

**MOVIMENTO PER LA VITA. COMMISSIONE DI BIODIRITTO**

# **XI RAPPORTO**

**sull'attuazione della legge 194/78**

**Esame della relazione del ministro della Salute  
per l'anno 2016 (22 dicembre 2017)**



**40 ANNI DOPO...**

**LA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA:  
UN NUOVO ABORTO CLANDESTINO.**

**CENTRI DI AIUTO ALLA VITA:  
200.000 BAMBINI AIUTATI A NASCERE**

**testo a cura di Carlo Casini**

**gennaio 2018**



# **XI RAPPORTO**

**sull'attuazione della legge 194/78**

**Esame della relazione del ministro della Salute  
per l'anno 2016 (22 dicembre 2017)**

**40 ANNI DOPO...**

**LA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA:  
UN NUOVO ABORTO CLANDESTINO.**

**CENTRI DI AIUTO ALLA VITA:  
200.000 BAMBINI AIUTATI A NASCERE**

**testo a cura di Carlo Casini**

# Introduzione

**L**a relazione presentata al Parlamento in data 22 dicembre 2017 dal ministro della Salute (RM) sulla attuazione della legge 194/1978 per l'anno 2016 non contiene dati sostanzialmente molto diversi da quelli esposti nella precedente relazione per il 2015, presentata il 7 dicembre 2016.

Conseguentemente, anche i rilievi critici e i problemi trattati nel X rapporto del Mpv (il documento annuale che segue il rapporto ministeriale) non sono diversi. Tuttavia, la nuova relazione ministeriale offre l'occasione per approfondire alcuni dei temi già trattati nel documento del Mpv il cui contenuto deve intendersi integralmente richiamato, tanto più che anche il Ministro, come noi avevamo suggerito, nello stesso titolo del nostro precedente documento ("Dopo 40 anni per una prevenzione vera dell'aborto volontario") ha colto l'importanza di una valutazione complessiva della legge 194/1978 a partire dalla sua approvazione di 40 anni fa (cfr. pag. 1 della RM).

Rileggiamo ancora una volta ciò che disse il relatore per la maggioranza favorevole alla legge, Giovanni Berlinguer, immediatamente prima del voto finale avvenuto il 19 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 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".**

Non è il caso di rievocare le polemiche che accompagnarono e seguirono l'iter legislativo, ma è doveroso ricordare le circostanze tragiche nel cui contesto esso si svolse. Il terrorismo aveva raggiunto il suo acme 9 giorni prima del voto finale: Aldo Moro, Presidente della DC, era stato ucciso al termine di un sequestro durato mesi. Per il 15 giugno era stata fissato lo svolgimento del referendum richiesto dai radicali per abrogare le norme del codice penale che vietavano l'aborto volontario ed era opinione comune di tutti i partiti che l'esecuzione di quel referendum dovesse essere evitata anche per il timore che essa costituisse una occasione di inasprimento del terrorismo. Solo una legge che recepisce, almeno in parte, le istanze radicali poteva impedire il referendum. Era il tempo della cd "solidarietà nazionale", cioè di una alleanza tra la DC alla guida del governo e il PCI principale forza di opposizione, che sosteneva il governo, in considerazione del comune intento di battere il terrorismo. Il referendum avrebbe potuto rendere difficile il permanere della solidarietà nazionale. La fretta era dunque motivata, come del resto fu detto e scritto nel rifiutare di prendere in considerazione una proposta di iniziativa popolare – la prima della Repubblica – che nel febbraio 1978 fu presentata al Parlamento corredata di oltre un milione di firme e che costituiva un'alternativa al testo poi divenuto la legge 194.

Dunque l'invito di Berlinguer era ragionevole 40 anni fa, ed è ragionevole 40 anni dopo prenderlo in considerazione.

