

# **OPUSCOLO DI CONTRO INFORMAZIONE.**

\*attacchi alla legge 194  
e al diritto all'aborto

\*contraccezione

\*consultori



A cura del  
**COORDINAMENTO ANTISESSISTA NAPOLETANO**

Per info e contatti:  
[coord.antisessista.napoletano@inventati.org](mailto:coord.antisessista.napoletano@inventati.org)

*"Il cambiamento di un'epoca storica si può definire sempre dal progresso femminile verso la libertà, perché qui, nel rapporto della donna con l'uomo, del debole con il forte, appare nel modo più evidente la vittoria della natura umana sulla brutalità. Il grado dell'emancipazione femminile è la misura naturale dell'emancipazione universale."*

*"La sacra famiglia" K. Marx; F. Engels*

## **UNA LOTTA DI TUTTI NOI**

Difendere un diritto significa non doverlo mai dare per scontato e acquisito, rispondere colpo su colpo agli attacchi tesi alla sua soppressione.

Nel mondo del lavoro, della scuola, dell'università, nel campo della salute e dello stato sociale in genere, diritti che sembravano ormai acquisiti con duri anni di lotte, sono sempre più messi in discussione, ridotti o aboliti attraverso precarizzazioni selvagge, riforme escludenti e classiste, che mercificano la cultura e i saperi, e per mezzo dello smantellamento crescente del pubblico in favore del privato.

Oltre a subire questi attacchi in quanto studentesse o lavoratrici, più o meno precarie, le donne vedono **il loro stesso corpo** divenire bersaglio sotto i colpi dei reazionari, che tentano di farle tornare "eterne bambine", pretendendo di privarle di ogni possibilità di scelta che riguardi la loro persona e la loro vita.

Negli ultimi tempi, il diritto delle donne di scegliere di interrompere una gravidanza indesiderata, sancito dalla legge 194 del 1978, è oggetto di continue offensive, che non vanno sottovalutate, ma anzi alle quali va data prontamente risposta con altrettante controffensive.

La criminalizzazione dell'aborto, il fatto di considerarlo un omicidio, non è che la punta dell'iceberg, è l'aspetto più evidente ed eclatante della politica di un Paese che non tenta nemmeno di essere **laico**, autonomo ed indipendente dalla Chiesa e dalla religione, e che non ha mai smesso di essere sessista; questa criminalizzazione rappresenta l'ennesimo tentativo di ostacolare il diritto delle donne ad **autodeterminarsi**, a scegliere e decidere da sole de loro corpo, del loro destino, di loro stesse.

Il percorso verso l'autodeterminazione e l'emancipazione appare, forse oggi più che mai, in salita, ma non per questo è un cammino meno necessario e legittimo.

Ma se è giusto e necessario che le donne si ribellino e si liberino di un destino di fattrici, contenitori, incubatrici, dovrebbe essere altrettanto naturale per gli uomini cercare di liberarsi da quel ruolo di oppressori che questo sistema, che noi combattiamo, impone loro. Questa liberazione non può essere che reciproca.

La nostra lotta si anima partendo proprio da questi presupposti, con l'obiettivo di rispondere colpo su colpo a quegli attacchi che le forze reazionarie, cattoliche e no, sferrano continuamente, a colpi di anatemi e falsi moralismi, contro noi tutti, utilizzando il corpo delle donne come terreno per la loro battaglia e facendosi forti della non rara indifferenza o mancanza di volontà di conoscere e comprendere rispetto a tali problematiche.

La Donna, il suo corpo, la sua libertà di scelta, non sono che alcuni obiettivi di questa guerra, che riguarda tutti, dalla quale nessuno può dirsi escluso o salvo.

## LIBERA CHIESA IN LIBERO STATO?

L'ultimo attacco, in ordine di tempo, ai diritti di scelta e di autodeterminazione delle donne, è quello contro la legge 194 sull'aborto.

Fin dalla sua approvazione, nel 1978, questa legge è stata fortemente avversata dai vari movimenti e partiti di destra e cattolici, primo fra tutti il Movimento per la Vita (scheda n°1), anche attraverso una martellante campagna di propaganda, che ha avuto la sua ennesima espressione nei manifesti apparsi recentemente sui muri delle nostre città, che affermano l'equazione ABORTO=OMICIDIO.

Dai pulpiti delle chiese, dalle cattedre, dai giornali e dalle tribune televisive questa campagna non è mai stata interrotta, ma anzi è via via aumentata, in un crescendo di menzogne pseudoscientifiche (una delle più scandalose riguarda le dimensioni dell'embrione: nelle immagini proposte dal Movimento per la Vita un embrione di poche settimane, che misura pochi millimetri, sembra pronto per uscire dalla pancia, è un "bambino" già completamente formato) e strampalate concezioni etiche (ad esempio quelle che sostengono che le donne che hanno praticato un aborto avrebbero "la cultura della Morte").



Negli ultimi due anni la propaganda su questi temi si è fatta sempre più insistente e se le "nuove" destre ne hanno fatto il loro baluardo, alla disperata ricerca di identità e voti, gran parte del centrosinistra non è stato da meno. Le continue ingerenze ed intromissioni della Chiesa nella scena politica italiana si sono fatte poi, sempre più frequenti, basti pensare alle dichiarazioni del Cardinal Ruini, secondo il quale l'aborto "ci porta a smarrire l'identità umana", al Papa che saluta affettuosamente, dal balcone di Piazza S. Pietro, gli attivisti del Movimento per la Vita, oppure al presidente del Senato Pera, che dichiara che "l'aborto è un piccolo omicidio".

Il calorosissimo "invito" all'astensione, pena i supplizi eterni degli Inferi, al referendum del giugno scorso, che voleva modificare la legge sulla PMA (scheda 2) è stato per molti di noi un assordante campanello d'allarme. Il conferimento all'**embrione di diritti giuridici** che esso per legge non ha, del tutto simili a quelli della futura madre, è un chiaro attacco alla legge 194: se la donna e l'embrione hanno pari diritti, l'aborto ne diviene automaticamente una violazione, il sopruso di un soggetto sull'altro, un omicidio.

