

194. UNA LEGGE GIUSTA

autodeterminazione e prevenzione per contrastare l'aborto

Venerdì 29 febbraio 2008

Università degli Studi di Milano, Aula 208 - via Festa del Perdono 7

Intervento di **Donatella Albini** Ginecologa all'ospedale M. Mellini di Chiari

L'aborto è una pratica iscritta da sempre nei comportamenti della donna, la cui memoria si perde nella ricostruzione storica che se ne può fare, ma è anche una pratica da sempre lasciata nella impermeabilità del privato o assunta tra le problematiche sociali solo per essere penalizzata, respinta o rimossa, questo fino alla 194.

Povera legge 194, scrive Miriam Mafai, aggredita da ogni parte, messa nei fatti in discussione, per l'intollerabile ossequio della nostra politica alle indicazioni che provengono dalla gerarchie ecclesiastiche, per un deficit insopportabile di laicità e di democrazia, difese blandamente anche dai dirigenti del centro-sinistra, per non alterare equilibri precarissimi, ma rinunciando con ciò ad una chiara presa di posizione sulla laicità e insinuando il pensiero che senza religione non c'è morale.

Povere donne italiane il cui corpo è sempre più oggetto, in un clima da medioevo, di divieti e imposizioni, e loro stesse additate come colpevoli, quando fanno ricorso alla legge, di omicidio perfetto.

Una legge che è scivolata dentro la quotidianità di un paese che l'ha applicata ed usata con semplicità, impegno, attenzione e gratitudine e la cui messa in discussione di oggi mette solo a disagio i pochi medici che la applicano e spaventa le donne più fragili quando, negando il rispettoso silenzio dovuto al dolore di una coscienza, non ci si pone di fronte a una donna, che sta vivendo la sofferenza di un aborto tardivo, perché il suo bambino è malato, con lo sguardo indagatore di un giudice troppo scrupoloso o di forze dell'ordine troppo efficienti.

Per ragionare oggi sulla 194 ho pensato di analizzare due parole che ricorrono nei discorsi sulla legge: **diritto e tempo**.

La 194 sancisce il diritto di potersi autodeterminare, di scegliere di interrompere una gravidanza, **non** sancisce il diritto di aborto, ma afferma l'autodeterminazione come principio **etico** di regolazione delle capacità procreative; definisce cioè un diritto di decisione, che attiene alla sfera della responsabilità individuale, ed è proprio questa dimensione di responsabilità che dà alla donna la dignità di soggetto e la fa uscire dalla miseria.

Questo sul piano individuale.

Sul piano collettivo il diritto, di cui parlavo prima, va forse collocato invece tra le libertà che potremmo definire negative, cioè quelle libertà che tutelano i cittadini/e dalle indebite interferenze dello Stato, in questo caso tutelano la donna o da una penalizzazione o da un controllo esterno sulla sua autodeterminazione.

Certo un diritto non sancisce di necessità una libertà interiore piena o uno stato di felicità, ma non per questo smette di essere un diritto.

E' un diritto che attiene alla sfera di autoregolazione individuale, anche se non dà conto della dimensione della responsabilità verso se stessa e verso l'altro/a, che la donna assume nella scelta di abortire, non dà conto del tormento interiore in cui questo diritto si esercita.

Stiamo parlando di libertà femminile, che è anche il principio che si pone all'inizio della vita umana, attraverso tre passaggi:

- 1) Non si può obbligare una donna a diventare madre.
- 2) La relazione materna, indispensabile alla vita umana, si stabilisce nell'attimo in cui la donna l'accetta, fa spazio dentro di sé; e non c'è legge coercitiva che possa far sviluppare un grembo psichico, essenziale perché un bambino sia accolto ed amato.
- 3) La vita umana comincia da questo sì liberamente pronunciato: tocca alla donna dire sì alla vita che comincia in lei, alla donna che accoglie e coltiva una nuova vita, che poi consegna all'umanità, perché quella vita, prima di sentire, desiderare, parlare, essere, è dentro un corpo di donna e lo deve attraversare per esistere.

La legge 194 rispetta dunque una sfera di autonomia individuale, dove lo Stato non entra direttamente a sancire valori e disvalori, ma non è indifferente, anzi è chiamato ad intervenire a sostegno della donna che deve abortire. Si può in altri termini dire che la 194 è una legge

che **non** autorizza l'aborto, ma condiziona la sua pratica entro certi limiti, fra cui l'obbligo di rivolgersi ad una struttura sanitaria pubblica.