# “Contraccezione di emergenza”: un nuovo aborto super clandestino

**L**a RM esprime soddisfazione per la riduzione degli aborti legali registrati, il cui numero nel 2016 è indicato in 84.926, la cifra più bassa da quando la legge è entrata in vigore. Il quotidiano *La Repubblica* del 16 gennaio 2018 titola il suo commento: “Così la legge 194 ha fatto crollare gli aborti in Italia”. Ma la stessa ministro ipotizza nella sua relazione (pag. 13) che la diminuzione sia stata provocata dalla c.d. “contraccezione di emergenza” della quale nel nostro precedente X rapporto abbiamo già dimostrato l’effetto abortivo e non contraccettivo. Si legge nella RM: *«I dati AIFA delle vendite dell’Ulipristal acetato (ellaOne) continuano mostrare, infatti, un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7’796 confezioni nel 2012, 11’915 nel 2013, 16’797 nel 2014 e 145’101 nel 2015), con un aumento anche nel 2016, ma più contenuto (189’589 confezioni). Si segnala inoltre che, sempre nell’ambito della contraccezione d’emergenza, nel 2016 la determina AIFA del 1 febbraio 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) ha eliminato, per le maggiorenni, l’obbligo di prescrizione medica del Levonorgestrel (Norlevo), noto come “pillola del giorno dopo”, che nel 2016 ha registrato un dato di vendita pari a 214’532 confezioni (come rilevato dalla Fonte del ministero della Salute-Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004), in aumento rispetto al 2015 in cui, la stessa fonte, registrava 161’888 confezioni di Norlevo distribuite».*

In sostanza nel 2016 sono state utilizzati 404.131 (189.589 + 214.532) prodotti che, secondo la loro prescrizione, devono essere usati dopo un rapporto sessuale “non protetto” avvenuto in periodo presumibilmente fecondo. La tesi della impresa produttrice (HRA-PHARMA) e dell’agenzia

europea del farmaco (EMA) è che essi ritardano l’ovulazione della donna e quindi impediscono il concepimento, ma sia il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nei pareri del 28 maggio 2004 e del 25 febbraio 2011, sia il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) nel parere del 10 marzo 2015 hanno sempre ipotizzato che l’effetto prevalente delle suddette “pillole del giorno dopo” e “pillole dei cinque giorni dopo” è l’alterazione dell’endometrio, con l’effetto di impedire l’annidamento nell’utero materno dell’embrione già formato e di causarne così la morte, il che costituisce un aborto precocissimo ed occulto. Non si può sapere se la fecondazione vi è stata in quanto non ogni rapporto sessuale la determina anche se è avvenuto in periodo fertile, ma è certo che quando il concepito si è formato e gli viene impedito l’annidamento nella mucosa uterina si deve parlare di un aborto, così clandestino da non essere conoscibile. Sussiste, quindi, un gravissimo problema scientifico, etico e giuridico, che abbiamo già esaminato nel nostro decimo rapporto, richiamando, in particolare, l’ultima recentissima ricerca del 2017 che dimostra l’effetto esclusivamente antinidatorio di quella che viene chiamata “contraccezione di emergenza”. I risultati della ricerca sono stati pubblicati nel febbraio 2017 sulla rivista scientifica “Molecular Cell Endocrinology”<sup>1</sup>.

Per approfondire il tema si riporta il “Sommario Lungo” della “Position Paper” presentata nell’ottobre 2017 dalla Società Italiana per la Procreazione Responsabile (SIPRE.it):

«Per Contraccezione d’Emergenza (CE) si intende l’uso di ogni farmaco, oppure l’inserimento di una spirale intrauterina, dopo un rapporto sessuale non protetto nei

giorni fertili del ciclo, allo scopo di prevenire una gravidanza indesiderata. I rapporti non protetti possono esitare in gravidanza soltanto se avvengono nel periodo fertile del ciclo, cioè nei quattro-cinque giorni che precedono l'ovulazione e nel giorno stesso dell'ovulazione. Solo in questi giorni, infatti il muco cervicale consente l'ingresso degli spermatozoi all'interno dei genitali femminili. Fra i giorni fertili, il pre-ovulatorio è il giorno nel quale la probabilità di concepimento è massima, seguito dal giorno stesso dell'ovulazione e dal giorno che precede il pre-ovulatorio.

Il ricorso alla CE deve fronteggiare due fatti: gli spermatozoi sono già entrati e l'ovulazione è imminente.

I Contraccettivi di Emergenza (CEs) attualmente usati sono Levonorgestrel (LNG; Norlevo® e Levonelle®), che è un potente progestinico sintetico, e Ulipristal Acetato (UPA; ellaOne®), un potente anti-progestinico del tutto simile al Mifepristone (RU486; Myfegyne®).

Il produttore (HRA Pharma) [...] afferma che i CEs agiscono inibendo o ritardando l'ovulazione e quindi impedendo il concepimento, senza in alcun modo interferire con l'annidamento.

In questa Position Paper sarà evidenziato che il principale meccanismo d'azione (MOA) di questi farmaci è, al contrario, l'inibizione dell'annidamento dell'embrione nell'utero. Un meccanismo che contrasta con tutte le Legislazioni Nazionali che proteggono la vita umana fin dal concepimento.

