi pensa di averne l'esclusiva rappresentanza. Certamente la tutela del diritto alla vita è un imperativo per tutti, uomini e donne, ma poiché su questo tema, il dibattito è prevalentemente condotto da quel veterofemminismo cui facevo riferimento, è necessario che emerga un nuovo femminismo, capace di esprimere una cultura sommersa, fortemente presente, ma senza voce. Nello scrivere il Manifesto del Nuovo Femminismo ho pensato a loro: alle donne coraggiose che hanno affrontato una maternità difficile e alle donne che le hanno aiutato a superare le difficoltà. La raccolta firme per l'adesione al Manifesto è stata lanciata in un Convegno promosso dal Movimento per la vita il 20 maggio 2003 a Roma, presso la Camera dei Deputati a Palazzo Marini, nella Sala Conferenze, gremita di donne. Quattro sono i percorsi intrapresi: donne opinion leaders del mondo della cultura e dello spettacolo, donne impegnate nelle Istituzioni, dal Parlamento al più piccolo

Comune d'Italia, di qualunque forza politica, donne del mondo accademico e del giornalismo e tutte le donne che vi si riconoscono. Giovanni Paolo II ha scritto: "Nella svolta culturale a favore della vita le donne hanno uno spazio di pensiero e di azione singolare e forse determinante: tocca a loro di farsi promotrici di un "nuovo femminismo" che, senza cadere nella tentazione di rincorrere modelli "maschilisti", sappia riconoscere ed esprimere il vero genio femminile in tutte le manifestazioni della convivenza civile, operando per il superamento di ogni forma di discriminazione, di violenza e di sfruttamento". (Evangelium vitae, n. 99). Nell'udienza privata concessa alla dirigenza del Movimento per la vita italiano il 22 maggio 2003, in occasione del 25° triste anniversario della legge 194/78, che ha legalizzato l'aborto in Italia, il Santo Padre è nuovamente tornato sull'argomento: "specialmente a voi, donne, rinnovo l'invito a difendere l'alleanza tra la donna e la vita, e di farvi promotrici di un nuovo femminismo".

MANIFESTO del NUOVO FEMMINISMO

Nella molteplicità dei rapporti umani esiste una profonda e unica alleanza: quella che lega la madre al proprio bambino non ancora nato. Se si punta su quest'alleanza, se si aiuta la donna a volgere lo sguardo verso il figlio concepito e ad ascoltare la sua voce "silenziosa", si restituisce alla donna il suo specifico ruolo nell'accoglienza alla vita, nel prendersi cura dell'altro, soprattutto del più debole e indifeso, del più emarginato, del più povero tra i poveri, come Madre Teresa definiva il piccolo bambino non ancora nato. Se, al contrario, si spezza questa alleanza, si va ad incrinare profondamente uno degli equilibri più importanti che stanno alla base stessa dell'umanità. Questa alleanza, a volte straordinariamente coraggiosa, spesso vissuta nel silenzio, è troppe volte sovrastata dal frastuono prodotto da poche voci ma molto amplificate che, assumendo posizioni radicalmente contro la vita, si arrogano il diritto di parlare a nome di tutte le donne.

CREDIAMO SIA MATURO IL TEMPO PER UN NUOVO FEMMINISMO. È una cultura che sta cambiando. È una consapevolezza che è sempre più personale, convinta, coraggiosa, capace di farsi carico di tante attese di "liberazione" presenti nell'universo femminile: liberazione dalla menzogna sulla vita nascente, liberazione da una pervasiva cultura di morte, liberazione dai luoghi comuni falsi e ingannevoli sull'emancipazione femminile, liberazione dagli ostacoli culturali, sociali, politici, economici e giuridici che si frappongono tra la donna e il figlio concepito. Convinte che la maternità rappresenti un valore sociale che le istituzioni sono chiamate a tutelare, riteniamo fondamentale:

- accogliere e sostenere le donne lasciate sole di fronte ad una maternità inattesa per operare, insieme a loro, una reale tutela della maternità che garantisca loro la libertà di non abortire
- perseguire tutte quelle iniziative che, a livello culturale e di opinione pubblica, siano idonee a promuovere la tutela della vita nascente

Olimpia Tarzia

segretaria generale Movimento per la Vita italiano

MANIFESTO DEI GIOVANI SULLA 194: generazioni che non l'hanno votata, generazioni che l'hanno subita

Il responsabile nazionale Giovani del MPV, Giorgio Gibertini, e tutti i giovani del MPV, vogliono far sentire la loro voce, attraverso questo Manifesto che propone di applicare correttamente la L. 194/78 e di modificarla laddove è ambigua e lacunosa. Dal 1978 è in vigore in Italia la legge "194" (Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza). Tale legge ha legalizzato l'aborto, "il principio che mette in pericolo la pace nel mondo" come ha sostenuto il Premio Nobel per la Pace Madre Teresa di Calcutta, e ha così disconosciuto il diritto a vivere degli esseri umani più piccoli e indifesi.

- 1) RICONOSCIMENTO DELLA PERSONALITÀ DEL CONCEPITO - Chiediamo che il bambino concepito sia riconosciuto come soggetto, e che sia considerato tale in ogni fase della sua esistenza
- 2) COINVOLGIMENTO DEL PADRE - Chiediamo che il padre del bambino concepito sia informato della gravidanza e sia coinvolto, almeno a livello consultivo, nelle decisioni riguardanti la vita del figlio, ai fini della difesa della vita.
- 3) RIFORMA DEI CONSULTORI - Chiediamo che i consultori non siano strumenti di autorizzazione all'aborto e che la loro funzione sia unicamente quella di difendere la vita nascente e di sostenere la donna e aiutarla con ogni mezzo a superare i problemi che la determinano all'aborto. Affinché tale funzione di difesa della vita sia efficacemente esercitata, chiediamo che ogni donna intenzionata ad abortire entri in contatto con un consultorio, che i consultori siano sottoposti a controlli periodici e che negli stessi operino esclusivamente persone idonee e preparate nella difesa della vita nascente.
- 4) COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO - Chiediamo che le associazioni di volontariato operanti in difesa della vita nascente e a sostegno delle madri in difficoltà siano coinvolte nell'impegno dei consultori a risolvere i problemi che spingono la donna verso l'aborto.
- 5) SOSTEGNO ECONOMICO ALLE MADRI IN DIFFICOLTÀ - Chiediamo che lo Stato si faccia carico delle necessità di carattere economico che determinano le madri ad abortire, mediante la corresponsione di adeguati sussidi da erogarsi durante e dopo il periodo di gravidanza.
- 6) INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE NELLE SCUOLE AI FINI DELLA DIFESA DELLA VITA E DELLA TUTELA DELLA MATERNITÀ - Chiediamo che, al fine di prevenire il ricorso all'aborto e di tutelare efficacemente la maternità, nelle scuole i giovani siano adeguatamente informati sullo sviluppo della vita umana, in particolare sulla fase prenatale, e che siano sensibilizzati al rispetto della vita di ogni essere umano dal concepimento alla morte naturale, con il coinvolgimento nelle suddette attività delle associazioni di volontariato impegnate in difesa della vita.

La sfida di una grande, piccola donna

“Proprio lì è Dio, nel più povero, nel più indifeso, nel più impotente: il bambino nel seno della madre. Amare, non uccidere. Toccare ogni vita umana così come vedete il sacerdote toccare l’Eucarestia, con la stessa delicatezza e attenzione, con la stessa capacità di contemprarne la sacralità” Madre Teresa di Calcutta