Cercare di modificare o abrogare una legge che lo sancisce (mediante espedienti come quello della PMA o con attacchi diretti) non è l'unico modo per sopprimere un diritto; un diritto può essere infatti negato per legge, ma anche soltanto di fatto: rendere complesso, **inutilmente doloroso** e di difficile accesso l'aborto significa negare questa scelta nella realtà nei fatti.

Parafrasando la frase pronunciata da Dio nella Bibbia durante la cacciata dall'Eden di Adamo ed Eva, "e tu donna partorirai con dolore", possiamo dire che la massima della destra e della Chiesa cattolica sia "tu donna, abortirai con dolore", la sofferenza fisica e psichica è, infatti, considerata il giusto prezzo da pagare, per queste "infanticide". L'atto dell'aborto deve essere vissuto, secondo questi signori, nel modo più cruento possibile, solo così le colpevoli possono espiare e pensarci due volte prima di commettere la colpa una seconda volta. L'aborto deve apparire alla donna quanto più possibile un "**parto più omicidio**"; tra i casi più eclatanti in proposito ci sono quello dell'ospedale Niguarda di Milano dove le operazioni di interruzione di gravidanza sono praticate nella sala parto, o quello dell'ospedale di Palermo in cui alle donne in attesa di abortire viene mostrata dal ginecologo l'ecografia del feto.

Anche la strenua opposizione all'adozione della **pillola abortiva** (scheda n°3) da parte della Chiesa, del Ministro Storace e dei suoi comparì, rientra in quest'ottica: l'aborto praticato farmacologicamente, grazie all'ingestione di alcune pillole e non tramite un'operazione chirurgica (scheda n° 4), avrebbe un impatto troppo poco devastante, sarebbe dunque effettuato irresponsabilmente, con troppa disinvoltura, e ci sarebbe una crescita del numero di aborti. Andando un po' indietro negli anni ci accorgiamo che questa argomentazione è assolutamente

identica a quella adoperata contro la legalizzazione dell'aborto, ovvero che se fossero state legalizzate le interruzioni di gravidanza il loro numero sarebbe esponenzialmente aumentato: nulla di più falso! Le statistiche ufficiali dello stesso Ministero della Salute (grafico) dimostrano come, dall'approvazione della 194 in poi, il numero degli aborti nel nostro paese sia sempre andato diminuendo (dall'inizio degli anni '80 ad oggi questo calo è di circa il **79%**).

### ...E L'ALTERNATIVA? L'ABORTO CLANDESTINO!

L'aborto è una soluzione che, seppur drammatica, è praticata dalla notte dei tempi. L'unica alternativa plausibile all'aborto legalizzato, non è certo, come predica la Chiesa, la castità, ma l'orrore dell'aborto clandestino.

L'obiettivo che noi tutti abbiamo è ovviamente quello di un ricorso sempre minore all'aborto, grazie all'uso diffuso e consapevole dei metodi contraccettivi (scheda n° 5), anch'esso notoriamente avversato dalla Chiesa, che per questo può senza dubbio essere annoverata tra i responsabili del vero e proprio genocidio che da decenni prosegue nel continente africano (e non solo), a causa della diffusione dell'AIDS e di altre malattie sessualmente trasmissibili. Ma se è certamente vero che una migliore conoscenza e diffusione dei metodi contraccettivi significa un minor numero di gravidanze indesiderate, è altrettanto giusto consentire alle donne di scegliere, nel caso in cui la gravidanza si presenti, riguardo la propria esistenza ed il proprio corpo, e dunque poter scegliere di abortire, e di abortire nel modo meno traumatico e rischioso per la loro salute.

Negare questa scelta significa rimettere indietro le lancette dell'orologio della Storia, tornare ai tempi in cui le donne, per tentare di abortire, erano costrette ad auto-infliggersi vere e proprie torture. Ferri da calza conficcati nell'utero, misture velenose che provocano terribili conati, soluzioni di acqua saponata, liscivia e diserbante inserite nel ventre, corpi che si lasciano volontariamente cadere giù per le scale: questi i terribili volti dell'aborto clandestino.

Prima della legge 194 erano almeno 600.000 le donne che ogni anno in Italia abortivano clandestinamente (si stima che il numero reale sia però di molto superiore, circa 1.000.000); queste donne erano spesso



costrette a ricoverarsi in ospedale e a sostenere di aver avuto un aborto spontaneo (per non incorrere in sanzioni giudiziarie), questo a causa delle complicazioni che, frequentemente, si presentavano in seguito all'operazione. Le conseguenze erano spesso terribili: danni permanenti, sterilità, a volte anche la morte.

Mai come nel dramma dell'aborto clandestino appare netta la differenza di classe, la separazione tra le donne che potevano permettersi una clinica privata in Svizzera (o, illegalmente, in Italia), nella quale essere operate in sicurezza, da medici specializzati, in sale operatorie dotate di tutto il necessario, e quelle che si trovavano costrette a ricorrere alle "mammane" che le macellavano sul tavolo della cucina, con utensili di fortuna e senza anestesia.

L'incubo dell'aborto clandestino appartiene, per molte donne, al passato (seppur ad un passato non troppo lontano: basta andare indietro di soli tre decenni), ma non è così per tutte. Non solo nei paesi in cui l'interruzione volontaria di gravidanza è ancora illegale, criminalizzata e perseguita penalmente (ad esempio Polonia, Portogallo ed Irlanda), ma anche nel nostro, la piaga dell'aborto clandestino, non è stata ancora estirpata; ancora tante donne, soprattutto tra le immigrate, abbandonate e disinformate da un sistema sanitario e da una rete di consultori che funzionano poco e male, sono costrette ad abortire clandestinamente.