Levonorgestrel - L'EPAR dell'EMA su EllaOne®, aggiornato il 29/06/2017, evidenzia che LNG assunto nei giorni più fertili del ciclo non impedisce mai l'ovulazione: essa avviene regolarmente e può seguirne il concepimento. Al contrario, LNG compromette il funzionamento del corpo luteo con una grave riduzione nella produzione del progesterone, l'ormone pro-gestazione che dovrebbe preparare l'endometrio al-

l'annidamento dell'embrione. Per l'embrione diventa impossibile annidarsi in utero.

Ulipristal Acetato - EllaOne® può inibire o ritardare l'ovulazione solo quando viene assunto nei primissimi giorni fertili. Nelle 36 ore che precedono l'ovulazione e successivamente (i giorni più fertili nei quali si verifica oltre il 70% dei concepimenti) ellaOne® è incapace di interferire con l'ovulazione, come evidenziato nell'articolo della Brache. Al contrario, in qualunque giorno esso venga assunto nel corso del ciclo mestruale, UPA altera invariabilmente lo sviluppo dell'endometrio, anche a dosaggi molto più bassi (un quinto) di quelli contenuti in ellaOne®.

Inoltre, l'ovulazione si è verificata pressoché normalmente anche dopo l'assunzione regolare e ripetuta di ellaOne®: nel 91.7% delle donne che hanno assunto il farmaco settimanalmente per otto settimane consecutive e nel 72.7% di quelle che l'hanno assunto ogni cinque giorni per lo stesso periodo. Questi dati sono riportati dall'EMA (EMA/73099/2015) e confermano ulteriormente che non si può pretendere in alcun modo che il principale MOA di ellaOne® sia l'effetto anti-ovulatorio.

EMA riconosce (EMEA-261787-2009) che "Ulipristal acetate prevents progesterone from occupying its receptor, thus the gene transcription normally turned on by progesterone is blocked, and the proteins necessary to begin and maintain pregnancy are not synthesized." Questo significa che UPA è in grado di impedire l'annidamento e anche di interrompere una gravidanza già diagnosticata. EMA, peraltro, ammette esplicitamente che l'interruzione sia possibile a seguito di utilizzo off-label del farmaco. Infatti (ibidem), riporta che UPA è in grado di "terminate pregnancy, as well as mifepristone does" e che "when using intramuscular administration of 0.5 mg/kg, 4/5 fetuses were lost in UPA treated macaques". Questo vuol dire che 50 mg UPA

non micronizzato (equivalente a ellaOne®) può interrompere la gravidanza in un macaco che pesasse anche 100kg. Di più, EMA riconosce che *"The threshold for altering endometrial morphology appears lower than for inhibition of ovulation"*: cioè, ogni volta che l'ovulazione avviene e ne segue il concepimento, l'endometrio non consentirà mai all'embrione di annidarsi.

I dati in letteratura medica (Brache) evidenziano che la capacità di ellaOne® di ritardare l'ovulazione è massima (100%) solo all'inizio del periodo fertile; poi decresce e diventa pressoché nulla (8%) uno-due giorni prima dell'ovulazione. Ciononostante, la sua efficacia nel prevenire la comparsa della gravidanza è altissima ( $\geq 80\%$ ) e non si riduce in qualunque dei cinque giorni dopo il rapporto a rischio il farmaco venga assunto. Questo sorprende se si suppone che l'efficacia di ellaOne® sia dovuta al suo effetto anti-ovulatorio. Se così fosse, la brusca riduzione dell'effetto anti-ovulatorio di ellaOne® descritta in letteratura, dovrebbe portare a una progressiva riduzione della sua efficacia, la quale dovrebbe azzerarsi quando il farmaco è assunto nei giorni più fertili pre-ovulatori. Al contrario, la sua efficacia rimane altissima, costantemente superiore all'80%.

L'assenza di qualsivoglia effetto anti-ovulatorio quando ellaOne® è assunta nei giorni più fertili del ciclo evidenzia che il suo MOA deve essere dovuto ad altro, cioè, ai suoi effetti inibitori sull'endometrio. Come ci si aspetta, in qualunque momento il farmaco venga assunto nel ciclo mestruale, vengono persi gli effetti pro-gestazione del progesterone, inclusa l'espressione di quelle proteine che rendono l'utero materno ospitale per l'embrione. L'annidamento dell'embrione diventa impossibile.