“Dateli a me. Madre Teresa e l’impegno per la vita” di Pier Giorgio Liverani è un libro dedicato a tutti coloro che hanno a cuore la vita umana, a tutti quelli che giorno dopo giorno combattono ostacoli insormontabili per salvare anche un solo bambino sul quale incombe la terribile minaccia dell’aborto. Soprattutto è dedicato a tutti coloro che a volte, finita la giornata, si ritrovano con la testa tra le mani e gli occhi gonfi di lacrime perché quel bambino, no, non sono riusciti a salvarlo, ed è sempre più difficile, in un mondo forgiato sull’indifferenza e sulla cecità, promuovere la vita ed educare ad amarla e rispettarla. Sopra di loro infatti, al di sopra dell’appassionato lavoro di uomini e donne del popolo della vita, impegnati ad esempio nei Centri di Aiuto alla Vita, si stende la mano benedicente e incoraggiante di Madre Teresa di Calcutta, nominata “Presidente onorario dei Movimenti per la Vita di tutto il mondo” nel 1990, su iniziativa del Movimento per la Vita Italiano (www.mpv.org). Ed è questo aspetto della vita della Madre, di protettrice e salvatrice della vita umana nascente, che Pier Giorgio Liverani, opinionista di *Avvenire* e condirettore di “*Si alla vita*”, mette in luce nel libro “*Dateli a me. Madre Teresa e l’impegno per la vita*” (Città Nuova, 2003). Il testo è un documento estremamente prezioso innanzitutto in quanto “lente di ingrandimento dello specifico rapporto della piccola suora albanese di cittadinanza indiana con il diritto alla vita dei figli concepiti, ma non ancora nati”, come dice Carlo Casini nella Prefazione. Ed ecco allora che Liverani, con l’usuale e apprezzato taglio giornalistico, ci conduce indietro nel tempo, tra le migliaia di persone accorse nelle città italiane per ascoltare nel silenzio più misterioso le parole di Teresa: siamo a Milano, aprile del 1977, nello stadio di San Siro, nei mesi in cui il Movimento per la Vita tentava di scongiurare il varo della Legge 194 sull’aborto, con l’aiuto delle testimonianze delle voci più autentiche...ma poi siamo al Castello Sforzesco nel 1979 ad ascoltare le sue parole, mai senza speranza e colme di fiducia nel futuro, nonostante si ricordasse in quell’occasione il triste anniversario della promulgazione di quella terribile legge (oltre 4 milioni di morti fino ad oggi!)...e poi ci ritroviamo nel 1981 a Firenze, al suo fianco per raccogliere le firme a favore del referendum per l’abrogazione della legge 194, la sera stessa in cui Giovanni Paolo II fu colpito da Ali Agca...e ancora a Firenze nel 1986 per gridare con la voce di lei un “Appello all’Europa” affinché il vero umanesimo ritrovi le sue antiche radici a partire dal riconoscimento, reale e non retorico, della inviolabilità assoluta della vita umana...e siamo a Baghdad nel 1990 nella “Casa della Carità”, ivi da lei fondata, seduti con la piccola suora vicino ai letti dei bambini per convincerli che i rombi che sentono non sono bombe, ma tuoni e pioggia ai quali seguirà il sereno...e in mille altri luoghi (ai quali Teresa avrebbe rinunciato per stare sempre solo con i bisognosi se il Papa non l’avesse invitata a testimoniare ovunque), dalle Conferenze del Cairo e di Pechino alle raffinate sale dell’Onu o della Casa Bianca, dai colloqui con i Presidenti di gran parte delle nazioni più potenti del mondo ai discorsi alle radio e alle televisioni più importanti del pianeta....E la Madre ha ripetuto sempre le stesse e semplici parole: “proprio lì è Dio, nel più povero, nel più indifeso, nel più impotente: il bambino nel seno della madre. Amare, non uccidere. Toccare ogni vita umana così come vedete il sacerdote toccare l’Eucarestia, con la stessa delicatezza e attenzione, con la stessa capacità di contemprarne la sacralità”. Vi è però almeno un secondo motivo per cui è essenziale che questo libro di Liverani sia ogget-

to di studio e lettura, soprattutto da parte di chi teme di trovarsi sconfitto dalla “cultura della morte”: la più piccola delle donne, la più umile servitrice, la madre dei “più poveri tra i poveri” ha dimostrato che con la fede nel Padre e l’azione concreta nel presente è possibile cambiare il mondo, scardinare sistemi e ideologie che parevano immutabili, mutare i pensieri nel cuore degli uomini apparentemente più crudeli... E di questa capacità “scandalosa” di Madre Teresa l’autore ci offre numerosi esempi: fu addirittura Saddam Hussein a donare alla

