

IL PROVVEDIMENTO DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULL'UTILIZZO DELLA RU486: QUALCHE RIFLESSIONE

Il tweet del Ministro della Salute: "Le nuove linee guida, basate sull'evidenza scientifica, prevedono l'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico in day hospital e fino alla nona settimana. È un passo avanti importante nel pieno rispetto della 194 che è e resta una legge di civiltà".

Le nuove linee guida:

Il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso parere favorevole al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico:

- fino a 63 giorni pari a 9 settimane compiute di età gestazionale;
- presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital.

Successivamente al parere del Consiglio Superiore di Sanità, è stata emanata la Determina n. 865 del 12 agosto 2020 dell'Agenzia Italiana del Farmaco "Modifica delle modalità di impiego del Medicinale Mifegyne a base di mifepristone (RU486)" nella quale vengono superate le precedenti limitazioni contenute nella Delibera del Consiglio di Amministrazione AIFA n. 14 del 30 luglio 2009 e nella Determinazione del Direttore generale dell'AIFA del 24 novembre 2009.

Con la nuova Determina AIFA, risulta:

1. annullato il vincolo relativo all'utilizzo del farmaco Mifegyne in regime di ricovero dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla conclusione del percorso assistenziale;

2. esteso l'impiego del farmaco Mifegyne dal 49° al 63° giorno di amenorrea, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale, in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, in linea con quanto contenuto nella scheda tecnica del mifepristone approvata in sede europea, che prevede il seguente modo di somministrazione:

- fino al 49° giorno di amenorrea: il mifepristone è assunto in un'unica dose orale da 600 mg (cioè 3 compresse da 200 mg ciascuna) seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine: misoprostolo 400 µg per via orale, oppure gemeprost, 1 mg per via vaginale.

- Tra il 50° e il 63° giorno di amenorrea: il mifepristone è assunto in un'unica dose orale da 600 mg (cioè 3 compresse da 200 mg ciascuna) seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine gemeprost 1 mg per via vaginale.

Tale farmaco non presenta la controindicazione all'utilizzo oltre il 49° giorno di amenorrea.

Tutto ciò premesso, si raccomanda di effettuare il monitoraggio continuo ed approfondito delle procedure di interruzione volontaria di gravidanza con l'utilizzo di farmaci, avendo riguardo, in particolare, agli effetti collaterali conseguenti all'estensione del periodo in cui è consentito il trattamento in questione.

1. Come giudicare la modifica delle linee guida?

Quali sono i criteri per valutare quanto disposto dal Ministro della Salute con riferimento all'utilizzo della RU486, vale a dire della pillola abortiva farmacologica? I commenti e le interviste apparsi in questi giorni, che senza dubbio hanno arricchito il quadro, sembrano non rispondere a questa domanda decisiva, dalla cui risposta discende una valutazione razionale di quanto avvenuto.

Indicherei due ambiti in cui è necessario stabilire i criteri di giudizio: il primo è la distinzione tra il *contenuto* del provvedimento e quanto vi sta intorno: i commenti dello stesso Ministro nell'annunciare quanto deciso, il parere del Consiglio Superiore di Sanità, le esternazioni di uomini politici e di associazione di medici.

Il secondo criterio, certamente il più importante, è quello dei valori ai quali fare riferimento. Li elenco: tutela della vita del concepito, tutela della vita e della salute della donna che abortisce, tutela dell'autodeterminazione della donna, tutela del diritto della donna a prestare un consenso libero e informato, rispetto della legge 194 del 1978.

2. Il contenuto del provvedimento.

2.1. La distinzione tra contenuto del provvedimento e tutto ciò che lo "circonda" è importante: le linee guida sono, in qualche modo, un atto normativo (come una legge o un regolamento) e, una volta approvati, gli atti normativi "vivono di vita propria", incidono nell'ambito in cui sono approvati a prescindere da quanto è stato detto prima, durante e dopo la loro approvazione.

Lo sappiamo bene proprio con riguardo alla legge 194 o alla legge 40 sulla fecondazione artificiale: a prescindere dalle convinzioni di chi le approvò, dalla buona fede di chi pensò che le enunciazioni di principio sulla tutela della vita e del concepito avrebbero inciso in qualche modo sulla disciplina, e ancora, a prescindere da chi ha sostenuto e continua a sostenere che la legge 194 non riconosce l'aborto come diritto, al contrario – come è stato più volte dimostrato – fino a quando il feto ha capacità di vita autonoma in Italia l'aborto è libero, lasciato alla autodeterminazione della donna, oltre che gratuito ed assistito; questo perché il *contenuto* della legge, nelle sue parti normative, porta al risultato che, quando una donna incinta chiede di abortire, per qualunque causa, tale possibilità le viene

sempre riconosciuta e mai negata.

2.2. E allora, quale è il *contenuto* delle nuove linee guida che il Ministro ha approvato?

La possibilità di ricorso all'aborto farmacologico – RU 486 – viene estesa alla nona settimana di gravidanza, mentre in precedenza il ricorso a tale preparato era possibile soltanto nelle prime sette settimane di gravidanza; inoltre, dice il Ministro, viene utilizzato il *day hospital*.

