

movimento**perlavita**



**COMMISSIONE BIODIRITTO**

# **DOPO 40 ANNI PER UNA PREVENZIONE VERA DELL'ABORTO VOLONTARIO**

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

ESAME DELLA RELAZIONE DEL MINISTRO PER LA SALUTE  
PER GLI ANNI 2014 E 2015 - 7 dicembre 2016

testo a cura di  
**Carlo Casini**

# INDICE.

<b>Introduzione: dopo 40 anni...</b>	<b>pag. 3</b>
<b>PARTE I - IL PROBLEMA “CONTRACCEZIONE D’EMERGENZA”</b>	
<b>1. Nozioni basilari per capire</b>	<b>pag. 4</b>
<b>2. Effetto antiovulatorio o antinidatorio?</b>	<b>pag. 4</b>
<b>3. La storia delle informazioni fornite dalla produttrice (HRA pharma) accettate dall’Ema, dalla Commissione europea e dall’Aifa</b>	<b>pag. 5</b>
<b>4. Opposte valutazioni di organi pubblici</b>	<b>pag. 6</b>
<b>5. La più recente prova dell’effetto antinidatorio</b>	<b>pag. 7</b>
<b>6. Il concepito: un essere umano o una cosa? L’utilità contro la verità.</b>	<b>pag. 7</b>
<b>7. Pre-embrione concetto inaccettabile nel diritto europeo e italiano</b>	<b>pag. 7</b>
<b>8. Richieste al ministro della Salute riguardo il contenuto del foglietto illustrativo di Ellaone e Norlevo e all’accertamento scientifico definitivo sugli effetti della cosiddetta “contraccezione d’emergenza”</b>	<b>pag. 8</b>
<b>PARTE II - PREVENZIONE DELL’IVG E FUNZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI</b>	
<b>9. La contraccezione d’emergenza non può essere considerata causa appropriata di riduzione delle IVG</b>	<b>pag. 9</b>
<b>10. Diminuzione delle IVG: un confronto con Francia e Regno Unito. Insufficienza della contraccezione e delle misure economico-sociali</b>	<b>pag. 9</b>
<b>11. La consapevolezza della identità umana del concepito alla base della prevenzione</b>	<b>pag. 11</b>
<b>12. Una conferma dal confronto con la Germania</b>	<b>pag. 11</b>
<b>13. Il dato culturale essenziale per la prevenzione</b>	<b>pag. 13</b>
<b>14. La corretta interpretazione dell’art. 2 Legge 194/78 e la sua errata applicazione</b>	<b>pag. 13</b>
<b>15. Proposte concrete per una non equivoca ed efficace funzione di prevenzione dei consultori</b>	<b>pag. 15</b>
<b>NOTE</b>	<b>pag. 14</b>

# INTRODUZIONE.

## Dopo 40 anni...

Come è noto l'art. 16 della Legge 194/78 obbliga i ministri della Salute e della Giustizia a riferire ogni anno al Parlamento, con specifiche relazioni, i dati relativi alla attuazione della legge stessa. Il Movimento per la vita italiano ha costantemente sottoposto ad approfondite riflessioni questi documenti e li ha pubblicate, quando ritenuto utile e possibile, a partire dal 1982.