Oggi, proprio come trent'anni fa, **chi può** permetterselo ricorre ai "cucchiai d'oro", ai medici specializzati di costose cliniche private, **chi non può** deve tentare di abortire grazie al sistema sanitario nazionale, tra una lista d'attesa che si allunga, una prenotazione della sala operatoria che slitta di giorno in giorno, avvicinandosi pericolosamente alla soglia consentita dalla legge per l'interruzione di gravidanza (ovvero tre mesi), e l'inseguimento di un medico, di un anestesista, di un infermiere che non siano obiettori di coscienza (scheda n° 6).

L'applicazione della legge 194 varia, di fatto, di regione in regione, quasi che le donne debbano avere la fortuna di nascere nella regione "giusta" per vedere soddisfatti i loro diritti: in Basilicata, per esempio, non vi è un servizio pubblico che esegua gli interventi ed è necessario andare in Puglia, dove solo avvalendosi di case di cura convenzionate, e non tramite il Servizio Sanitario Nazionale, è possibile effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza.

Nascere in un piccolo centro è spesso un ulteriore svantaggio, non solo sul territorio non ci sono consultori (scheda n° 7) o strutture sanitarie adeguate, ma la donna, soprattutto se minorenni, è costretta a rivolgersi a destra e a manca – quasi sempre a "non-addetti ai lavori" – esponendosi, così, ad un controllo sociale fortissimo ed alla "pubblica vergogna". Ma anche vivere in una metropoli non garantisce automaticamente un servizio pubblico migliore: Roma, da questo punto di vista, prima di essere la capitale di uno Stato laico, sembra essere la degna vicina di casa del Vaticano; Francesco Storace, appena eletto

governatore della Regione Lazio, dichiarò «Chi vuole abortire dovrà andare in Umbria o in Toscana». Ha mantenuto la sua promessa. Venti, tra consultori e centri ospedalieri, che garantivano il servizio di IVG, sono stati chiusi. Oggi Francesco Storace è il nostro Ministro della Salute.

Non possiamo non accorgerci del progressivo smantellamento dell'apparato pubblico in favore delle strutture private, nella scuola, nella sanità, nel lavoro.

L'autonomia regionale si inserisce subdolamente in questo processo legittimando e radicalizzando le differenze tra regione e regione; in merito alla questione dell'aborto questo appare più che mai tangibile: alle donne che chiedono strutture sanitarie pubbliche ed efficienti, tempi e metodi rispettosi della loro salute e del loro stato psicologico, le istituzioni, tanto locali quanto nazionali, non vogliono dare risposta.

La questione della salvaguardia del diritto di scelta ad interrompere la gravidanza viene volutamente trascurata, in materia di diritti delle donne le ultime proposte, tanto del centro-destra quanto del centro-sinistra, riguardano l'emissione di fantomatici assegni di mantenimento per il nascituro. L'ipotesi che la gravidanza possa essere non desiderata e non portata a termine, quindi viene totalmente esclusa così come la possibilità che ci possano essere motivi diversi da quelli strettamente economici. La manciata di spiccioli offerta per non abortire non basterebbe in ogni caso di certo a risolvere una situazione finanziaria precaria (poche centinaia di euro per i primi mesi di vita del neonato).

Bastano 1.000 euro per garantire una vita dignitosa per te e tuo figlio?

Bastano 1.000 euro per farci dimenticare che loro vogliono decidere sulla nostra pelle?

Bastano 1.000 euro a ripagarci di una vita fatta di lavoro precario, di strutture ospedaliere e scolastiche pubbliche che non funzionano o funzionano male?

Forse loro credono che siano più che sufficienti per distogliere la nostra attenzione dalle loro sporche manovre!

Ma a noi non bastano di certo.

Il diritto di scegliere della propria vita, del proprio corpo, della propria esistenza non sarà mai in vendita!

### **Quello che noi vogliamo è:**

- una maggiore e più diffusa **informazione sessuale**, che sia capillare, che riesca a raggiungere i soggetti che, ad ora, ne sono praticamente esclusi (immigrati, minori), che informi sull'uso dei **contraccettivi** e che accompagni, senza falsi moralismi, nel percorso di **presa di coscienza della propria sessualità**

- un **potenziamento e radicamento sul territorio dei consultori pubblici**, la garanzia della loro **laicità ed efficienza**
- un **servizio pubblico di facile accesso**, in cui le pratiche di interruzione di gravidanza vengano effettuate nei **tempi più adatti** e attraverso **tecniche meno invasive** possibili
- **l'adozione della pillola abortiva RU486**

## **SCHEDA 1**

### **Il Movimento per la Vita**

Il "Movimento per la Vita" italiano trae la sua origine dall'esperienza del primo "Centro di Aiuto alla Vita", centro cattolico di volontariato, sorto a Firenze nel 1975.

Da allora la sua presenza sul territorio è aumentata, ed esso è attualmente costituito da una federazione di 260 movimenti locali e di 260 Centri d'Aiuto alla Vita (CAV), questi movimenti, nati negli anni delle lotte delle donne per il diritto all'aborto, se ne dichiarano oppositori; la loro azione non è solo ideologica, ma anche pratica, essi cercano di ostacolare l'accesso delle donne a questo diritto.

Si legge, infatti, nei documenti di presentazione del movimento e dei CAV, che il loro scopo principale è la difesa della vita, dal concepimento alla morte naturale e la liberazione dalla "schiavitù dell'aborto".

Il Movimento e i suoi Centri ritengono che la donna sia tenuta, una volta avvenuto il concepimento, a portare a termine la gravidanza in ogni caso, al di là della sua personale volontà, riducendo la maternità all'ottemperanza di un obbligo naturale ed imposto, e la donna ad un mero contenitore

La donna che vuole ricorrere all'aborto, il personale medico che pratica l'interruzione vengono accusati di essere promotori della "cultura della morte", cultura che, secondo i loro documenti ufficiali, sarebbe "figlia del materialismo che non vede niente oltre il sepolcro, tesa al piacere, al dominio e al conseguimento della ricchezza, nemica assoluta della sofferenza" (come se ci fosse qualcosa di male ad essere nemici della sofferenza...). A questa "cultura della morte" si opporrebbe una presunta "cultura della vita" di cui questi integralisti religiosi sarebbero gli unici depositari, nella loro ottica i "diritti dell'embrione" scavalcano



quelli della donna, la gravidanza è un dovere imposto, la sofferenza non viene considerata un male, ma un dono di Dio per elevare la dignità umana.

