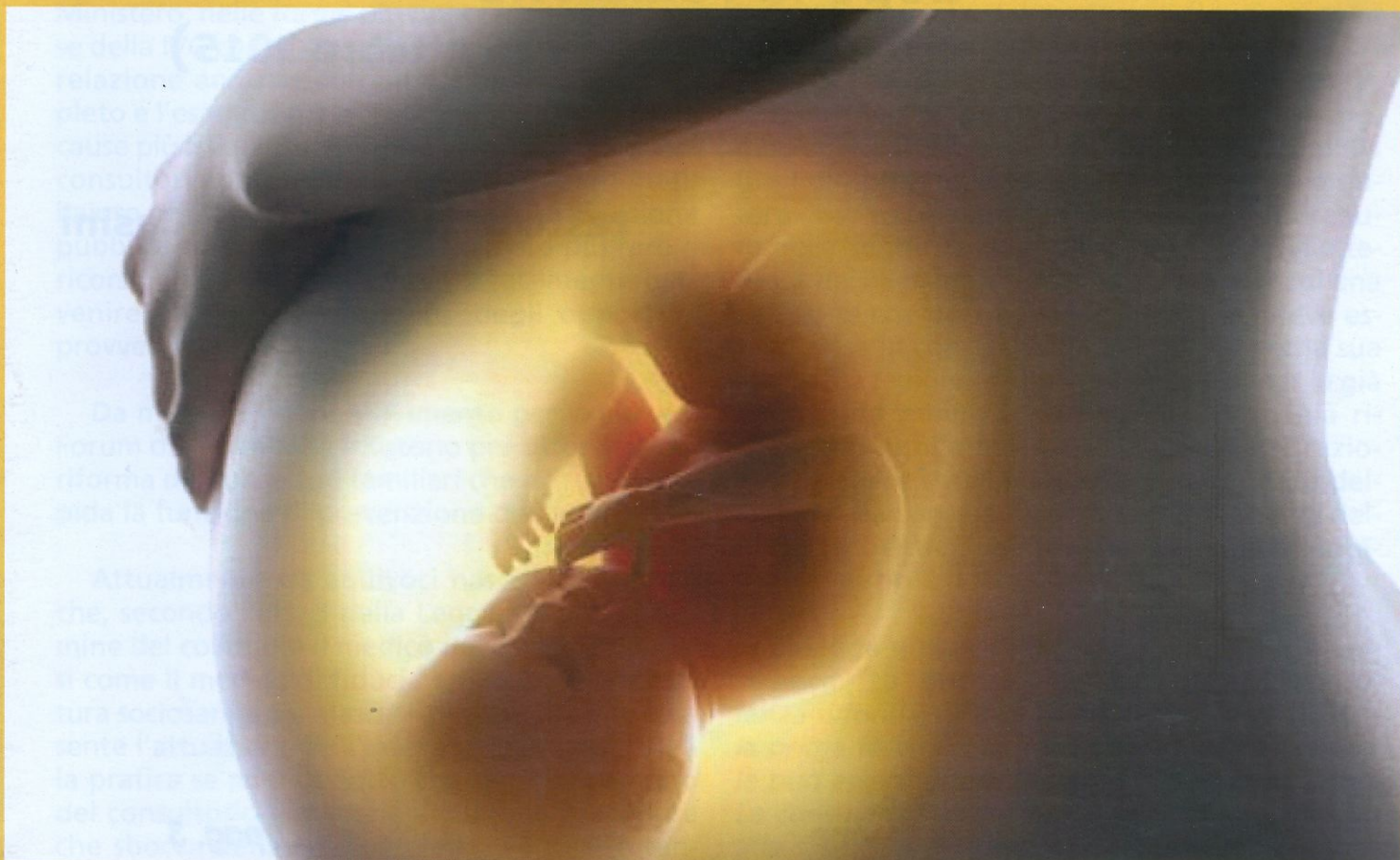


MOVIMENTO PER LA VITA. COMMISSIONE DI BIODIRITTO

IX RAPPORTO AL PARLAMENTO sull'attuazione della legge 194/78



**dopo la relazione
del ministro della Salute (26 ottobre 2015)**

testo a cura di Carlo Casini

gennaio 2016

IX RAPPORTO AL PARLAMENTO SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 194/78

**dopo la relazione
del ministro della Salute (26 ottobre 2015)**

testo a cura di Carlo Casini

INDICE

1. L'lvg al tempo delle riforme	<i>pag. 3</i>
2. La ragione dell'impegno: l'identità umana del concepito	<i>pag. 4</i>
3. Le vere dimensioni del dramma	<i>pag. 6</i>
4. Il dato culturale come strumento di prevenzione	<i>pag. 7</i>
5. Segnali di dimenticanza del figlio	<i>pag. 9</i>
6. Dati sugli aborti e risultati della prevenzione	<i>pag. 10</i>
7. Per una riforma dei consultori familiari	<i>pag. 10</i>
8. Per una completa difesa dell'obiezione di coscienza	<i>pag. 12</i>

1. L'ivg al tempo delle riforme

A partire dal 1982 il Movimento per la Vita Italiano, dopo l'annuale relazione al Parlamento da parte del Ministro per la Salute sull'attuazione della L. 194/78, atto dovuto in base all'art. 16 di tale norma, ha pubblicato propri rapporti per segnalare talune carenze ministeriali, indicare errori nell'attuazione della legge, proporre una propria interpretazione dell'andamento, suggerire modalità di una più efficace prevenzione dell'aborto volontario.

L'angolo di visuale è sempre stato il diritto alla vita del nascituro, ma cercando di collocare questo tema, di volta in volta, nel contesto delle variabili attualità emergenti dalla stessa relazione ministeriale e dall'evolversi della generale situazione culturale e politica italiana.

L'ultima relazione del Ministro della salute, che reca la data del 26 ottobre 2015 e che contiene i dati definitivi per il 2013 (10.2760 IVG) e provvisori per il 2014 (97.535 IVG) sottolinea come un importante risultato positivo la discesa degli aborti provocati fino ad una cifra inferiore a 100.000 e segnala il dimezzamento della IVG avvenuto dal 1982 (anno in cui il loro numero toccò il massimo: 234.802) e il fatto che gli indicatori (tasso e rapporto di abortività) sono tra i più bassi in Europa e nel mondo. I mezzi di comunicazione hanno sintetizzato la relazione proprio ripetendo con enfasi che "per la prima volta gli aborti sono scesi al di sotto dei 100.000".