Per comprendere la portata del riferimento al *day hospital* occorre ricordare che la RU 486 prevede la somministrazione del mifepristone – la sostanza che, in parole povere, uccide il concepito (in un'intervista a Repubblica, l'ineffabile Silvio Viale disse che il mifepristone "prepara il terreno") – e, successivamente, la somministrazione delle prostaglandine, sostanze che determinano l'espulsione del concepito dal corpo della madre inducendo le contrazioni. In realtà, talvolta l'espulsione interviene già prima della somministrazione delle prostaglandine; di solito, dopo due giorni dall'assunzione della pillola di mifepristone, il ginecologo monitora la situazione e somministra le prostaglandine. In ogni caso, il momento esatto dell'espulsione non è prevedibile.

2.3. In un documento dell'8 aprile 2020, la SIGO auspicava quattro modifiche della procedura di somministrazione dell'aborto farmacologico: a) spostare il limite del trattamento da 7 a 9 settimane; b) eliminare la raccomandazione del ricovero in regime ordinario dal momento della somministrazione del mifepristone al momento dell'espulsione; c) introdurre anche il regime ambulatoriale che prevede un unico passaggio nell'ambulatorio ospedaliero o in consultorio, con l'assunzione del mifepristone, e la somministrazione a domicilio delle prostaglandine; d) prevedere una procedura totalmente da remoto, monitorizzata da servizi di telemedicina: quest'ultima proposta veniva correlata all'emergenza COVID.

Come si vede, la prima raccomandazione è stata accolta, così come la seconda: la donna non deve più essere ricoverata in ospedale dopo avere assunto la pillola abortiva. Notiamo anche che quella del ricovero in ospedale dopo la somministrazione del mifepristone è una "raccomandazione" e non un obbligo vincolante (ciò è coerente, del resto, con la natura di linee guida dell'atto).

2.4. Dalla terza proposta della SIGO comprendiamo, però, che l'idea per cui la donna dovrebbe rimanere solo mezz'ora presso un ambulatorio per poi non tornarvi più è possibile soltanto se le prostaglandine saranno "somministrate a domicilio": dizione imprecisa perché non specifica se il preparato deve essere *consegnato* alla donna, che dovrebbe decidere se e quando assumere le prostaglandine, ovvero se un medico ginecologo deve *recarsi a casa della donna*, effettuare il monitoraggio della situazione e decidere se – e quando – somministrare le prostaglandine.

2.5. Non basta. Per comprendere se davvero il quadro auspicato dalla SIGO – solo mezz’ora in ambulatorio e in consultorio – corrisponda alla decisione del Ministro occorre fare riferimento alle procedure previste dalla legge 194 per l’aborto nei primi novanta giorni (articolo 5): colloquio presso un consultorio o una struttura socio-sanitaria, rilascio del documento che attesta il colloquio, attesa di sette giorni, periodo dopo il quale la donna che ha chiesto di abortire ha diritto ad essere sottoposta all’intervento.

Quindi, gli accessi devono essere almeno due, a distanza di sette giorni l’uno dall’altro: il primo per il rilascio del certificato, il secondo per la somministrazione della pillola. Certo, l’art. 5 della legge 194 prevede che il medico possa rilasciare alla donna un certificato attestante l’urgenza, in forza del quale l’aborto può essere praticato immediatamente: ma si deve escludere che un Ministro possa disporre che i medici attestino *sempre* l’urgenza, anche quando tale urgenza non c’è, incitandoli a redigere documenti ideologicamente falsi.

Si aggiunga, per di più, che, mentre il colloquio per il rilascio dell’attestato può essere svolto anche presso un consultorio – il ricorso ai consultori è stato sempre molto incoraggiato – l’intervento abortivo (quindi: la somministrazione del mifepristone) può essere eseguito (oltre che negli ospedali) “presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione” (art. 8, sesto comma legge 194). In definitiva: se la donna si rivolgerà ad un consultorio o al suo medico di fiducia, l’intervento avverrà in altro luogo e, tendenzialmente, in altro giorno.

2.6. Ma il quadro secondo cui la donna – tranne per quella mezz’ora in cui le viene somministrato il mifepristone – non dovrebbe più avere a che fare con i medici e gli ospedali è assai incerto anche per la fase *successiva* alla somministrazione dei preparati: è pacifico, in primo luogo, che il preparato abbia un’efficacia abortiva non assoluta (si parla del 95%); è altrettanto pacifico che l’utilizzo della RU486 comporta delle complicazioni anche gravi. In altre parole, sembra certo che una donna che ha assunto la RU486 abbia necessità di sottoporsi ad una visita “finale” che verifichi il “successo” della pillola e l’assenza di complicazioni.