La dimostrazione definitiva dell'effetto anti-annidamento di ellaOne® è stata data recentemente da Lira-Albarràn et Al.: essi hanno somministrato una singola dose di

ellaOne® nei giorni più fertili del ciclo a 14 donne valutate con estrema cura nel ciclo precedente, non trattato, considerato ciclo di controllo. Questi ricercatori hanno dimostrato che l'ovulazione si verifica regolarmente dopo l'assunzione pre-ovulatoria di ellaOne®, escludendo così qualsivoglia effetto anti-ovulatorio del farmaco quando viene assunto nei giorni più fertili del ciclo.

Dopo l'ovulazione, nel giorno LH+7, cioè quando l'endometrio dovrebbe essere preparato all'annidamento, ognuna della 14 donne è stata sottoposta a biopsia endometriale, sia nel ciclo di controllo, sia nel ciclo trattato con ellaOne®. Sul tessuto endometriale è stata determinata l'espressione di 1183 geni. Nonostante i livelli plasmatici luteali del progesterone fossero normali, ellaOne® ha confermato la sua nota e chiara attività anti-progestinica a livello tissutale: i geni che risultavano attivati nell'endometrio reso ospitale dal Progesterone risultavano, al contrario, inattivati nell'endometrio delle donne trattate con ellaOne® e viceversa. Ne segue che ellaOne® determina un fenotipo endometriale non-recettivo e cioè un endometrio inadatto all'annidamento dell'embrione.

**Conclusioni** - I CE non rispettano la vita umana dal concepimento poiché il loro principale meccanismo d'azione è l'inibizione dell'annidamento dell'embrione. La popolazione e gli operatori sanitari vengono intenzionalmente ingannati attraverso una informazione non-veritiera».

Colpisce che dopo il parere del CSS emanato nel marzo 2015 due successivi documenti scientifici lo abbiano confermato. Nel febbraio 2017 la ricerca Lira et Al., già ricordata anche sopra ha confermato in modo scientificamente inoppugnabile l'effetto antinidatorio dell'Ulipistral acetato. Ma è sorprendente che anche l'agenzia europea del farmaco (EMA) il 29 giugno 2017, ritornando sulla sua posizione iniziale, poi abbandonata per poter qualifi-

care come contraccettivo il Levonogestrel (Norlevo, Levonelle, Pillola del giorno dopo), abbia stabilito che il suddetto prodotto, se assunto nei giorni fertili del ciclo, non impedisce mai l'ovulazione e quindi non evita il concepimento, ma altera l'endometrio, impedendo l'annidamento dell'embrione già formato<sup>2</sup>. Per opportuna chiarezza si riportano i passaggi dell'integrale documento SIPRE che riassumono i due citati documenti.

Quanto all'Ulipistral acetato (EllaOne, pillola dei cinque giorni dopo) si legge la Position Paper della SIPRE:

*«Infine, ad abundantiam, l'European Public Assessment Report (EPAR) su ellaOne pubblicato dall'EMA e aggiornato al 29/06/2017(14) evidenzia che nei giorni fertili LNG non è mai in grado di inibire l'ovulazione: la sua massima capacità anti-ovulatoria è solo del 25% prima che i livelli di LH inizino a salire, mentre nei giorni successivi – i più fertili – essa decresce ulteriormente a solo il 10%, che rappresenta un effetto anti-ovulatorio simile a quello del placebo».*

*“In sintesi, lo studio di Lira-Albarràn et Al. evidenzia che le donne che assumono ellaOne® dopo un rapporto non protetto nei giorni fertili, e in particolare nei giorni più fertili pre-ovulatori, ovulano normalmente e possono concepire, dal momento che gli spermatozoi sono già risaliti nelle tube e possono fecondare l'uovo che viene liberato. Il farmaco, infatti, non interferisce in alcun modo con la capacità fecondante degli spermatozoi. L'endometrio però è compromesso irrimediabilmente e l'embrione non avrà alcuna possibilità di annidarsi e sopravvivere.*

*Alla fine della loro disamina, gli autori concludono testualmente che “le modificazioni osservate nella espressione genica nei campioni di endometrio ottenuti da donne esposte a UPA sono associate a un fenotipo endometriale non recettivo”.*

*Le evidenze scientifiche appaiono inconfutabili, ma anche un semplice ragionamento potrebbe bastare a capire che il prevalente effetto di ellaOne® è di tipo post-concezionale.*

*Infatti, ellaOne viene presentata come “la pillola dei cinque giorni dopo”, dimostrando che è totalmente efficace anche se presa cinque giorni (120 ore) dopo il rapporto sessuale occorso nel periodo fertile del ciclo.*