L'ultima relazione ministeriale è stata presentata molti mesi fa ed è prevedibile che l'invio al Parlamento di quella del 2017 sia prossima. Tuttavia sembra opportuno che il Movimento per la vita risponda agli stimoli derivanti dalla relazione del dicembre 2016, in considerazione del fatto che l'anno prossimo, il 2018, si compirà il quarantennale della approvazione (18 maggio 1978), della promulgazione (22 maggio 1978) e della entrata in vigore (5 giugno 1978) della legge che ha legalizzato l'aborto in Italia. 40 anni sono un periodo abbastanza lungo per effettuare una valutazione globale della legge, non limitata ad un singolo anno. Nuovi complessi problemi sono sorti in questi 40 anni e la nostra aspirazione è di offrire un contributo al ministro, sperando che nella prossima relazione se ne tenga conto. Contemporaneamente questo nostro documento, come quelli che lo hanno preceduto nel corso degli anni, ha lo scopo di tenere desta l'attenzione della opinione pubblica sul tema dell'aborto e della legge che lo regola. Conseguentemente la serietà ed il rigore delle valutazioni e delle proposte da noi presentate agli organi dello Stato deve accompagnarsi ad un linguaggio divulgativo che sia comprensibile anche quando le questioni da affrontare richiedono una approfondita conoscenza scientifica. Questa annotazione è particolarmente pertinente riguardo a questo decimo rapporto perché nelle pagine che seguono affronteremo anche la questione degli effetti delle sostanze chimiche Levonorgestrel (LNG: pillola del giorno dopo) e Ulipristal acetato (UPA: pillola dei 5 giorni dopo) il cui uso, reso largamente possibile con la c.d. "contraccezione d'emergenza" è considerato nella relazione ministeriale come uno strumento idoneo a ridurre le IVG.

Che sia opportuna la riflessione serena, guidata esclusivamente dalla ragione, dopo un adeguato periodo di applicazione della legge, lo ha chiesto anche 40 anni fa uno dei più autorevoli relatori favorevoli alla legalizzazione dell'aborto, l'on. Giovanni Berlinguer. Lo abbiamo sempre ricordato anche nei nostri precedenti rapporti per la significatività del suo discorso e del suo orientamento politico. Prima del voto finale egli disse *"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"*.

Il criterio di valutazione corretto è indicato nella stessa relazione ministeriale alla pag. 6: **"la prevenzione dell'IVG è il criterio primario di sanità pubblica"**. In effetti il nucleo valutativo della relazione ministeriale (RM) consiste nella constatazione di una notevole diminuzione degli aborti legali registrati: furono 234.801 nel 1983 e sono stati 87.639 nel 2015, come riferisce la RM, che individua quale causa della diminuzione l'aumentato uso della c.d. "contraccezione d'emergenza" attuata soprattutto mediante la pillola dei 5 giorni dopo ("Ellaone" a base di UPA) le cui vendite che furono di 7.796 confezioni nel 2012, sono diventate 11.915 nel 2013, sono salite a 16.796 nel 2014 e si sono moltiplicate nel 2015 fino a raggiungere la cifra di 145.101 (pag. 1 della RM). In una audizione del marzo 2017 l'allora presidente di Federfarma Italia ha riferito che nel 2016 sono state vendute in Italia 238.836 confezioni di Ellaone.

La legge 194/78 è sottoposta a critiche non solo da quanti intendono difendere e garantire il diritto alla vita del concepito, ma anche da quanti, all'opposto, vorrebbero affermare un diritto umano fondamentale di abortire come espressione del principio di autodeterminazione delle donne, sul presupposto di una totale negazione o dimenticanza della identità umana nel concepito non ancora nato. Per costoro ogni limite posto all'aborto è insopportabile. Ne derivano gli attacchi contro gli obiettori di coscienza e i tentativi di trasformare i consultori familiari in strumenti di accompagnamento della donna all'IVG. Nella sua relazione il ministro manifesta soddisfazione per la asserita diminuzione di aborti; difende l'obiezione di coscienza, sia pure con lo scopo di difendere la legge (sostenendo, cioè, che in Italia non esistono difficoltà pratiche per effettuare gli interventi abortivi) rivolge lodevolmente uno sguardo sui consultori familiari riscontrandone una qualche efficacia di prevenzione anche post-concezionale deducibile dal fatto che, almeno in alcune regioni, il numero dei "colloqui" è maggiore di quello dei documenti rilasciati per eseguire le IVG. Su questi punti il nostro rapporto si soffermerà cominciando con l'esaminare il tema della c.d. "contraccezione d'emergenza", approfondendo la ragione della auspicata prevenzione degli aborti, valutando poi la consistenza reale della asserita riduzione delle IVG e proponendo infine una riforma legislativa che investe principalmente i consultori familiari.