Nell'editoriale del numero di settembre-ottobre del mensile "Sì alla vita", sotto il titolo "non è tutt'oro quello che luccica" Gian Luigi Gigli, presidente del Movimento per la vita italiano, ha esaurientemente e sinteticamente ridimensionato questo dato, causato anche dal crollo delle nascite che dal 1982 ad oggi ha ridotto a poco più della metà le donne in età feconda al di sotto dei trent'anni, con una conseguente diminuzione oltreché di figli anche di aborti e al diffondersi dell'aborto chimico, impropriamente chiamato "contraccezione d'emergenza", che "ha certamente contribuito a ridurre il numero degli aborti ufficiali, perché, come è noto, le pillole del giorno dopo, se talora agiscono bloccando l'ovulazione, molto più spesso impediscono l'annidamento dell'uovo fecondato in utero, causando in tal modo aborti molto precoci che nessuna statistica potrà mai rilevare".

Cercheremo di approfondire questi aspetti, ma l'elemento di novità nella relazione ministeriale è la diminuzione delle IVG registrate e la conseguente "soddisfazione" palesata dal Ministro e dai media. Perciò concentreremo su questo punto la nostra riflessione per evitare che la constatazione di un dato positivo consolidi la convinzione di una "normalità" e di una raggiunta "tollerabilità" dell'aborto.

Un secondo elemento merita attenzione. La situazione politica odierna è caratterizzata dai ripetuti propositi governativi di riforma delle istituzioni ed anche delle leggi che toccano aspetti fondamentali della vita civile. Perché non porre sul tavolo delle riforme anche la "drammatica" questione dell'aborto e della tutela della vita nascente? Forse è giunto il momento di prendere sul serio l'auspicio che il relatore sulla Legge 194/78, Giovanni Berlinguer, formulò immediatamente prima del voto finale, nel maggio 1978: *"Sarebbe assai utile e opportuno un impegno di tutti i gruppi promotori a riesaminare, dopo un congruo periodo di applicazione, le esperienze positive e negative di questa legge [...] Dovremmo riesaminare le esperienze pratiche, le acquisizioni scientifiche e giuridiche e assicurare da parte di tutti i gruppi parlamentari l'impegno di introdurre nella legge le necessarie modifiche [...] Ciò può garantire che vi sia, successivamente all'approvazione della legge, un lavoro comune sia nell'applicazione che nella revisione del testo. Dobbiamo ripartire continuamente dall'idea che il problema, per la sua complessità e delicatezza, richiede da parte di ciascuno di noi un alto senso di responsabilità, ed anche una profonda capacità di rivedere ciascuno, alla luce delle esperienze, idee e concetti che sembrano ora acquisiti e quasi cristallizzati"*.

A ben guardare i due aspetti, quello della persistente "non tollerabilità" dell'aborto, che resta "un dramma" e che è ancora un fenomeno "di massa" e non un evento eccezionale, e quello delle riforme sono collegati in un unico capitolo che reca il titolo "prevenzione". Al riguardo è di rilievo che secondo l'art. 16 della Legge 194/78 il Ministro debba riferire sull'attuazione della Legge anche in ordine alla prevenzione e che la relazione debba essere presentata al Parlamento, cioè all'organo cui appartiene il potere legislativo, cioè il massimo potere di "riforma".

2. La ragione dell'impegno: l'identità umana del concepito

Anche se corrispondesse a verità l'asserita diminuzione degli aborti volontari, la cifra di 100.000 ogni anno resta, comunque, spaventosa. Basti riflettere che 100.000 circa sono gli abitanti di città come Bolzano, Novara, Ancona, Udine, Arezzo, Cesena e che ben 28 capoluoghi di provincia hanno una popolazione inferiore a 100.000 abitanti. L'impegno a ridurre il numero del IVG deve, dunque, essere preso molto sul serio, anche nel caso che una riduzione nel corso degli anni vi sia già stata.

Il confronto tra il numero degli aborti e gli abitanti di una città può apparire improprio se pensiamo al figlio concepito non ancora nato come una entità diversa dall'uomo. Ma la drammaticità dell'aborto sta invece nella evidenza scientifica che il concepito è un individuo vivente appartenente alla specie umana, cioè un essere umano, come tale portatore di una dignità non diversa da quella dei già nati e perciò titolare in primo luogo del diritto alla vita. Espressioni frequenti nella comunicazione popolare e dei media con le quali si qualifica l'IVG come un "dramma" e "una sconfitta per la donna" hanno fondamento nella implicita percezione della distruzione di un essere umano. Espressioni così forti non sarebbero giustificate dalla sola valutazione dei rischi demografici inerenti al crollo della natalità, per quanto fenomeno assai grave in Italia, né dalla sofferenza fisica che la donna deve affrontare nell'aborto chirurgico, né dalla lesione dell'istinto femminile di maternità. Se il concepito è un "grumo di cellule" l'intervento abortivo non dovrebbe provocare gravi danni. La donna che abortisce avverte la maternità come causa di sofferenza maggiore di quella che affronta con l'aborto.

La questione dell'inizio della vita umana e della qualificazione del concepito ha dato luogo a discussioni senza fine, che non è il caso di riassumere in questa sede. Tuttavia è opportuno ricordare, per la loro attualità e significatività, alcune decisioni giudiziarie emanate poco prima o poco dopo la relazione ministeriale, le quali hanno dichiarato che "l'embrione umano non è una cosa".

Il 27 agosto 2015 la Grande Camera della Corte Europea per i diritti dell'uomo (CEDU) ha deciso sull'istanza della signora Parrillo, che aveva chiesto di condannare l'Italia perché la Legge 40 del 2004 sulla PMA proibisce la sperimentazione distruttiva sugli embrioni. La Parrillo aveva fon-

dato la sua richiesta asserendo il suo diritto fondamentale di proprietà, in base al quale ella intendeva "donare alla scienza" cinque embrioni da lei generati 10 anni prima, non trasferiti in utero perché il marito era morto. Gli embrioni si trovavano congelati in un ospedale romano. La Corte ha rigettato questa domanda motivando che gli embrioni umani non possono essere oggetto di proprietà, perché non sono oggetti, non sono cose, non sono beni economicamente valutabili.

