

5 Dicembre 2005

Aborto, la sfida della 194

Non sorprende che la corsa per la cattura del voto dei cattolici abbia subito un' accelerazione, a pochi mesi dalle elezioni di primavera. Né sorprende che la questione dell' aborto sia entrata nel dibattito politico. È giusto che sia così, le leggi e la loro applicazione sono migliorabili perché le condizioni sociali cambiano, così come la cultura e le idee dei cittadini. Dunque, che la legge 194/78 sulla "tutela sociale della maternità e l' interruzione volontaria della gravidanza" venga sottoposta ad esame per individuarne forza e debolezze, è fatto naturale in un regime democratico. Del resto, dal momento della sua approvazione (sono trascorsi quasi trent' anni) c' è stata per lo meno un' occasione annuale di dibattito parlamentare sulle relazioni del ministro della Sanità e del ministro della Giustizia prescritte dall' art. 16 della legge. Di fronte alle disordinate dichiarazioni del ministro Storace, è da presumere che la componente responsabile dei partiti della Cdl fiuti acque pericolose. In molti si affannano a dire che la revisione della 194 non è "nei programmi di governo" o addirittura che la 194 "non si tocca". E infatti, sollevando la questione dell' aborto, si rischia di perdere milioni di voti. La legge, nel complesso, ha funzionato bene e la stragrande maggioranza degli elettori la vogliono conservare. Molti perché ritengono che la decisione in merito all' esito di una gravidanza sia una prerogativa irrinunciabile della donna. Altri perché convinti che l' aborto sia un male, ma che la legge eviti mali di gran lunga peggiori. Altri ancora per pura convenienza. Così fu nel 1981, quando i due terzi dei votanti bocciarono il referendum abrogativo e così è oggi, e a maggior ragione, perché gli italiani - e soprattutto le italiane - sono assai più consapevoli in materia di sessualità e riproduzione. I cittadini debbono però sapere che la legge si regge su meccanismi complessi e delicati e debbono diffidare di proposte incaute e demagogiche. Tale è quella che invoca la massiccia presenza di volontari (Movimento per la Vita) nei consultori. Questi necessitano, semmai, di maggiore professionalità (che è capacità di comprendere, informare e consigliare): quando e dove questa faccia difetto, il sistema pubblico ha i mezzi per porvi riparo. Né è pensabile di mettere un volontario (scelto come?) al fianco di ogni medico di famiglia che - al pari dei consultori - è abilitato a porre in atto la procedura che conduce all' interruzione di gravidanza (e lo fa nel 35 % dei casi). Negli Stati Uniti, dove dal 1973 esiste una normativa per molti versi simile a quella italiana, gli Stati (che non possono abrogare una legge federale) a maggioranza repubblicana e nei quali operano forti correnti integraliste antiaborto, hanno ostacolato il funzionamento della legge con danno dei ceti più deboli e vulnerabili. Questo potrebbe avvenire anche da noi. In Italia esistono disuguaglianze territoriali nell' efficienza del sistema sanitario pubblico e nella funzionalità dei consultori - ma queste non appaiono così rilevanti da non potere essere corrette. La distribuzione dei consultori è abbastanza uniforme sul territorio nazionale (1,6 ogni 10000 donne feconde nel centro-nord; 1,5 nel Mezzogiorno); lo stesso può dirsi per la frequenza dei medici obiettori (sei su dieci nel centro-nord, la metà nel Mezzogiorno); o, infine, per gli interventi oltre la dodicesima settimana di gravidanza, che comportano maggior rischio (2,5 % nel centro-nord e 1,4% nel Mezzogiorno). Del buon funzionamento della legge attesta l' andamento del fenomeno. Dopo un aumento degli interventi nei primi anni (fino ad un massimo di 235,000 nel 1982), questi sono gradualmente diminuiti fino ad attestarsi su 130.000-135.000 interventi negli ultimi 5 anni: c' erano 17,2 IVG ogni 1000 donne nel 1982, ridotti a 10 per 1000 nel 2004. Nell' ambito dei Paesi con analoga legislazione, il ricorso all' aborto è, in Russia, pari a 7 volte l' Italia; negli Stati Uniti e in Svezia circa il doppio; in Gran Bretagna e in Norvegia il 60 per cento in più; in Francia il 30 per cento in più. Tra i grandi Paesi, solo in Germania il livello è più basso. Nell' ultimo ventennio la diminuzione è stata pressoché uniforme nelle varie regioni; ma ha riguardato più le donne sposate che quelle non sposate e, in generale, è stata meno forte tra le donne adolescenti o molto giovani che tra quelle meno giovani. Questi ed altri dati suggeriscono, in primo luogo, che il timore che l' aborto "reso facile" spingesse altre donne - non più distolte dalla paura di commettere un reato - ad interrompere la gravidanza, non aveva ragione di essere. Analogamente, è infondato il

timore che l'adozione del RU 486 crei una richiesta "aggiuntiva" di aborto: una varietà di metodiche accresce semmai l'efficacia complessiva degli interventi. È vero invece che la legge ha fatto "emergere" nella legalità e nella sicurezza dei presidi medici, un fenomeno clandestino doloroso, pericoloso e criminogeno. A maggior ragione, inoltre, l'aborto legale, non può essere reso responsabile della bassa natalità, che è la conseguenza di scelte volontarie e coscienti delle coppie. Che l'abortività delle adolescenti sia rimasta pressoché costante, così come quella delle donne non sposate; che questa appaia assai più elevata della media tra le donne con bassa istruzione; che sia più che tripla tra le donne immigrate rispetto alle italiane; che esista ancora un non trascurabile numero di aborti clandestini, prevalentemente nel Mezzogiorno: questi fatti indicano in quale direzione procedere. La prevenzione delle gravidanze indesiderate non funziona a dovere per le persone maggiormente a rischio per la giovanissima età, per l'instabilità dei rapporti, per la precarietà di vita, per la subalternità culturale. È di questi problemi che il ministro della Salute dovrebbe preoccuparsi, misurandosi con la loro soluzione.
