

l'allarme

Nel Paese transalpino l'aborto chimico ha ormai superato il 30 per cento del totale, innescando lo scivolamento progressivo dell'interruzione di gravidanza al di fuori dei confini delle strutture ospedaliere. Al punto che da qualche mese la somministrazione della Ru486 è possibile persino presso i consultori

SCIENZA&VITA

«INSITA NELLA TECNICA LA VIOLAZIONE DELLA LEGGE 194»
«La 194 aveva la finalità di "socializzare" l'interruzione di gravidanza eliminando quindi la clandestinità». Intervistato da Radio Vaticana, il ginecologo Lucio Romano, copresidente di «Scienza&Vita» sottolinea che la legge «aveva anche un altro scopo, quello di dar luogo a un'azione di prevenzione, ma devo dire che la 194 non è che abbia risposto a tutte queste esigenze, tant'è che oggi possiamo dire: la 194 nella prevalenza dei casi è essenzialmente la ratifica di una volontà da parte della donna ad abortire e su questo evidentemente ci trova tutti perfettamente contrari a questo tipo di applicazione, fermo restando l'aspetto morale dell'assoluta avversione nei confronti dell'interruzione di una vita. Per quanto riguarda poi la Ru486 noi possiamo dire che è insita nella tecnica stessa l'impossibilità di rispettare la 194 perché l'aborto avviene nella prevalenza dei casi entro 24 ore dall'assunzione della seconda molecola, vale a dire la prostaglandina». Il professor Romano sottolinea, poi, come «anche se l'Alfa o il Parlamento dovessero disporre il regime di ricovero ordinario, nessuno può costringere una donna a rimanere in un reparto ospedaliero per i tre giorni eventualmente sufficienti a coprire la maggior parte dei casi di interruzione di gravidanza». Quanto alla pericolosità della Ru486, il presidente di Scienza&Vita osserva che «in ragione della letteratura scientifica, sappiamo che questa molecola comporta una riduzione delle capacità di difesa dell'organismo e a tutt'oggi non è ancora perfettamente chiara l'eziopatogenesi delle famose sepsi che hanno portato a decesso diverse donne».

L'APPELLO



Lozano Barragan: «I medici fanno obiezione di coscienza»

«I medici fanno obiezione di coscienza» contro la somministrazione della pillola abortiva Ru486 affinché si veda che «il medico è colui che dà la vita, non colui che la toglie». È l'appello del cardinale José Lozano Barragan, presidente emerito del pontificio consiglio per la Pastorale della Salute, dopo che il consiglio di amministrazione dell'Alfa riunito ieri ha dato il via libera alla commercializzazione della pillola abortiva. Il cardinale ha ribadito le preoccupazioni della Chiesa per la messa in commercio della Ru486, un «veleno pericoloso» e non un farmaco. «Speriamo che i medici negli ospedali - ha aggiunto - raccolgano l'appello alla coscienza e che sappiano che non vi è distinzione tra aborto chimico e chirurgico: tutti sono aborti».

LA VITA IN GIOCO

Francia, boom di aborti dopo il sì alla «pillola»

Sono 200mila l'anno, uno ogni tre nascite

DA PARIGI DANIELE ZAPPALÀ

Per molti anni, si è tentato di negarlo. Ma ormai, davanti alle crude evidenze statistiche, tanti medici, demografi e sociologi d'Oltralpe hanno rotto il ghiaccio: esiste davvero un inquietante «paradosso abortivo francese». Non si può definire in altro modo un fenomeno storico del tutto impreveduto che mette oggi in crescente imbarazzo i responsabili sanitari transalpini: da quando l'aborto è stato legalizzato, nel 1975, la Francia ha conosciuto un'impressionante inflazione del ricorso alla contraccezione, in ogni sua forma. Eppure, il numero di aborti è rimasto nel tempo stranamente costante e soprattutto a un livello altissimo: attorno ai 200mila casi ogni anno, ovvero quasi un aborto ogni tre nascite. Un tasso, ad esempio, che è il doppio di quello tedesco. E tutto questo, nonostante gli esperti prevedessero e auspicassero invece negli anni Settanta, come ancora negli anni Ottanta, esattamente il contrario: che «logicamente» l'aborto sarebbe divenuto un fenomeno «residuale» grazie agli «investimenti pubblici» senza precedenti in politiche contraccettive di massa. Cambiando il punto di vista e passando a quello dei cittadini, il «paradosso» equivale a un'inquietante banalizzazione dell'aborto nella società francese. Ammessa a chiare lettere fin dal 2004 anche da un'autorevole istituzione scientifica pubblica come l'Istituto nazionale di studi demografici (Ined): a parità di altri fattori, «la stabilità dei tassi di Ivg [che sta per interruzione volontaria di gravidanza, il termine burocratico ufficiale utilizzato per l'aborto] sembra proprio tradurre un aumento della propensione a ricorrere

