

RU486: UNA VITTORIA RADICALE



a cura di: **Andrea Carapellucci,
Giulio Manfredi, Nathalie Pisano.**

*prefazione di Silvio Viale
postfazione di Emma Bonino*



ASSOCIAZIONE RADICALE
ADELAIDE AGLIETTA

Una vittoria dedicata ad Adelaide Aglietta

Un proverbio da tutti conosciuto recita così: «Chi semina raccoglie». La raccolta che da Radicali abbiamo fatto in questi lunghi decenni di lotta politica è stata grande e piccola allo stesso tempo. Grande perché siamo riusciti, giorno dopo giorno, anno dopo anno, iniziativa dopo iniziativa, a cambiare in meglio questo Paese. Siamo riusciti a far crescere una consapevolezza diffusa sulla centralità dell'individuo, delle sue scelte, dei suoi diritti e doveri; siamo riusciti a conquistare e difendere frammenti di libertà e, quindi, di responsabilità personale e collettiva; siamo riusciti a governare (letteralmente) in contrapposizione a chi ha governato (formalmente).

Piccola perché se si pone a confronto quanto abbiamo seminato in termini di impegno, di forza di volontà, di passione, di amore per la nobiltà della politica, di lotta nonviolenta per la legalità, di progetti e di idee, con quanto siamo riusciti a raccogliere in termini di consenso e riconoscimenti, il bilancio non è certo soddisfacente.

Per noi che abbiamo deciso, ormai 10 anni fa, di dare vita all'Associazione radicale Adelaide Aglietta la vittoria sulla pillola abortiva RU486 ha un valore doppio. È pienamente una vittoria radicale, che si inserisce nel solco più classico delle lotte che ci hanno visto protagonisti e vincitori negli anni '70 e '80, come ci ricorda Emma Bonino nella post-fazione. È tuttavia anche un successo che è stato raggiunto dal basso, grazie ad un cocktail molto particolare: un ginecologo-politico (Silvio Viale), due consiglieri regionali della Lista Bonino (Bruno Mellano e Carmelo Palma) e un drappello di militanti agguerriti che, organizzati nell'associazione, ha saputo essere presente in numerose occasioni cruciali con manifestazioni, presidi, comunicati, conferenze stampa e comizi.

Il 19 ottobre 2009 abbiamo raccolto questa vittoria meritata - che arriva dopo anni di semina - e che consentirà finalmente anche alle donne italiane di accedere alla possibilità di scegliere tra aborto chirurgico e aborto farmacologico, come accade da tempo altrove, in Europa e negli USA. Si tratta in fondo del primo passo in avanti sui diritti civili dopo più di venti anni di oblio; un risveglio e una svolta che po-

trebbero prefigurare, se avessimo voce in questo Paese, nuovi successi sul testamento biologico e sull'eutanasia, sulla ricerca scientifica, sulla contraccezione d'emergenza e sulla reale possibilità di autodecisione non solo delle donne ma di tutti.

Voglio simbolicamente dedicare tutto questo ad Adelaide Aglietta e alla sua storia umana e politica, ben sapendo che presto l'aborto farmacologico diverrà qualcosa di acquisito e non ci si chiederà nemmeno più come mai in Italia è stato proibito per vent'anni e chi è stato a battersi per renderlo possibile, legale e accessibile. Questa piccola pubblicazione ha anche lo scopo di ripercorrere i fatti per salvaguardare almeno un po' la memoria, che è un modo per salvaguardare la nostra storia di cittadini.

Igor Boni
segretario Associazione radicale Adelaide Aglietta

N. B.

Nella cronologia contenuta sono state riportate notizie aventi respiro nazionale e quelle piemontesi. Per non appesantire troppo lo scritto (e per evitare di dimenticare qualcuno!), non sono state inserite le numerose iniziative attuate in alcune regioni dai radicali locali per cercare di allargare il fronte delle sperimentazioni della pillola abortiva. Mi riferisco, in particolare, all'azione costante dei radicali toscani, e anche, rispetto alla denuncia delle intrusioni del Movimento per la Vita negli ospedali, alle iniziative sia dei radicali lombardi sia di Maurizio Bolognetti in Basilicata.

SI FA PRESTO A DIRE RU486...

È con molto piacere che presento questa seconda edizione - tre anni e mezzo dopo la prima - che si arricchisce del sapore della vittoria. Persistono le stesse polemiche, ma se tre anni fa si era in piena sperimentazione e non si intravedeva ancora una fine, oggi il farmaco c'è ed è una vittoria.

Al momento di andare in stampa si è in attesa della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale e non conosciamo ancora la scheda tecnica dell'AIFA, l'agenzia italiana per il farmaco, ma in questa edizione troverete la sintesi scientifica della scheda tecnica sulla RU486 che l'EMA, l'agenzia europea per i medicinali, ha approvato nel 2007. Qualunque cosa ci sarà scritto sulla scheda tecnica non cambierà la sostanza. È una vittoria, poiché, quali saranno i dispetti, i capricci e gli ostacoli che ministri, assessori, direttori sanitari o primari potranno inventarsi, il mifepristone - vero nome della RU486 - è ora finalmente un farmaco disponibile nelle farmacie degli ospedali. È una vittoria, anche se la vicenda non è ancora conclusa e la battaglia - con un po' di civetteria mi piace dire la lotta - continua, e sarà certamente di lunga durata.

Non mi spaventa un'applicazione parziale, a macchia di leopardo, perché è già così per la legge 194 e, come negarlo, lo è per tutta la sanità, ma oggi possiamo dire che i medici e le donne italiane sono un po' più simili ai colleghi e alle donne europee.

La storia della RU486 nel nostro paese è un capitolo di vergogna politica, non solo per il fronte anti-abortista, ottusamente antiscientifico e illiberale, ma anche e soprattutto per chi per tanti anni ha fatto finta di niente, fino a farsi tirare per la giacchetta. E', però, anche una storia di medici di grande coscienza, perbene e valorosi, che hanno impugnato subito la bandiera e l'hanno tenuta alta.

Scrivendo oggi questa prefazione non posso non ricordare il mio collega Franco Mascherpa, l'altra spalla della «sperimentazione torinese, morto nel 2007 in un incidente stradale, e un pensiero speciale deve andare a Umberto Nicolini, primario al Buzzi di Milano, scomparso nel 2008 per un tumore, che, per aggirare il «niet» di Formigoni, iniziò ad utilizzare il methotrexate al posto del mifepristone, prati-

cando 53 aborti. L'archiviazione delle inchieste della magistratura, sia a Torino che a Milano, è una pietra miliare che sgombra ogni polemica sulla compatibilità della RU486 con la legge 194. Già, la L. 194! Se la leggessero una volta per tutte, dal primo all'ultimo articolo! A Torino, oltre a me, sono stati assolti il Prof. Mario Campogrande, il Prof. Marco Massobrio e il Direttore generale Gian Luigi Boveri.

Una speciale gratitudine va anche a tutti i colleghi che hanno utilizzato la RU486 dal 2006 ad oggi: un lavoro aggiuntivo e faticoso, appesantito dagli ostacoli posti dal ministro Storace. Grazie a loro, la RU486 ha continuato ad essere utilizzata nel rispetto della legge, smentendo le «balle» raccontate dalle colonne del Foglio e dell'Avvenire. Un grazie, quindi, a Massimo Srebrot dell'Ospedale Lotti di Pontedera, a Emilio Arisi dell'Ospedale S. Chiara di Trento, a Rosaria Cacace dell'Ospedale S. Anna di Ferrara, a Corrado Melega dell'Ospedale Maggiore di Bologna, a Cosimo Facchini dell'Ospedale Le Scotte di Siena, a Nicola Blasi del Policlinico di Bari, a Francesco del Savio dell'Ospedale Salesi di Ancona e a tutti gli altri. E poi ci sono le regioni, non solo la Regione Piemonte, ma in particolare la Toscana e l'Emilia Romagna; il ruolo delle regioni diviene ora cruciale per assicurare alle donne di tutta Italia la possibilità di scegliere l'aborto medico.

In fondo al libretto troverete alcuni siti per chi vuole approfondire. Non a caso, dopo i siti radicali, la lista si apre con il sito storico della «feminist majority foundation», a sottolineare il grande ritardo con il quale i movimenti femminili e femministi italiani hanno iniziato ad occuparsi di RU486. Nonché la grande fatica che fanno tuttora ad occuparsi di aborto, lasciando spazi enormi alle pressioni degli antiabortisti.

Per bloccare in extremis la RU486 ci si è inventati anche una terribile pericolosità della RU486 e (miracolo della pillola!) gli antiabortisti sono diventati i testimonial dell'aborto chirurgico, in nome della tutela della salute della donna. Il ministro Sacconi, come per il caso di Eluana Englaro, ha sposato le posizioni dell'integralismo cattolico espresse dal sottosegretario Eugenia Roccella, ma si è ben guardato dall'obbligo, che pure avrebbe, di segnalare all'Emea le supposte «co-

per» italiane sulla pericolosità della RU486.

Si è speculato sulla buona fede della Exelgyn, la piccola ditta francese della RU486, sbandierando numeri di morti privi di ogni nesso di causalità con la RU486, comunque inferiori a quelli di altri farmaci di largo consumo, come il «viagra» o l'«aspirina». Se si considera che in medicina si considera molto raro un evento ogni 20.000 casi, si capisce come rischi di 0,6 per 100.000, come quello della presunta mortalità per RU486 in USA, sia irrilevante, paragonabile al rischio di essere colpiti da un fulmine sulla testa. Basti pensare che il rischio di morire in automobile in Italia è di 1 su 8.000 per anno. È significativo che proprio chi sparge terrorismo sulla RU486, come il ministro Sacconi, poche ore dopo inviti a non preoccuparsi per l'influenza A (H1N1), il cui tasso di mortalità sarebbe di 1 su 1000.

Ancora più assurdo è il richiamo alla tutela della salute della donna, perché significherebbe che la donna non è tutelata in paesi europei come la Francia o la Svezia e implica che la donna non sia in grado di decidere per se stessa, che debba essere tutelata contro le proprie decisioni.

È chiaro che chi è contro la RU486 è contro la libertà della donna, contro la sua indipendenza; la pillola abortiva simboleggia concretamente l'autodeterminazione della donna, la emancipa dalle mani del medico e dall'obbligo della chirurgia. Leggendo questo libretto capirete come l'aborto sia tuttora una questione aperta, una fondamentale ed ineludibile questione di laicità. La RU486 è prima di tutto una vittoria per le donne.

Ma non è ancora finita... La lotta continua!

Torino, ottobre 2009

Dr. Silvio Viale
Responsabile IVG presso Ospedale S. Anna di Torino
Presidente Associazione Radicale Adelaide Aglietta
Comitato Nazionale Radicali Italiani
Consiglio Generale Associazione Luca Coscioni



PERCHÉ RU486

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

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

Pochi sanno che l'aborto medico, (definizione utilizzata a livello internazionale per distinguerlo dall'aborto «chirurgico») in Italia, è oggi la regola per le interruzioni di gravidanza dopo il

terzo mese. Quelle consentite per ragioni mediche: gravi rischi per la madre, malformazioni congenite, gravi patologie del nascituro. I farmaci procurano l'aborto, che però spesso necessita, per essere completato, di un successivo intervento chirurgico.

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

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

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

Oggi, il mifepristone è certamente il farmaco più utilizzato per l'aborto «medico».

Efficacia dell'aborto medico e diffusione

L'aborto medico è utilizzato nella maggior parte dei paesi entro 49 giorni (7 settimane) dall'inizio dell'ultimo flusso mestruale. Cioè 35 giorni (5 settimane) dal concepimento (per convenzione le settimane di gravidanza sono calcolate dall'inizio dell'ultimo flusso mestruale). In alcuni paesi è utilizzato fino al 63° giorno (Svezia e Gran Bretagna). Il mifepristone è anche utilizzato in molte diverse condizioni ostetriche (aborto interno, aborto del secondo trimestre, morte endouterina, induzione del parto), a qualunque epoca gesta-

zionale.

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

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

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

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

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

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

Nei paesi in cui l'aborto è vietato sono sempre largamente diffusi gli aborti medici con utilizzo di prostaglandine. E anche in Italia, presso alcune comunità di immigrate. Ma solitamente, per ignoranza, vengono utilizzate dosi eccessive per avere un effetto immediato, mentre l'interruzione della gravidanza dovrebbe avvenire per un uso prolun-

gato di dosi più modeste, 2-4 compresse per volta.

Le donne e la scelta dell'aborto medico

Secondo uno studio francese, pubblicato nel 2000, il 92% delle donne che hanno fatto ricorso all'aborto medico si sono dette «soddisfatte». Le ragioni per cui questa procedura viene scelta, e preferita all'intervento chirurgico, sono sintetizzabili nelle seguenti:

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

Perché l'aborto medico non è «banalizzante»

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

Eccole:

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

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

eseguito da altri con la paziente spesso sotto anestesia.

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

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

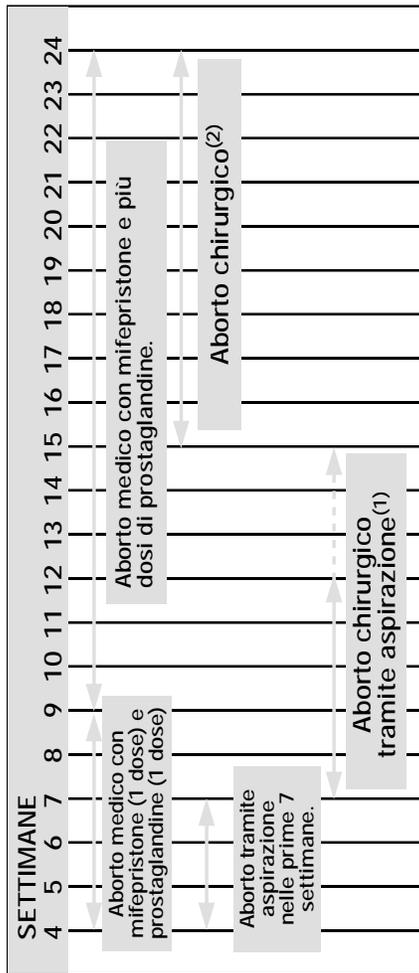
- **COMPORTE MENO RISCHI, essendo possibile:**
- **nelle prime sette settimane della gravidanza**
- **senza interventi invasivi e senza anestesia**

- **CONSENTE DI LIBERARE RISORSE (MEDICI, SALE OPERATORIE) E RIDURRE I TEMPI D'ATTESA per gli aborti chirurgici e gli altri interventi**

- **RESPONSABILIZZA CHI ABORTISCE E FAVORISCE UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA E RESPONSABILITÀ DI TUTTI RISPETTO ALLA CONTRACCEZIONE**

- **È CHIARAMENTE PREFERITO DA UN GRAN NUMERO DI DONNE, come dimostra la sua diffusione in tutto il mondo, in qualsiasi contesto sociale, culturale e politico.**

Nel paragrafo successivo spiegheremo in cosa consiste l'aborto medico tramite la combinazione di mifepristone (RU486) e misoprostol e illustreremo gli effetti indesiderati.