Più recentemente la Corte Costituzionale italiana, con la sentenza 259 dell'11 novembre 2015, pur annullando la disposizione della Legge 40/2004 sulla PMA nella parte che escludeva la possibilità di selezionare gli embrioni nel caso che le nuove tecniche vengano attuate in favore di portatori di malattie ereditarie, ha scritto che *"l'embrione non è certamente riducibile a mero materiale biologico [...] il vulnus alla tutela della dignità dell'embrione, (ancorché) malato, quale deriverebbe dalla sua soppressione tamquam res, non trova però giustificazione"*.

Ma allora, se non è una cosa, che cosa è? Si può ammettere la categoria del "mezzo uomo", tornando così ad una discriminazione sulla dignità umana quale in passato era stata ammessa per giustificare la schiavitù e, più recentemente, il razzismo?

Si capisce l'interesse a negare l'umanità del concepito da parte delle imprese che producono farmaci abortivi o che sperano, attraverso sperimentazioni distruttive di embrioni, di trovare nuovi farmaci. Il loro interesse economico spinge a sostenere teorie che negano l'umanità del concepito almeno nelle primissime fasi successive all'avvenuta fecondazione. La vita umana inizierebbe soltanto dopo l'impianto del concepito nell'utero materno e non al momento della fecondazione (teoria del pre-embrione) o, almeno, due o tre giorni dopo la fecondazione (teoria del c.d. ootide). Ma anche queste tesi utilitaristiche sono state spazzate via sia dalla Convenzione europea di bioetica siglata ad Oviedo nel 1997, che non riconosce la distinzione tra embrione e pre-embrione, sia dalla sentenza emanata il 18 ottobre 2011 dalla Corte europea di giustizia, che, nel caso *Brustle-Greenpeace*, ha stabilito che per il diritto europeo *"costituisce un embrione umano qualunque ovulo umano fin dalla fecondazione"*. Vero è che la Corte ha deciso in materia di brevetti, ma la defi-

nizione di embrione, che elimina ogni distinzione nello sviluppo successivo alla fecondazione, è formulata perché *"il diritto dei brevetti deve essere esercitato nel rispetto dei principi fondamentali che garantiscono la dignità e la integrità dell'uomo"* (n. 32). Dunque tali principi fondamentali precedono il diritto brevettuale, non sono specifici di esso e quindi non possono essere riferiti esclusivamente ad esso. È di rilievo anche il fatto che la sentenza Brustle-Greenpeace contro Germania è stata integralmente confermata il 18 dicembre 2014 dalla Grande Camera della Corte europea di giustizia nella causa C. 364/13. In una controversia tra l'International Stem Corporation (ISCO) e il Comptroller General of the Patents, Designs and Trade Marks, una Corte del Regno Unito aveva chiesto il parere della Corte europea.

Allora – si ripete – se l'embrione non è una cosa, che cosa è?

Per l'Italia la risposta decisiva che dovrebbe orientare il legislatore ed il governo è venuta nel 1996 dal Comitato nazionale di bioetica (CNB): *"il comitato è pervenuto unanimemente a riconoscere il dovere morale di trattare l'embrione umano fin dalla fecondazione, secondo criteri di rispetto e tutela che si devono adottare nei confronti degli individui umani a cui si attribuisce comunemente la caratteristica di persone"*. A questa conclusione il Comitato è pervenuto dopo aver rilevato che l'embrione *"non è una cosa dal momento che la sua stessa natura materiale e biologica lo colloca tra gli esseri appartenenti alla specie umana"*, ne può essere collocato su un gradino inferiore rispetto ai già nati, perché tale tesi *"riproduce di fatto, surrettiziamente, la legittimità di una discriminazione tra gli esseri umani sulla base del possesso di certe capacità o funzioni"*, mentre *"il semplice possesso della natura umana implica per ogni individuo il fatto di essere persona"*. Questo parere è stato confermato più volte dal CNB. In particolare merita ricordo il documento dell'11 aprile 2003 sull'uso delle cellule staminali embrionali, nel quale si legge: *"gli embrioni umani sono vite umane a pieno titolo ed esiste quindi il dovere morale di sempre rispettarli e sempre proteggerli nel loro diritto alla vita indipendentemente dalle modalità con cui sono stati procreati e indipendentemente dal fatto che alcuni di essi possono essere qualificati – con espressione discutibile perché priva di valenza ontologica – soprannumerari"*. In seguito altri identici pareri sono stati formulati dal CNB: il 15 luglio 2005 nel documento concernente il c.d. "ootide", il 18 novembre 2005 in tema di adozione per la nascita di embrioni crioconservati e residuali derivanti da procreazione

medicalmente assistita e, infine, il 16 dicembre 2005 nel parere sull'aiuto alle donne in gravidanza e sulla depressione post-partum.

È sempre opportuno ricordare anche che nella stessa sentenza costituzionale n.27 del 18 febbraio 1975, che ha introdotto la liceità dell'aborto volontario, lo schema giuridico utilizzato per abrogare parzialmente le disposizioni penali che lo vietavano in ogni caso salvo quando ricorresse il pericolo attuale non altrimenti evitabile per la vita della madre, è quello di uno "stato di necessità" allargato (non certo l'auto determinazione della donna). Nella stessa sentenza la persistente pur attenuata protezione del nascituro viene giustificata con riferimento all'art. 2 della Costituzione *"che riconosce e garantisce i diritti dell'uomo, tra cui – scrive la Corte – non può non ricomprendersi la situazione giuridica del concepito"*. Che poi nel bilanciamento tra valori tutti costituzionalmente protetti venga fatto pesare di più il riconoscimento della donna come persona in senso giuridico, non toglie la qualificabilità di "uomo" e non di "cosa" del concepito. Per una reinterpretazione in questo senso della sentenza n. 27 del 1975 si può rileggere la elaborata decisione della medesima Corte Costituzionale n. 35 del 1997 che afferma ripetutamente il diritto alla vita del concepito fin dalla fecondazione.

Naturalmente non si possono ignorare le tesi opposte, che negano la identità umana del concepito. Ma, dovendosi discutere sull'attuazione della Legge 194/78 non è necessario soffermarsi a confutarle. Basta richiamare il principio di precauzione, che tante conseguenze pratiche, anche di ordine legislativo impone in ordine alla difesa dell'ambiente e che dalla materia ecologica si è esteso – per ovvia necessità razionale – al campo della tutela della salute e della vita umana. Se è universalmente accettata la Dichiarazione di Rio de Janeiro del 1992, secondo la quale *"l'assenza di una certezza scientifica non deve costituire un motivo per differire l'adozione di misure adeguate ed effettive dirette a prevenire il degrado ambientale"* (n.15), a maggior ragione nel campo della vita umana la mancanza di una certezza unanimemente condivisa non giustifica comportamenti che razionali motivi indicano come distruttivi della vita.