2.7. Se è possibile ironizzare su una questione così drammatica, qui viene fuori la “truffa delle etichette”: dalle statistiche contenute nelle Relazioni dei Ministri della Salute sull’attuazione della legge 194 emerge che oltre 9 donne su 10 che abortiscono con l’aborto chirurgico lo fanno in *day hospital*, quindi senza nemmeno un pernottamento in ospedale. Sotto il profilo del “disagio” immediato provocato alla donna dall’aborto, quindi, quello chirurgico è nettamente preferibile: meno “tempo perso” (meno di un giorno rispetto a due – tre giorni come conseguenza dell’assunzione della RU486), maggiore prevedibilità degli

eventi (come si è detto, l'espulsione del feto nella RU486 avviene in un momento non prevedibile); maggiore garanzia dal punto di vista sanitario, tenuto conto del fatto che la donna è seguita ed assistita nell'intera giornata in ospedale. Il colloquio presso il consultorio sette giorni prima resta sempre obbligatorio, a prescindere dal metodo abortivo usato; una visita ginecologica successiva all'esecuzione dell'aborto è verosimilmente consigliata sia in caso di ricorso all'aborto chirurgico, sia in caso di ricorso all'aborto farmacologico.

3. I valori in gioco. Il diritto alla vita del concepito.

3.1. Analizzato il contenuto delle nuove linee guida emanate dal Ministro della Salute, dobbiamo valutarlo alla luce dei valori che ho ricordato sopra.

Non vi è dubbio che, per un *prolife* convinto, il valore essenziale è il diritto alla vita del concepito.

Ebbene: il provvedimento non consente uccisioni di concepiti in precedenza non permesse, ma tratta delle *modalità di uccisione*; i concepiti di otto e nove settimane, ora, possono essere uccisi con l'aborto farmacologico anziché con l'aborto chirurgico. Nell'ottica del concepito, quindi, la discussione sul provvedimento annunciato dal Ministro assomiglia a quelle sul metodo meno doloroso di esecuzione delle condanne a morte negli Stati Uniti (sedia elettrica, iniezione letale, impiccagione o fucilazione?); ancora, possiamo accostare questa tematica a quella oggetto della sentenza della Corte Costituzionale sul suicidio assistito dei pazienti che lo chiedono e che si trovano in certe condizioni: poiché - dice la Corte - in base alla legge sul consenso informato, essi hanno diritto di ottenere la morte "medicalmente assistita", meglio farli morire in fretta e senza sofferenze.

I due esempi che ho fatto, però, presuppongono *la liceità della pratica omicida*: per chi - come me - è contrario alla pena di morte, quelle sulle modalità dell'esecuzione sono discussioni assurde, perché ogni uccisione deve essere impedita; e così per l'uccisione di pazienti sofferenti permessa dalla legge 219 del 2017 sul consenso informato. Se, invece, concordo sulla legittimità della condanna a morte in determinati casi, queste tematiche hanno un senso (come sappiamo, negli USA c'è ampia giurisprudenza della Corte Suprema sui metodi di esecuzione della condanna a morte).

Dare del killer al Ministro Speranza perché permette il ricorso alla RU486 entro le nove settimane è chiaramente errato: la legge permette già di uccidere quei concepiti.

D'altro canto, non sembra nemmeno che l'estensione a nove settimane dell'uso della RU486 possa provocare *maggiori sofferenze al feto* ucciso rispetto all'aborto chirurgico e nemmeno che tale possibilità possa far *umentare* il numero

degli aborti.

4. Il rischio di queste discussioni.

Ci si potrebbe fermare qui: quello che dispone il Ministro della Salute circa le modalità di attuazione di una legge omicida come la legge 194, di una legge che permette sempre e per qualsiasi motivo l'uccisione di un bambino innocente, non riguarda *davvero* un prolife.

Anzi: per un prolife, il rischio che porta con sé l'entrare dentro queste questioni – come si uccide un bambino: con il bisturi facendolo a pezzi, oppure aspirandolo e frullandolo oppure facendolo soffocare? – è quello di *accettare inconsapevolmente la logica della legge 194*, cioè della liceità dell'uccisione degli innocenti. In altre parole – facendo un salto logico – significa occuparsi dell'ultimo valore in gioco, tra quelli che ho menzionato: il rispetto della legge 194 che, secondo alcuni tra di noi, è "la migliore legge possibile"...

Si tratta di un rischio che si può correre purché i "fondamentali" siano chiari.

5. I maestri.

Sfogliando il documento per il decennale del Comitato Verità e Vita ho rinvenuto alcuni passaggi assolutamente illuminanti.

Giuseppe Garrone ci scriveva, con riferimento alla legge 194: *"Credo che sarebbe un grave errore metterci sulla strada del miglioramento delle parti supposte positive di tale legge, perché non spetta a noi e rischieremmo di scadere ad un bassissimo livello, già raggiunto da altri.*

Inoltre, sappiamo bene che gli abortisti non rispettano e non rispetteranno mai gli 'specchietti per le allodole' rappresentati dagli articoli che se rispettati salverebbero qualche bambino, visto che la legge è stata voluta ed è vissuta come introduzione dell'aborto libero. Piuttosto prepariamo delle proposte da offrire a qualche parlamentare cattolico, che nel rispetto del 73 dell'Evangelium Vitae, tenti di scuotere l'assuefazione della mentalità corrente, anche se con poche o nulle speranze di ottenere risultati concreti.