Il rapporto della donna con lo Stato si concretizza nella figura del medico, che affianca la donna nelle procedure previste dall' art. 5.

Ma, se è vero che noi medici abbiamo il privilegio di nutrirci delle ricchezze dei nostri pazienti, entrando nelle loro vite attraverso la porta delle loro sofferenze, è più che mai vero che nulla di meglio c'è del racconto che la donna fa della propria verità, di quello che prova, della sua frustrazione, della sua rabbia.

Mai, allora mai, dobbiamo scordare che è la donna ad avere potere di vita e di morte sulla sua riproduzione e noi abbiamo il dovere/diritto di avere **per e con** lei rispetto e pazienza.

Spesso si fa riferimento alla solitudine della donna lenita nel rapporto col medico; ma la solitudine è l'inevitabile corollario della scelta esercitata in libertà e responsabilità, perché le ragioni che spingono all'aborto non sempre attengono a conflitti esterni, di ruoli sociali, eliminabili con interventi sociali.

Certo, spesso c'è una donna troppo giovane, troppo povera , troppo sola, con un carico di incertezze, di dubbi, di sofferenza; basta guardare il dolore che sta dietro gli sguardi solo apparentemente spavaldi, il pianto silenzioso, il senso di colpa dichiarato; se il lavoro è sempre più scarso o precario, se i prezzi delle case aumentano, se i posti nei nidi diminuiscono, è il **bisogno** che si fa strada; ma quelle donne, anche attraverso la sofferenza del loro aborto, chiedono diritti, non elargizioni una tantum.

Torniamo al medico.

Nella legge la presenza del medico ha un significato, per alcuni versi, di "consulente sociale", o, meglio "controllore sociale", sulla procreazione: esempio chiaro di questo è il ricorso generalizzato all'obiezione di coscienza, in certo modo legittimato, senza alcuna regolamentazione e senza garanzie per il funzionamento della legge stessa.

Il 58% dei ginecologi, il 45,7% degli anestesisti e il 38,6% del personale non medico obietta in Italia; in Lombardia è il 68% dei ginecologi ad obiettare, il 46% degli anestesisti e il 31% del personale non medico.

Tutto questo, altro non significa che una legge dello Stato è legalmente disapplicata da più di metà dei dipendenti pubblici che dovrebbero applicarla; certo, facendo le IVG non si fa carriera e in più c'è un logoramento emotivo e psicologico: ogni IVG è un peso sulla coscienza, scrive il professor Buscaglia, una ferita che fatica a rimarginarsi, vuol dire, anche per il medico solitamente abituato all'onnipotenza, aver fallito.

D'altro canto se pensiamo che tra medico e donna debbano esistere buona vicinanza e giusta distanza, che da un lato ci siano capacità di ascolto, empatia, comprensione non puramente tecnica del problema (e l'aborto non è solo un atto medico, ma un evento ben più complesso), e dall'altro ci sia rispetto e attesa, che favoriscono la riflessione e le scelte, è chiaro che tutto questo non può essere frutto solo di abilità professionale, ma è in stretta connessione a come il medico vive le dimensioni dell'intimità e dell'autonomia, sa riflettere su di sé, sulla sua capacità di relazionarsi e di rispettare la libertà della donna.

Il documento dei ginecologi, rispetto alle posizioni assunte dall'ordine nazionale dei medici e da quello lombardo, con alcune differenze mi sembra vada in questa direzione, di esserci come persone, a fianco della donne e come cittadini che chiedono di applicare una legge dello Stato. Ero partita dalla parola "diritto" e con questa parola ho fatto tanta strada dentro la legge 194, ora sono alla seconda parola, "tempo".

Il tempo, indicato dalla 194, è un tempo sociale: è il tempo della legge, è il tempo che si allunga, si ritualizza, si ingarbuglia sempre di più per via della pesantezza burocratica e dell'inefficienza delle istituzioni; è il tempo del rito, che va rispettato, il tempo del ripensamento, il tempo delle liste d'attesa, è il tempo non rispettato da parte dei servizi.

Cristina Cacciari in un articolo sul rituale dell'aborto definisce la routine simbolica che la donna svolge per ottenere il certificato e poi l'intervento, come un viaggio, un tragitto, un cerimoniale che permette alla donna di esternare, esibire una sorta di riparazione rituale delle norme infrante.