Queste considerazioni ed altre ancora che pur si potrebbero fare mostrano la rilevanza costituzionale della prevenzione dell'aborto e vieta quindi ogni rassegnazione di fronte ad una misura di morti embrionali deliberatamente provocate che resta profondamente inquietante in uno Stato che intende fondarsi sui principi di dignità umana, di eguaglianza, di rispetto dei diritti umani, di solidarietà verso i più deboli.

3. Le vere dimensioni del dramma

Che le IVG debitamente registrate ed effettuate a norma di legge sono diminuite non può essere contestato. Ma la ragione per la quale l'aborto è considerato un "dramma" da evitare per quanto possibile è che ogni IVG implica la morte data volontariamente a un figlio concepito. Perciò la dimensione del dramma deve essere valutata con il calcolo non solo delle IVG avvenute nelle strutture sanitarie, ma tenendo conto delle complessive distruzioni di figli concepiti. Perciò è necessario portare alla luce non solo gli aborti clandestini tradizionali effettuati con metodo chirurgico, ma anche le soppressioni di concepiti effettuate con i nuovi strumenti chimici. Si fa riferimento non alla RU 486, la cui somministrazione è censita tra le IVG documentate, ma all'uso – qualche anno fa inconsistente ed ora in crescente utilizzazione – delle c.d. "pillole del giorno dopo" contenenti levonorgestrel, commercializzate con il nome di "Norlevo" o "Levonelle", e della pillola "dei cinque giorni dopo" contenente uripristal acetato, commercializzata con il nome di "Elleone". Le aziende produttrici e distributrici per un evidente interesse economico alla loro vendita qualificano l'uso di questi prodotti come "contraccezione d'emergenza". Si sostiene che essi eliminano o ritardano l'ovulazione, impedendo in tal modo l'incontro dello spermatozoo con l'ovocita maturo, ma se il concepimento è già avvenuto prima dell'assunzione delle sostanze in questione o dopo che l'ovocita è già pervenuto a maturazione, l'effetto che impedisce il manifestarsi della gravidanza non può essere che la morte provocata del concepito. Se, dunque, qualificiamo l'aborto come distruzione di un figlio concepito è inevitabile ritenere che l'uso delle suddette pillole ha un effetto "eventualmente" (cioè ove il concepimento sia accaduto) abortivo.

Nel foglio illustrativo del prodotto Norlevo si legge che *"nonostante ancora non sia del tutto chiaro il preciso meccanismo di azione, l'assunzione di Levonogestrel ad alte dosi sembra: - inibire l'ovulazione risultando pertanto efficace nei rapporti avvenuti nel periodo pre-ovulatorio, - indurre variazioni istologiche dell'endometrio, tali da impedire e rendere più difficoltoso l'annidamento dell'embrione"*. Lo stesso concetto è espresso nel foglio illustrativo di Levonelle che collega l'efficacia contraccettiva, *"oltre che alla inibizione dell'ovulazione, anche*

a sensibili variazioni indotte nell'endometrio, tali da impedire l'annidamento e la crescita dell'embrione".

Si ricorda che anche il CNB nel parere del 28 maggio 2004, proprio a proposito della cd "contraccezione d'emergenza" ha scritto che *"in base alle evidenze scientifiche disponibili, il CNB ha constatato la pluralità dei meccanismi di azione ipotizzabili del Levonogestrel: da un lato una interferenza con l'evento ovulatorio, suscettibile di essere inibito o ritardato, e dall'altro lato la possibilità di una azione post-fertilizzativa, collegabile, in particolare, alla modificazione della mucosa uterina o della mobilità tubarica, ove la fecondazione si realizzi"*. Questo giudizio è stato confermato dal CNB il 25 settembre 2011. Quando fu autorizzata la vendita del Norlevo il relativo decreto ministeriale fu impugnato davanti al TAR del Lazio e la sentenza n. 8465 del 12 ottobre 2001 annullò il provvedimento autorizzativo a causa del carattere menzionario del foglietto illustrativo, dove si parlava soltanto di effetto contraccettivo. Il TAR ritenne doverosa la indicazione della possibilità che le modificazioni dell'endometrio impediscono l'impianto dell'embrione già formato.

La questione non è di poco conto. Secondo dati ufficiali forniti dalla S.I.G.O. (Società Italiana Ginecologi e Ostetrici) e dall'azienda produttrice (HRA Pharma) nel 2014 sono state vendute 359.000 confezioni di Norlevo e 11.000 confetti di Elleone. Non possiamo sapere quanti aborti, tanto clandestini da essere sconosciuti, si sono verificati, ma è ragionevole supporre che possano essere quantificati con una cifra di non poche decine di migliaia, che – secondo la logica che considera la grave negatività della soppressione della vita umana – deve essere aggiunta a quella delle 100.000 IVG registrate.

Per valutare correttamente l'evoluzione del fenomeno abortivo bisogna considerare anche il crollo delle nascite verificatosi negli ultimi decenni. Il professor Gian Luigi Gigli nel suo già ricordato scritto afferma che la popolazione femminile nelle classi di età tra i 25 e i 30 anni si è quasi dimezzata tra il 1982 e il 2014. Ciò significa che la riduzione delle IVG è dovuta anche ad un fattore che mitiga molto la valutazione positiva del diminuito ricorso alla IVG.

Sarebbe bene che la relazione ministeriale estendesse l'indagine anche agli aborti spontanei che in un consistente numero dei casi nascondono aborti volontari clandestini. Altrimenti non si spiega perché nel corso degli anni gli aborti spontanei, il cui numero dovrebbe ridursi per effetto della diminuzione di donne in età feconda e dei progressi medici, sono invece aumentati secondo i dati ISTAT. Nel 1988 gli aborti spontanei sono stati 54.404 e sono andati aumentando progressiva-

mente fino a raggiungere nel 2009 la cifra di 74.982. Ancora più significativa è la percentuale di aborti spontanei su 1000 donne in età feconda. Era del 3,89 nel 1988 ed è arrivata al 5,46 nel 2009. In questi anni si è diffuso anche l'uso del "citetec", un preparato anti-ulcera che può avere anche effetti abortivi. È ragionevole ipotizzare che l'aumento di aborti dichiarati spontanei nasconda un aumento di aborti volontari effettuati illegalmente anche con l'indicato farmaco.