Noi cerchiamo spazi per affermare la verità sull'uomo, tutta intera: questo si spetta a noi."

La RU 486 fu così salutata dal Comitato: "La RU486: un pesticida per eliminare esseri umani", ma con le ulteriori riflessioni: *"Nel dibattito di questi giorni è stato fra l'altro ricordato – e giustamente – che la RU486 implica rischi rilevanti per la salute della donna. Un dato oggettivo che dimostra l'intento ideologico che anima i sostenitori dell'aborto chimico.*

Tuttavia, tali considerazioni non devono farci dimenticare che il no alla RU 486 va motivato innanzitutto con la necessità di rifiutare ogni forma di aborto come

ingiusta e ingiustificabile uccisione intenzionale del concepito. In questo senso, l'aborto chirurgico attuato ogni giorno negli ospedali italiani con il beneplacito della legge 194 del 1978, e con il ricorso ai soldi pubblici, non costituisce in alcun modo una pratica "migliore" o "più accettabile" rispetto all'aborto chimico. Altrimenti, si corre il rischio di considerare un valore positivo il fatto che una certa forma di aborto sia "buona" perché più facile e sicura. Ma la società non ha, mai, il compito di rendere più facile e sicuro un determinato tipo di delitto, come ha preteso di fare la 194 per eliminare l'aborto clandestino.

Il mezzo utilizzato per uccidere non modifica la sostanza dell'atto che si compie. Si può ad esempio erogare una sentenza di morte con un'iniezione letale, oppure con l'uso della sedia elettrica, e si può aprire un dibattito su quale dei due sistemi sia il meno disumano. Ma se qualcuno ritiene la pena di morte un atto intrinsecamente ingiusto, non sarà certo il tipo di esecuzione a modificare il giudizio negativo nei confronti del boia. Allo stesso modo, l'aborto procurato esprime la medesima sostanziale ingiustizia, sia esso consumato con i ferri del medico abortionista, o per via orale con la somministrazione di un principio attivo.

La RU 486 è in questo senso solo il segno di una ulteriore involuzione, un imbarbarimento della nostra civiltà giuridica che ha le sue premesse nella legalizzazione dell'aborto. Sarà difficile, anzi impossibile, "fermare" questa deriva se si accetta come un dato ineluttabile il diritto all'autodeterminazione della donna nel decidere la vita o la morte di suo figlio".

Nel comunicato "I "nuovi pro-life" - Uno spettro abortista si aggira per il mondo cattolico", si denunciava una mutazione "che si può riassumere in questi termini: tutto ciò che è ormai legge dello Stato, e che si alimenta su una cultura e un consenso diffusi nella società, deve essere accettato così com'è. Anzi: bisogna evitare di denunciare la sua ingiustizia per ragioni "strategiche". Di più: bisogna cambiare il nostro sguardo, modificare il giudizio originario, e vedere in ciò che un tempo chiamavamo iniquo addirittura i segni del buono e del giusto.

Questa è una posizione ideologica, che non ha nulla a che vedere con il senso stesso di una presenza pro-life, e meno che meno con una presenza cattolica nella realtà. Tale nuova posizione, però, è oggi la più forte e la più visibile; è bene accolta anche in ambito cattolico – ad esempio sugli organi di informazione ufficiali cattolici – perché mette insieme questa sorta di "indulto etico" per ciò che ormai è legge dello Stato (divorzio, contraccezione, aborto chirurgico, fecondazione artificiale omologa) a una notevole combattività contro ciò che ancora non è diventato legge e prassi civile: aborto chimico, testamento biologico, eutanasia, sperimentazione sugli embrioni, fecondazione artificiale eterologa, legalizzazione delle coppie di fatto". (...) Questa nuova dottrina ha anche il "vantaggio" di consentire di imbarcare nell'equipaggio quegli intellettuali che sono e rimangono

abortisti, o divorzisti, ma che hanno l'indubbio merito di vivere un certo travaglio personale. E che volentieri si alleano per combattere contro le nuove minacce non ancora legalizzate. Intellettuali che dicono: l'aborto legale ci vuole, non si può metterlo in discussione; ma l'aborto con la RU486 mi ripugna, non lo voglio. A questi intellettuali il mondo cattolico ufficiale sta in alcuni casi offrendo posizioni di rilievo, ruoli di editorialisti stabili, compiti di speaker in manifestazioni pubbliche. Risultato: molti nel mondo cattolico non sono più nemmeno in grado – pur in perfetta buona fede – di riconoscere in che cosa consista un pensiero di stampo abortista”.