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

Fonte: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004

COME FUNZIONA L'RU486

L'aborto

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

Aborto medico e aborto spontaneo

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

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

Che cosa avviene

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

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

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

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

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

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

Imprevisti/insuccessi

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

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

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

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

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

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

Sintomi

- **dolori crampiformi** all'addome (simili a quelli del periodo mestruale, poco più intensi). Il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore. Il 50-60% accusa dolori sopportabili. Il 20-30% ricorre ad antidolorifici.

- **cefalea** (mal di testa), in meno di un caso su tre.

- **nausea** (40-60% dei casi) e **vomito** (20%)

- **diarrea** (10-20% dei casi), transitoria.

- **rialzo febbrile** al di sotto dei 38 gradi.

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

Ospedalizzazione: l'Italia e il resto del mondo

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

La sospensione della sperimentazione della RU486 al Sant'Anna di Torino, ordinata dal Ministro Storace, era fondata appunto sulla **necessità del ricovero, che non è previsto in nessun altro paese.**

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

- in Europa, generalmente, anche il secondo farmaco viene somministrato sotto osservazione medica, con un periodo di osservazione di

circa 4 ore, nelle quali avviene l'espulsione nella maggior parte dei casi. Non è previsto il ricovero.

- negli Stati Uniti invece, la somministrazione del misoprostol (o di un farmaco equivalente) avviene più spesso a domicilio: l'aborto vero e proprio e l'espulsione avvengono al di fuori delle strutture sanitarie.
- in Francia e Gran Bretagna, dove il farmaco è in uso da più anni, si va diffondendo la somministrazione ambulatoriale del mifepristone e l'assunzione a domicilio del misoprostol (nel 2002 il ministero della sanità britannico ha autorizzato l'uso ambulatoriale del mifepristone allo scopo di aumentarne la diffusione).

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

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

I rischi

Recentemente, i gruppi antiabortisti hanno aperto un altro fronte nella lotta contro l'RU486. Dopo aver definito la pillola abortiva «pesticida umano» e «pillola della morte», con riferimento agli embrioni e ai feti, il tentativo è quello di dimostrare la sua pericolosità per le donne. Una «pillola della morte» («kill pill») che si rispetti non può non essere pericolosa... o forse l'opposizione ad un farmaco largamente richiesto dalle donne non può fare a meno del terrorismo psicologico.

Alcuni avvisi diramati dalla *Food and Drugs Administration (FDA)*, l'ente americano preposto al controllo dei farmaci, e alcuni articoli pubblicati sull'argomento da prestigiose riviste mediche internazionali, sono stati travisati per dipingere il mifepristone come farmaco «mortale» e l'aborto medico come più pericoloso di quello chirurgico. Dalla

pillola «scacciapensieri» passiamo così alla «pillola dei sospetti»: un cambiamento di strategia evidentissimo, a pensarci, confrontando le dichiarazioni attuali a quelle di qualche anno fa.

Vediamo quali sono i fatti.

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

Il **4 novembre 2005** la FDA comunica che:

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

Le raccomandazioni della FDA e dei laboratori Danco (che commercializzano il farmaco negli USA) sono le seguenti:

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

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

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

Bisogna tuttavia rilevare che:

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

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

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

LA BATTAGLIA

I protagonisti

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

Il suo principale artefice, **Silvio Viale**, è stato definito in uno dei numerosi ritratti comparsi sulla stampa: «medico militante, politico ginecologo». Specialista in ostetricia e ginecologia, lavora all'Ospedale Sant'Anna di Torino, una struttura che - forse unica nel suo genere in Europa - assiste oltre ottomila gravidanze e pratica quasi quattromila aborti ogni anno. È Presidente dell'Associazione radicale Adelaide Aglietta ed è fra i leader nazionali di Radicali Italiani. Il suo curriculum testimonia un impegno politico e civile che affonda le radici nella giovinezza. All'Università, fonda e dirige un giornale studentesco. Nel '93 viene eletto Consigliere Comunale nelle liste dei Verdi; è capogruppo dal 1993 al 2001, quando romperà con il proprio partito, opponendosi all'introduzione delle targhe alterne e sostenendo la candidatura di Torino alle Olimpiadi invernali del 2006. Nel 2001 è candidato sindaco della Lista Bonino e inizia il suo impegno tra i Radicali. Una delle prime iniziative con i Consiglieri Regionali Palma e Mellano (Lista Bonino), nel novembre del 2000, è proprio per l'introduzione dell'aborto farmacologico e a sostegno della contraccezione d'emergenza, la c.d. «pillola del giorno dopo». Silvio Viale presenta un'interpellanza al Consiglio Comunale e lo stesso giorno, il 6 novembre, i Radicali presentano in Regione un'interpellanza urgente all'Assessore D'Ambrosio perché si attivi per garantire la disponibilità della pillola (contraccettivo d'emergenza) nelle strutture piemontesi e perché si esprima sulla legittimità dell'aborto farmacologico. Inizia così un impegno congiunto che dura tuttora, e ha avuto come risultato l'introduzione della RU486 in Italia, a partire proprio dall'Ospedale Sant'Anna di Torino. Cercheremo ora di ricostruire, nel modo più esauriente possibile, la

storia in salita di un farmaco definito negli anni da alcuni «la pillola della morte», e da altri «proprietà morale delle donne»...

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

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

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

Nel '96 la Hoechst compra la Roussel-Uclaf, che cessa di esistere, diventando la Hoechst-Marion-Russel. L'anno successivo i militanti an-

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

1999: l'Europa

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

Anni dopo, nel pieno della polemica sulla sperimentazione dell'RU486 a Torino, il Ministro della Sanità, Francesco Storace, dichiarerà pubblicamente che la mancata richiesta di registrazione provverebbe la consapevolezza, da parte della casa produttrice, dell'incompatibilità del farmaco con la legge italiana. Ma il 17 novembre 2005 la Exelgyn annuncia che richiederà la registrazione in Italia del prodotto (*La Repubblica*). Nei sei anni trascorsi, tra il 1999 e il 2005, nessuna richiesta di registrazione è venuta dall'Italia o dalla Exelgyn. Silvio Viale, recatosi a Parigi per incontrare i dirigenti della casa farmaceutica, ricorda: «Non volevano saperne dell'Italia». Con il senno di poi, possiamo capire perché.

2000-2001: Torino e il Piemonte

Nel novembre del 2000, Silvio Viale, Consigliere Comunale dei Verdi, presenta una interpellanza, subito ripresa dai Radicali in Regione, sul-

la diffusione della contraccezione d'emergenza (la c.d. «pillola del giorno dopo») e sull'aborto farmacologico.

All'Assessore regionale della Sanità, Antonio D'Ambrosio (AN), medico antiabortista, Carmelo Palma e Bruno Mellano chiedono «per quale ragione l'aborto farmacologico non sia generalizzato a tutti i casi suscettibili di questo trattamento» ma sia invece «arbitrariamente limitato agli aborti terapeutici» (consentiti solo in caso di malformazioni, malattie congenite, gravi rischi per la donna), successivi al terzo mese. Chiedono inoltre se esista una normativa regionale o nazionale che impedisca «il ricorso generalizzato all'aborto farmacologico». Un mese dopo, il 12 dicembre, l'Assessore risponderà in Consiglio con parole che è bene riportare: «*Le modalità di interruzione della gravidanza sono stabilite [...] in base alle valutazioni del personale medico, nell'esercizio della libertà di scelta terapeutica che - mi preme sottolinearlo - è una inalienabile prerogativa del medico*». Aggiunge che l'unica normativa di riferimento è la legge 194/78, la quale demanda ai medici «la scelta delle modalità».

Comincia così un percorso che vedrà atteggiamenti del tutto diversi



da parte di Regione e Ministero, nei confronti dell'aborto farmacologico. Il Presidente Ghigo e la sua Giunta, sostenuta da una maggioranza di centrodestra, daranno presto assicurazioni di non voler incentivare né ostacolare il progetto e manterranno una posizione neutrale.

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

Il 26 aprile, l'Ospedale Sant'Anna proporrà alla Regione un progetto per l'affiancamento dell'aborto medico a quello chirurgico.

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

La scelta della sperimentazione

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

Il mifepristone infatti non è in commercio nel nostro paese. Il suo utilizzo sarebbe inoltre stato associato a quello di una prostaglandina già disponibile, ma per altri usi clinici, e con modalità di somministrazione differenti. Nella pratica medica è frequente che si utilizzi un farmaco con modalità e per indicazioni diverse da quelle registrate, ma le norme lo consentono in realtà solo in campo oncologico (decreto

Di Bella, 1998). La via della sperimentazione viene ritenuta la più corretta e prudente, per lo meno in attesa della richiesta di registrazione da parte della casa farmaceutica produttrice (che arriverà solo nel 2006). Sarebbero state possibili altre vie. In particolare:

- **il medico avrebbe potuto richiedere al giudice un provvedimento urgente di autorizzazione**, ponendo la questione dei minori rischi, del diritto alla salute della paziente (art. 32 Cost.), della non incompatibilità con la legislazione nazionale e del mancato assolvimento da parte della Regione dell'obbligo legale di favorire l'aggiornamento sulle tecniche abortive più moderne, più sicure e meno invasive (art.15, l.194/78);
- **si sarebbe potuto richiedere, tramite l'azienda sanitaria, il visto del Ministero per l'acquisizione all'estero del farmaco**, dichiarando l'assenza di «valide alternative terapeutiche» (l. 648/1996);
- **il ginecologo avrebbe potuto decidere di utilizzare il farmaco, acquistato all'estero di sua iniziativa, nel rispetto delle procedure della legge 194**. Difficilmente ci sarebbero state conseguenze penali: la somministrazione di un farmaco registrato in Europa, con il consenso della paziente, difficilmente può essere considerato un comportamento «criminale». E l'incompatibilità con la legge 194, sostenuta «autorevolmente» da molti, non è dimostrabile in un'aula di tribunale. Ma di certo la questione da medica sarebbe divenuta giudiziaria e lo scontro si sarebbe concentrato sull'interpretazione della normativa. Sui cavilli di una legge vecchia di tre decenni.

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

Alcuni mesi dopo la richiesta presentata da Viale all'Ospedale Sant'Anna e alla Regione, il quotidiano *La Stampa* riporta le dichiarazioni favorevoli dei due capi dipartimento, il dott. Massobrio e il dott. Campogrande, e del Direttore Sanitario, Carmelo Del Giudice. La po-

lemica giunge a Roma e il Ministro **Sirchia** rilascia alcune dichiarazioni che sarà poi costretto a ritrattare, sulla «tossicità» del farmaco. L'11 febbraio 2002, come deciso dal direttore generale Gianluigi Boveri, una proposta di sperimentazione clinica, sponsorizzata dal Sant'Anna, viene presentata alla Commissione Regionale per le sperimentazioni cliniche, che in Piemonte funge da «Comitato etico» e che dovrà valutarla.

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

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

La prima ispezione

A due anni dall'inizio della battaglia, la sua conclusione sembra così già vicina. Adempite le ultime formalità, il Sant'Anna avrebbe potuto deliberare l'inizio della sperimentazione. Ma appena poche ore dopo la diffusione della notizia, il Ministro della Sanità del Governo Berlusconi, Girolamo Sirchia, annuncia che «sarà la Commissione Unica per i Farmaci (CUF) a verificare i requisiti di sicurezza ed efficacia della sperimentazione», dimenticando che la competenza è del Comitato etico regionale, che ha appena dato l'assenso. Il giorno dopo è costretto ad ammettere che «non c'è nulla da scoprire», ma il Ministro non si arrende: il 30 ottobre annuncia l'invio degli ispettori, per quella che definisce una «normale attività di controllo».

È probabilmente la prima volta che l'ufficio ispezioni si occupa di una sperimentazione non ancora iniziata.

Gli ispettori visitano la sede del Comitato etico e l'Ospedale Sant'Anna. Il verbale, inviato il 27 gennaio 2003, ingiunge di «far pervenire la documentazione per le successive determinazioni almeno 60 giorni prima dell'avvio della sperimentazione» e richiama la necessità di «attendere il parere dell'Ufficio legislativo del Ministero» per quanto riguarda la compatibilità della sperimentazione con quanto disposto dalla legge 194. Le carte si scoprono: intenzione del Ministero è dimostrare la non ammissibilità dell'aborto medico sulla base della legge sull'aborto del 1978. Un primo parere dell'Ufficio legale non si fa infatti attendere e ripete, in sostanza, quanto sostenuto dal Procuratore aggiunto di Torino, Raffaele Guariniello, un mese prima, all'apertura di un'inchiesta evidenziata dai giornali con titoli del tipo: «La pillola per abortire: per il PM il test è illegale» (*Corriere della Sera*). Quello che sostiene il Ministero, ed è stato rilevato dallo zelante magistrato torinese, può essere brevemente riassunto così.

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

Il 19 marzo 2003, il Sant'Anna invia al Ministero e al Comitato etico regionale una nuova versione del progetto, che accoglie tutte le indicazioni tecniche degli ispettori. L'Ufficio legislativo dovrà esaminarlo e dare il suo assenso.

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

Non stupisce che per individuare nel testo della 194 cavilli che escludano l'aborto medico praticato in regime ospedaliero sia necessario molto, moltissimo tempo - sostanzialmente un tempo indeterminato.