Il Movimento per la Vita è strenuamente contrario all'aborto, ma se viene consentito dalla legge, questo deve almeno essere vissuto in maniera traumatica e dolorosa, deve essere una vera e propria punizione. Ma che la donna debba soffrire non è solo convinzione di questi movimenti estremisti: l'opposizione di tanti politici, nel centrodestra come nel centrosinistra, all'adozione della pillola abortiva lo conferma. L'intervento chirurgico per l'interruzione di gravidanza, è quindi "irrinunciabile", deve ricordare quanto più è possibile il parto. In alcuni ospedali si viene operate in sala parto, o accanto alla nurse, fianco a fianco con altre donne che aspettano di partorire o con i neonati tra le braccia; a Palermo alcune donne che aspettavano di abortire si sono sentite dire "Ecco, questo è il cuore del bambino a cui lei vuole togliere la vita" dal ginecologo che mostrava loro l'ecografia; a Napoli le donne che richiedono l'aborto vengono respinte con la scusa di essere fuori tempo massimo; all'ospedale di Vicenza, alla richiesta di avere informazioni sull'interruzione della gravidanza si viene dirottati al numero verde del CAV locale, in alcuni reparti il CAV è addirittura interno al reparto di ginecologia (*inchiesta dell' "Espresso"*).

In altri paesi, ad esempio negli USA, movimenti di questo stampo hanno affiancato ad una propaganda martellante, azioni intimidatorie nei confronti di medici che praticano l'aborto e delle strutture ospedaliere: bruciare ospedali, perseguire o addirittura uccidere medici sono le pratiche quotidiane di questi "sostenitori della vita". Ma questa non è che uno dei loro volti, l'altro in giacca e cravatta siede all'interno dei parlamenti. Le posizioni del Movimento della Vita che di primo acchito possono sembrare estremiste e indivisibili, hanno trovato invece facile sponda nei nostri politici, in maniera capillare, dal parlamento fino alle amministrazioni locali e ai centri ospedalieri. L'indagine sullo stato dei consultori in Italia, ordinata ultimamente dal Presidente della Camera Casini non è che un sintomo di questa comunione di intenti. Il Movimento per la Vita si "accontenterebbe" a breve termine dell'insediamento all'interno dei consultori pubblici dei loro Centri di Aiuto alla Vita, a lungo termine punta invece alla soppressione della 194.

## SCHEDA 2 PMA

**La sconfitta del referendum del 12 e 13 giugno** ha significato la conferma, ottenuta grazie alle forti pressioni e alle ingerenze della Chiesa nella scena politica del nostro paese, della legge sulla fecondazione assistita:

- questa **legge è classista**, in quanto garantisce il diritto ad avere figli soltanto a chi potrà permetterselo, ovvero a chi può sostenere costi altissimi, non garantiti dalla sanità pubblica, o andare all'estero, aggirandone così le limitazioni (ad esempio la fecondazione eterologa, la crioconservazione, la diagnosi pre-impianto).
- **è un passo indietro per i diritti delle donne**, che non potranno liberamente disporre del loro corpo (il consenso a sottoporsi ai trattamenti in questione è preventivo ed irrevocabile), per di più con questa legge viene esplicitamente messa in discussione la legalità dell'aborto: l'embrione, che per la legge italiana non ha alcun diritto, acquisisce gli stessi diritti della donna.
- **è contro il diritto alla salute**, impedisce infatti la ricerca terapeutica sulle cellule staminali, allontanando la speranza di curare malattie gravi e molto diffuse, come il cancro, la sclerosi multipla, il diabete, il morbo di Parkinson e di Alzheimer.

### SCHEDA 3

#### Cos'è e come funziona la RU486

Il metodo abortivo farmacologico prevede l'assunzione della pillola RU486, che permette di interrompere chimicamente la gravidanza anziché chirurgicamente. Utilizzato già da molti anni in tutti i paesi europei, in cui è consentito l'aborto, questo metodo non viene sperimentato in Italia nonostante rispetti in pieno le disposizioni della legge 194 sull'aborto: infatti come prevede la legge stessa: "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**".

Con il metodo farmacologico l'interruzione di gravidanza viene effettuata ambulatoriamente, sia in clinica che in uno studio medico, con due farmaci: la Mifegyne(RU486) e una prostaglandina.

La Myfegine blocca gli effetti dell'ormone progesterone interrompendo lo sviluppo della gravidanza, la prostaglandina induce contrazioni uterine e provoca l'espulsione di tessuti ormonali.

In presenza di personale medico, la donna assume tre compresse di Mifegyne; poco dopo può rientrare a casa. Due giorni dopo, assume due compresse di prostaglandina, sempre sotto controllo medico, e la donna rimane in osservazione per alcune ore: per circa due terzi delle donne l'espulsione dei tessuti embrionali avviene in questo lasso di tempo, per alcune avviene più tardi a casa. Circa due settimane dopo l'assunzione della prostaglandina, viene effettuata una visita di controllo; solitamente vi sono dei crampi addominali leggermente più dolorosi di quelli mestruali che cessano rapidamente.

Il metodo farmacologico ha un'efficacia che decresce dopo il 49° giorno e non viene solitamente proposto oltre il 63° giorno.

L'interruzione di gravidanza con la RU486 dà minori complicazioni rispetto all'intervento chirurgico: c'è una **forte riduzione delle infezioni uterine** post-aborto (inferiori dell'8% circa) e **non bisogna sottoporsi a nessun tipo di anestesia** (l' **85%** degli aborti chirurgici avviene in anestesia generale).