In sintesi, potremmo riassumere così la posizione di questa nuova "cultura della vita" (ma le virgolette sono d'obbligo): quello che è accaduto nel passato, accettiamolo e proviamo a leggerlo in chiave positiva; quello che deve ancora accadere, combattiamolo”. Qual è il problema? Il problema è che questa dottrina si adatta come un guanto alla strategia rivoluzionaria tipica della cultura della morte: che consiste nel modificare continuamente "la linea del Piave morale", obbligando chi prova a resistere a spostare continuamente la propria linea difensiva. Un tempo vi fu la battaglia contro il divorzio, e la combattemmo, avendo ben presente che o il matrimonio è indissolubile o non è. Per un po' di tempo l'iniquità di quella legge è stata denunciata. Ma poi, il tempo ha attutito, e poi zittito ogni critica. Sono passati più di 40 anni, e oggi di questa verità non si parla più. Chissà: oggi forse qualcuno ci dirà che la legge Fortuna "è una buona legge, la migliore del mondo nel suo genere". Poi è arrivata la legge sull'aborto: si fece la battaglia. In quel tempo era chiaro a tutto il fronte pro-life che quella era una legge mostruosa, frutto del femminismo becero di quegli anni, che per altro rivive anche in alcune affermazioni attuali dei "nuovi pro-life". Una legge fondata sul principio di autodeterminazione della donna come legittimazione alla uccisione di un innocente. Per un po' di tempo queste cose furono dette. Poi si è cominciato a tacere. Passarono gli anni, e anche quella posizione si è annacquata. Poi - nel linguaggio istituzionale del più importante movimento pro-life italiano - hanno fatto capolino "le parti buone della legge". Che è come se un'associazione contro la pena di morte cominciasse a dire: "Beh, nella legge che regola la pena di morte in California ci sono delle parti positive da applicare: il giusto processo; la rapidità dell'iniezione letale; il diritto del detenuto a confessarsi prima di morire..." Fra vent'anni difenderemo la legge sull'eutanasia?"

6. La tutela della salute della donna.

Dopo questa parentesi illuminante tratta dalla storia del Comitato Verità e Vita, proseguo a valutare il provvedimento del Ministro della Salute con i valori in gioco.

6.1. La tutela della vita e della salute della donna che abortisce. Faccio tre osservazioni.

La prima è banale: se l'aborto è una pratica rischiosa per la salute della donna – come è indubbiamente – evidentemente la responsabilità per la tutela della salute della donna spetta a chi autorizza tale pratica e determina le modalità con cui la stessa deve svolgersi: quindi, non a chi – come un sincero prolife – chiede che questa pratica sia vietata. La stessa legge 194 prevede che il medico che esegue l'intervento abortivo "verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie".

Il prolife, del resto, sa benissimo (lo sanno tutti) che, benché la tutela della salute della donna sia stata il grimaldello per legalizzare l'aborto volontario – la sentenza della Corte Costituzionale n. 27 del 1975, che permetteva l'aborto solo quando la prosecuzione della gravidanza possa determinare un pericolo grave per la salute della donna – in realtà l'aborto è permesso sulla base del principio di autodeterminazione: quindi, la sua esecuzione dipende esclusivamente dalla volontà della madre. Al legislatore che ha approvato la legge 194 della salute della donna non interessava un granché...

6.2. La seconda osservazione deriva dalla lettura dello studio di Lorenza Perfori dell'Osservatorio Internazionale Van Thuan sui dati, emergenti dalla relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge 194, concernenti le complicanze degli interventi, sia dell'aborto chirurgico che di quello farmacologico. La mia conclusione è: i dati sono palesemente truccati, le *reali* conseguenze dell'aborto non sono quelle indicate, né quelle a breve termine, né – tanto meno – quelle a lungo termine (sto riferendomi alla sindrome post aborto e dintorni). Del resto, basta pensare che, periodicamente, notizie sui giornali di donne morte durante o immediatamente dopo gli interventi di IVG si sono lette, ma *nessuna* di queste morti è mai stata riportata nelle Relazioni dei Ministri della Salute.

6.3. La terza osservazione – da non tecnico – è che la possibilità per la donna di tornare a casa subito dopo la somministrazione del mifepristone sembra rischiosa: se si pensa che il sanguinamento inizia subito e che l'espulsione del concepito può avvenire in qualsiasi momento, sembra davvero opportuno un controllo medico su quanto sta avvenendo.

Non resta che sperare che i medici che somministrano il mifepristone non si disinteressino delle loro pazienti. Purtroppo, quello che emerge da alcune realtà dimostra, al contrario, che ciò avviene, per di più coinvolgendo il ruolo dei medici obiettori di coscienza. Sostenere che l'obiettore di coscienza deve prendersi cura della donna che torna in ospedale e seguire l'espulsione e quanto vi sta intorno significa, da una parte, voler reprimere l'obiezione di coscienza (*questo è uno degli obiettivi nascosti di questo provvedimento, mi sembra evidente*), dall'altra che il

medico che somministra la pillola si disinteressa non solo del bambino, di cui procura la morte, ma anche della donna e di quello che può avvenire nei tre giorni successivi (ovviamente, a quel medico, delle conseguenze negative sulla donna che si possono produrre dopo quei tre giorni, non interessa affatto).