4. *Il dato culturale come strumento di prevenzione*

Nonostante le considerazioni sopra svolte non si può negare la possibilità che la diffusione della contraccezione, nonostante la moltiplicazione e la precocità dei rapporti sessuali, abbia contribuito alla riduzione complessiva del numero degli aborti. In effetti la attuazione della Legge 194/78 sembra essere stata guidata soprattutto da 2 equazioni: gravidanza non desiderata = aborto; prevenzione dell'aborto = contraccezione. In sostanza la prevenzione è stata intesa soltanto come prevenzione dei concepimenti. Minore attenzione è stata dedicata alla prevenzione post-concezionale, sebbene l'art. 2 della Legge indichi quale scopo di sintesi dei consultori familiari quello di offrire alternative alla interruzione di gravidanza. Ci occuperemo tra poco dei consultori, cui il Ministro dedica meritevolmente alcune pagine della sua relazione. È ovvio che la donna può essere sospinta verso l'IVG anche da cause oggettive di diversa natura, economiche, familiari, sanitarie, psicologiche. La rimozione doverosa di queste cause fa certamente parte della prevenzione. Quindi preliminarmente intendiamo contestare la validità delle due "equazioni" sopra formulate, che, seppure non sembrano essere sostenute dal Ministro, fanno parte di un diffuso modo di pensare sia dei cittadini sia delle istituzioni.

In primo luogo l'insistenza sulla contraccezione come esclusiva forma di prevenzione induce a quella mentalità contraccettiva che per un verso contribuisce alla banalizzazione della sessualità e per altro verso considera l'aborto l'ultimo (spiacevole) contraccettivo quando i metodi pre-concezionali non sono stati usati o abbiano fallito.

In secondo luogo merita una riflessione il fatto che in Paesi simili al nostro per cultura, quan-

tità della popolazione e disciplina legislativa dell'aborto, dove notoriamente la contraccezione è diffusa più che da noi e dove pure (particolarmente in Francia) esistono strumenti di sostegno per la famiglia e per i figli più consistenti che in Italia, il numero delle IVG e i tassi di abortività sono più elevati che da noi. Dalla stessa relazione ministeriale (pag. 17) risulta che nel 2013 il tasso di abortività (numero di aborti ogni 1000 donne in età feconda), che in Italia è di 9, è di 14,7 in Inghilterra e Galles e di 18,1 in Francia. È riportato (pag. 36) il numero assoluto degli aborti nel Regno Unito pari a 185.331, ma non quello relativo alla Francia, dove è noto che da anni la cifra ha superato le 200.000 unità all'anno. In particolare dal sito della sanità francese sotto la voce "Etudes e resultates" emerge che nel 2013 gli aborti legali sono stati 229.000. Viceversa la Germania – come risulta dalle medesime tabelle ministeriali – dove la popolazione (80.620.000) è molto più numerosa che in Italia, il numero degli aborti (102.802 nel 2013) è identico a quello dell'Italia e il tasso di abortività è di molto inferiore (2,7 in Germania contro 4,2 in Italia).

È doveroso cercare di capire il perché di queste diversità. Evidentemente non è la diffusione della contraccezione l'unico elemento da prendere in considerazione. È esperienza comune che numerose donne, anche in mezzo alle difficoltà più pesanti portano volontariamente avanti la gravidanza fino al suo termine naturale sebbene inizialmente essa non era affatto desiderata. Dunque, non sono corrette le equazioni mentali che presiedono a gran parte della attuazione della Legge 194/78. L'esperienza concreta dimostra che esse sono inesatte. C'è un elemento che esse non prendono in considerazione: la co-

scienza della donna e in essa la consapevolezza che nella gravidanza è presente un altro, un figlio, un essere umano che l'aborto uccide. Questa è la grande motivazione del coraggio femminile che tutti ammirano.

Ma è anche esperienza diffusa – certamente ben constatata nei centri di aiuto alla vita attraverso le testimonianze delle donne che vi si rivolgono – che una grande quantità di aborti avviene perché l'ambiente, in primo luogo quello familiare, ma anche quello amicale e talvolta quello medico e persino consultoriale, comprime il coraggio femminile spingendo verso l'aborto come soluzione dei problemi. Per tranquillizzare la donna le si ripete che non porta in sé un bambino, ma un grumo di cellule, un tessuto biologico informe, certamente non una persona. Una responsabilità non secondaria in questa direzione hanno i mezzi d'informazione. Alla fine anche nella coscienza femminile si produce l'autoconvincimento che la vita di un essere umano non è in gioco. In tal modo nel momento della scelta l'aborto appare davvero una necessità. E' privo di senso affrontare difficoltà evitabili se non c'è di mezzo la vita di un figlio. Il coraggio non è irrazionale. Deve essere razionalmente motivato. Viene meno se è distrutta la ragione che lo giustifica.

Dunque è ragionevole sperare che se una riduzione di aborti effettivamente vi è stata essa è stata concausata anche dalla resistenza culturale svolta in Italia dal Movimento per la Vita e, prima ancora, dalla non marginale incidenza del pensiero cristiano, probabilmente maggiore che in altri Paesi europei.

Se queste considerazioni sono esatte è da chiedersi se per una più efficace prevenzione lo Stato non debba apprestare anche strumenti educativi affinché la identità umana del concepito sia riconosciuta e il suo valore sia indicato alle coscienze individuali.

La funzione del diritto penale, prima che quella di punire, è quella di prevenire le violazioni della legge, indicando con forza ai cittadini i valori che devono essere guida al loro comportamento. La rinuncia alla sanzione penale nel difendere la vita nascente può essere giustificata considerando la particolarissima irripetibile situazione della gravidanza, nella quale il figlio è totalmente affidato alla madre e dunque va difeso non contro di lei, ma insieme a lei.

In questa direzione conforta la giurisprudenza costituzionale della Germania, leggendo la

quale si capisce perché l'abortività in quel grande Paese è nettamente inferiore a quella italiana e delle altre nazioni europee. Si legge nella sentenza costituzionale germanica del 28 maggio 1993, che ha dettato gli indirizzi per l'attuazione della legge della Germania unificata in tema di aborto: *"il compito di protezione obbliga lo Stato a conservare ed accrescere nella coscienza collettiva il diritto soggettivo giuridicamente sancito della tutela della vita del nascituro"*. Di conseguenza la "tecnica del consiglio" per difendere il diritto alla vita del concepito può sostituire la tutela penale, purché si tratti di *"un metodo nuovo ed alto"* e non una *"soluzione di basso profilo"* per mascherare una sostanziale libera decisione della donna perché *"gli organi dello Stato, sia a livello federale, sia a livello di Land, devono schierarsi riconoscibilmente e favore della tutela della vita. Ciò riguarda in particolare i programmi d'insegnamento scolastico. Gli istituti e gli Enti pubblici che svolgono l'informazione in materia sessuale sono tenuti in generale a rafforzare la volontà di difesa della vita prima della nascita [...] Le emittenti televisive sia di diritto pubblico che private sono tenute al rispetto della dignità umana [...] La loro programmazione è tenuta, quindi, a prendere parte al compito di tutela della vita prima della nascita"*.