Quello che stupisce è il tono perentorio con cui il capo degli ispettori, Umberto Filibeck, ritiene che all'Ufficio legislativo del Ministero della Salute spetti di dare interpretazioni autentiche della legge. Viale denuncia la natura strumentale e intimidatoria della procedura scelta dal Ministero ed evidentemente volta, tramite una forzatura della legge, a rinviare a tempo indeterminato l'avvio della sperimentazione.

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

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

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

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

Il 27 luglio 2004, dopo un anno e mezzo dalla trasmissione dei documenti, l'ufficio legale del Ministero autorizza l'inizio della sperimentazione. I Consiglieri Palma e Mellano commentano: «Il

Ministero non ha fatto che applicare la legge 194». Sono passati quasi quattro anni dalle prime interpellanze al Comune e in Regione. Nel mese successivo il Ministro Sirchia fa alcune dichiarazioni, in parte smentite, sulla necessità di rivedere la legge sull'aborto. È probabilmente il primo passo del cammino silenzioso che porterà, nel 2005, la Commissione Affari Sociali della Camera ad avviare un'«inchiesta» sull'applicazione della legge, in cui la tesi sostenuta dal nuovo Ministro **Storace** sarà che la 194 non è stata applicata nella parte relativa alla prevenzione degli aborti. Il 17 agosto 2004 il senatore Antonio Gentile (FI) propone di far pagare il ticket alle donne che abortiscono per la seconda volta. Silvio Viale rileva come tale imposizione sarebbe «assolutamente illegale».

2005: l'inizio della sperimentazione e il secondo stop

L'8 settembre 2005, dopo l'avallo definitivo del Ministero e a cinque anni dall'interrogazione radicale all'Assessore regionale D'Ambrosio, l'Ospedale Sant'Anna di Torino annuncia che, con l'avvio della sperimentazione, la prima donna ha abortito utilizzando l'RU486. Bruno Mellano, saluta l'iniziativa come la conclusione di una battaglia politica durata anni; per molti versi però la sfida è appena cominciata.

Già il 10 settembre, il Ministro Storace annuncia una immediata ispezione al Sant'Anna. Silvio Viale ricorda che: «Il progetto è stato a lungo analizzato dagli ispettori della Direzione Generale della farmacovigilanza, che nel luglio 2004 hanno trasmesso il parere positivo della V sezione del Consiglio Superiore di Sanità». Dopo essere stata la prima sperimentazione soggetta ad ispezione prima del suo inizio, quella dell'RU486 diventa la prima sperimentazione ad essere ispezionata per la seconda volta a poche ore dal suo inizio.

Nei giorni seguenti numerosi quotidiani affrontano l'argomento. Agostino Ghiglia (Presidente di AN per la Provincia di Torino) dichiara ai giornali: «È una follia. Nessuna può permettersi il lusso di abortire con tanta semplicità». Il Ministro Storace dichiara al quotidiano La Sicilia: «È giusto sapere se questo farmaco fa bene o fa male». Giuliano Ferrara, dalle colonne del Foglio, dopo aver consigliato di rimettere le decisioni a un comitato di saggi, scrive che: «Ne va della libertà sessuale, della separazione tra sesso e riproduzione, ne va del potere fem-

minile sulle pretese del patriarcato». E conclude: «Ci rivediamo quando si sarà capito che la donna tedesca madre di quattro figli che ne aveva fatti e seppelliti altri nove nel giardino di casa sua non è una assassina seriale ma una rigorosa abortista del nono mese». Piuttosto impressionante, ma tutto sommato innocuo. Meno innocuo, invece, il Ministro Storace, che non perde tempo a rivelare le sue intenzioni. Da La Stampa, 15 settembre: «Dopo aver ascoltato i miei ispettori deciderò se interrompere o meno la sperimentazione».

Gli ispettori inviano il loro rapporto al Ministero. **Senza attendere un attimo, il 21 settembre, Francesco Storace ordina la sospensione della sperimentazione, con ordinanza urgente.** Le ragioni ricalcano la linea del Ministro Sirchia: nel 5% dei casi, l'aborto avviene prima dell'assunzione del secondo farmaco, quando la donna non si trova in ospedale. E la legge 194 non ammette «aborti casalinghi», come li definisce Piergiorgio Benvenuti (AN). Storace denuncia un «caso»: la prima donna sottoposta alla sperimentazione ha abortito «a domicilio». Racconta Viale: «Dopo aver preso la seconda pillola è rimasta in ospedale tutto il pomeriggio a leggere un libro. Abbiamo dedotto che il farmaco non avesse fatto effetto. Quando la signora ha chiesto di tornare a casa, abbiamo accettato. Poche ore dopo mi ha telefonato: «Dottore, ho qualche dolore». Poi: «Ho qualche perdita di sangue». Era giovedì sera. Quando lunedì è tornata per l'aborto chirurgico, abbiamo constatato che aveva già abortito. Niente è stato «fuori controllo». E il Ministro ha reso pubblica la cartella clinica. Dovrebbe vergognarsi.» Poi aggiunge: «Confondere una perdita di quel genere con una emorragia è qualcosa che si perdona a un profano, non certo al Ministro della Salute in un atto ufficiale». L'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Valpreda (PRC), dichiara: «Siamo sconcertati di fronte ad una decisione che ha il sapore di un intervento strumentale, peraltro ampiamente annunciato». È intanto in corso l'81° Congresso dei ginecologi italiani, a Bologna. Il prof. Mascherpa, coinvolto nella sperimentazione di Torino fin dal suo inizio, è accolto da un'ovazione. Rinfaccia al Ministro le anomalie del caso italiano: «Non siamo mammane. Sull'aborto, negli altri paesi pubblicano ogni anno numerosi lavori scientifici: a noi è proibito farlo».

Il Ministro pretende il ricovero per tutta la durata del trattamento. Compreso il periodo di due giorni tra l'assunzione del primo e quel-

la del secondo farmaco. Senza queste «cautele» non sarà possibile riprendere la sperimentazione. Il 26 settembre, Giulio Manfredi (Radicali Italiani) dichiara alla stampa: «In nessuno degli stati in cui è possibile assumere il mifepristone è previsto il ricovero fra l'assunzione delle due pillole... ma forse il Ministro vuole adottare l'autarchia sanitaria!». Due giorni dopo, il Sant'Anna appronta il nuovo protocollo di sperimentazione, che accoglie le richieste del Ministro, pur di poter riprendere gli interventi. «Il Sant'Anna rispetterà l'obbligo del ricovero» chiarisce Viale «ma un ospedale non è un carcere. Se una signora vorrà uscire per andare a prendere i figli a scuola non potremo certo farla fermare dai carabinieri».

Il 4 ottobre, il Comitato regionale per le sperimentazioni cliniche, presieduto dall'Assessore Valpreda, esaminato il nuovo protocollo, dà il via libera alla ripresa della sperimentazione.

Il 22 ottobre, Silvio Viale invita il Ministro Storace, in visita a Torino per impegni di partito, ad un incontro con i medici del Sant'Anna, ma Storace declina subito l'offerta come «inopportuna». Anzi, rifiuta addirittura di rivolgere la parola a Viale e ai Radicali, che lo contestano all'inaugurazione dell'Ospedale di Mondovì (CN). Il 26, in Parlamento, Storace relaziona sull'attuazione della legge 194. Giulio Manfredi (Comitato Nazionale Radicali Italiani) denuncia come la relazione sia stata presentata con otto mesi di ritardo rispetto alle previsioni della legge. La responsabilità ricade anche sul predecessore di Storace, Sirchia, che si è dimesso ad aprile, mentre avrebbe dovuto presentare la relazione entro febbraio (art. 16, L. 194/78). Ricomincia la sperimentazione, questa volta con obbligo di ricovero per i quattro giorni del trattamento; la carenza di posti letto impone di trattare ogni settimana un numero inferiore di pazienti. Si prosegue secondo il protocollo, ma un gran numero di donne in lista per assumere l'RU486 saranno escluse e dovranno ricorrere all'aborto chirurgico.

Il 15 novembre, la Exelgyn comunica di voler iniziare le procedure per la registrazione del prodotto, con sei anni di ritardo rispetto alla gran parte dei paesi dell'Unione Europea. «Nel 1999» - dichiara il presidente della Exelgyn - «si evitò espressamente di inserire Italia, Spagna e Portogallo nella lista dei paesi richiesti perché si sapeva che in quei paesi le resistenze della lobby antiabortista sarebbero state fortissime» (Repubblica)

Nelle settimane seguenti, Storace dimostra di avere molto a cuore la questione dell'aborto. Viene resa pubblica dai giornali l'intenzione di riformare i consultori: «ci metteremo i volontari del Movimento per la Vita. Ci sto lavorando, è un'idea sempre più consolidata» (Corriere della Sera, 13/11). Su Il Secolo XIX, il Ministro commenta così: «Bravo il cardinale!», la dichiarazione del cardinale di Genova, Tarcisio Bertone, secondo cui «la pillola equivale a buttare un neonato nel cassonetto». Non solo: Storace dichiara di voler «autorizzare personalmente» ogni richiesta di importazione dell'RU486.

Il Ministro fa sul serio e ha fatto inviare una circolare agli uffici sanitari di frontiera che recita: «Ciascuna richiesta di importazione del farmaco che pervenga a questi uffici sarà sottoposta a preventiva autorizzazione». Il decreto che regola la materia prevede semplicemente l'invio al Ministro di «una copia della richiesta». La circolare pone tra l'altro un problema: a chi va fatta la richiesta di importazione? In gennaio, Storace modificherà lo stesso decreto.

A fine novembre, l'UDC lancia, tramite il Segretario Cesa, la proposta di una commissione di inchiesta parlamentare sull'attuazione della legge 194. Piovono critiche da tutto il centrosinistra e da parte del centrodestra: i tempi - si obietta - sono troppo stretti per una indagine seria. La legislatura è al termine.

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

sua prescrizione non può essere rifiutata dagli obiettori. Spiega Viale: «Un farmaco d'urgenza, qualificato come contraccettivo da un decreto dello stesso Ministero della Sanità, non può essere rifiutato semplicemente invocando l'obiezione di coscienza. Per farlo, il medico dovrebbe: a) visitare la paziente e b) accertare la gravidanza (verifica impossibile a poche ore da un rapporto non protetto). Per rifiutare la prescrizione in quanto «obiettore» dovrebbe quindi certificare la gravidanza o addurre altre motivazioni mediche. Il mancato rispetto delle leggi è di per sé grave. Ma il suo avallo da parte di un Ministro della Repubblica è semplicemente vergognoso».

All'inizio di dicembre, la Commissione Affari Sociali della Camera, con il voto della sola maggioranza, chiede **l'avvio di una inchiesta conoscitiva sull'attuazione della legge 194, relativa in particolare all'aspetto della prevenzione**. Il Presidente della Camera, Casini (UDC), dichiara che «difficilmente» il suo assenso potrà essere negato ma raccomanda che sia «rigorosamente conoscitiva». I Radicali colgono l'occasione per rilanciare la contraccezione come misura di pre-



venzione degli aborti. Silvio Viale prescrive «la pillola del giorno dopo» a oltre 200 studentesse di fronte all'Università «La Sapienza» di Roma, nel corso di una manifestazione congiunta di radicali e socialisti a cui partecipa pure Daniele Capezzone, allora segretario di Radicali Italiani. «Occorre abolire l'obbligo di ricetta» - dichiara Viale - «L'efficacia del farmaco è massima entro le prime 12 ore e dopo si dimezza ogni 12 ore. Non ha controindicazioni, non è un farmaco abortivo. I medici che rifiutano la prescrizione, pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, devono precisare i motivi del rifiuto per iscritto o sono penalmente perseguibili, come ha dimostrato l'inchiesta della Procura di Roma. E sfido chiunque a indicare motivazioni mediche o legali». Riguardo all'inchiesta parlamentare, Capezzone dichiara: «Si apprende che la Commissione dovrebbe avviare i suoi lavori attorno al 10 gennaio, per concluderlo improrogabilmente (dice lo stesso Casini) il 31 dello stesso mese! È una cialtroneria: una passerella propagandistica utile a Storace nei giorni pari e a Casini nei giorni dispari per farsi un pezzo di campagna elettorale.»

Intanto i giornali fanno a gara tra loro, come in un nuovo «caso Cogne». Il quotidiano Il Tempo pubblica in prima pagina la foto di un feto abortito e titola: «La fabbrica degli aborti». Il suo Direttore, Franco Bechis, definendo Viale «Ayatollah della RU486», lo sfida ad affiggere quella foto nel proprio ospedale, «come una presenza muta»

Il 14 dicembre, il Ministro della Salute Storace apre i lavori della Commissione Affari Sociali, denunciando che in Italia, dal 1978 vi sono stati quattro milioni di bambini mai nati, e stigmatizzando la mancata prevenzione, prevista dalla legge 194, senza però nemmeno citare, tra gli strumenti di prevenzione, i contraccettivi (!). Inizia la sfilata di rappresentanti delle associazioni, soprattutto cattoliche, che costituiranno la maggioranza delle audizioni di fronte alla Commissione. L'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica richiede ed ottiene di essere audita dalla Commissione l'11 gennaio: a rappresentarla sarà anche Silvio Viale.

Finalmente, il 21 dicembre, il Consiglio Superiore di Sanità prende atto della regolarità delle procedure di sperimentazione al Sant'Anna di Torino, smentendo di fatto il Ministro Storace. Rileva Viale: «La preoccupazione espressa dal Consiglio, relativa al fatto che la donna possa «firmare per uscire» è francamente ridicola, e dimostra la non-cono-

scenza della pratica clinica: è scontato che l'uscita in permesso sia subordinata alle condizioni cliniche e al parere del medico».

2006

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

La Rosa nel Pugno (il nuovo soggetto politico formato da Radicali e SDI) presenta una proposta di riforma della legge 194 del '78, definendola una «evoluzione aggiornata» della legge attuale (vedi pag. 62). Ai primi di febbraio, la Exelgyn comunica di avere effettivamente avviato le procedure per il mutuo riconoscimento: «Entro ottobre otterremo una risposta. Stiamo per commercializzare il mifepristone in Italia» dichiara il Presidente Alexandre Lombroso.