Madre una casa per ricoverare i bambini di Baghdad, così come fu lei a far adottare da una vera famiglia, capace di sincero amore, anche i bambini abbandonati (e pertanto disprezzati e ritenuti “intoccabili”) di Calcutta, e ancora fu lei con le sue parole a incrinare la società statunitense passata poi dal filoabortismo di Clinton alle attuali posizioni pro life di Bush...In questo sta la potenza della “dinamite” di Teresa di Calcutta (così ne parla l’autore ricordando il giorno in cui, nel 1979, la Madre ricevette il Premio Nobel): nel testimoniare che la “cultura della morte” può essere sconfitta, purché si decida di seguire, con lei, la via “del dono”, una via che non è affatto coperta dalla polvere e sulla quale proprio lei ha ritracciato le orme nel lavoro silenzioso e umile. E proprio oggi, in un’epoca in cui gli uomini sembrano sempre insoddisfatti, annoiati e scontenti, questa via può dischiudere ad ognuno la comprensione del senso dell’esistenza e una vera serenità che nasce solo dal riempire di felicità gli altri. Serenità che Teresa insegnava con queste parole, riportate dall’autore nel capitolletto *Le mani di Teresa*: «Guarda le tue mani: quando ti sembra di non poter fare niente chiedi al Signore: che cosa farò oggi per Gesù? Cinque dita, cinque parole, una mano. Poi l’altra: cosa farò oggi per l’uomo? Altre cinque dita, altre cinque parole...E se la sera ti senti deluso, ripeti: che cosa ho fatto per Gesù? E per l’uomo? Quindi alza le braccia al cielo, ringrazia Dio Padre e vai a dormire sereno». La felicità passa attraverso l’opera delle nostre mani: «*La vita è una sfida, affrontala. La vita è una lotta, accettala. La vita è un sogno, fanne una realtà.*»



Antonello Vanni

scrittore e docente universitario di bioetica

www.antonello-vanni.it

Legge 194/78

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, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

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. 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.

Articolo 3. - Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405, è aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo. Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

Articolo 4. - Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, 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 avvenuta il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975, numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

Articolo 5. - Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'insoddisfazione delle condizioni economiche, o sociali o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può far ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie. Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontrano l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare l'interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.

Articolo 6. - 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 siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Articolo 7. - 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, che ne certifica l'esistenza. 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 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

Articolo 8. - L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1958, numero 132, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, sesto ultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.

Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fronte ai requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operati eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura; 2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione. Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati.

Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione. Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Articolo 9. - Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando si levi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione dell'ente previdenziale che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

Articolo 10. - L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386. Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica. Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitano la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

Articolo 11. - L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale 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 12. - La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna. Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscono o sconsigliano 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 la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espletati i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 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 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 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Articolo 13. - Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

Articolo 14. - 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.

Articolo 15. - 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 5, 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.

Articolo 16. - Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro. Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

Articolo 17. - Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà. Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

Articolo 18. - Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso espresso con violenza o minaccia ovvero carpiuto con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

Articolo 19. - Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punito con la reclusione sino a tre anni. La donna è punita con la multa fino a lire centomila. Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni. La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi. Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, e interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con la pena rispettivamente prevista dai commi precedenti aumentata fino alla metà. La donna non è punibile. Se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

Articolo 20. - Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

Articolo 21. - Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

Articolo 22. - Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato. Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale. Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.