7. La tutela dell'autodeterminazione della donna e del diritto della donna a prestare un consenso libero e informato.

Non sembra affatto che il provvedimento li metta in pericolo: non solo – come abbiamo visto sopra – la decisione della donna di abortire è *antecedente* alla somministrazione del mifepristone (il colloquio con il medico del consultorio o con quello di fiducia deve essere avvenuto almeno sette giorni prima), ma la donna non è *obbligata* a ricorrere all'aborto farmacologico e, nel caso scelga questo mezzo abortivo, non è nemmeno *obbligata* – così, almeno sembra – a tornare a casa.

In sostanza, nell'ambito di un colloquio diretto ad ottenere un consenso informato, un medico "coscienzioso" (l'aggettivo si riferisce all'ambito in cui il medico opera: anche il medico che somministra l'iniezione letale al condannato a morte deve essere coscienzioso) dovrà rappresentare alla donna i vantaggi e gli svantaggi dei due metodi, così come quelli concernenti il ricovero in ospedale.

8. Il rispetto della legge 194 del 1978.

Benché sia grottesco, qualcuno dei "nostri" si lamenta anche che il (presumibile) provvedimento adottato dal Ministro della Salute violi la legge 194. Da questo punto di vista, la posizione della Pontificia Accademia della Vita e di mons. Paglia in particolare, ma anche quella di Gambino e Scienza e Vita sono eloquenti.

Ora: è evidente che il controllo del rispetto della legge non spetta a noi! La legge 194, in quanto ingiusta, è una "non legge" e, quindi, la sua violazione è circostanza a noi del tutto indifferente.

Tuttavia, è bene ribadire che il provvedimento del Ministro è pienamente coerente con quella non-legge. La battaglia contro la RU486 condotta oltre dieci anni fa – e inevitabilmente persa, visto che presupponeva la "bontà" della legge 194 ed "esaltava" l'aborto chirurgico come quello più sicuro per la salute della donna – ha dimostrato che l'aborto farmacologico (che il legislatore del 1978 non aveva regolamentato perché all'epoca i preparati come la RU486 non erano ancora disponibili) è legittimo (aggettivo da intendersi in senso letterale: è conforme alla legge 194) perché si inserisce perfettamente nelle procedure dettate dal legislatore per l'aborto nei primi 90 giorni di gravidanza (colloquio, periodo di riflessione di sette giorni, esecuzione dell'intervento). Del resto, la legge 194

“aprirebbe” a nuove metodologie, prevedendo (art. 15) “l’aggiornamento continuo ... sull’uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell’integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l’interruzione della gravidanza”.

L’estensione da sette a nove settimane è una questione esclusivamente tecnica; quanto alla possibilità per la donna di non restare ricoverata, ritengo che debba essere anch’essa inquadrata in una questione tecnica, connessa al diverso metodo abortivo: la legge non impone affatto che la donna debba restare ricoverata per un certo termine, ma solo che gli interventi devono essere eseguiti in certi luoghi (ospedali o poliambulatori pubblici).

9. Quali censure possiamo muovere al provvedimento?

9.1. In definitiva, se abbiamo riguardo all’*effettivo contenuto* del provvedimento, un prolife convinto può, al limite, esprimere preoccupazione per la salute fisica e psichica delle donne che decideranno di ricorrere alla RU486 nelle settimane in cui in precedenza non era consentito, soprattutto se non saranno adeguatamente monitorate, a casa o in ospedale: potrà, quindi, richiamare quelle notizie scientifiche e giornalistiche sui pericoli derivanti dall’assunzione della RU486 correlati all’espulsione del feto senza il controllo medico e sui rischi derivanti dall’utilizzo del preparato in una fase più avanzata della gravidanza.

9.2. Dobbiamo, allora, guardare al “contorno” di tutto questo, per vedere se c’è davvero qualcosa da dire.

L’affermazione del Ministro, secondo cui la legge 194 “è e resta una legge di civiltà” si commenta da sola: la legge 194 è una legge integralmente iniqua, che permette l’uccisione degli innocenti! Eppure, in quel tweet, c’è una provocazione: sei ancora capace di dire che la legge 194 è una legge integralmente iniqua, non degna di un Paese civile? Sei ancora in grado di dire che la legge 194 deve essere abrogata? Sei ancora in grado di dire che la tutela della vita umana deve essere tutelata con la sanzione penale?

La provocazione si comprende con l’altra frase del Ministro: “È un passo avanti importante nel pieno rispetto della 194”. Sei capace di dire che la legge 194 è ingiusta e deve essere abrogata, ovvero ti vuoi baloccare – tu, sedicente prolife – con il problema del rispetto delle procedure previste dalla legge?