Mentre giunge la notizia che il Senato australiano autorizza la RU486, sconfessando il veto del Ministro della Sanità Tony Abbot, e che in

Gran Bretagna si è concluso favorevolmente lo Studio Clinico sulla somministrazione domiciliare del secondo farmaco utilizzato per l'aborto medico, dimostrando ulteriormente la sicurezza del metodo, la Pontificia Accademia per la Vita accusa di complicità in omicidio chiunque voterà candidati anti-embrione alle imminenti elezioni politiche di aprile.

L'11 marzo Francesco Storace dà le dimissioni da Ministro della Sanità e il 14 marzo nella G.U. viene pubblicato il decreto che modifica le modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero «nel caso in cui le richieste dello stesso medicinale risultino eccessive rispetto al periodo precedente». Secondo Silvio Viale il decreto «sanisce la sconfitta di Storace perché non vieta l'importazione della RU486 e non riguarda il Sant'Anna di Torino, sia per lo studio in corso sia per il prossimo in definizione».

Le elezioni dell'aprile 2006 vedono la vittoria della coalizione di centro sinistra guidata da Romano Prodi; la Rosa nel Pugno ottiene il 2,60% dei voti e 18 deputati in Parlamento.

Livia Turco, intervistata nel corso della sua prima uscita pubblica come Ministro della Salute, apre alla RU486 definendola una «metodica alternativa e sicura per la salute della donna»; si scatenano le polemiche da parte del centro destra. L'Osservatore Romano arriva a definire le donne «delle assassine» e la RU486 «l'arma più rapida per compiere l'omicidio».

Il 23 giugno, Silvio Viale, Franco Mascherpa e l'ex direttore generale dell'azienda ospedaliera OIRM/Sant'Anna di Torino, Gian Luigi Boveri, sono iscritti nel registro degli indagati della Procura di Torino per violazione della legge sull'aborto: non avrebbero rispettato il protocollo di sperimentazione deciso dal Ministero della Salute lasciando uscire dall'ospedale, tra la prima e la seconda somministrazione del farmaco, le donne che ne avevano fatto richiesta.

Tra polemiche e inchiesta, intanto, la sperimentazione prosegue: sono 329 su 400 le donne sottoposte all'aborto farmacologico, 26 donne sono state sottoposte all'aborto in day hospital, delle restanti 303 solo 50 hanno scelto di restare in ospedale tra la somministrazione della

prima e della seconda pillola. «È forse per questo che sono indagato - ipotizza Viale - per aver permesso a queste donne di non restare ricoverate. Ma qualsiasi ricoverato in condizioni non gravi può ottenere un permesso».

Durante una visita agli Ospedali torinesi Molinette e Sant'Anna, Livia Turco difende Silvio Viale e la sperimentazione, definendola corretta e in linea con le norme della legge 194.

Nel mese di luglio, a Milano, scoppia il caso del methotrexate, un farmaco regolarmente registrato e commercializzato in Italia, utilizzato di norma per interrompere le gravidanze extrauterine; il Prof. Umberto Nicolini, primario di ginecologia all'Ospedale Buzzi, dichiara che il farmaco veniva utilizzato da mesi nel suo reparto come alternativa agli interventi chirurgici di interruzione di gravidanza, nel pieno rispetto della legge 194.

Il Presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, impone alla direzione sanitaria del Buzzi l'immediata sospensione dell'utilizzo del farmaco e viene avviata un'indagine ministeriale dalla quale risulta che l'utilizzo del farmaco può continuare solo all'interno di una procedura di sperimentazione; il direttore generale dell'Ospedale, Franco Beretta, che ha sempre dichiarato di non essere al corrente della vicenda, presenta un esposto alla Procura di Milano per sospetta violazione della legge 194.

Intanto, in Piemonte, l'Assessore alla Sanità Valpreda, a seguito delle indagini avviate dalla Procura, annuncia la decisione della Regione di sospendere la somministrazione della RU486, come atto dovuto, e viene convocato in Procura per un colloquio informale, da lui richiesto per discutere del parere del Comitato Etico regionale, che sostiene non sia stato rispettato il protocollo di sperimentazione.

Il 28 settembre, i vertici dell'Ospedale Sant'Anna decidono di interrompere la sperimentazione della RU486; mancano ancora pochi casi alla conclusione della sperimentazione ma «la scelta è però inevitabile», spiega il commissario dell'azienda ospedaliera, Marinella D'Innocenzo. Troppo gravi le argomentazioni espresse dal Comitato etico regionale, secondo il quale il mancato ricovero di tre giorni (l'ob-

bligo era stato introdotto dall'ordinanza dell'ex-ministro Francesco Storace) potrebbe invalidare del tutto i risultati. Sulle 362 donne che hanno partecipato alla sperimentazione, 300 sono uscite in permesso, e in alcuni casi l'espulsione dell'embrione è avvenuta fuori dall'ospedale.

“Mi adeguevo” alle decisioni dell'ospedale per cui lavoro. Vorrei soltanto ricordare che con una casistica di 362 casi la sperimentazione ha tutte le carte in regola per essere approvata», si limita a commentare Silvio Viale e, nel corso di una conferenza stampa con Bruno Mellano (ora deputato della Rosa nel Pugno), dichiara: «Il punto cruciale di tutta la questione consiste nell'interpretazione dell'art. 8 della legge 194/78: «L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale ...». Io ritengo che il suo significato sia chiaro (presso l'ospedale deve avvenire solo l'intervento sanitario e non anche l'espulsione del feto) ma, se così non fosse, il primo compito della sinistra al governo sarebbe quello di riscriverlo, tenendo presente che in nessun Paese del mondo dove la RU486 è legale è imposto il ricovero delle donne nel periodo intercorrente fra la prima e la seconda assunzione del farmaco. Detto altrimenti: se si imponesse per legge alle donne di rimanere in ospedale fra le due assunzioni, pochissime donne richiederebbero l'aborto farmacologico».

A novembre, mentre anche l'ospedale San Camillo di Roma inizia la sperimentazione della RU486, arriva la sentenza del Tar del Lazio che accoglie il ricorso dell'azienda ospedaliera Sant'Anna. Il ricorso chiedeva l'annullamento dell'ordinanza dell'ex ministro della Salute Storace, con la quale si era cercato di limitare la sperimentazione, e dà legittimità al protocollo di sperimentazione in day ospital.

«Contro i diktat del ministro - dichiarano i radicali Rita Bernardini e Bruno Mellano - l'ASO Sant'Anna di Torino ha avuto il grande merito di non chinare la testa ma di ricorrere subito, con l'avallo della Regione Piemonte, alla giustizia amministrativa; in questi mesi, la Commissaria D'Innocenzo ha espresso chiaramente la sua intenzione di voler assicurare comunque alle donne l'alternativa all'aborto chirurgico. Ora l'azienda, con l'aiuto dell'Assessorato regionale alla Sanità, può procedere senza ostacoli sulla strada aperta dalla sperimentazione».

L'anno si apre con l'archiviazione del caso del metrotrexate utilizzato al Buzzi di Milano. Il pm Marco Ghezzi chiede al giudice di archiviare il caso osservando che «in merito all'uso dei farmaci per provocare l'aborto, tale metodologia appare pienamente conforme alle finalità della legge 194, in quanto l'uso delle tecniche più moderne e rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna per l'interruzione di gravidanza costituisce una delle finalità della stessa legge». Non rappresenta poi un problema, per il pm, il fatto che l'espulsione dell'embrione avvenga al di fuori dell'ospedale, a patto che, come effettivamente succedeva al Buzzi, la paziente sia seguita costantemente dai medici, con la possibilità di contattare l'ospedale per qualsiasi problema e con visite successive.

In ogni caso, nota il pm nella richiesta di archiviazione, «l'aborto farmacologico con l'MTX ricalca la prassi seguita in Emilia Romagna e Toscana (in quel caso con il farmaco RU486), dove la pratica è autorizzata dalla stessa autorità regionale».

A giugno, la Commissione Europea, all'unanimità, dà il via libera alla procedura di riconoscimento della RU486, facendo proprio il parere positivo dell'Emea, l'agenzia europea del farmaco. La Exelgyn potrà chiedere al governo italiano la procedura di mutuo riconoscimento e, dopo la chiusura della procedura, la RU486 potrà arrivare in Italia.

A settembre, mentre Silvio Viale compare in procura per l'accusa di aver violato il protocollo della sperimentazione, il cardinal Camillo Ruini torna a fare il politico e nel corso della Summer School della Fondazione Magna Carta dice che «non solo è lecito ma è doveroso» rivedere la legge 194.

«Per un credente sarebbe meglio che questa legge non ci fosse, ma c'è», dice l'ex presidente della Cei, «e non c'è una situazione culturale e politica per la sua abrogazione». D'altra parte, per Ruini, la materia «risente di una grande trasformazione che è prodotto del progresso medico e scientifico». La conseguenza, secondo Ruini, è che «darne un'interpretazione che la aggiorni, che la migliori e non la peggior-

ri, è non solo lecito ma doveroso».

Intanto a Torino, a un anno dallo stop della sperimentazione al Sant'Anna, il neo assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Eleonora Artesio, decide di dare il via libera all'importazione diretta della RU486, sul modello adottato dalla Toscana. «Una soluzione ben diversa e molto lontana da quel cambiamento culturale richiesto a gran voce dal movimento delle donne - precisa Artesio - un cambiamento che potrebbe essere realizzato soltanto con l'iscrizione del farmaco nel protocollo nazionale. Unico strumento per garantire la diffusione su tutto il territorio nazionale e rispettare il principio di equità».

A ottobre, il Ministro della Sanità Turco presenta l'annuale relazione sulla 194. I dati dimostrano come le interruzioni di gravidanza si siano quasi dimezzate dal 1982, scendendo nel 2006 al minimo storico di 130mila. Sempre meno italiane abortiscono. Diminuisce anche il numero delle ragazze sotto i vent'anni che chiedono aiuto per una gravidanza non voluta, sette su mille: un dato molto inferiore alla media europea, dove il fenomeno è invece in netta crescita. Le statistiche, invece, raccontano come sia triplicato in dieci anni il numero delle straniere che interrompono la gravidanza: erano il 10% nel 1996, adesso sono il 29%. Come dire: un aborto ogni tre ha come paziente un'immigrata.

Commenta Viale: «Finalmente nella relazione si parla di RU486. Nonostante le polemiche, la magistratura e lo scarso entusiasmo del Ministro Livia Turco, complessivamente, il 3,3% (1.151 su 35.143 IVG) delle donne di Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Marche e della Provincia autonoma di Trento ha potuto utilizzare la RU486, senza rimanere in ospedale come voleva imporre il Ministro Storace. Si tratta di un ottimo risultato che deve essere sostenuto da una pronta presa di posizione del Ministro della salute. È ora di dire basta ad atteggiamenti pilateschi».

Il 18 dicembre, giorno in cui l'Onu approva la moratoria universale della Pena di morte, il capogruppo Udc alla Camera, Luca Volontè, dichiara: «Nel giorno in cui si celebra la mozione ipocrita sulla pena di morte all'Assemblea dell'Onu, in Italia si tenta di avviare una procedura per la morte chimica degli innocenti. C'è da auspicare un semplice e defi-

nitivo sussulto della ragione oltre che del buon senso, per contrastare questa nuova 'camera a gas' nell'utero delle donne italiane».

Nello stesso giorno, Giuliano Ferrara, direttore del Foglio, lancia un appello per una moratoria degli aborti. Dice Ferrara: «Questo è un appello alle buone coscienze che gioiscono per la moratoria sulla pena di morte nel mondo, votata ieri all'Onu da 104 paesi. Ralleghiamoci, e facciamo una moratoria per gli aborti. Infatti per ogni pena di morte comminata a un essere umano vivente ci sono mille, diecimila, centomila, milioni di aborti comminati a esseri umani viventi, concepiti nell'amore o nel piacere e poi destinati, in nome di una schizofrenica e grottesca ideologia della salute della Donna, che con la donna in carne e ossa e con la sua speranza di salute e di salvezza non ha niente a che vedere, alla mannaia dell'asportazione chirurgica o a quella del veleno farmacologico via pillola RU486».

L'appello di Ferrara ha come primo risultato l'annuncio, da parte del coordinatore di Forza Italia, Sandro Bondi, di una mozione parlamentare di revisione della 194 che ottiene subito il sostegno dell'ala cattolica di An, guidata da Gianni Alemanno, «favorevole alla mozione e alla revisione della legge: la 194 è fallita e va rivista soprattutto nella parte relativa alla prevenzione dell'aborto».

Dura la reazione del Ministro Turco che commenta: «A Bondi dico che la legge è applicatissima».

2008

Formigoni infiamma la polemica sull'aborto dichiarando che diventeranno vere e proprie linee guida della Regione le pratiche mediche adottate al San Paolo e alla Mangiagalli, che anticipano la scadenza utile per gli aborti terapeutici. La legge 194 non pone un limite, con ciò aprendo al contributo del progresso scientifico, ma per lungo tempo si è pensato che prima della 24esima settimana il feto non avesse possibilità di sopravvivenza. Il 22 gennaio, viene presentato da Formigoni un atto di indirizzo che stabilisce, per tutte le strutture sanitarie pubbliche, il divieto di aborto terapeutico non oltre le 22 setti-

mane e tre giorni.

Intanto l'inchiesta torinese sulla pillola RU486 si avvia verso il processo. La fase di indagine è conclusa e la procura si prepara a chiedere il rinvio a giudizio per i quattro medici, tra cui Silvio Viale, accusati di aver violato il protocollo sulla sperimentazione dell'aborto farmacologico, cominciata al Sant'Anna nel settembre del 2005. I reati ipotizzati dal pm Sara Panelli e dai procuratori aggiunti Raffaele Guariniello e Francesco Saluzzo sono quelli di falso ideologico, violazione della legge sull'interruzione di gravidanza e tentata truffa ai danni della Regione. «Non si tratta di un'indagine che vuole entrare nel dibattito politico o etico sull'aborto - hanno detto i magistrati - ma di un atto dovuto, in seguito alla violazione delle norme che regolano l'interruzione di gravidanza». «Anche se lo spunto per indagare non è stato politico - risponde il ginecologo Silvio Viale - lo saranno le conseguenze. Perché la decisione di rinviarci a giudizio sarà inevitabilmente presa a pretesto da coloro che intendono contestare il diritto della donna ad abortire».