*È noto che il giorno pre-ovulatorio è il giorno più fertile del ciclo ed è anche il giorno in cui si verifica il maggior numero di rapporti sessuali.*

*Immaginiamo un rapporto sessuale avvenuto nel giorno pre-ovulatorio (è la situazione più frequente), con l'ovulazione che segue nelle successive 24 ore e il concepimento entro le successive ulteriori 24 ore (e quindi 48 ore dopo quel rapporto sessuale). EllaOne® può essere assunta con una efficacia immutata ed elevatissima fino a cinque giorni da quel rapporto e quindi fino a quattro giorni dopo l'ovulazione e fino a tre giorni dopo il concepimento.*

*Come potrà, in questo scenario, invocarsi un'azione anti-ovulatoria e anti-concezionale per ellaOne®? E' non solo contrario alla evidenza scientifica, ampiamente illustrata, ma anche al semplice ragionamento logico.*

*Si avrà esclusivamente un'azione anti-annidamento, ma essa non è nemmeno menzionata nella informazione ufficiale erogata nel foglietto illustrativo, il che risulta deliberatamente ingannevole sia per le donne, sia per i medici e i farmacisti, sia per le stesse Autorità”.*

*Dimostrato così l'effetto abortivo della c.d. “contraccezione di emergenza”, è logico domandare: quante delle oltre 400.000 “pillole del giorno dopo” e dei “cinque giorni dopo” utilizzate nel 2016 hanno provocato la morte di embrioni? La risposta*

*non può essere esatta perché il concepimento non è mai sicuro dopo un rapporto sessuale e non ci può essere aborto se non c'è un precedente concepimento. Qualora circa un quarto dei rapporti avesse determinato la fecondazione, gli aborti dovuti alla "contraccezione di emergenza" sarebbero 100.000. Se invece il concepimento fosse avvenuto una volta su 10, sarebbero comun-*

*que causato 40.000 aborti nel 2016 in aggiunta agli 84.926 registrati.*

**Questa situazione impone certamente un dovere di chiarezza al Governo e all'AIFA: quanto meno gli utenti devono essere informati sugli effetti abortivi possibili dei prodotti qualificati essere "contraccezione di emergenza".**

# L'originaria insincerità della legge 194 e le conseguenze nella sua applicazione

**Q**uanto ad una valutazione complessiva della L. 194 /1978, dopo 40 anni è assai discutibile che essa abbia contribuito alla riduzione del numero di aborti. Bisogna infatti tenere conto anche della riduzione del numero di donne di età feconda causata dal crollo delle nascite. Questo ultimo fenomeno è motivo oggi di serie preoccupazioni condivise da quasi tutti i partiti politici oltre che dai demografi.

In 40 anni i bambini cui è stato impedito di nascere dalla L. 194/1978 sono stati oltre sei milioni. Se essi fossero nati non esisterebbe il problema demografico. Perciò un programma che si proponga lo scopo di rimediare il danno prodotto dal crollo delle nascite dovrebbe affrontare anche il problema dell'aborto. Come evitare che un così grande numero di nascituri ("i più poveri tra i poveri", come li chiamava Santa Madre Teresa di Calcutta) sia distrutto? Anche se il numero di 84.926 vittime fosse reale (il che non è) il problema morale non si dissolverebbe. Con quali meccanismi potremmo salvare la vita di molti figli?

In effetti l'art. 2 della Legge 194 descrive lo scopo dei consultori come quello di evitare il più possibile le IVG. Purtroppo, nell'attuazione pratica questo obiettivo è stato per lo più dimenticato. Ciò è conseguenza di una equivocità presente nella legge che ne ha consentito una attuazione più iniqua della legge stessa. Il criterio decisivo utilizzato nell'applicazione della norma è stato quello della autodeterminazione della donna, cioè di un suo "diritto all'aborto". Tale equivocità è palese nel tradimento di quanto la Corte Costituzionale aveva prescritto nella sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975, che pur aveva allargato lo spazio dell'aborto legale. Seguendo l'invito di Berlinguer andiamo a

rileggere il dispositivo di quella decisione. L'art. 546 c.p. è dichiarato incostituzionale *«nella parte in cui non prevede che la gravidanza possa venire interrotta quando l'ulteriore gestazione implichi danno o pericolo grave **medicalmente accertato** ai sensi di cui in motivazione e **non altrimenti evitabile** per la salute della madre»*. È, dunque, richiesto un accertamento medico. Il dispositivo richiama la motivazione, dove è scritto che *«è compito del legislatore predisporre le cautele per impedire che l'aborto venga procurato senza **seri accertamenti sulla realtà e gravità del danno o pericolo** derivante alla madre dal proseguire la gestazione: e perciò la liceità dell'aborto deve essere ancorata ad una **previa valutazione** della sussistenza delle cause atte a giustificarla»*.