La stampa e i media che si oppongono all'adozione nel nostro Paese della RU486 hanno sbandierato la notizia di 7 casi di decesso in

Europa e negli Stati Uniti (su poco più di 2 milioni di IVG realizzate con questo metodo) in seguito ad aborti praticati farmacologicamente, per tentare di enfatizzare la pericolosità di questo metodo. Un caso di morte è stato causato dalla prostaglandina Nalador (che non viene più usata), un altro da un'emorragia fortissima non trattata in tempo, un terzo è stato la conseguenza di una gravidanza extrauterina non scoperta. I quattro casi negli Stati Uniti sono avvenuti in seguito a un'infezione rara, la cui causa non è ancora stata stabilita. Il tasso di mortalità dell'IVG praticato farmacologicamente è pari a quello dell'aborto chirurgico.

È interessante infine comparare le spese relative all'utilizzo del metodo chirurgico con quello farmacologico; a titolo di esempio possiamo far riferimento alla regione Toscana dove il prezzo omnicomprensivo, rappresentante il valore complessivo di intervento e degenza, è di 760 euro.

In Belgio e in Spagna il prezzo della confezione di Mifegyne va dai 62 ai 63,52 euro.

Dobbiamo lottare perché ci sia la possibilità di scegliere tra due metodi abortivi. Introdurre anche in Italia, come nella maggior parte dei paesi europei, la RU486 significa tutelare la salute fisica della donna, e alleviare, per quanto possibile, il trauma provocato dall'aborto chirurgico.

## SCHEDA 4 L'ABORTO CHIRURGICO

L' interruzione volontaria della gravidanza è stabilita dalla legge n.194 del maggio 1978, secondo la quale l'aborto è concesso a discrezione della donna nei primi 90 giorni di gestazione; mentre tra il quarto e il quinto mese è possibile abortire solo per motivi terapeutici (per motivi legati alla salute psichica della donna o in presenza di grave rischio di malattie o malformazioni del nascituro).

Nel caso di volontà ad interrompere la gravidanza, è **necessaria una certificazione** che la donna può ottenere **presso il consultorio familiare, il medico di famiglia, una struttura ospedaliera o ambulatoriale, o dal suo ginecologo o medico privato**. Prima di poter effettivamente interrompere la gravidanza sono necessari una serie di esami clinici preoperatori che consentono di conoscere qual è lo stato di salute della donna e quale metodologia di aborto risulta più adatta a lei.

In linea generale, l'aborto chirurgico consiste nello svuotamento dell'utero attraverso l'aspirazione embrione. Esistono però differenti metodologie a seconda del periodo di gestazione della donna e delle sue condizioni di salute:

- Isterosuzione; viene utilizzata solo entro le prime otto settimane di gestazione. Consiste nell'aspirazione dell'embrione e della sacca di placenta che lo circonda attraverso una cannula introdotta nell'utero senza la necessità di utilizzare dei farmaci che dilatino il collo dell'utero (cervice).
- Dilatazione e revisione della cavità uterina (D&R); utilizzata dall'ottava alla dodicesima settimana, consiste nella dilatazione della cervice per permettere il passaggio di cannule di diametro maggiore. La cervice viene dilatata adoperando dei dilatatori meccanici calibrati di diametro progressivamente crescente per raggiungere la dilatazione desiderata, oppure farmacologicamente.
- Dilatazione e svuotamento (D&S), tecnica utilizzata per gravidanze che superano le dodici settimane. Questa procedura consiste nella dilatazione del canale cervicale attraverso l'uso di dilatatori farmacologici o meccanici. Il feto viene quindi rimosso, poi vengono aspirati il liquido amniotico, la placenta e i residui fetali.

Le tecniche utilizzate risultano essere gradualmente più invasive, ma ciò che è importante tenere presente è che quasi sempre **si ricorre comunque al "raschiamento" per evitare complicazioni post-aborto**. E' per questo che risulta fondamentale, una volta presa la decisione di interrompere la gravidanza, che i tempi di attesa dell'operazione siano quanto più brevi possibile. In Italia la legge prevede che al momento della richiesta da parte della donna il medico decida in due modi: se ritiene che l'intervento sia urgente, rilascia la certificazione alla donna, che può presentarsi immediatamente in una struttura sanitaria per eseguire l'operazione. Il medico, però, può ritenere invece che non c'è urgenza e rilasciare un documento, firmato anche dalla donna, in cui la invita di "rifletterci" per sette giorni, al termine dei quali può richiedere l'interruzione di gravidanza, questo accade nella maggior parte dei casi. Dal momento della certificazione la donna è in balia della struttura ospedaliera e delle sue liste d'attesa.

L'interruzione di gravidanza volontaria (IGV) **è un vero e proprio intervento chirurgico**, per il quale la donna deve sottoporsi **all'anestesia, che nel 85% circa dei casi è generale**. Si tratta di un dato molto elevato considerando che circa l'80% delle operazioni viene effettuato entro la decima settimana di gestazione. Ciò aumenta notevolmente il rischio di salute per la donna, che nella maggioranza dei casi non richiede l'anestesia generale, ma le viene proposta come unica alternativa dai servizi sanitari. Inoltre, non è confermato che in seguito a questo tipo di anestesia si abbia una percezione minore del dolore, rispetto ad un'anestesia locale ben praticata. I danni per la salute provocati dall'anestesia potrebbero essere evitate tramite l'adozione della pillola abortiva RU 486 e le infezioni uterine post-operatorie sarebbero ridotte dell'8%.

## SCHEDA 5

### I vari metodi contraccettivi

#### PILLOLA

Quando parliamo di pillola intendiamo comunemente un farmaco contenente l'associazione di due ormoni: l'Etinilestradiolo ed un ormone progestinico. La differenza tra le varie pillole in commercio sta nel dosaggio dell'Etinilestradiolo (da 50 a 15 mcg), nel tipo di progestinico usato. Si parla di pillole a **basso dosaggio** per quantitativi di etinilestradiolo uguali o inferiori a 30 mcg. Del tutto superate, ed utilizzate solo in casi particolari, le pillole con dosaggi di etinilestradiolo superiori a 35 mcg.