10. I commenti al provvedimento.

Guardando i commenti che provengono dalla “nostra” parte, è senza dubbio corretto l’accento posto da alcuni – ad esempio, Gandolfini e Noia (quest’ultimo sull’Osservatore Romano, con citazione di letteratura scientifica), non a caso medici – sul pericolo per la salute della donna: “Assumere la RU486 senza ricovero è un attentato alla vita e alla salute della donna”.

Altri, ad esempio mons. Camisasca, mettono giustamente l'accento sui reali motivi di questa decisione, vale a dire il risparmio delle spese sanitarie: "si nasconde ipocritamente l'origine vera di questa decisione: gravare meno sulle strutture ospedaliere, anche a costo di pesanti conseguenze che il Consiglio Superiore della Sanità nelle sue Linee Guida del 2010 aveva riconosciuto come rischiose per la salute della donna." In effetti la SIGO, nella sua proposta dell'8 aprile 2020, lo diceva espressamente: "decongestionare gli ospedali, alleggerire l'impegno degli anestesisti e l'occupazione delle sale operatorie". Appunto, risparmiamo: ma l'emergenza COVID ci ha fatto comprendere quali sono i rischi dei risparmi sulle spese sanitarie...

11. Mi convincono molto meno le osservazioni sulla "privatizzazione" dell'aborto.

Camisasca: "La donna viene sempre più lasciata sola di fronte alla drammatica decisione se rinunciare o meno al proprio bambino. Alla luce dei nuovi regolamenti, viene lasciata sola anche nelle ore oltremodo pesanti in cui devono agire i farmaci assunti per fermare la gestazione e provocare l'espulsione. La donna sarà sola, a casa con il proprio dolore e le possibili conseguenze negative sulla sua salute."

Anche il vescovo di Cremona sottolinea questo aspetto: "Proprio adesso che abbiamo riscoperto come la salute è davvero pubblica, ha bisogno di una cura vicendevole, di un dialogo, di una nuova progettazione anche di convivenza umana in cui i più deboli abbiano gli stessi diritti dei più ricchi e tutti possono essere curati nel corpo e nello spirito? Proprio adesso, in cui vediamo l'allarme per una società in cui sembra non esserci più voglia di essere padri e madri, diffondiamo come una caramella la possibilità di togliere la vita, anche fosse una vita sbocciata male? Almeno pensiamoci, almeno parliamo, almeno preghiamo, almeno chiediamo aiuto! *La storia insegna che dove una donna non è lasciata sola la vita è più forte della morte*".

Ma, appunto, il mancato ricovero in ospedale non ha niente a che vedere con la scelta della donna se abortire o meno: la scelta avviene prima, nel modo che abbiamo visto (colloquio, sette giorni, intervento). E' il sistema della legge 194 a lasciare sola la donna in quella settimana in cui dovrebbe riflettere; e, del resto, probabilmente (non sto esprimendo un giudizio morale: faccio un'ipotesi) molte donne sono ben contente di decidere da sole. Lo sappiamo bene: la libertà garantita dal principio di autodeterminazione spesso è fittizia, perché la donna è moralmente costretta ad abortire; altre volte, invece, viene interamente utilizzata. Il legislatore non è affatto interessato a garantire alla donna per la quale la gravidanza è un problema una *effettiva libertà di scelta* e si disinteressa dei casi in cui la donna non è affatto libera. Ma – ribadisco – questo non ha niente a che

vedere con l'utilizzo della RU486.

Quanto, poi, al fatto che la donna sia sola *dopo* l'assunzione del mifepristone e assista spesso all'espulsione del bambino, è un fatto triste ma, secondo me, niente affatto scontato (siamo sicuri che *tutte* le 90.000 donne che abortiscono ogni anno lo fanno all'insaputa dei loro familiari o conoscenti?); soprattutto, è un fatto *previsto e voluto dalla donna*, se il colloquio diretto all'assunzione del consenso informato con il medico che somministra la pillola è stato tenuto correttamente. Insomma: la donna ha deciso di abortire e ha scelto un metodo che le sembrava preferibile.

Infine: davvero le conseguenze dell'aborto volontario dipendono esclusivamente dal fatto di avere espulso il figlio nella propria abitazione? Sappiamo bene che la risposta è negativa.

12. La banalizzazione dell'aborto

Ancora Camisasca: "Purtroppo la depenalizzazione dell'aborto ha portato ad una cultura di morte in cui la decisione della donna di interrompere la gravidanza è sempre più banalizzata e presentata all'opinione pubblica come un qualunque intervento farmacologico. Tra un po' non si parlerà più di aborto, perché esso sarà "invisibile", non senza gravi conseguenze per la mamma e per la società". Anche Mons. Crepaldi, nel suo duro intervento, afferma: "Non c'è nessun progresso umano e civile quando l'interruzione della gravidanza è talmente banalizzata da essere equiparata a un semplice intervento farmacologico".

Questi passaggi sono importanti e giusti, ma sembrano "incompleti".

In primo luogo, non vi è alcun cenno alla disciplina delle "pillole dei giorni dopo", pillole abortive che le maggiorenni possono assumere senza nemmeno prescrizione medica: quindi, l'aborto come "intervento farmacologico" c'è già e da tempo.