Si comprende allora l'importanza, non solo dal punto di vista della coerenza giuridica, ma anche quale strumento di prevenzione efficace, della proposta di legge popolare presentata nel 1995, tuttora giacente in Parlamento perché ripetuta per iniziativa parlamentare, che chiede di modificare l'art. 1 del Codice Civile per affermare la capacità giuridica di ogni essere umano fin dal concepimento. Una tale legge non modificherebbe in nulla la L. 194/78, ma indicherebbe con chiarezza il valore da perseguire quale guida alle scelte dei cittadini. Nella stessa linea dovrebbe essere presa in considerazione la proposta che si limitasse a ritoccare l'art.1 della Legge 194/78 aggiungendo soltanto le tre parole *"fin dal concepimento"*, all'impegno ivi posto a carico della Repubblica di *"tutelare la vita umana fin dal suo inizio"*.

Se il massimo effetto di prevenzione dell'aborto volontario è il coraggio della madre, reso razionale dalla non offuscata conoscenza della identità umana del concepito, è tanto più efficace una tale percezione se formata prima del momento in cui una gravidanza difficile o non desiderata determina uno stato di angoscia che incrina la serenità del pensiero e favorisce la can-

cellazione della responsabilità verso il figlio. La chiarezza anche legislativa dell'ordinamento giuridico nell'indicare il valore da perseguire costituisce una guida all'azione, anche quando sono stati legittimati comportamenti non coerenti con tale indicazione: dunque è una forma di prevenzione efficace, anche se remota rispetto

al momento in cui deve essere presa una decisione concreta.

In tal modo l'attuazione della Legge 194/78 anche senza alcuna ulteriore modifica verrebbe almeno ricondotta entro taluni limiti già esistenti, che vengono assai spesso elasticizzati o violati.

5. Segnali di dimenticanza del figlio

Due aspetti particolari emergono dalla stessa relazione ministeriale. Vi si documenta (tabella a pag. 36) che le IVG oltre le 12 settimane sono percentualmente in progressivo aumento: rappresentavano il 2,8% di tutti gli aborti legali nel 2008, hanno raggiunto il 4,2% nel 2012. È difficile ipotizzare un aumento delle malattie materne o delle malformazioni dei figli causatrici delle patologie materne. Si può ipotizzare che il perfezionamento degli strumenti diagnostici abbia incrementato la scoperta delle malformazioni, ma dovremmo tener conto anche dei progressi terapeutici che consentono sempre più frequentemente la cura del concepito già nel seno materno, o immediatamente dopo il parto. Si può ipotizzare il crescere di un atteggiamento lassista, ultimamente eugenetico, che interpreta l'art. 6 della L. 194/78 (aborto oltre il terzo mese) come se fosse automatico il sorgere della facoltà di abortire per il solo accertamento della anomalia o malformazione del nascituro e non anche per la verificata malattia grave fisica o psichica della madre. La lettera della legge e i lavori preparatori provano che in realtà si volle escludere qualsiasi forma di eugenismo e che per questo è escluso l'automatismo tra accertamento della patologia del figlio e l'aborto. È possibile che il diffondersi della c.d. "medicina difensiva" induca qualche medico (talora chiamato a rispondere dinanzi ai giudici per la nascita di un figlio portatore di una anomalia o malformazione) a suggerire l'IVG anche nel caso di diagnosi dubbie o relative a malattie non gravi o sanabili.

La necessità di un rigoroso accertamento della malattia della madre è stata recentemente affermata dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (Sentenza 25767, del 22 dicembre 2015). Il caso, interessante anche perché la massima autorità giudiziaria ha risolto precedenti incertezze giurisprudenziali negando l'esistenza di un diritto a

nascere sani, ribadisce che la legittimità della IVG oltre il terzo mese è condizionata alla prova *"rigorosa del nesso eziologico tra le rilevanti anomalie del nascituro e il grave pericolo della salute fisica o psichica della donna"*, dovendosi escludere ogni *"funzione eugenetica"* dell'art. 6 della L. 194/78. Sembra, dunque, opportuno che il Ministro disponga il riscontro diagnostico su tutti i feti abortiti dopo la 12ª settimana con la motivazione di una loro anomalia o malformazione, allo scopo di accertarne la realtà e la gravità. Il riscontro potrebbe fornire anche utili informazioni a fini scientifici e statistici. La relazione ministeriale annuale dovrebbe riferire i dati. In tale modo verrebbe contrastata una eventuale deriva *contra legem* nella applicazione dell'art. 6.

Come è noto per l'IVG nei primi 3 mesi di gravidanza la Legge prevede una attesa di almeno 7 giorni prima dell'esecuzione dell'intervento a decorrere dal momento del rilascio da parte del medico del "documento attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta" dell'IVG. Tale attesa non è necessaria quando il medico certifica l'urgenza dell'intervento. Nella stessa relazione ministeriale cui qui si fa riferimento, si rende noto l'aumento dei certificati di urgenza nei primi tre mesi di gestazione ipotizzando che questo sia un effetto della utilizzazione della RU486, che per essere efficace deve essere assunta entro i primi 49 giorni. L'imminente scadenza di questo termine più breve dei 3 mesi potrebbe indurre il medico – scrive il Ministro (pag 34) – a rilasciare il certificato di urgenza, che costituisce titolo per eseguire l'IVG, senza l'attesa dei 7 giorni prescritta dalla legge per favorire un possibile ripensamento della donna. Tale periodo di attesa è un sia pur debole strumento di difesa della vita nascente. L'urgenza, perciò, dovrebbe essere eccezionale e di natura sanitaria. E' discutibile che si dichiari l'urgenza quando sta per scadere il termine tri-

mestrale per evitare di sottrarre alla donna la facoltà di decidere l'IVG senza l'accertamento rigoroso di una sua "malattia" (accertamento necessario dopo il terzo mese), ma è ancor più contrastante con la legge eliminare il "termine di ri-

pensamento" per poter scegliere un metodo di intervento invece di un altro. È evidente una applicazione della legge totalmente dimentica dell'impegno proclamato nell'art. 1 di *"tutelare la vita umana fin dal suo inizio"*.