L'azione anticoncezionale si basa su tre effetti: **l'inibizione dell'ovulazione** (se la donna non ovula, significa che l'ovocita non viene liberato dall'ovaio; rimane quindi al suo interno e non può incontrarsi con lo spermatozoo), **l'alterazione del muco cervicale** (il muco che si trova nel canale cervicale, che è il punto di passaggio tra vagina e utero, diventa denso e fa passare pochissimi spermatozoi), **l'alterazione dell'endometrio** (l'endometrio è il tessuto che tappezza internamente l'utero. Una sua alterazione rende poco probabile l'impianto di un eventuale embrione). Le pillole con almeno 30 mcg di Etinilestradiolo hanno una **sicurezza contraccettiva che sfiora quasi il 100%**; pur essendo già a basso dosaggio, sfruttano prevalentemente se non esclusivamente i primi due meccanismi. Sono quindi eccellenti nel prevenire il concepimento. Il fatto che blocchino l'ovulazione si ripercuote inoltre in una riduzione notevole dell'incidenza di tumori dell'ovaio nei 5 anni successivi all'uso della pillola. Dal punto di vista generale sono infondati i "terrori" sugli effetti negativi della pillola. L'unico rischio (sebbene minimo e ancora dubbio) sarebbe per il tumore alla mammella quando l'uso della pillola viene iniziato in giovane età e continuato per almeno 8-10 anni consecutivi prima della prima gravidanza. Il rischio di trombosi viene lievemente aumentato dall'uso della pillola anche se con le moderne pillole a basso dosaggio (30-20-15 mcg di etinil estradiolo) è un rischio contenuto; il rischio aumenta invece notevolmente associando all'uso della pillola il fumo di sigaretta; le utilizzatrici della "pillola" dovrebbero sospendere il fumo o ridurlo almeno il più possibile. Non

riducono inoltre la fertilità e alla sospensione della pillola la donna è subito in grado di concepire. In conclusione, data la grande varietà di pillole contraccettive presenti sul mercato e dei loro potenziali vantaggi/svantaggi, **il ginecologo** deve decidere quale sia la pillola più adatta alle esigenze della singola paziente. Sarà inoltre buona norma effettuare **esami di controllo**, segnati dal ginecologo, annualmente per verificare eventuali effetti collaterali del trattamento. L'effetto della pillola deve dunque essere valutato caso per caso: una pillola perfetta per una paziente può essere scarsamente tollerata da un'altra. **Non protegge dalle malattie sessualmente trasmesse**

## **CEROTTO**

Il cerotto contraccettivo (EVRA) può essere paragonato come funzionamento alla "pillola". Permette infatti il rilascio in circolo, mediante assorbimento cutaneo, di Etinil-estradiolo e di un progestinico denominato Norelgestromina. I vantaggi sono legati all'assenza di problemi di assorbimento legati a vomito o diarrea, alla applicazione settimanale del cerotto (e non giornaliera), al basso dosaggio associato ad un controllo ottimale del ciclo e della ovulazione analogamente alle pillole da 30 mcg. **Non protegge dalle malattie sessualmente trasmesse.**

## **ANELLO VAGINALE**

L'anello vaginale (NUVA-RING) è una nuova forma di contraccettione ormonale. Un piccolo anello morbido viene inserito in profondità in vagina, per restarvi 21 giorni. L'anello determina rilascio locale di Etinil-estradiolo (15 mcg) e di Etonogestrel.

Nonostante il bassissimo dosaggio ormonale, l'assorbimento per via vaginale permette una completa soppressione dell'ovulazione (sicurezza contraccettiva elevata) ed un controllo ottimale del ciclo. Fra i vantaggi dell'anello, il corretto assorbimento degli ormoni anche in presenza di vomito o diarrea, l'applicazione unica, la possibilità costante di verificare la presenza dell'anello in vagina. L'anello inoltre non crea nessun tipo di problema durante i rapporti sessuali, **non protegge dalle malattie sessualmente trasmesse**

## **SPIRALE**



Per spirale (o IUD) si intende un piccolo "oggetto in plastica" che con estrema facilità (ambulatoriamente) viene inserito nella cavità uterina e lasciato in sede per più anni. L'effetto contraccettivo sta nell'alterazione dell'ambiente endo-uterino che porta ad un ostacolo al passaggio degli spermatozoi e ad una inibizione dei processi di impianto embrionali. Il grosso rischio della spirale sono le infezioni che, favorite dalla presenza della stessa spirale, possono interessare le tube e determinare sterilità permanente. La spirale **non protegge dalle malattie sessualmente trasmesse.**

## **DIAFRAMMA**

Il diaframma è una piccola membrana in plastica che viene inserita prima del rapporto profondamente all'interno della vagina. Impedisce meccanicamente il passaggio degli spermatozoi verso il canale cervicale. Ha **una efficacia contraccettiva non eccellente e non protegge dalle malattie sessualmente trasmesse.**

## **PROFILATTICO**

"Cappuccio" in plastica da applicare sull'organo genitale maschile durante il rapporto sessuale. **Ottimo nella prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse** se correttamente usato (messo fin dall'inizio del rapporto, non rotto, non sfilato). **Buona efficacia contraccettiva.**

## **LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO**

La pillola del giorno dopo è un **farmaco contraccettivo**, da utilizzare **solo** come contraccezione di emergenza, da usare nelle 72 ore successive al rapporto a rischio. Viene spesso confusa erroneamente con la pillola abortiva Mifepristone ( RU-486), ma la pillola del giorno dopo non è assolutamente considerabile una pillola abortiva. **L'efficacia della pillola del giorno dopo è tanto maggiore quanto al più presto viene utilizzata.** È dimostrato da uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che l'assunzione entro le prime 24 ore dal rapporto a rischio avrebbe un'efficacia del 95%. La pillola del giorno dopo agisce in due modi diversi, a seconda del periodo del ciclo mestruale in cui viene assunta, 1-bloccando l'ovulazione se assunta nel periodo precedente l'ovulazione stessa, se 2- se assunta ad ovulazione avvenuta, quindi con la possibilità di un processo di fecondamento in atto, rende la parete interna dell'utero inospitale per l'impianto. In alcuni rarissimi casi è causa di modesti effetti collaterali come nausea o vomito. La pillola del

giorno dopo deve essere utilizzata solo in casi di particolare necessità e non può sostituire la contraccezione tradizionale, un uso frequente potrebbe infatti causare danni al sistema epatico.