A fine febbraio, arriva il primo via libera per la commercializzazione in Italia della RU486. La commissione tecnico scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) dà il parere favorevole alla richiesta di autorizzazione al commercio, attraverso la procedura di mutuo riconoscimento (che coinvolge anche altri Paesi europei), per la RU486. La domanda era stata avanzata a fine novembre dalla Exelgyn, la ditta farmaceutica francese produttrice del farmaco. Si tratta del primo step sulla strada che potrebbe rendere la RU486 disponibile in Italia, come farmaco utilizzabile esclusivamente in ospedale, e dunque classificato in fascia H. Così commenta Viale: «Finalmente finisce il bluff di chi la chiamava 'pesticida umano' o 'diserbante chimico' e di chi parlava di aborto facile, di aborto a domicilio, di aborto privato».

Nell'aprile 2008 viene resa nota la relazione annuale sulla legge 194; il dato più impressionante è quello dei ginecologi obiettori: sono quasi il 70 per cento (3.780 sul totale di 5.462). Nel 2003 erano il 58,7 per cento. Sette ginecologi su dieci, tra quelli che lavorano nei reparti ospedalieri di ginecologia e ostetricia, non praticano aborti. Nel Sud, il par-

tito degli obiettori è ancora maggiore e in alcune aree i numeri raddoppiano. In Campania l'obiezione per i ginecologi è salita dal 44,1% all'83%, per gli anestesisti dal 40,4% al 73,7%, per il personale non medico dal 50% al 74%. In Sicilia, i ginecologi obiettori hanno quasi raddoppiato il loro numero, da 44,1% a 84,2%, gli anestesisti da 43,2% a 76,4% e il personale non medico da 41,1% a 84,3%. Tuttavia, ci sono Regioni anche nel Nord, per esempio il Veneto, in cui la percentuale supera quella del dato nazionale: il 79,1% dei ginecologi veneti rifiuta le interruzioni di gravidanza, mentre gli anestesisti obiettori sono il 49,7% e il personale non medico il 56,8%.

Sul tema dei ginecologi antiabortisti, l'intervento del presidente della Società italiana di diagnosi prenatale e medicina materno fetale, Claudio Giorlandino: «Il loro aumento si spiega con l'incremento delle strutture sanitarie religiose dove per forza di cose, se un medico ginecologo vuole lavorare, deve essere obiettore». Inoltre, «i medici che si occupano di aborto non sono ben pagati. Non hanno alcuna gratificazione. È un lavoro condannato dall'opinione pubblica e deprimente professionalmente. Infine, c'è oggi meno richiesta di aborti, e quindi non c'è bisogno di tanti medici che li praticino».

In maggio, il Tar lombardo boccia il giro di vite di Roberto Formigoni sulla 194. Il tribunale amministrativo, infatti, accoglie la richiesta di sospensione di alcuni medici lombardi e della Cgil contro le linee guida della Regione, che prescrivono, tra l'altro, la presenza di un medico obiettore in ogni consultorio e abbassano il limite per l'aborto terapeutico dalla 24° alle 22° settimana di vita del feto. «Importantissimo risultato - spiega il numero uno della Cgil Lombardia, Susanna Camusso - che ripristina la libertà delle donne italiane».

Esultano anche l'associazione Luca Coscioni e il Pd lombardo. Doccia fredda, invece, per il governatore lombardo, che solo due mesi prima aveva bloccato in conferenza Stato-Regioni le linee guida dell'ex ministro della Salute Livia Turco perché giudicate «troppo abortiste». «Avremmo preferito non apprendere la notizia dal sito del Tar - replica l'assessore regionale alla Sanità Luciano Bresciani - Valuteremo dopo la lettura dell'ordinanza. Noi abbiamo solo applicato la 194, la Turco voleva andare oltre». In autunno anche il Consiglio di Stato boccherà

le linee guida della Regione Lombardia. «L'ideologia si illude di aver vinto contro l'evidenza scientifica, che viene invocata solo quando fa comodo - proclama Formigoni - Quella della Cgil è una vittoria di Pirro perché negli ospedali lombardi niente cambierà».

Dagli Stati Uniti giunge la notizia della morte di Harvey Karman, il medico che nel 1970 inventò il metodo abortivo basato sull'aspirazione. Dichiara Silvio Viale: «La battaglia iniziata da Karman continua oggi in quella per la RU486, per un metodo alternativo a quello chirurgico: un metodo sicuro, efficace, economico, meno doloroso, che rende la donna più autonoma e consapevole della propria scelta. Non a caso la RU486 incontra gli stessi ostacoli che incontrò il metodo Karman allora, perché, oggi come allora, il vero obiettivo è quello di impedire la libera scelta della donna sulle proprie gravidanze. Non fu una tragedia la legalizzazione dell'aborto, non lo fu il metodo Karman e non lo è la RU486. La tragedia è negare alle donne la soluzione migliore. I radicali rendono omaggio ad Harvey Karman, un grande eroe della medicina e della libertà».

A fine giugno, l'Aifa vive un momento difficile, a causa di un'indagine della Procura di Torino che porta alla sospensione cautelare per due mesi del direttore generale Nello Martini. Insieme a Martini è stata sospesa anche Caterina Gualano, dirigente dell'Ufficio autorizzazioni all'immissione in commercio della stessa Aifa. I provvedimenti della Procura torinese rientrano nell'ambito dell'inchiesta condotta dal procuratore aggiunto Guariniello su alcuni farmaci che avrebbero ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione dopo controlli irregolari. Si teme che la procedura per l'immissione in commercio della RU486 segni una battuta d'arresto.

A luglio, il Sottosegretario al Ministero del Welfare con delega alla Salute, Prof. Ferruccio Fazio, rende noto che la Commissione di indagine sull'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) ha consegnato le proprie considerazioni conclusive: pur confermando la generale efficacia dell'attività svolta dall'Agenzia nell'ambito del controllo della spesa farmaceutica, la Commissione ha rilevato carenze in altri settori. Il Ministro Sacconi procede quindi a proporre alla Conferenza Stato

Regioni, secondo le procedure previste dalla legge, la nomina di un nuovo Direttore, nella persona del Prof. Guido Rasi.

A luglio, arriva questa notizia dalla Gran Bretagna: nei Paesi in cui abortire è difficile, le donne ricorrono al web, dove comprano le pillole per l'aborto «fai-da-te», come ad esempio la RU486. In Irlanda del Nord e in altri 70 paesi con leggi restrittive - scrive la Bbc - le donne usano uno dei principali siti internet: «Women on Web», il cui slogan è: «Possiamo aiutare a ridurre i problemi legati agli aborti clandestini». Donatella Poretti, deputata radicale del Pd, interviene alla Camera dei deputati sulla vicenda: «Da marzo 2007, come riportato dall'Aduc (Associazione per i diritti degli utenti e consumatori), il Comitato per le specialità medicinali dell'Ema, l'Agenzia europea del farmaco, ha dato il via libera alla pillola abortiva RU486 (mifepristone) e l'azienda produttrice, la francese «Laboratoires Exelgyn», grazie alla propria autorizzazione in Francia, con la procedura europea di mutuo riconoscimento ha avviato la richiesta di commercializzazione anche in Italia. Ma dopo il parere favorevole dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) lo scorso febbraio, a cui avrebbero dovuto seguire alcuni passaggi burocratici (ratifica del cda dell'Aifa e negoziazione del prezzo), tutto è ancora fermo. Un ritardo che sta dando vita a fenomeni 'fai da te', con l'acquisto della RU486 su siti online esteri, come riportato da numerosi media il 12 luglio 2008, o a forme di «turismo sanitario» verso Paesi confinanti come Svizzera, Austria e Francia. Per questo, insieme al sen. Marco Perduca, ho depositato un'interrogazione al Ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali per sapere a che punto si trova l'iter burocratico per la immissione in commercio in Italia della pillola RU486, quando si prevede che potrà essere a disposizione delle strutture sanitarie e cosa intende fare il Governo per garantire al più presto anche alle donne italiane la possibilità di scegliere fra aborto chirurgico e farmacologico».

Agli inizi di dicembre, Guido Rasi, direttore generale dell'Aifa, dichiara: «Ritengo che sia improbabile che la procedura per il via libera alla pillola abortiva RU486 sia bocciata. Per lo meno queste sono le mie aspettative. Il verdetto finale dovrebbe comunque arrivare il 16 dicembre». «Il governo non può fare niente. L'unico modo per riaprire la valuta-

zione medica del farmaco è passare per l'Europa, strada di cui sarà valutata la praticabilità», dichiara la sottosegretaria al Welfare Eugenia Roccella, apparentemente inconsapevole che nel resto del continente la RU486 è già da tempo commercializzata. «Europa, questa sconosciuta», commenta incredula da Radio radicale Emma Bonino.

Il 16 dicembre, il Cda dell'Aifa viene rinviato a gennaio e, contemporaneamente, un gruppo di parlamentari presenta una mozione che impegna il governo a sospendere la procedura di autorizzazione e registrazione della RU486. I parlamentari di Pdl, Udc e Lega chiedono «un impegno concreto dell'Esecutivo affinché la pillola che consente alle donne di abortire senza entrare in sala operatoria non approdi in Italia». L'argomentazione utilizzata dai detrattori del farmaco è la sospetta efficacia e il tasso di mortalità: 16 donne sono morte, nel mondo, a causa della RU486, sostengono gli antiabortisti.

2009

Il 16 gennaio, il Gip di Torino, Cristina Palmesino, accoglie la richiesta di archiviazione della prima tranche dell'inchiesta sulla pillola abortiva, aperta nel giugno 2006. Il gip stabilisce che il ginecologo Silvio Viale, i primari Marco Massobrio e Mario Campogrande, nonché l'ex direttore generale dell'ASO OIRM/S. Anna, Gianluigi Boveri, non hanno violato la legge 194.

Secondo il giudice Palmesino, l'interruzione di gravidanza avviene con la morte del feto e non con la sua espulsione dall'utero; non è quindi necessario il ricovero in ospedale della paziente. «Interruzione di gravidanza è da intendersi, infatti, come cessazione delle condizioni di vita del prodotto del concepimento - scrive il gip nel decreto di archiviazione - che è evenienza che può essere antecedente all'espulsione del prodotto del concepimento». Non si può pertanto sapere se le due pazienti sottoposte alla sperimentazione avessero effettivamente interrotto la gestazione all'interno dell'ospedale (subito dopo aver assunto il farmaco) oppure fuori dalle mura ospedaliere, come invece contestato dall'accusa. «La ratio della norma è nel senso di assicura-

re alla donna che intenda sottoporsi all'interruzione della gravidanza le garanzie derivanti dall'essere sottoposta a un trattamento chirurgico o farmacologico somministrato presso un ospedale pubblico, non imponendo affatto la norma un ricovero costante per tutta la durata della terapia. Ciò che conta è che il procedimento che porta all'interruzione di gravidanza e all'espulsione del prodotto del concepimento avvenga sotto il controllo di un medico del servizio ostetrico-ginecologico e nell'ambito di un ospedale generale tra quelli indicati dalla legge, nel senso che deve esservi la garanzia di una procedura monitorata in una struttura sanitaria che assicuri adeguate garanzie. Altrimenti non avrebbe alcun significato la norma che promuove la ricerca e l'attuazione di metodi di interruzione più rispettosi dell'integrità psicofisica della donna che vi si sottoponga». Per il giudice la norma è stata dunque rispettata: «Risulta dai consensi informati e dalle dichiarazioni rese dalle pazienti che, dopo la somministrazione di mifepristone, alle donne venivano fornite informazioni circa il comportamento da tenersi in ipotesi emorragia ed era comunicato il numero di telefono cellulare del dottor Viale, contattabile a qualsiasi ora, che in più occasioni è stato sentito, rispondendo alle loro richieste. Sulla base di tali elementi si può ritenere che l'interruzione di gravidanza avvenne presso uno degli ospedali indicati dalla norma, nel senso che avvenne in costanza di ricovero in day hospital e nell'ambito di un preciso protocollo seguito da un medico specializzato, sempre contattabile».

In aprile, mentre in Spagna Zapatero dichiara di voler rivedere la legge sull'aborto (facendo infuriare i vescovi iberici) e negli Stati Uniti Obama dichiara di voler difendere la legge sull'aborto, viene diffusa la notizia che il Cytotec, un farmaco per la cura delle ulcere, viene adoperato per aborti illegali. «Abbiamo spesso la sensazione che le donne che si rivolgono a noi abbiano fatto uso del Cytotec, anche se nessuna osa dirlo - racconta Mariarosa Giolito, coordinatrice regionale dei consultori - Purtroppo questo fai-da-te dell'aborto è molto rischioso per la salute della donna, viene usato come metodo per aggirare la burocrazia della legge 194. E ora che gli extracomunitari clandestini hanno paura di rivolgersi alle strutture sanitarie perché vogliono evitare di essere denunciati dagli stessi medici, il rischio è che

questa pratica si diffonda ancora di più».

A giugno, intervenendo in un dibattito su Repubblica TV, pur ribadendo che la decisione per la commercializzazione della RU486 spetta all'AIFA «nella sua autonomia», il sottosegretario Eugenia Roccella rivela candidamente che «il ministero ha inviato all'AIFA un documento sulla RU486, che è oggetto di valutazione da parte dell'agenzia del farmaco». Ribatte Silvio Viale: «Ecco spiegato perché da oltre sei mesi l'AIFA non decide e la RU486 è bloccata sull'ultimo atto. Si tratta di una invasione impropria del governo sull'autonomia scientifica dell'AIFA. Anche questo è Europa, perché si tratta di adeguare l'Italia agli standard europei in accordo con le indicazioni dell'Agenzia Europea del Farmaco. Berlusconi deve dire con chiarezza se il governo condivide le pressioni di Eugenia Roccella verso l'AIFA. La vicenda della RU486 è un banco di prova per smentire che l'interesse del Presidente del Consiglio verso le donne si limiti alle curve delle sue giovani ospiti. Come ha detto George Tiller, il ginecologo americano ucciso pochi giorni fa da un fanatico antiabortista, per capire l'aborto



bisogna guardare al cuore delle donne.»