In secondo luogo, non sembra che l'intervento del Ministro della Salute incida affatto su questa rappresentazione: per la somministrazione della RU486 occorre pur sempre un colloquio sette giorni prima e l'accesso ad una struttura sanitaria.

13. Il male sta nella legge 194

Soprattutto il discorso mi sembra incompleto perché da una parte parla di "cultura di morte" provocata dalla depenalizzazione dell'aborto – osservazione giustissima – mentre dall'altra si guarda bene dall'invocare l'abrogazione della legge 194.

Nemmeno mons. Crepaldi lo afferma espressamente, benché le sue parole siano molto chiare: "Non c'è nessun progresso umano e civile quando con l'aborto si favorisce l'uccisione di un individuo della specie umana nel grembo che lo

accoglie, invece di prodigarsi per la difesa dell'essere più indifeso che ci sia".

Eppure sta lì il male: la legge 194 non solo ha diffuso una cultura di morte che ha banalizzato l'aborto, ma contiene in sé – come ogni legge ingiusta – tutto il suo sviluppo negli anni, con il progressivo abbattimento dei paletti in essa contenuti: ha permesso, ad esempio, la legalizzazione delle pillole dei giorni dopo per non avere definito la "vita umana" che pure dichiara di voler tutelare; non ha posto ostacoli all'introduzione dell'aborto farmacologico; è scritta per rendere irrilevanti le problematiche di salute derivanti dalla gravidanza e per affidare all'autodeterminazione della donna la esecuzione dell'aborto; è scritta per rendere possibile l'aborto eugenetico e, perché no? anche la selezione dei bambini da uccidere sulla base del loro sesso, e così via.

Io non dubito che quanto auspicato dalla SIGO (somministrazione tramite telemedicina: quindi abolizione di ogni effettivo controllo medico) troverà prima o poi realizzazione; non lo fanno così anche in altri Paesi? E oggi, quale controllo medico viene espletato sulla decisione della donna di abortire?

Davvero, l'unico limite invalicabile – mi sembra di poter dire – è quello del divieto di abortire bambini che hanno capacità di vita autonoma: quindi il divieto dell'aborto alla nascita, come negli Stati Uniti; purtroppo temo che, al momento giusto, arriverà la Corte Costituzionale ...

Da questo punto di vista le riflessioni (non le conclusioni) di Marina Casini nell'intervista a IFAM News mi sembrano centrate (e niente affatto banali, tenuto conto del fardello storico che il MpV si porta dietro): "E' proprio la 194 sul banco degli imputati. La sua *integrale iniquità* in vigore da oltre 40 anni – non è un caso che le parti della legge che manifestano una tenue preferenza per la nascita siano state puntualmente disattese – ha alimentato quella mentalità abortista che rifiuta lo sguardo sul concepito. Nel corso di questi decenni, più volte si è denunciata una "cattiva applicazione e interpretazione della legge" senza tenere conto, però, che le premesse di tale applicazione/interpretazione sono già tutte contenute nella 194".

Così mons. Negri: "L'aborto è diventato "un diritto", il diritto ad essere arbitri della vita e della morte; della vita e della morte di persone che "sono a noi collegate", che sono a noi affidate e questo è un diritto assurdo".

14. Abrogare la legge 194!

Nessuno dei "nostri" parla di necessità di abrogazione della legge 194! Eppure, è davvero l'unica cosa da dire. Lo ha detto qualche settimana fa un coraggioso sacerdote, don Gabriele Mangiarotti: "E se abrogassimo le leggi ingiuste"?

In realtà, l'affermazione che la legge 194 – così come tutte le leggi ingiuste – deve essere abrogata non è l'*unica* cosa da dire, ma la *prima*. Quando l'hai detta

– un'associazione, un politico, un vescovo – hai messo in chiaro alcuni aspetti: il primo è che non sei disposto ad alcun compromesso sulla verità, che non puoi tacere nessun aspetto e che sei pronto a pagarne le conseguenze; il secondo è che a te interessano le cose davvero importanti e che non sei disponibile a muoverti nel recinto che ti è stato preparato (qualche articolo sui cattolici serve a riempire qualche pagina, soprattutto d'estate); il terzo è che tu vuoi davvero incidere sulla realtà e non soltanto parlarne: non avete notato la totale ininfluenza degli interventi dei cattolici su questa vicenda?

Quando hai affermato ad alta voce che la legge omicida deve essere abrogata, potrai dire tutto il resto!

Ovviamente uno dice tutta la verità perché la sua coscienza gli impone di farlo; e, tuttavia, è anche una questione di *strategia*: a forza di tacere parte della verità ci siamo ridotti a lamentarsi perché le donne prendono la pillola abortiva fino alla nona settimana anziché fino alla settima e perché non sono costrette a restare in ospedale anziché tornare a casa, se lo desiderano! E già qualcuno (mons. Paglia, per non fare nomi), pur di comparire su un "giornalone", smorza i toni e sorride ...

Giacomo Rocchi