**In Italia** la pillola del giorno dopo può essere venduta solo dietro prescrizione medica, pertanto è necessario rivolgersi al consultorio familiare o al pronto soccorso. Al pronto soccorso, nonostante la prescrizione sarebbe **per legge un atto dovuto**, si potrebbero trovare soltanto medici che, pur non avendone diritto (la pillola del giorno dopo non è un farmaco "abortivo" ma contraccettivo), rifiutano **illegittimamente** la prescrizione, sollevando obiezione di coscienza.

Oltre a non essere abortiva, la pillola è stata poi annoverata tra i **farmaci "d'emergenza"**, rientranti nella "Classe 1" dall'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità): **dovere** del personale medico, di turno nel pronto soccorso, è dunque ottemperare **con sollecitudine** alle richieste delle pazienti. La Procura di Roma ha recentemente aperto un fascicolo – per ora contro ignoti – per stabilire le responsabilità dei medici capitolini che si sono rifiutati di prescrivere la pillola del giorno dopo ad una donna che, durante il week-end – quando i consultori sono chiusi – si è rivolta a decine di ospedali romani, senza successo, per ottenere la prescrizione.

Ma qual è la situazione negli altri Paesi?

### **Francia**

È disponibile nelle farmacie senza la necessità di prescrizione medica, è inoltre disponibile gratuitamente nelle scuole.

### **Regno Unito**

È disponibile senza la prescrizione medica in tutto il territorio britannico, alcune città come Manchester hanno iniziato in via sperimentale la distribuzione gratuita.

### **Spagna**

Analogamente all'Italia la pillola del giorno dopo è disponibile previa prescrizione medica, poiché la legge spagnola permette libertà di scelta in merito a queste tematiche ai comuni, in alcuni di essi, tra i quali Madrid la distribuzione della pillola del giorno dopo è libera e gratuita.

## **SCHEDA 5**

### **OBIEZIONE DI COSCIENZA: da eccezione a regola**

Una delle minacce che pesa di più sul diritto all'aborto in Italia è costituita dalla massiccia diffusione di obiettori di coscienza tra medici, ginecologi e personale paramedico nelle strutture sanitarie: come previsto dall'art. 9 della legge 194, infatti, "il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non e' tenuto a prendere parte alle procedure [...] ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza".

La diffusione sempre crescente dell'obiezione di coscienza che, in più di una struttura, si traduce in una negazione praticamente totale del servizio, mette DI FATTO a rischio l'applicazione della legge 194.

Le statistiche parlano chiaro: si sono dichiarati obiettori il **57,8% dei ginecologi, il 45% degli anestesisti e il 38,1% del personale paramedico** (infermieri, barellieri...). (Fonte: Relazione alla Camera dei Deputati, dati definitivi anno 2003 – dati preliminari anno 2004).

Questi dati, che delineano la media nazionale, e che già di per se sono sconcertanti, impallidiscono di fronte ai dati relativi alle realtà regionali: in Veneto obiettore è l'80,5% dei ginecologi; nel Lazio il 77,7%; in Basilicata si arriva addirittura all'83,3!

Ma siamo realmente di fronte ad una maggioranza praticamente assoluta di medici militanti anti-abortisti, ferventi cattolici, crociati del nuovo millennio, difensori della vita umana?

La risposta è ovviamente negativa, la maggior parte degli obiettori è spinta da una ragione che ha poco a che vedere con la Morale e molto a che vedere con il Portafoglio!

E' risaputo come in Italia dichiararsi obiettori sia ormai divenuto quasi un "titolo" extra per l'esercizio della professione: si obietta perché il primario è obiettore, perché l'amministrazione della struttura sanitaria è cattolica, perché altrimenti non si fa carriera, perché "se no ti fanno fare solo quello...", si obietta per fare soldi e tutto a discapito della salute psico-fisica di migliaia di donne. Molte lobby farmaceutiche così come molte cliniche private e – sic!- strutture ospedaliere pubbliche, sono legate a doppio filo al Vaticano e ai suoi interessi (nessuna ditta produce o importa, in Italia la pillola Ru486, anche perché teme l'ostracismo della sanità cattolica).

I medici non obiettori sono ormai "merce rara", tanto che per far fronte alla mancanza di personale nelle strutture pubbliche, che

dovrebbero avere l'OBBLIGO di garantire il servizio di interruzione volontaria di gravidanza, è nata la figura del ginecologo a contratto, che viene ingaggiato e pagato dagli ospedali di fatto solo per fare aborti.

Sono per lo più i precari, gli esterni o ancora i pochi "sensibili alla questione" a snellire le enormi liste d'attese nelle strutture pubbliche mentre i restanti non obiettori, in cerca di profitto, dirottano le donne verso le cliniche private loro affiliate.

Ma cosa significa per una donna cercare di abortire in Basilicata, ad Agrigento, in Veneto, in una regione, in una struttura ospedaliera dove la maggioranza assoluta di medici, anestesisti, personale sanitario rifiuta qualsiasi coinvolgimento in questa "sporca operazione"? Significa prima di tutto entrare in contatto con strutture "ostili", magari essere indirizzata verso i vari centri di ascolto anti-abortisti, essere inserita in liste d'attesa lunghissime, aspettare per settimane o, perché non scadano i 90 giorni, iniziare il viaggio della speranza tra un ospedale e l'altro, da una Regione all'altra; perdersi nei mille passaggi clinico-burocratici o molto più "semplicemente", ricorrere all'aborto presso cliniche private, sempre che se ne abbia la possibilità economica.