Nella legge, invece, il medico non accerta proprio nulla, perché la donna è libera di decidere per l'IVG con il solo obbligo di parlare con un medico, il quale accerta soltanto la volontà della donna di abortire (artt. 4 e 5 Legge 194). In tal modo le indicazioni costituzionali sono state violate consentendo, in pratica, l'autodeterminazione della donna.

Comunque dovrebbe restare il limite che il danno o il pericolo non possono essere altrimenti evitabili. A questo dovrebbe servire il colloquio con il medico e, soprattutto, l'attività consultoriale. Purtroppo, però, nell'attuazione il principio di autodeterminazione ha pervaso anche l'attività consultoriale, tanto che prevalentemente i consultori sono divenuti strumento di accompagnamento verso l'aborto chiesto dalla donna, fino al punto di pretendere l'esclusione dei medici obiettori dai consultori, di obbligarli a non esercitare l'obiezione e di trasformare alcuni consultori in ambulatori dove praticare l'IVG mediante la Ru486.

# 200mila bambini aiutati a nascere dai Cav: un modello per i consultori

**P**iù volte, anche in passato, abbiamo chiesto ai ministri della salute succedutisi nel tempo di non indicare soltanto il numero degli aborti, ma anche quello dei bambini salvati. È merito dell'attuale ministro aver cominciato a rivolgere uno sguardo più attento sui consultori familiari. Nell'ultima relazione si legge che in alcune regioni il numero dei colloqui superiore a quello delle autorizzazioni all'aborto rilasciate potrebbe essere un sintomo di una efficacia preventiva del colloquio. Ma è troppo poco per una meditazione sulla vita e sulla morte dei nostri figli. Il Movimento per la Vita (MpV) pubblica ogni anno, a partire dal 1997, un rapporto (Vita Cav) sulla attività dei Centri di Aiuto alla Vita (CAV), che nel 2016 erano 349. In tal modo è possibile sapere quanti bambini sono stati aiutati a nascere. Ad oggi essi sono certamente più di 200.000. In non pochi casi l'intervento dei CAV ha salvato realmente vite umane che altrimenti sarebbero state uccise e questa salvezza non ha suscitato il rammarico e il rimprovero delle madri, ma, al contrario, la loro gioia e la loro gratitudine. Sarebbe perciò opportuno che la annuale relazione ministeriale facesse un cenno a questa attività di volontariato e più ancora che la metodologia dei CAV venisse considerata un esempio da ripetere nei consultori familiari.

L'esperienza dei CAV prova che è possibile prevenire l'aborto anche quando la decisione di interrompere la gravidanza è già stata presa o comunque, quando la donna è orientata fortemente verso l'aborto. Non mancano casi di ripensamento anche nel momento estremo in cui la madre è già ricoverata in ospedale in attesa dell'imminente intervento.

I rapporti annuali "Vita CAV" sopramenzionati riportano i numeri, ma il quarantennio della legge 194 ha suggerito una ricerca tutt'ora in corso per verificare in dettaglio la metodologia dei CAV. Come è noto il loro progetto è sintetizzato nelle formule: "le difficoltà della vita, non si superano sopprimendo la vita, ma superando **insieme** le difficoltà" e "la vita dei figli va salvata on contro le madri, ma **insieme** alle madri". Sono state raccolte le testimonianze di donne che raccontano le cause che le sospingevano verso l'aborto. Dicono come sono pervenute all'incontro con un CAV, indicano le modalità di tale incontro, esprimono la loro gioia per la nascita del figlio, manifestano gratitudine nei confronti dei volontari del CAV.