Agli inizi di luglio, la Camera approva la mozione Buttiglione sulla moratoria internazionale dell'aborto obbligatorio. Con la mozione la Camera impegna il governo italiano a promuovere una risoluzione delle Nazioni Unite «che condanni l'uso dell'aborto come strumento di controllo demografico ed affermi il diritto di ogni donna a non essere costretta o indotta ad abortire». Pd e Idv si astengono votando invece a favore delle proprie mozioni - bocciate però dall'Assemblea - che hanno un dispositivo quasi identico a quelle di maggioranza ma mettono l'accento sulla necessità di promuovere la contraccezione.

Il 29 luglio, giorno precedente alla decisione dell'Aifa sul via libera alla RU486, dal mondo politico si susseguono una ridda di attacchi al farmaco. Il Movimento per la vita chiede di bloccare la procedura di autorizzazione: «Il numero delle donne decedute nel mondo in vent'anni a seguito dell'assunzione della RU486 sarebbe salito a 29, una cifra che suscita un allarme ancor più intenso rispetto al dato finora accertato di 16 donne decedute», dice il presidente dell'associazione Carlo Casini, citando un articolo uscito a metà giugno sull'Avvenire. Mentre i senatori Pdl Laura Bianconi, Raffaele Calabrò, Stefano De Lillo, Ulisse Di Giacomo, Michele Saccomanno e Antonio Tommassini presentano sette interrogazioni al ministro della Salute Maurizio Sacconi: «La pillola abortiva è contro la salute della donna». Tesi respinta dall'Aied, Associazione italiana per l'educazione demografica, che ricorda come «il farmaco è utilizzato in Francia dal 1988, in gran parte degli ospedali europei e negli Usa dal 2000. Inoltre nel 2003 è stato dichiarato sicuro all'Oms, che ne ha definito le linee guida». «Siamo tranquilli, non ci faremo condizionare e prenderemo serenamente le nostre decisioni». A parlare è Guido Rasi, direttore generale dell'Aifa. «Ognuno è libero di dire ciò che vuole - prosegue Rasi - Spesso sui farmaci si aprono dibattiti, come è giusto che sia poiché si tratta di prodotti che hanno a che fare con la nostra salute, ma noi siamo tecnici e prenderemo la decisione giusta».

Scontri e polemiche hanno come sfondo un paese dove il 70% dei ginecologi del sistema sanitario sono obiettori, così come il 50% degli anestesisti e il 42% del personale non medico. Dati certificati dall'ul-

tima relazione al Parlamento sull'applicazione delle legge 194 e che raccontano anche una crescita, negli ultimi anni, del personale ospedaliero che rifiuta di praticare l'aborto (*vedi dati analitici, regione per regione, a pag. 79*).

30 luglio 2009: l'AIFA autorizza la commercializzazione in Italia della RU486

Dopo sei ore di riunione il CdA dell'Aifa ne autorizza l'immissione in commercio con quattro voti a favore e uno contrario. Il farmaco potrà essere dispensato solo in ospedale ed entro il 49° giorno di gravidanza. Oltre questo termine si ritiene infatti che aumentino le complicanze rispetto all'aborto chirurgico. Il CdA dell'Aifa si è avvalso dei pareri del Consiglio superiore di Sanità e ha raccomandato ai medici «la scrupolosa osservanza della legge». La decisione, ha voluto sottolineare l'Aifa in una nota, «rispecchia il compito di tutela della salute del cittadino, che deve essere posto al di sopra e al di là delle convinzioni personali di ognuno pur essendo tutte meritevoli di rispetto». Soddissatto Silvio Viale «Finalmente! Prima di tutto è una vittoria per le donne italiane, che da oggi sono più libere e hanno un'opportunità in più. Ma - aggiunge Viale - la lotta continua perché ora bisogna garantire l'aborto medico in tutta Italia». Bruno Mellano (presidente di Radicali Italiani) e Igor Boni (segretario Associazione Radicale Adelaide Aglietta) dichiarano: «Si tratta della più grande affermazione in tema di diritti civili, in Italia, dal 1993, quando un referendum radicale permise l'abolizione delle pene detentive per i consumatori di droghe. È una vittoria radicale; radicali erano i consiglieri regionali Carmelo Palma e Bruno Mellano che, nel lontano novembre 2000, interrogarono l'allora assessore regionale alla Sanità del Piemonte, Antonio D'Ambrosio (AN), chiedendo «se esista una qualche direttiva regionale o nazionale che impedisce il ricorso generalizzato all'aborto farmacologico» (D'Ambrosio rispose negativamente); radicale è Silvio Viale, il ginecologo dell'Ospedale S. Anna di Torino che il 29 gennaio 2001 richiese al suo Ospedale la possibilità di attuare aborti con la RU486 e che nel settembre 2005, primo in Italia, iniziò a somministrare la pillola abortiva alle donne; l'Associazione Radicale Adelaide

Aglietta (di cui Viale è presidente), fin dalla sua costituzione, ha supportato il Dr. Viale nella sua iniziativa».

«Non sono stati chiariti alcuni punti oscuri del metodo relativi alla sicurezza nell'utilizzo» della RU486, è il primo commento del sottosegretario al Welfare, Eugenia Roccella, la quale chiede «chiarezza» all'Aifa. «Come ministero - aggiunge - dobbiamo garantire la compatibilità con la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza e dobbiamo garantire la sicurezza delle donne».

Monsignor Giulio Sgreccia, emerito presidente dell'Accademia per la vita, auspica «un intervento da parte del governo e dei ministri competenti». Perché - secondo Sgreccia - non «è un farmaco, ma un veleno letale» che mina anche la vita delle madri, come dimostrano i 29 casi di decesso. La RU486 - afferma monsignor Sgreccia - è uguale, come la chiesa dice da tempo, all'aborto chirurgico: un «delitto e peccato in senso morale e giuridico» e quindi comporta la scomunica «*laet sententia*», ovvero automatica.

Nonostante la decisione dell'Aifa, gli avversari della RU486 non si danno per vinti e promettono di dare battaglia su due punti. Il primo punto, fortemente voluto dalle componenti cattoliche dell'esecutivo e recepito dall'Aifa nel dare il via libera, prevede il ricovero in ospedale fino ad aborto avvenuto. «Non accade in nessun altro Paese e l'Aifa si esporrà al ridicolo a livello internazionale nel momento in cui questa richiesta sarà ufficializzata», spiega Silvio Viale «È un adeguarsi alle richieste della politica del tutto inusuale nel mondo scientifico», conclude.

«Il trattamento in day hospital è escluso - insiste il sottosegretario al Welfare Eugenia Roccella - e bisognerà prevedere un ricovero di almeno tre giorni». Ma nel mondo medico è abbastanza evidente che sarà impossibile garantirlo.

Maurizio Benato, vicepresidente della Fnomceo, la Federazione dei medici chirurghi, spiega: «La RU486 deve essere somministrata nel rispetto della legge 194 e quindi in ambito ospedaliero ma se una donna decide di tornare a casa anche a espulsione non avvenuta nessuno può obbligarla a rimanere. Non esistono strumenti per vincolarla, la volontà della paziente è sovrana, l'importante è che sia consapevole delle conseguenze che le sue dimissioni possono avere, e che quindi il consenso informato rechi tutte le informazioni necessarie».

Il secondo punto riguarda i provvedimenti amministrativi e gli interventi nelle linee guida. Una delle idee allo studio è quella di un questionario da far compilare alle donne che richiedano la somministrazione della RU486 per selezionare chi può aver diritto a prenderla. Come spiega Eugenia Roccella, si vorrebbe «appurare l'esistenza di alcune condizioni essenziali perché l'intervento risulti sicuro per la donna, come ad esempio la vicinanza di un ospedale alla abitazione o il fatto che non sia sola». L'ipotesi di un test psicologico è confermata anche dall'Agenzia del farmaco.

«Anche in questo caso non esiste nulla del genere nel mondo intero. L'idea di un test psicologico è da Stato totalitario», avverte Silvio Viale. Il 7 agosto, il capogruppo del Pdl al Senato, Maurizio Gasparri, annuncia la sua proposta di istituire una commissione di indagine parlamentare sulla RU486. «Il Parlamento agirà, acquisirà informazioni, se necessario anche attraverso un'indagine conoscitiva - afferma in un'intervista al Foglio - voglio sapere con precisione quante morti ha provocato questa pillola, dicono 29 ma voglio dati ufficiali, spiegazioni scientifiche, voglio conoscere gli effetti collaterali e i rischi che comporta». I radicali Bruno Mellano e Giulio Manfredi commentano: «La proposta dell'on. Gasparri di svolgere un'indagine parlamentare sulla RU486 è un film già visto e nemmeno dei migliori. Se il centrodestra vuole bloccare la RU486, non inventi alibi; ha tutti i numeri per fare una legge in Parlamento o per emanare un decreto-legge. Non lo fa perché sa di aver perso la partita politica; e il Vaticano non glielo perdona».

Fuori del coro la presa di posizione del Presidente della Camera, Gianfranco Fini, che con le sue parole si attira le ire dell'Avvenire e spacca il centrodestra: «Non vedo cosa c'entri il Parlamento con la RU486. È originale pretendere che il Parlamento si debba pronunciare sull'efficacia di un farmaco - taglia corto il presidente della Camera, che incassa il consenso di Fabrizio Cicchitto, presidente dei deputati del Pdl.

Il 23 settembre, dopo neanche 15 minuti di discussione, la commissione Igiene e Sanità del Senato dà il via libera all'apertura di un'indagine conoscitiva sulla RU486. L'ok all'indagine arriva all'unanimità, con il consenso di tutti i gruppi all'ufficio di presidenza, e dunque senza neanche bisogno di votare, come vuole la prassi parlamentare.

L'unica a verbalizzare il dissenso è la senatrice radicale del Pd Donatella Poretti.

L'opposizione esprime perplessità, con l'Italia dei Valori che si lamenta per la scelta dei 2 relatori, Raffaele Calabrò (Pdl) e Dorina Bianchi (Pd), «che la pensano allo stesso modo», e con la presidente dei senatori del Pd Anna Finocchiaro che parla «di indagini pretestuose» e di atteggiamento «strumentale da parte del governo». Dorina Bianchi, che aveva votato a favore dell'indagine conoscitiva e accettato l'incarico di correlatrice nella Commissione, scatenando le polemiche di una parte del Pd stesso, decide di rimettere il mandato, accusando la maggioranza di voler strumentalizzare l'indagine.

Comunicato Aifa del 30 settembre: «Il Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco, riunito in seduta odierna, ha approvato il verbale della scorsa riunione ove è stata deliberata, tra le altre, l'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale Mifegyne. Il CdA si è riconvocato, anche in considerazione delle richieste formulate dal Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, per il giorno 19 ottobre al fine di procedere alla formulazione del mandato al Direttore Generale per gli adempimenti successivi».

Comunicato Aifa del 19 ottobre: «Il Consiglio di Amministrazione dell'AIFA, riunito in seduta odierna, ha dato mandato al Direttore Generale Prof. Guido Rasi per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Determina relativa l'autorizzazione all'immissione in commercio del Farmaco Mifegyne (Mifepristone), prodotto dalla ditta Exelgyne, dopo aver espletato gli adempimenti previsti.

L'AIFA sottolinea che il percorso seguito è stato assolutamente rispettoso dell'iter procedurale previsto dall'EMA (l'Ente regolatorio europeo) per il mutuo riconoscimento di un farmaco, verificandone efficacia, sicurezza e compatibilità con le leggi nazionali nel rispetto e a tutela della salute della donna.

Dopo uno scrupoloso iter di verifiche scientifiche, tecniche e legislative che ha richiesto molto tempo sono state disposte restrizioni importanti all'utilizzo del farmaco, al solo fine della mas-

sima tutela della salute del cittadino, compito primario dell'Agenzia. La decisione assunta pone finalmente fine al possibile utilizzo improprio del farmaco e sgombra il campo da qualsiasi possibile interpretazione di banalizzazione dell'aborto e dal suo impiego come metodo contraccettivo.

Condividendo le preoccupazioni di carattere etico che anche questo metodo di interruzione volontaria della gravidanza comporta, la Determina che verrà pubblicata in Gazzetta Ufficiale rimanda a Stato e Regioni le disposizioni per il corretto percorso di utilizzo clinico del farmaco all'interno del servizio ospedaliero pubblico, così come previsto dagli articoli 8 e 15 della legge 194 del 1978, e di cui l'AIFA non ha titolarità.

L'AIFA naturalmente continuerà ad offrire la propria competenza tecnico-scientifica alle Istituzioni, e al Senato della Repubblica in primis, per quanto concerne il percorso applicativo del provvedimento adottato».

LA LEGGE

Cosa dice la 194

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

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

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

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

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

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

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

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

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

194 e aborto medico

Vista la cornice normativa, poniamoci le domande del caso:

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

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

- **la legge impone il ricovero, come sostenuto dal Ministero e ipotizzato dalla Procura di Torino?** Riportiamo l'incipit dell'articolo 8, già citato: «L'interruzione della gravidanza è praticato da un medico del servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero presso un ospedale generale tra quelli indicati [...], il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie». Chiunque interpreti in buona fede il significato di questa disposizione non può non concludere che le parole «presso un ospedale» sono parte della definizione del medico autorizzato a praticare l'aborto: un medico del servizio ostetrico ginecologico ospedaliero presso un ospedale. Il medico, ginecologo ospedaliero, non è autorizzato a praticare l'intervento presso una struttura privata. La legge esclude chiaramente questa possibilità. (Un referendum radicale del 1981, che chiedeva di estendere la possibilità di praticare aborti nelle strutture private, fu sconfitto grazie anche alla campagna diffamatoria del Partito Comunista). Sostenere sulla base di quelle parole che **l'aborto e l'espulsione del prodotto del concepimento devono avvenire sotto osservazione medica, all'interno di un ospedale, in regime di ricovero**, è francamente ridicolo. Ma questa è oggi l'ultima barricata dei nemici della RU486. Abbiamo visto che in alcuni paesi, tra cui gli Stati Uniti, la somministrazione del farmaco che induce l'aborto vero e proprio avviene a domicilio. La *Food and Drug Administration*, l'ente preposto al controllo, ha fama di estrema severità e le sue decisioni sono citate a livello internazionale come prove di affidabilità (o meno) di farmaci e procedure mediche. Anche in Europa, nei paesi in cui la donna è tenuta sotto osservazione per alcune ore dopo l'assunzione del secondo farmaco, nessuno si è sognato di esigere il ricovero per i complessivi **quattro giorni** della procedura sulla base del fatto che l'aborto potrebbe, in un limitatissimo numero di casi, avvenire prima del previsto... D'altra parte, sostenere che una legge preveda in maniera così dettagliata le modalità di una procedura medica, è di per sé assurdo. **Nel 2000, l'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Antonio D'Ambrosio (AN), medico e**

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

I limiti della 194: totem e tabù...