all'aborto in caso di gravidanza non prevista». Una verità scomoda da ammettere in un Paese in cui l'aborto è stato ufficialmente introdotto per legge come una soluzione di estremo ricorso esplicitamente rivolta alle «donne in stato di sofferenza». Ma di fronte a questo paradosso e all'ampiezza presa dalle deformazioni rispetto all'iniziale ispirazione legislativa, sono in molti oggi a chiedersi quanta parte di responsabilità possa essere imputata all'introduzione dell'aborto chimico: una «specialità» industriale storicamente francese che ancor oggi continua a rappresentare una specificità nazionale. In effetti, l'introduzione della Ru486 ha innescato lo scivolamento progressivo dell'aborto al di fuori dei confini delle strutture ospedaliere. Al punto che da qualche mese la somministrazione dell'aborto chimico è possibile persino presso i centri associativi di «planning familiare». Prima, vi era già stata un'estensione agli ambulatori medici convenzionati con gli ospedali. Col concorso di un discorso pubblico inizialmente centrato sulla «semplicità» di fruizione del trattamento anti-ormonale, la quota dell'aborto chimico ha superato in pochi anni il 30% del totale. Ma oggi, sullo sfondo già tetro dell'auspicata eccezione abortiva trasformata invece dopo un trentennio in «norma» corrente, si diffondono anche nuovi timori legati alla somministrazione della Ru486 fuori dagli ospedali. Si moltiplicano, soprattutto su internet, le testimonianze di donne, talora adolescenti, che hanno vissuto il dramma straziante di un aborto pressoché solitario in casa, dopo aver ingerito la Ru486

davanti a un medico. E c'è già, in questi tempi di crisi economica, chi accusa i poteri pubblici di aver allentato oltre ogni limite ragionevole le misure di accompagnamento. Ciò, sostengono i detrattori, ha forse garantito qualche economia alle casse statali, ma gli effetti concreti sulle persone potrebbero rivelarsi negli anni sempre più devastanti. Chiamato inizialmente a «risolvere gli inconvenienti dell'aborto chirurgico», l'aborto chimico è visto ormai sempre più spesso come un cavallo di Troia carico di detestabili conseguenze imprevedute.

La pillola Ru486, messa a punto in Francia nel 1980 dal medico Etienne Emile Baulieu, ha provocato finora 29 vittime accertate in tutto il mondo

gli esperti

Il gruppo di studio Gisam: spiegare alla donna i rischi se non resta in ospedale. In caso non accetti, dovrebbe rinunciare

DA PISA ANDREA BERNARDINI

Il protocollo adottato fino ad oggi negli ospedali di mezza Italia per l'aborto farmacologico ha le maglie troppo larghe: troppo spesso la donna rischia di abortire da sola a casa, magari perché «incoraggiata» a lasciare l'ospedale proprio dai medici che, invece, avrebbero dovuto convincerla a rimanere fino all'espulsione dell'embrione. È la preoccupazione di alcuni ginecologi, psicoterapeuti, medici legali, bioeticisti toscani, pugliesi e lombardi, raccolti nella sigla Gisam (Gruppo Interdisciplinare Studio Aborto Medico). Esperti che nelle scorse settimane avevano fatto pervenire all'Agenzia italiana del farmaco e ai responsabili delle istituzioni competenti un documento, in cui rilevano diverse criticità tra la procedura di aborto chimico e la legge 194. Nello studio, il gruppo di lavoro raccomanda una informazione chiara e completa sul meccanismo d'azione dei farmaci abortivi, dei rischi e degli effetti collaterali, sì che la donna possa scegliere pienamente consapevolmente tra la procedura chirurgica e quella farmacologica. Il documento richiama più

«L'informazione sia completa»

pareri espressi dal Consiglio superiore di sanità, secondo cui «i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica solo se l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero»; e che pertanto «l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla legge e la donna deve essere ivi trattata fino ad aborto avvenuto». «La letteratura scientifica - commenta la ginecologa Lorella Battini, premio Ogash Awards 2008 per i suoi studi - ci dice come l'aborto chimico si completa, nel 5% dei casi, entro due giorni (quindi senza nemmeno dover ricorrere alle prostaglandine), nel 75% entro le 24 ore seguenti all'assunzione del secondo farmaco, nel 15% fino a quindici giorni dopo, infine, nel 5% dei casi anche più tardi. La casistica, dunque, è molto vasta. In ogni caso, la donna dovrebbe disporre di un proprio letto in ospedale fino all'espulsione dell'embrione». Già, ma come fare se la donna sceglie o è invitata (come ha messo in evidenza una recente inchiesta di «Tempo») a firmare un foglio di dimissioni volontarie dall'ospedale tra il primo ed il secondo farmaco? «Il medico dovrebbe sconsigliare alla paziente l'allontanamento dall'ospedale - osserva il dottor Renzo Puccetti, bioeticista - in quanto, fuori dalla struttura, l'aborto è meno sicuro». Costringerla in ospedale però non è possibile: l'a-