Molti dei casi narrati evidenziano difficoltà estreme derivanti dalla gravidanza: mancanza di lavoro ed alloggio, abbandoni da parte del partner, situazioni familiari drammatiche, pressioni perché si arrivi all'aborto da parte dei genitori, del padre del concepito, dei compagni, dei medici, dei consultori. Nonostante tutto la scelta di abortire viene abbandonata se maturano due condizioni: il risveglio del coraggio materno e la fine della solitudine. Il coraggio della madre è un dato di natura sempre presente. Ma il coraggio non può essere irrazionale. Ha bisogno di motivazione. La consapevolezza della presenza già attuale di un figlio che cresce nel corpo materno è una motivazione tanto forte da essere talora persino entusiasmante. Ma il coraggio è distrutto se, in vario modo, la donna viene indotta alla convinzione che dentro il suo corpo vi è soltanto un grumo di cellule, un tessuto organico qualsiasi. Per risvegliare il coraggio, perciò, i CAV par-

lano del figlio, ma con una modalità che non appaia ideologica o venata da un giudizio di condanna. Si tratta, infatti, di risvegliare un coraggio e una consapevolezza che già esistono nella mente e nel cuore di ogni donna. Gli operatori volontari devono condividere, non imporre o giudicare, anche perché la solitudine è una condizione quasi sempre presente nella scelta di interrompere la gravidanza. Intorno alla donna molti dicono: "è affar tuo!", "decidi tu". "Noi ti consigliamo di abortire". La solitudine talvolta è provocata in modo violento quando il partner, marito, fidanzato od amico abbandona la donna e quando ella mantiene il segreto della gravidanza per paura dei suoi genitori. La solitudine è rotta dall'amicizia e l'amicizia non si costruisce con un isolato colloquio burocratico: essa esige una presa personale in carico dei problemi, una continuità nel tempo ed un effettivo contributo economico, psicologico, sociale che non può terminare neppure dopo la nascita del bambino.

L'esperienza dimostra che questo è possibile perché il volontariato lo ha realizzato aiutando a nascere 200.000 nascere con la gioia delle loro madri. I consultori familiari possono svolgere questo tipo di azione? Certamente il volontariato ha una carta in più, perché il dono gratuito del proprio tempo e delle proprie risorse manifesta meglio l'amicizia e la convinzione sul valore della vita. Ma, quantomeno, un collegamento generale ed organico dei consultori con i CAV è auspicabile. Oggi è quasi inesistente sebbene lo stesso art. 2 della legge 194 indichi l'opportunità di apposite convenzioni. Inoltre, se davvero lo Stato riconoscesse come dovrebbe i concepiti come esseri umani e tra gli esseri umani i più poveri e bisognosi di protezione, dovrebbe divenire logico ed urgente un ripensamento del ruolo dell'attività dei consultori familiari con riferimento alla tutela della vita nascente e della maternità.

Qualche indicazione si può ricavare dalla sentenza costituzionale n. 35 del 10 febbraio 1997 secondo la quale i primi articoli della legge 194 contengono il riconoscimento del diritto alla vita del concepito fin dalla fecondazione. Per seguire questa indicazione costituzionale i consultori dovrebbero seguire le dettagliate indicazioni della giurisprudenza costituzionale tedesca, nella quale la sentenza costituzionale del 28 maggio 1993 ha dato le seguenti linee alla tecnica consultoriale in un sistema di depenalizzazione dell'IVG. Le abbiamo riportate anche nel nostro X rapporto, ma vale a pena rileggerle ancora una volta:

*«con riferimento al nascituro ci troviamo di fronte a una vita individuale, già determinata nella sua identità genetica e perciò nella sua unicità ed inconfondibilità, non più separabile, che nel processo della crescita e del dispiegamento di sé non solo si sviluppa in un essere umano, ma anche in quanto essere umano». «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». Resta però il divieto costituzionale di sottovalutazione del bene che si deve proteggere, la vita umana, senza che sia possibile fare distinzioni temporali nell'ambito della gestazione». «La consulenza 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». Lo Stato deve affidare il compito di sostegno alla 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 costituzionale e della legge». Il contenuto dei colloqui nei consultori non può essere soltanto informativo. Occorre anche offrire aiuti concreti sia direttamente, sia assistendo la donna nelle procedure per ottenere assistenza presso altri soggetti. «In tale contesto la donna deve sapere che il nascituro gode, in particolare anche nei suoi confronti, di un proprio diritto alla vita, e che quindi - per effetto dell'ordinamento giuridico - anche nel primo stadio della gravidanza, esso gode di particolare tutela. [...] 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». Di conseguenza lo Stato, «in quanto garante della vita», deve anche svolgere una sistematica azione di controllo. Le donne in difficoltà devono manifestare «le cause e gli aspetti del conflitto che esse vivono» ed è indispensabile che l'attività del consultorio sia documentata in un verbale, che, pur non consentendo di risalire alla singola utente, permetta un controllo periodico da parte dello Stato. La strategia della consulenza implica un'attenzione particolare all'ambiente in cui la donna vive. I consultori debbono, perciò tentare di coinvolgere il padre del concepito. Bisogna anche ricordare che «il medico curante e quello eventualmente avvicinato per eseguire l'intervento non sono esentati dall'obbligo di favorire la nascita». «Per i comportamenti delle persone dell'ambiente familiare all'interno di un determinato periodo sono indispensabili precetti e divieti corredati da sanzioni a carattere penale. Tali precetti e divieti devono essere diretti, da un lato a far sì che le persone coinvolte non si astengono in modo colpevole dal fornire aiuto di cui la donna necessita per effetto della gravi-