Ma se questo è il tempo sociale, esterno, c'è anche un tempo interno, quando la donna si accorge di essere incinta: il tempo per mettere in atto la sua decisione, il tempo per renderla attiva; ma il tempo fuori non coincide con questo tempo e l'allungamento del tempo è fonte di grande sofferenza.

Le linee guida anglosassoni e francesi indicano con chiarezza che quanto più precoce è l'effettuazione dell'IVG, tanto minore è la probabilità di complicanze. Quindi i servizi dovrebbero fornire soluzioni organizzative per minimizzare l'intervallo d'attesa e rendere semplice e rapido l'accesso: ad esempio si indica come ottimale fissare l'appuntamento entro 5 giorni dalla richiesta, con un massimo di 14 giorni, e di eseguire l'aborto non oltre i 7 giorni dalla visita, comunque non oltre i 14 giorni.

Da questo punto di vista la RU486, ma anche dal punto di vista culturale e psicologico, è uno strumento utile per una maggiore coincidenza tra tempo esterno e tempo interno.

La stessa legge 194 all'art. 15 conferma la necessità di un "aggiornamento sull'uso delle tecniche più moderne e rispettose dell'integrità psichica e fisica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza".

Per altro verso, la prima carta universale sui diritti umani e la bioetica, sottoscritta a Parigi nel 2005, sottolinea l'autonomia delle persone nelle loro decisioni dopo un'adeguata informazione, senza pregiudizi: nessuna autorità può sostituire o ledere il diritto individuale all'informazione.

Dunque l'accoglienza in tempo reale del bisogno è la filosofia di fondo di fronte ad alcuni problemi specifici; l'IVG è tra queste problematiche, quindi è necessario iniziare il prima possibile il percorso necessario per affrontare insieme alla donna il problema e rilasciare la documentazione necessaria.

In generale per tutte le donne è importante predisporre percorsi semplici codificati e possibilmente omogenei nel territorio, per l'accesso alla documentazione, all'intervento e al successivo ritorno al consultorio, va riqualificato il percorso assistenziale dell'interruzione volontaria di gravidanza, con particolare attenzione alla risposta e accoglienza della donna che chiede IVG in tempo reale.

Va data un'informazione esauriente ed efficace all'utente sulle modalità di legge, con modalità comunicative per le più giovani e per le donne immigrate.

Va garantita l'accessibilità ai consultori e vanno evitati i numerosi passaggi tra i servizi. Va pensata una formazione che sostenga la motivazione degli operatori, indirizzata ad una maggiore attenzione alla relazione in equipe e alla relazione con l'utente, e che sappia rapportarsi con utenza a fasce di popolazione più deboli.

E' molto importante la presenza della mediazione culturale. E' ovvio che la prenotazione solo telefonica diviene una barriera insormontabile per la donna che non parla la lingua. Ulteriore supporto alle fasce più deboli sono le informazioni scritte semplici, accompagnate dalla spiegazione dell'operatore, tradotte in lingua per le donne straniere. Promemoria contenenti le modalità di prenotazione e di svolgimento dell'intervento e i consigli post-intervento da consegnare con il certificato, insieme alla mediatrice, perché la comunicazione diretta è a mio avviso la più efficace con queste donne.

Un pensiero sui consultori: in questi anni abbiamo assistito a un progressivo processo di delegittimazione e di emarginazione, quando non alla scomparsa o alla "vendita" ad enti privati.

Quanti sono? Non certo quanti previsti dal POMI del 2000: 1/20000 abitanti nelle aree urbane e metropolitane, 1/10000 nelle aree rurali.

A che punto è l'integrazione con gli altri servizi? Sarebbe buona cosa un'analisi annuale sulle relazioni tra ospedali, servizi territoriali e medici generici rispetto all'IVG, differenziata per aree, per consentire, ad esempio ai sindaci, garanti della salute dei cittadini/e, di capire e intervenire.

Di più, se il consultorio è un luogo dove ci si prende cura della persona, della sua storia e della sua vita, è uno spazio di cammino con la persona che, ad esempio, assume la contraccezione nel contesto del proprio mondo e della propria vita, da lì devono partire anche i progetti di educazione sessuale nelle scuole, a partire dalle elementari.

Che fare? Nulla di meglio della dichiarazione della lettera appello dei ginecologi che tutti conosciamo.

Per finire una raccomandazione rubata ad un libretto di sessanta pagine, "un po' di compassione", lettere di Rosa Luxemburg, che ho sentito come un regalo: "attraversate l'esistenza in un mantello trapunto di stelle, in grado di proteggervi da quanto è meschina, dozzinale e angosciante".