aborto non è inquadrabile tra i trattamenti sanitari obbligatori... «Certo che no. Per questo abbiamo offerto un documento dove sono coniugate sicurezza, rispetto delle norme e autodeterminazione della donna, col vincolo che l'accettazione di una procedura deve avvenire nella sua interezza; riteniamo che la dimissione volontaria debba corrispondere a una rinuncia a proseguire la procedura farmacologica». E se ci ripensasse, tornando nella struttura dopo qualche giorno? «Potrebbe comunque abortire, ma con il metodo chirurgico, dal momento che la prosecuzione del metodo farmacologico, non garantendo a domicilio lo stesso livello di sicurezza, si porrebbe oggettivamente in contrasto con l'interesse della donna e con l'articolo 15 della legge 194. La donna dovrebbe essere informata prima di decidere assieme al medico». C'è un precedente che conforta la tesi del gruppo di lavoro: è il caso della isotretinoina, un derivato della vitamina A contenuto in alcuni farmaci utilizzati per il trattamento dell'acne. La isotretinoina è vietato alle donne in stato di gravidanza, perché potrebbe procurare malformazioni all'embrione. Le donne che sono ancora in grado di procreare, durante la terapia, devono sottoporsi ad accertamenti e assumere specifici trattamenti, pena la rinuncia alla molecola. Lo ha stabilito la stessa Agenzia del farmaco in una determinazione pubblicata sulla Gazzetta ufficiale il 9 novembre del 2005.

Milano

Il direttore sanitario della Mangiagalli chiede linee guida: «La legge non può variare da Regione a Regione»

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

«Non credo che l'introduzione della Ru486 sia un tema che appassioni il personale sanitario nel nostro ospedale. Ci sta molto più a cuore trovare soluzioni per aiutare le ra-



gazze in difficoltà a causa di una gravidanza non prevista». Basilio Tiso, direttore sanitario della clinica «Mangiagalli» di Milano, il più grande presidio ospedaliero pubblico materno-infantile della Lombardia, ritiene che l'autorizzazione all'uso della pillola abortiva sollevi interrogativi nuovi: «Mi a-

Tiso: così si rende più difficile combattere l'aborto

spetto che vengano istruzioni precise dalle autorità, perché una legge nazionale non può essere applicata in modo differente nelle diverse Regioni. E credo che dal punto di vista organizzativo ci darà non pochi problemi: rischiamo di dover sottrarre risorse ad altri servizi. A meno che non si voglia proprio modificare di fatto la legge 194 attraverso questo farmaco».

Come valuta l'introduzione della Ru486 nella pratica ospedaliera? In «Mangiagalli» il dibattito sulla pillola abortiva non appassiona. Siamo molto più

coinvolti dal trovare soluzioni per aiutare le ragazze in difficoltà per gravidanze non previste: ci sono proposte per incrementare il ruolo del volontariato (da noi opera anche un Centro di aiuto alla vita), oppure per creare un collegamento più efficace con i consultori. Questi sono i temi che sentiamo urgenti, nel tentativo di ridurre gli aborti, che spesso sono scelte quasi imposte da circostanze socio-economiche particolari. E nel nostro piccolo in qualche anno siamo riusciti a scendere da 2200 a 1600 aborti l'anno.

È sufficiente l'indicazione dell'Aifa di rispettare la 194, completando la procedura in ospedale? Non credo. Ci vorranno linee guida, indicazioni chiare su come utilizzare questo farmaco. Non dimentichiamo che l'aborto è depenalizzato solo se si seguono le regole previste dalla legge 194. Sento dire che qualcuno vorrebbe farlo in day-hospital, facendo firmare un consenso informato: mi pare che la legge non lo preveda. E non credo che una legge nazionale possa essere applicata in modo diverso da Regione a Regione. Del

resto non solo la legge, ma anche il buon senso dice che per essere sicura la procedura abortiva deve essere completata in ospedale. E poi inopportuno pensare di lasciare sola una donna in un momento comunque di sofferenza psicologica, esperta a depressione, oltre che ai rischi fisici di emorragie e di altri effetti collaterali. La scelta di utilizzare la Ru486 solo fino alla 7ª settimana nasce da una sua maggiore efficacia entro quel termine. Che cosa comporta per voi? È un ulteriore colpo alla pos-

sibilità di interagire con la donna per offrirle strumenti che le possano permettere di ritornare sui suoi passi. Accorciare i tempi di riflessione non mi pare una buona cosa: l'ansia induce a scelte sbagliate. Cosa cambierà per le interruzioni di gravidanza in «Mangiagalli» con la Ru486? Occorre tenere la donna ricoverata per almeno tre giorni, mentre ora la procedura si completa in sei ore: quindi penso che ne faremo di meno. Inoltre dovremo aumentare gli spazi per questo servizio e questo mette a

rischio la nostra organizzazione: ora abbiamo il servizio nascite (7mila l'anno, uno dei più alti in Italia), gli ambulatori per le patologie ginecologiche, per la terza età, per l'oncologia, eccetera. Più il servizio pubblico di interruzione della gravidanza. Tutto è in equilibrio: se devono crescere lo spazio e il tempo dedicato agli aborti, e non aumentano le risorse, rischiamo di penalizzare qualche altro comparto. Ne valeva la pena? A meno che, i fautori della pillola abortiva non siano in mala fede e puntino - di fatto - a portare l'aborto a domicilio.