La legge sull'aborto, caso probabilmente unico, è stata eletta a tabù intoccabile da larghissima parte del mondo politico.

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

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

Incomprensibilmente? Forse no.

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

L'alibi

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

Chiunque legga i suoi primi articoli può rendersi conto di quanto ostentato e ridicolo è il tentativo di mascherarla per quello che non è: una legge per la tutela della maternità. Dopo aver affermato che «lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile», chiarito che l'aborto «non deve essere un metodo per il controllo delle nascite», specificato che tutti gli enti governativi devono garantire che non lo sia, la 194 attribuisce ai consultori il compito di assistere la donna che manifesti l'intenzione di interrompere la gravidanza.

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

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

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

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

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

Ma proseguiamo. Il consultorio e la struttura sanitaria hanno il compito di esaminare insieme alla paziente e - ove lei lo consenta - il padre del concepito, le ragioni per cui si è scelto di interrompere la gravidanza. Lo stesso ha il dovere di fare il medico di fiducia. Non solo. **Consultorio e struttura hanno anche il compito di «aiutare» la donna a «rimuovere le cause che la porterebbero ad interrompere la gravidanza» (!)**

Al termine di tutto questo procedimento - che se applicato potrebbe richiedere giorni se non settimane - due sono le ipotesi: può essere rilasciato un certificato «attestante l'urgenza» dell'intervento, oppure la donna può essere «invitata a soprassedere per sette giorni» (!!!), al

termine dei quali potrà presentarsi in una struttura autorizzata per abortire.

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

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

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

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

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

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

Il paraocchi

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

I consultori non sono sufficientemente finanziati. I consultori sono troppo pochi. Nei consultori non ci sono mediatori linguistici per le donne straniere. I consultori devono garantire l'accesso e il servizio a

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

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

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

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

La 194 degli antiabortisti

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

Per esempio quelle di chi ha fino a ieri avversato i suoi contenuti, ha sempre considerato l'aborto un omicidio, ha promosso nel 1981 un referendum per abrogarla, ha ventilato l'ipotesi di modificarla, ma oggi - curiosamente - preferisce dire che «la 194 va applicata integralmente». La 194 è una legge fatta per prevenire l'aborto, dicono. Ecco che allora i consultori devono essere aperti al Movimento per la Vita e devo-

no trasformarsi da «distributori di certificati per l'aborto» in forche caudine per le donne che hanno scelto di abortire. In fondo, la legge non dice che si può abortire semplicemente perché non si vuole diventare madre. In fondo la possibilità che i consultori siano aperti alle associazioni c'è.

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

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

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

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

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

RIFORMARE LA 194: LA PROPOSTA RADICALE

Nel gennaio del 2006, un gruppo di lavoro guidato da Silvio Viale ed Enrico Buemi, parlamentare de «La Rosa nel Pugno» mise a punto **una proposta organica di riforma della legge 194**.

La proposta fu presentata alla Camera dei Deputati ed è stata fatta propria in questa legislatura dall'On. Maria Antonietta Farina Coscioni e dagli altri deputati radicali (PDL C. 276).

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

Vediamo in quali punti la proposta Radicale rappresenta un'innovazione della disciplina attuale:

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

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

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

2) Consultori e contraccezione

L'art.2 della legge riguarda i consultori famigliari, rimane sostanzialmente identico nel testo della proposta di riforma. Ai compiti delega-

ti ai consultori viene però aggiunto quello di **«collaborare nelle attività di prevenzione primaria delle gravidanze indesiderate»**, cioè nella diffusione dei contraccettivi. È inoltre **«abolito l'obbligo di ricetta medica per i farmaci registrati per la contraccezione di emergenza»** come la «pillola del giorno dopo» (Norlevo®, Levonelle®). Questo per porre fine alla «via crucis» delle donne nei pronto soccorso.

3) Interruzione volontaria

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

4) I compiti delle strutture sanitarie

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

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

la donna, e ispirandosi al principio della minor invasività.

5) Aborto dopo il terzo mese

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

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

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

6) Vita autonoma del feto e aborto

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

7) Strutture abilitate

La riforma prevede che l'intervento sia praticabile:

- a) negli ospedali
- b) nei poliambulatori pubblici (ASL)
- c) presso le strutture territoriali (come i consultori)

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

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

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

8) Obiezione di coscienza

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

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

9) Aborto e minori

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

La proposta di riforma intende invece consentire:

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

Inoltre, la possibilità per il medico di rilasciare il certificato d'urgenza



in caso di «grave pericolo per la salute» della minore, senza consultare i genitori o il giudice, è estesa espressamente ai gravi rischi per la **salute psichica**.

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

10) La tutela dei medici non obiettori

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

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

Conclusione

Nel 1978 la legge 194 fu un compromesso al ribasso. L'esperienza degli ultimi ventotto anni ha dimostrato come questa disciplina dell'aborto sia tutt'altro che esente da storture, difetti, mancanze. Questa proposta di riforma vuole correggere innanzitutto queste storture, e rendere la legge più adatta a tutelare le donne, la loro salute, e i me-

dici che con la loro opera consentono loro di non essere obbligate a portare a termine una gravidanza indesiderata. **La 194 prevedeva in astratto tutele della maternità: in concreto ha prodotto un incentivo consistente all'obiezione di coscienza.** Questa riforma vuole tutelare in concreto la salute delle donne che scelgono di abortire, prevenire gli aborti tramite la contraccezione, consentire ai medici che attuano la legge le stesse possibilità di carriera e le stesse gratificazioni professionali oggi riservate ai colleghi obiettori.



Dove reperire altre informazioni

<http://www.associazioneaglietta.it/ru486.html>

<http://forum.radicali.it/content/ru486aborto-farmacologico-da-torino-tutta-italia>

<http://www.lucacoscioni.it/taxonomy/term/20180>

<http://www.feminist.org>
sito storico femminista

<http://www.womenonwaves.org>
sito militante femminista per l'aborto "How can I do abortion with pills?"

<http://www.svss-uspda.ch>
sito svizzero in italiano

<http://www.fiapac.org>
sito federazione internazionale operatori aborto e contraccezione

<http://www.misoprostol.org>
sito di informazione sul misoprostolo

<http://www.clinicaltrial.gov/ct2/results?term=mifepristone>
sito sulle sperimentazioni in corso

<http://www.exelgyn.com/>
sito della ditta produttrice francese

<http://www.earlyoptionpill.com/>
sito della ditta produttrice americana

<http://www.prochoiceamerica.org/>
sito americano pro-choice

<http://www.arhp.org/>
sito medico americano

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/ID/Pagina/280>

sito italiano del Ceveas e del Centro di Documentazione per la Salute Perinatale e riproduttiva

<http://www.vitadidonna.it/>

sito associazione romana per la tutela della salute della donna

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241590343/en/index.html

pubblicazione OMS sull'aborto medico

NOTA

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

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

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

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

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

Articolo 1

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

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

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

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

Articolo 2

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

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

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

Articolo 3

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

Articolo 4

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

Il consultorio e il medico informano la donna sulle procedure e sui metodi di interruzione di gravidanza appropriati per il suo

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

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

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

Articolo 5

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

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

Articolo 6

I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo prece-

dente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

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

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

Articolo 7

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

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

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

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

Le Regioni, nell'ambito di un piano regionale, possono individuare le sedi ospedaliere e territoriali ove sono praticate le in-

terruzioni di gravidanza, garantendo che tra la sottoscrizione del documento di richiesta dell'intervento e l'intervento stesso non trascorrono più di 15 giorni.

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

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

Articolo 8

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

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

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

La comunicazione di obiezione è un atto pubblico e annualmente la Regione pubblica l'elenco dei medici obiettori e dei medici non obiettori, suddiviso per azienda, per presidio ospedaliero, e per divisione o servizio di Ostetricia e Ginecologia. Le Aziende

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

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

Articolo 9

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

Articolo 10

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

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

Se la donna è inferiore ai diciotto anni, il consultorio, o il medico, avvalendosi eventualmente di specialisti, valuta con la don-

na se le circostanze consentano di informare chi esercita la patria potestà o la tutela.

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

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

Articolo 11 - omissis

Articolo 12

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

In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la pre-

venzione di tali processi.

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

Articolo 13

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

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

Articolo 14-20 - omissis

Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IGV, 2007

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
ITALIA SETT.	1.591	64,7%	1.617	44,3%	3.305	32,2%
Piemonte	295	61,6%	237	42,8%	373	22,8%
Valle d'Aosta	2	16,7%	8	44,4%	0	0,0%
Lombardia*	515	65,6%	553	45,7%	876	38,0%
Bolzano	21	77,8%	30	46,9%	156	75,7%
Trento	25	73,5%	18	31,6%	351	24,4%
Veneto	360	79,1%	388	53,2%	1.061	65,0%
Friuli Venezia Giulia	75	63,0%	49	42,6%	149	33,0%
Liguria	98	56,3%	128	38,1%	98	26,8%
Emilia Romagna	200	53,6%	206	36,1%	241	21,9%
ITALIA CENTRALE	774	71,7%	744	54,2%	2.201	40,0%
Toscana	229	59,6%	146	29,0%	416	26,2%
Umbria	96	73,8%	84	62,2%	386	36,6%
Marche	81	60,0%	86	48,6%	597	37,8%
Lazio	368	85,6%	428	76,8%	802	62,7%
ITALIA MERIDIONALE	901	80,5%	757	68,3%	2.149	55,0%
Abruzzo	65	75,6%	81	59,6%	121	57,1%
Molise	24	82,8%	28	77,8%	73	82,0%
Campania	329	83,9%	262	77,1%	515	72,4%
Puglia	321	79,9%	224	63,5%	787	76,0%
Basilicata	69	84,1%	59	62,8%	437	28,0%
Calabria	93	72,7%	103	69,1%	216	72,5%
ITALIA INSULARE	362	74,3%	379	68,3%	1.007	67,0%
Sicilia	264	83,5%	308	74,4%	745	82,5%
Sardegna	98	57,3%	71	50,4%	262	43,7%
ITALIA	3.628	70,5%	3.497	52,3%	8.662	40,9%

Nota: I dati sull'obiezione di coscienza forniti dal Ministero della Salute nella relazione parlamentare del 2009 sullo stato di attuazione della L. 194 (la relazione è reperibile in www.ministerosalute.it, "documenti")



SCHEDA TECNICA DELL'AGENZIA EUROPEA DEL FARMACO (EMA) PER IL MIFEPRISTONE (RU486)

CONCLUSIONI SCIENTIFICHE E MOTIVI DELLA MODIFICA DEI RIASSUNTI DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO E DEI FOGLIETTI ILLUSTRATIVI PRESENTATI DALL'EMA

CONCLUSIONI SCIENTIFICHE SINTESI GENERALE DELLA VALUTAZIONE SCIENTIFICA DEI MEDICINALI CONTENENTI MIFEPRISTONE

Mifepristone è uno steroide sintetico che blocca l'azione progestinica, intervenendo sui recettori progestinici in antagonismo rispetto al progesterone. Assunto alla dose di 1 mg/kg o superiore, nella donna mifepristone inibisce l'azione del progesterone a livello endometriale e miometriale. Durante la gravidanza sensibilizza il miometrio all'azione di induzione delle contrazioni della prostaglandina. In caso di interruzione precoce della gravidanza, l'assunzione combinata di un analogo della prostaglandina in regime sequenziale dopo mifepristone determina un aumento dell'efficacia terapeutica al 95% circa dei casi e accelera l'espulsione dell'embrione.

La Francia ha chiesto al CHMP di esprimere un parere sul rapporto rischi/benefici di mifepristone, considerando in particolare gli aspetti relativi all'efficacia e alla sicurezza del farmaco usato alla dose approvata di 600 mg di mifepristone nell'indicazione «interruzione medica di gravidanza intrauterina in regime sequenziale con un analogo della prostaglandina» rispetto alla dose di 200 mg di mifepristone. Inoltre, la Francia ha sollevato timori in relazione alla sicurezza dell'impiego di mifepristone.

Alla luce dei dati clinici disponibili, tra cui la letteratura e linee guida cliniche internazionali, il CHMP ha individuato in via conclusiva la posologia di mifepristone da utilizzare in associazione a un analogo della prostaglandina (gemeprost o misoprostolo) nell'indicazione «interruzione medica di gravidanza intrauterina in regime sequenziale con un analogo della prostaglandina (gemeprost o misoprostolo) fino al 63° giorno

di amenorrea».

Il CHMP ha confermato l'uso della dose di 600 mg di mifepristone in associazione a 400 µg di misoprostolo orale o a 1 mg di gemeprost per via vaginale per l'interruzione di gravidanze fino al 49° giorno; ha inoltre esteso l'uso della dose di 600 mg in associazione a 1 mg di gemeprost per via vaginale per l'interruzione di gravidanze fino al 63° giorno di amenorrea.

In aggiunta, il CHMP ha raccomandato una dose alternativa di mifepristone (200 mg) in associazione a 1 mg di gemeprost somministrato per via vaginale per l'interruzione di gravidanze fino al 63° giorno di amenorrea. In base agli studi pubblicati a disposizione, il CHMP è del parere che gemeprost per via vaginale, in associazione a mifepristone, sia una prostaglandina più potente rispetto a misoprostolo orale. Inoltre, benché le informazioni disponibili sull'associazione di mifepristone 200 mg + gemeprost 1 mg siano limitate, il CHMP ritiene che siano stati ottenuti tassi di efficacia altrettanto elevati in termini di aborto completo e di gravidanze in corso rispetto a quelli osservati con la combinazione di mifepristone 600 mg + gemeprost 1 mg.