6. *Dati sugli aborti e risultati della prevenzione*

Da molti anni il Movimento per la vita chiede ai Ministri della Salute che si sono succeduti di far menzione nelle loro relazioni della attività dei Centri di aiuto alla vita (CAV). Tale richiesta non è stata mai accolta. Il Centro di coordinamento dei CAV da tempo redige un rapporto annuale sul numero e sulle caratteristiche delle donne incontrate, sugli aborti evitati, sui bambini nati anche con l'assistenza prestata alle loro madri. I dati che vengono forniti sono di un significativo rilievo: ad esempio nel 2013 e nel 2014, anni ai quali si riferisce la relazione ministeriale, risultano nati rispettivamente 9.708 bambini (su 206 CAV che hanno trasmesso la scheda informativa) e 10.291 bambini (su 205 CAV). Le gestanti assistite sono state 25.410 nel 2013 e 14.500 nel 2014. Naturalmente i CAV non sono i soli organismi di volontariato che cercano di prevenire l'aborto soprattutto in fase post concezionale, ma la loro federazione è la sola con lo specifico scopo statutario di aiutare le madri in difficoltà a far nascere i loro figli con il metodo dell'accoglienza e della condivisione dei problemi che rendono indesiderata la gravidanza. L'art. 2 della L. 194/78 nel descrivere gli obiet-

tivi della prevenzione fa riferimento anche al volontariato che assiste la maternità e quindi sarebbe giusto e opportuno che il Ministro della Salute riferisse anche sulla attività e sui risultati ottenuti da questo volontariato. Questa richiesta non mira ad ottenere riconoscimenti, ma a contribuire affinché la relazione ministeriale usi con maggior determinazione anche l'ottica che considera obiettivo della legge la difesa dei concepiti. Sarebbe di grande significato se le statistiche fornite ogni anno non contenessero soltanto i numeri dei morti (gli aborti), ma anche quelli dei "salvati", cioè delle gravidanze nelle quali la prospettiva di una IVG è stata abbandonata per l'intervento delle strutture pubbliche e private. In tal modo verrebbe corretta la logica della legge, la cui efficacia – se la proclamazione dell'art. 1 (*"La Repubblica tutela la vita umana fin dal suo inizio"*), viene considerata uno scopo giuridicamente vincolante (come la sentenza costituzionale n. 35 del 10/2/97 ha sostenuto) – non sarebbe più valutata in rapporto ad una garanzia per l'autodeterminazione della donna, ma piuttosto in ordine alla difesa del diritto alla vita di tutti.

7. *Per una riforma dei consultori familiari*

Questa ottica conduce a rivolgere uno sguardo particolarmente attento sui consultori familiari, il cui scopo – secondo quanto chiaramente disposto dall'art. 2 L. 194/78 – è quello di offrire alternative alla IVG nel caso di gravidanze difficili o non desiderate e non quello di favorirla. È meritevole di lode il fatto che nella relazione ministeriale per il secondo anno consecutivo vi sia un capitolo dedicato ai consultori e

si accenni ad una verifica della loro efficacia preventiva fornendo il rapporto tra il numero dei documenti rilasciati costituenti titolo per eseguire l'IVG e il numero dei colloqui intrattenuti con la donna. Il fatto che nel campione esaminato i secondi siano più numerosi dei primi potrebbe essere un indice – si legge nella relazione – di una efficacia realmente preventiva dei consultori familiari. Ma il potenziamento della fun-

zione preventiva dei consultori esige un controllo assai più intenso, non basato soltanto sul numero dei "colloqui" (che possono avvenire per le ragioni più diverse e che possono essere molteplici anche per un solo caso), ma soprattutto sul contenuto e sugli esiti dei contatti con la donna. Questa prospettiva esige una verbalizzazione dei colloqui, nella quale – in particolare – dovrebbe essere evidenziata la causa della propensione verso la IVG. Anche se, a norma di legge, la motivazione della richiesta IVG è indicata dalla donna e non è richiesta una verifica in merito alla sua realtà e gravità, tuttavia la sua verbalizzazione comporta una responsabilizzazione della gestante e favorisce la concretezza del dialogo con il consultorio. Inoltre la comunicazione al Ministero, nelle forme più opportune, delle cause della IVG consentirebbe la redazione della sua relazione annuale con un contenuto più completo e l'esame dei modi migliori per superare le cause più frequenti. Se poi la verbalizzazione dei consultori contenesse anche l'indicazione dell'aiuto offerto e dell'esito ottenuto, la riflessione pubblica sui modi di rendere sempre più raro il ricorso all'aborto potrebbe più facilmente pervenire alla programmazione degli opportuni provvedimenti.

Da molto tempo il Movimento per la vita e il Forum delle famiglie insistono per ottenere una riforma dei consultori familiari che ne renda limpida la funzione di prevenzione dell'aborto.

Attualmente gli equivoci nascono dal fatto che, secondo l'art. 5 della Legge 194/78, al termine del colloquio il medico del consultorio, così come il medico di fiducia e quello della struttura sociosanitaria, rilascia il documento che consente l'attuazione dell'intervento abortivo. Nella pratica se ne è dedotto che sarebbe compito del consultorio come tale attuare la procedura che sbocca nella IVG, con la conseguente tendenza ad escludere dai consultori gli obiettori di coscienza o, almeno, ad obbligarli a compiere le procedure da cui l'art. 9 della medesima Legge li dispensa. Ma il medico non è il consultorio. L'art. 5 individua i medici che possono rilasciare il "titolo" per l'IVG, tra i quali è compreso anche il medico del consultorio, sicché è ovvio che, come gli altri medici (di fiducia o della struttura sociosanitaria) possono opporre l'obiezione di coscienza, così possa fare il medico del consultorio. Il vero problema è quello di ricondurre il consultorio alla sua vera funzione di prevenzione e di renderla esplicabile in tutti i casi in cui in una donna si palesi una propensione verso l'IVG. Da un lato occorre una completa esclusione del con-

sultorio dall'iter abortivo, dall'altro bisogna rendere obbligatorio l'incontro preliminare con il consultorio di ogni donna che vuole abortire. La soluzione consiste nel riconoscere il dovere morale della donna di cercare ogni aiuto possibile per evitare di arrivare alla IVG e perciò di rivolgersi al consultorio. Questo cercherà esclusivamente di risolvere i problemi della donna senza rilasciarle – quale sia stato l'esito dell'incontro – qualsiasi "titolo" che autorizzi l'aborto, ma lei – al momento del ricovero per l'intervento – dovrà autocertificare di aver contattato il consultorio e di non ritenere sufficiente l'aiuto offerto. Il colloquio con il consultorio dovrebbe avvenire entro il periodo minimo di 7 giorni intercorrente tra il rilascio del documento che autorizza l'aborto rilasciato dal medico di fiducia o dalle strutture sociosanitarie e l'intervento.