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>1505</b>	<b>58,6</b>	<b>1362</b>	<b>41,1</b>	<b>3082</b>	<b>28,1</b>
Piemonte	264	56,3	218	44,9	347	25,3
Valle d'Aosta	2	18,2	6	60,0	0	0,0
Lombardia *	608	68,7	541	47,9	1385	33,7
Bolzano	20	74,1	24	41,4	133	65,2
Trento	11	42,3	13	25,5	328	17,2
Veneto	264	80,5	196	47,7	532	45,4
Friuli Venezia Giulia	73	59,8	48	36,9	89	22,3
Liguria ****	70	51,5	148	53,6	74	26,1
Emilia Romagna	193	34,2	168	22,0	194	12,9
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>877</b>	<b>70,4</b>	<b>849</b>	<b>56,3</b>	<b>3351</b>	<b>55,0</b>
Toscana *	207	55,8	162	33,4	206	49,5
Umbria	78	68,4	75	58,6	235	28,1
Marche *	149	78,4	169	70,7	492	52,9
Lazio **	443	77,7	443	67,6	2418	61,8
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>733</b>	<b>52,4</b>	<b>570</b>	<b>46,8</b>	<b>2666</b>	<b>35,7</b>
Abruzzo	97	44,3	138	38,8	1225	25,6
Molise *	26	70,3	30	68,2	145	75,5
Campania ****	219	44,1	86	40,4	326	50,0
Puglia *	218	76,8	131	63,0	386	68,0
Basilicata	55	83,3	46	62,2	272	52,4
Calabria ***	118	39,9	139	42,9	312	42,0
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>349</b>	<b>44,5</b>	<b>442</b>	<b>43,5</b>	<b>3126</b>	<b>41,3</b>
Sicilia *****	341	44,1	430	43,2	3096	41,1
Sardegna ***	8	72,7	12	57,1	30	83,3
<b>ITALIA</b>	<b>3464</b>	<b>57,8</b>	<b>3223</b>	<b>45,7</b>	<b>12225</b>	<b>38,1</b>

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

## **SCHEDA 6**

### **I consultori GINECOLOGICI**

L'istituzione dei consultori risale ad una legge del 1975 e persegue, accanto a finalità di assistenza psicologica e sociale per la famiglia e la maternità, lo scopo di tutelare la salute della donna, nonché di divulgare le informazioni "idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso". Oggi i consultori, oltre a fornire una consulenza circa i metodi contraccettivi, devono, se abilitati, garantire la prescrizione della pillola del giorno dopo. La stessa legge 194 del 1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza fa riferimento in più occasioni al ruolo dei consultori, stabilendo che la donna vi si può rivolgere per ottenere la certificazione necessaria per abortire. L'accesso ai consultori è **anonimo e gratuito** quando offerto dalle ASL (è prevista l'istituzione di consultori anche da parte di enti privati).

Per quanto i servizi forniti dai consultori siano necessari e spesso urgenti, questi non sono facilmente accessibili, o non sono accessibili nei tempi necessari, per una serie di motivi. Manca un reale radicamento di questi istituti su tutto il territorio nazionale, addirittura in una serie di comuni i consultori sono totalmente assenti; laddove esistono, i giorni e gli orari di apertura sono talmente ridotti (anche solo due ore la mattina!) da scoraggiare qualunque potenziale utente, dalla donna lavoratrice alla studentessa minorenni.

Il disservizio, poi, diventa tanto più grave quando l'esigenza di rivolgersi al consultorio è dettata dalla necessità della prescrizione della pillola del giorno dopo (vedi scheda). Questo anticoncezionale infatti va assunto entro un massimo di 72 ore dal rapporto a rischio: tempo spesso troppo breve perché si riesca a trovare un consultorio, a trovarlo aperto, farsela prescrivere e infine andarla a comprare. Un altro problema, rilevante soprattutto in relazione all'aborto, è costituito dalla scarsa collegamento e coordinamento di questi istituti con le altre strutture sanitarie. Inutile dire che tutte queste carenze sono accentuate al sud, dove invece la presenza di obiettori di coscienza tra gli operatori sanitari è molto alta.

I movimenti antiabortisti, fiancheggiati da politici di ogni schieramento, utilizzando strumentalmente alcuni passaggi della legge 194 sull'aborto, vorrebbero introdurre all'interno dei consultori (che per definizione dovrebbero essere laici) dei presidi stabili che promuovano i loro "valori" reazionari e sessisti. Opporsi all'introduzione di tali presidi nei consultori ginecologici, significa impedire la violenza della criminalizzazione e colpevolizzazione della donna in un momento già delicato e difficile.

Tabella 17 - N. Consulori Familiari funzionanti, 2003

REGIONE	CONSULTORI PUBBLICI	N. CONSULTORI PUBBLICI		CONSULTORI PRIVATI
		x 100000 DONNE IN ETA' 15-49 ANNI	x 200000 ABITANTI	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>946</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>	<b>89</b>
Piemonte	211	2,2	1,0	0
Valle d'Aosta	20	7,1	3,3	0
Lombardia	237	1,1	0,5	37
Bolzano	0	0,0	0,0	14
Trento	5	0,4	0,2	0
Veneto	143	1,3	0,6	19
Friuli Venezia Giulia	22	0,8	0,4	6
Liguria *	91	2,8	1,2	3
Emilia Romagna	217	2,4	1,1	10
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>459</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>	<b>1</b>
Toscana	232	2,9	1,3	0
Umbria	34	1,8	0,8	1
Marche **	38	1,1	0,5	0
Lazio	155	1,2	0,6	0
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>493</b>	<b>1,4</b>	<b>0,7</b>	<b>37</b>
Abruzzo	74	2,4	1,2	9
Molise **	7	0,9	0,4	1
Campania	162	1,1	0,6	0
Puglia	150	1,5	0,7	26
Basilicata	28	1,9	0,9	0
Calabria	72	1,4	0,7	1
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>253</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>16</b>
Sicilia **	177	1,4	0,7	9
Sardegna	76	1,8	0,9	7
<b>ITALIA</b>	<b>2151</b>	<b>1,6</b>	<b>0,8</b>	<b>143</b>