danza, dall'altro che esse evitino di spingere la donna verso l'interruzione volontaria della gravidanza. [...] Deve essere verificato se sanzioni comparabili e analoghe debbano essere previste anche nei confronti di persone appartenenti all'ulteriore ambiente sociale della donna, se queste la spingono all'aborto». «Gli organi dello Stato, sia a livello federale che a livello di Land, devono schierarsi riconoscibilmente a favore della tutela della vita. Ciò riguarda in particolare i programmi di 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».

La relazione ministeriale non afferma, come fa "La Repubblica" che la legge ha ridotto il numero degli aborti, ma si sofferma su alcuni aspetti per dimostrare che la legge ha funzionato. Sottolinea, infatti, che i tempi di attesa dal rilascio del documento che è il titolo per eseguire la IVG fino all'intervento sono ragionevolmente brevi (pag. 38); che pochissime donne eseguono l'aborto in luoghi lontani dalla loro residenza (pag. 39); che l'obiezione di coscienza per quanto largamente diffusa, non ha ostacolato l'esecuzione delle IVG (pag. 4 e ss.); che la recidiva nell'aborto volontario è più bassa di quanto sarebbe stato da attendersi (pag. 310 ss); che gli indicatori della abortività in Italia sono più bassi di quelli di quasi tutti gli altri paesi europei, Germania esclusa (pag. 17).

La tesi del Ministro è, dunque, che la legge ha funzionato. Ma quale deve essere l'obiettivo dello Stato di fronte al dramma dell'uccisione di 6 milioni di bambini non nati? Anche se nel 2016 le IVG legali fossero scese sotto la soglia delle 100.000

unità (evento assai dubbio, come sopra abbiamo dimostrato) non dovremmo provare un profondo turbamento di fronte a 100.000 vittime innocenti e povere? Che cosa possiamo fare di più? Nella legge e nella sua attuazione l'obiettivo di ridurre gli aborti è stato perseguito soprattutto propagandando e favorendo la contraccezione. Ma la stessa relazione ministeriale constata che in tutti i Paesi dove la contraccezione (compresa quella di "emergenza") è più diffusa che in Italia gli indicatori della abortività sono più elevati che in Italia e gli aborti sono in continua crescita. L'esperienza dei CAV dimostra che per vincere l'aborto occorre risvegliare il coraggio femminile e che il primo mezzo è il riconoscimento del concepito come un essere umano, uno di noi, un figlio. Perciò uno Stato che voglia veramente proteggere la vita e perciò ridurre l'aborto ed anche aumentare gli indicatori di natalità dovrebbe adottare come base della propria azione

questa realtà. Nell'attuale contesto culturale e politico non è facile imboccare questa strada, ma, almeno, una incisiva riforma dei consultori familiari può renderli esclusivamente strumenti di tutela del diritto alla vita, liberandoli da qualsiasi partecipazione alla scelta di aborto, così rendendo evidente il valore della vita nascente. Queste indicazioni in passato hanno costituito il contenuto di proposte di legge predisposte dal Forum delle famiglie e dal Movimento per la vita. È giunto il momento di una riflessione serena ispirata dal comune desiderio di preferire la nascita e dall'intento di garantire alla donna il diritto di non abortire liberandola dalla "necessità" che – secondo la nostra Corte Costituzionale (sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975) – giustificerebbe l'aborto. La necessità è un limite della libertà. perciò lo scopo della prevenzione deve essere quello di restituire alla donna la libertà di non abortire.

## NOTE

**1** Lira-Albarrán S, Durand M, Larrea-Schiavon MF, González L, Barrera D, Vega C, Gamboa-Domínguez A, Rangel C, Larrea F. Ulipristal acetate administration at mid-cycle changes gene expression profiling of endometrial biopsies taken during the receptive period of the human menstrual cycle. *Mol Cell Endocrinol*. 2017;447:1-11.

**2** European Medicines Agency (EMA). European Public Assessment Report (EPAR) on ellaOne updated 29/06/2017. At: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/001027/WC500023670.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf)