Lo schema di questa proposta è stato già suggerito nell'art. 7 dei D.D.L. 439 (Rizzotti) e 504 (De Poli) presentati al Senato nella XVII legislatura. Esso è coerente con le indicazioni contenute nella sentenza della Corte Costituzionale tedesca del 26 maggio 1993. Si tratta, certo, di una decisione che non riguarda l'Italia, ma deve essere presa in considerazione non solo per la sua intrinseca razionalità, ma, soprattutto, per la già dimostrata minore abortività in Germania rispetto ad ogni altra nazione europea. È razionale ritenere che il maggior contenimento dell'aborto sia conseguenza di una attuazione della legge germanica, guidata da quell'orientamento costituzionale.

Si legge nella citata sentenza costituzionale tedesca: *"La concezione imperniata sulla consulenza si fonda sulla valutazione secondo cui nella prima fase di una gravidanza la vita prenatale può essere difesa meglio insieme alla madre. La consulenza – continua il testo – è finalizzata alla salvaguardia della vita da realizzarsi attraverso il consiglio e l'aiuto in favore della gestante alla luce del sommo bene della vita (...). Le operatrici e gli operatori devono lasciarsi guidare dallo sforzo teso ad incoraggiare la gestante alla prosecuzione della sua gravidanza e a dischiudere prospettive per una vita insieme al figlio. Di conseguenza lo Stato deve affidare il compito di sostegno della donna solo a quegli Istituti di consulenza che, in ragione dell'organizzazione che li caratterizza, in forza del loro atteggiamento di fondo nei confronti della tutela della vita prima della nascita e in rapporto al personale operante presso di loro, offrono la garanzia di fatto che la consulenza avvenga secondo le indicazioni impartite a livello costituziona-*

le e dalla legge. In tale contesto la donna deve sapere che il nascituro gode, in particolare anche nei suoi confronti, di un proprio diritto alla vita (...). Di ciò deve essere convinta la persona

incaricata di fornire la consulenza, che deve provvedere a correggere qualsiasi idea erronea, in modo comprensibile per la persona che cerca consiglio".

8. Per una completa difesa dell'obiezione di coscienza

È assai apprezzabile la relazione del Ministro della Salute nella parte che riguarda l'obiezione di coscienza, perché smantella, con il vigore dei numeri, i tentativi di comprimere la libertà di coscienza – anche mediante ricorsi promossi davanti alla Corte Europea dei diritti dell'uomo dalla International Planned Parenthood Federation e dalla CGIL – in nome della tutela dei diritti dei lavoratori non obiettori che sarebbero costretti, a causa della grande estensione dell'obiezione, a stressanti turni di impegno medico nella effettuazione della IVG.

Ma c'è un aspetto dimenticato, che, invece, auspichiamo sia considerato dal Governo nella prossima relazione e ancor prima, con una opportuna iniziativa legislativa. Pendono dinanzi ai giudici alcune denunce contro medici e farmacisti obiettori che non prescrivono o non consegnano le pillole per la c.d. "contraccezione di emergenza", il cui effetto eventualmente abortivo è stato sopra dimostrato. Ma il diritto all'obiezione viene negato sostenendo: 1) che la gravidanza inizia soltanto con l'avvenuto annidamento dell'embrione; 2) che le "pillole del giorno dopo" o "dei cinque giorni dopo" hanno il solo effetto di eliminare o ritardare l'ovulazione e quindi esclusivamente di impedire il concepimento. Con riferimento ai farmacisti viene inoltre richiamato l'art. 38 del DPR 30 novembre 1938 n. 1706 che li obbliga a mettere a disposizione dei clienti tutti i prodotti iscritti nella farmacopea ufficiale.

Abbiamo già contestato il primo dei tre argomenti citando i documenti che rifiutano la teoria del c.d. "pre-embrione" e dell'"ootide". In ogni caso poco importa il dato nominalistico. Che la gravidanza sia fatta iniziare dalla fecondazione

o dall'impianto in utero, "la ratio" della obiezione sta nel riconoscimento di valore al rifiuto di compiere azioni uccisive di esseri umani e l'embrione anche prima dell'impianto deve razionalmente essere qualificato un essere umano. Quanto al secondo argomento abbiamo già dimostrato che l'effetto eventualmente abortivo è razionalmente sostenibile. Ciò è quanto basta per giustificare l'obiezione di coscienza.

Il terzo argomento riguarda specificamente i farmacisti. È facile replicare che anche i farmacisti rientrano nel personale sanitario cui è stata data la facoltà di dichiarare l'obiezione di coscienza, come indiscutibilmente risulta dall'art. 99 del R.D. 27 luglio 1934 n. 1265 e dalla L. 833\78 sul servizio sanitario nazionale. Ma – si afferma – l'art. 38 del R.D. 30 novembre 1938 n. 1706 dispone che i farmacisti non possono rifiutarsi di vendere farmaci prescritti da un medico e, qualora ne siano sprovvisti, sono tenuti a procurarli nel più breve tempo possibile. Senonché l'obbligo viene meno quando è esercitata l'obiezione di coscienza, la cui funzione è esattamente quella di rendere legittima l'omissione di un comportamento che altrimenti sarebbe illecito. Sta di fatto che di fronte ad alcuni Tribunali penali pendono cause contro farmacisti e medici obiettori che si sono rifiutati di prescrivere o di vendere le c.d. pillole del giorno dopo o dei cinque giorni dopo e che sanzioni amministrative sono state ipotizzate presso Consigli degli Ordini. Anche questo argomento non dovrebbe essere trascurato dal Ministro della Salute nella sua relazione. Sarebbe inoltre opportuna una legge di interpretazione autentica che rimuovesse ogni dubbio sulla applicabilità della obiezione di coscienza anche alla prescrizione e somministrazione delle "pillole" eventualmente abortive.