In base a studi non comparativi, il CHMP è del parere che l'efficacia in termini di successo terapeutico sia paragonabile per le dosi di 200 mg e 600 mg di mifepristone usato in associazione a 1 mg di gemeprost per via vaginale per l'aborto medico fino al 49° giorno di amenorrea e tra il 50° e 63° giorno di amenorrea. Tuttavia, in termini di gravidanza in corso, il CHMP ritiene che sia accettabile mantenere la dose di 600 mg di mifepristone per l'interruzione della gravidanza fino al 49° giorno di gestazione in associazione a 400 µg di misoprostolo compresse orali; in base a 3 studi non comparativi, il CHMP non conferma un'efficacia costante di mifepristone 200 mg in associazione con misoprostolo 400 µg per os.

Per quanto riguarda l'uso sicuro delle procedure di interruzione delle gravidanze e l'uso correlato di analoghi della prostaglandina quali misoprostolo compresse, il CHMP conferma che misoprostolo orale può essere usato soltanto con la dose di 600 mg di mifepristone per l'interruzione medica della gravidanza fino al 49° giorno di amenorrea. Alcuni rarissimi casi di shock tossici letali sono stati riferiti dopo l'aborto medico indotto dalla somministrazione di 200 mg di mifepristone seguita dalla somministrazione vaginale non autorizzata di mi-

soprostolo compresse per uso orale. Il CHMP pertanto raccomanda ai medici di rispettare il regime approvato di 600 mg di mifepristone e 400 µg di misoprostolo orale, ribadendo i rischi correlati a questa pratica non approvata.

Successivamente, il CHMP ha armonizzato le indicazioni di mifepristone nell'Unione europea.

Il CHMP ha concluso osservando che l'efficacia di mifepristone dipende dalla durata dell'amenorrea, dal tipo di prostaglandina utilizzato e dalla via di somministrazione seguita.

Per quanto concerne la sicurezza, il CHMP ha approvato l'aggiunta di alcune avvertenze speciali e precauzioni di impiego nell'RCP tra cui il rischio di emorragie profuse, l'uso concomitante di altri farmaci, le interazioni, i rischi correlati a talune popolazioni, le infezioni e il monitoraggio delle pazienti che hanno scelto di interrompere la gravidanza. L'RCP è stato attentamente rivisto e il foglietto illustrativo è stato opportunamente modificato.

MOTIVI DELLA MODIFICA DEI RIASSUNTI DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO E DEI FOGLIETTI ILLUSTRATIVI

Considerato che

- il Comitato ha tenuto conto del deferimento presentato ai sensi dell'articolo 31 della direttiva 2001/83/CE e successive modifiche per i medicinali contenenti mifepristone;
- il comitato ha ritenuto che mifepristone sia efficace nell'indicazione «*interruzione medica di gravidanza intrauterina in regime sequenziale con un analogo della prostaglandina (gemeprost o misoprostolo) fino al 49° giorno di amenorrea*» se somministrato alla dose di 200 mg o 600 mg + 1 mg di gemeprost o alla dose di 600 mg + 400 µg di misoprostolo. Il comitato ha ritenuto inoltre che mifepristone sia efficace nell'indicazione «*interruzione medica di gravidanza intrauterina in regime sequenziale con un analogo della prostaglandina (gemeprost o misoprostolo) tra il 50° e il 63° giorno di amenorrea*» se somministrato alla dose di 200 mg o 600 mg + 1 mg di gemeprost;
- il comitato ha ammesso che casi rarissimi di shock tossici letali causati da *Clostridium sordellii endometritis*, caratterizzati da assenza di

febbre o altri sintomi di infezione patesi, sono stati riferiti dopo l'aborto medico indotto dalla somministrazione di 200 mg di mifepristone seguita dalla somministrazione vaginale non autorizzata di misoprostolo compresse per uso orale. Alla luce dei dati disponibili il CHMP ha concluso che il nesso potenziale con l'impiego di mifepristone debba essere escluso, ma ha comunque inserito tale informazione nei paragrafi 4.4 e 4.8 dell'RCP. Inoltre, sono state aggiunte nell'RCP alcune informazioni sulla sicurezza del prodotto, tra cui il rischio di emorragie profuse, l'uso concomitante di altri farmaci, le interazioni, i rischi correlati a talune popolazioni, le infezioni e il monitoraggio delle pazienti che hanno scelto di interrompere la gravidanza;

- il comitato, di conseguenza, ha considerato positivo il rapporto rischi/benefici dei medicinali contenenti mifepristone nell'indicazione *«interruzione medica della gravidanza intrauterina in regime sequenziale con un analogo della prostaglandina (gemeprost o misoprostolo) fino al 63° giorno di amenorrea»*. Il CHMP ha concluso che il rapporto rischi/benefici dei medicinali contenenti mifepristone nelle indicazioni concordate è positivo. Di conseguenza, il CHMP ha raccomandato di confermare le autorizzazioni all'immissione in commercio per i medicinali di cui all'allegato I, per i quali figurano nell'allegato III le modifiche ai relativi paragrafi dei Riassunti delle caratteristiche del prodotto e dei foglietti illustrativi.

È SEMPRE LA SOLITA STORIA ...

Ci fosse ancora Adele Faccio ci direbbe: «Le cose sono semplici ma non semplicistiche». Perché, di primo acchito, come si può spiegare a un marziano (ma anche solo a un americano!) che solo adesso le donne italiane avranno la possibilità di scegliere una tecnica abortiva meno invasiva e meno dolorosa, mentre le donne francesi possono esercitare questa scelta da oltre vent'anni e le altre, in tutta Europa, da oltre dieci?! E che questa possibilità è stata assicurata alle donne italiane solamente grazie alla tenacia dei radicali, e in particolare di un medico radicale, Silvio Viale, al lavoro costante dell'Associazione Luca Coscioni e di un'associazione radicale (non a caso intitolata ad Adelaide Aglietta), insomma grazie all'esistenza dei radicali, che sono (giova ricordarlo sia al marziano sia a tu che leggi) due migliaia di iscritti e poche centinaia di militanti su 60 milioni di italiani?!

Chi abbia letto con attenzione questo prezioso libretto sa che non esagero: quanta fatica, in questi ultimi nove anni, per incardinare la richiesta di sperimentazione della pillola abortiva all'Ospedale Sant'Anna di Torino, per tenere vivo il dibattito, per resistere agli attacchi feroci, alle menzogne, alla vera e propria campagna terroristica (la «kill pill»!) orchestrata dal fronte clericale ... E poi gli ispettori inviati da ben due ministri della Sanità, le inchieste della magistratura, commissioni parlamentari del tutto inutili create solamente per mettere i bastoni fra le ruote non a Viale, non ai radicali, ma alle donne, che devono naturalmente essere protette, tutelate, salvaguardate da un potere che rimane maschile e, diciamolo, maschilista, conservatore, miope e impotente.

Niente di nuovo, almeno per i radicali, almeno per me. La questione «aborto» accompagna e scandisce la mia vita fin da quando, giovane laureata nella Milano dei primi anni '70, scelsi di non portare a termine una gravidanza. Allora l'aborto era illegale e dovetti abortire clandestinamente, come tutte ... Oltre al senso di tristezza e di ipocrisia generalizzata, quell'esperienza mi procurò anche una domanda fondamentale: Perché? Perché io e le altre donne che scelgono di abortire dobbiamo essere costrette a farlo come delle delinquenti, in se-

greto, magari - certo, se non sei ricca e puoi andare nelle cliniche di Lugano o Londra! - dalla mamma, su un tavolo da cucina, col prezzemolo, senza alcuna sicurezza sanitaria? Perché è stato sempre così? Ma dovrà continuare ad essere sempre così? No, mi dissi, si può e si deve lottare per cambiare le cose. Fu quella la molla che mi portò ad avvicinarmi ai radicali, a partecipare alle iniziative del Cisa (Centro per l'informazione sulla sterilizzazione e l'aborto), che spiegava alle donne come abortire con il metodo Karman. Assieme a Giorgio Conciani, ad Adele Faccio, ho aiutato io stessa molte donne ad abortire; mi sono autodenunciata insieme ad altre migliaia di donne italiane e poi, il giorno delle elezioni regionali del 1975, mi consegnai ai carabinieri al seggio elettorale, nella mia città, a Bra, in provincia di Cuneo. Anche Adele Faccio e Gianfranco Spadaccia finirono in galera. Grazie alla nonviolenza e alla disobbedienza civile di chi viola la legge per avere una legge migliore, i giornali iniziarono a parlare dei radicali e della «questione aborto». Il 25 febbraio 1976 presentammo pubblicamente il bilancio di un anno di attività del Cisa: 10.141 interventi abortivi, praticamente a titolo gratuito.

Nel 1976, il Partito Radicale partecipò per la prima volta alle elezioni politiche, mettendo capolista in tutta Italia delle donne (lo stesso anno Adelaide Aglietta fu la prima donna italiana a diventare segretario di un partito politico, il Partito Radicale). Fui eletta deputata e una delle prime cose di cui mi occupai fu la legge sull'aborto, che tutti i partiti della partitocrazia, dal MSI al PCI, volevano fare per evitare il referendum radicale. E così fu: nel maggio 1978 fu approvata, con il voto contrario dei quattro deputati radicali, la legge 194; una legge per molti aspetti inadeguata ed ipocrita, frutto del compromesso fra Democrazia Cristiana e Partito Comunista. Eppure, anche in quella legge, riuscimmo a piazzare (art. 15) la previsione, allora puramente teorica, e la legittimità dell'aborto farmacologico. Nel 1981 tentammo, con un altro referendum, di allargare la possibilità di praticare l'interruzione di gravidanza anche a medici e cliniche private, lasciando comunque intatta la possibilità per le donne di recarsi negli ospedali pubblici. Fummo battuti da una campagna che vide il convergere del fronte clericale e dei comunisti (con annesse femministe), che ci accusarono di voler «privatizzare» e «monetizzare» l'aborto. Morale del-

la favola: oggi più della metà delle donne lucane devono andare ad abortire fuori regione perché negli ospedali della Basilicata il 90% dei medici è obiettore. E basta gettare un'occhiata alla tabella pubblicata a pag. 79 per accorgersi che la Basilicata non è l'eccezione ma la regola!

Nel 1981, assieme al nostro referendum, si votò anche quello clericale, che voleva restringere pesantemente la liceità dell'aborto: il 68% degli italiani votò per conservare la legge 194. E il Movimento per la Vita era sceso in campo solo per non lasciar tutto lo spazio a noi!

Da allora, praticamente trent'anni fa, non è più successo nulla. Il movimento femminista è andato in pensione; i partiti si sono occupati (a modo loro) di altro; le donne italiane sono sicuramente più libere e più consapevoli delle loro madri per non parlare delle loro nonne ma, d'altra parte, non c'è stato un miglioramento significativo nell'informazione sul corpo e sul sesso. Parole come «preservativo» o «contraccettivo» sono ancora tabù sia in Tv che a scuola; a Roma (non nel profondo Sud), nei pronti soccorso, medici sedicenti «obiettori» (l'obiezione è prevista solo dalla legge 194 sull'aborto) rifiutano di prescrivere la pillola del giorno dopo ... e anche la possibilità concreta di introdurre in tutti gli ospedali italiani la pillola RU486 è tutta da conquistare.

Perché aveva ragione Adelaide Aglietta, quando, nel 1977, intervistata da Playmen, ci ricordava: «Purtroppo la situazione è questa, e noi lo sappiamo: che non c'è mai niente di acquisito, mai niente di definitivo, e che bisogna lottare sempre, non stancarsi mai, anche se, ovviamente, tutto questo è sfiante». Ci lascerete ancora una volta soli a lottare per la RU486, per la pillola del giorno dopo senza obbligo di ricetta, per un'informazione sessuale corretta e completa nelle scuole, per tutte quelle cose che ci dite, incontrandoci per strada, assolutamente necessarie ed indispensabili da fare, che «... meno male che ci siete voi!», che «... la Bonino, troppo forte, troppo giusta, forza Emma!». E a forza di pacche sulle spalle, ci ritroviamo noi radicali, qui ed ora, in poco più di 2.000, senza soldi, con una Radio Radicale a rischio di chiusura, con tra cinque mesi la scadenza importante delle elezioni regionali, a cui vogliamo partecipare, perché le Regioni han-

no un grande peso sulla vita dei cittadini (basti pensare alla sanità). Se sei arrivato a leggere fino qui, meriti proprio che te lo dica: non sei tu a dover contare su di noi, sono io a dover contare su di te. Diventa anche tu radicale, per rendere questo nostro povero paese un po' più simile a noi, alle nostre idee e alle nostre speranze!

Ottobre 2009

EMMA BONINO

Leader radicale, vice-presidente del Senato della Repubblica



Giugno 1975. Emma Bonino si autodenuncia per procurato aborto e si consegna ai carabinieri di Bra (CN).

Fonte: Archivio Partito Radicale

SOMMARIO

<u>PREMESSA (di Igor Boni)</u>	1
<u>SI FA PRESTO A DIRE RU486... (di Silvio Viale)</u>	3
<u>PERCHÉ RU486</u>	7
<u>COME FUNZIONA L'RU486</u>	13
<u>LA BATTAGLIA</u>	19
<u>LA LEGGE</u>	54
<u>RIFORMARE LA 194: LA PROPOSTA RADICALE</u>	62
<u>DOVE REPERIRE ALTRE INFORMAZIONI</u>	69
<u>PROPOSTA DI RIFORMA DELLA LEGGE N. 194 DEL 22 MAGGIO 1978</u>	71
<u>L'OBIEZIONE DI COSCIENZA NELLE REGIONI ITALIANE</u>	79
<u>SCHEDA TECNICA DELL'AGENZIA EUROPEA DEL FARMACO (EMEA) PER IL MIFEPRISTONE (RU486)</u>	81
<u>È SEMPRE LA SOLITA STORIA (di Emma Bonino)</u>	85