## Il problema “contraccezione d'emergenza”

### 1. Nozioni basilari per capire

**P**er la comprensibilità da parte di chi non ha fatto studi specialistici delle questioni da esaminare a proposito della contraccezione d'emergenza è opportuno richiamare preliminarmente alcune nozioni essenziali certe e non contestate da alcuno.

Le ricaviamo in sintesi dal libro “Da vita a vita” del professor Bruno Mozzanega, presidente della “Società italiana per la procreazione responsabile(SIpre)” (Ed. Universo, Como, 2010).

È noto che il concepimento avviene mediante l'incontro di uno spermatozoo contenente 23 cromosomi paterni con l'ovocita portato a maturazione dalla donna, contenente 23 cromosomi materni.

- In ogni ciclo mestruale la donna porta a maturazione di regola un solo uovo che viene liberato dall'ovaio alla metà del ciclo mediante meccanismi tanto complessi quanto meravigliosi che non è qui il caso di descrivere. L'ovocita è fecondabile di regola soltanto entro le 24 ore dal momento in cui viene liberato. Se non avviene la fecondazione esso si degrada e si decompone.

- L'ovulazione è determinata dalla comparsa nel corpo della donna di una speciale sostanza chimica, chiamata LH, che fa maturare l'ovocita, lo fa liberare e incide sul progesterone la sostanza preposta a trasformare l'endometrio in una mucosa accogliente. Il fattore LH comincia a crescere 4 giorni prima dell'ovulazione. La sua quantità cresce nelle prime 36 ore e quindi si mantiene ad un livello elevato fino alla ovulazione. In questo complesso meccanismo il muco che pervade i genitali della donna, prima del periodo fertile, impedisce il passaggio degli spermatozoi, ma successivamente si trasforma e consente il cammino degli spermatozoi in modo che essi possano raggiungere la zona ampollare di una delle due tube.

- Gli spermatozoi hanno una vitalità più lunga: possono sopravvivere per 5 giorni da quando sono immessi nel corpo della donna se sono riusciti a risalire fino alla zona ampollare di una delle due tube, i condotti che collegano le ovaie all'utero.

- Ne deriva che il periodo fertile in cui può avvenire il concepimento è di 6 giorni: quelli che precedono l'ovulazione e il giorno stesso dell'ovulazione.

- La fecondazione avviene proprio in questa zona ampollare. Da lì il concepito scende verso l'utero affrontando un viaggio di 2 o 3 giorni. In tale periodo il concepito utilizza le risorse energetiche che la natura gli ha messo a di-

sposizione e quelle che trova nel canale che percorre. Alla fine del viaggio trova nutrimento, ossigeno e calore impiantandosi nell'endometrio.

- Endometrio è il nome della parete interna dell'utero. Può essere paragonata ad un terreno fertile che si prepara ogni mese all'accoglienza dell'embrione, cioè a realizzare la sua funzione. Se la fecondazione non avviene, l'endometrio degenera, si decompone e determina la mestruazione, finita la quale il ciclo ricomincia.

### 2. Effetto antiovulatorio o antinidatorio?

**L**a c.d. “contraccezione d'emergenza” consiste nella assunzione per via orale di una pastiglia contenente LNG entro 2 giorni dall'eventuale rapporto non protetto ovvero nella assunzione dell'UPA entro 5 giorni dal rapporto. Sul foglietto illustrativo dei preparati di c.d. contraccezione d'emergenza (Elleone, Norlevo, Levonelle) è scritto che essi impediscono soltanto l'ovulazione, ma studi autorevoli sostengono, invece, il loro effetto antinidatorio. Anche soltanto sulla base delle nozioni riassunte relative al concepimento chiunque può capire che l'effetto esclusivamente contraccettivo può non verificarsi. Infatti se il rapporto sessuale avviene dopo che l'ovocita è stato portato a maturazione ed espulso, il concepimento può avvenire e se lo sviluppo del figlio non si completa deve esservi una ragione diversa dal blocco della ovulazione: essa necessariamente non può che consistere nell'impedimento dell'impianto dell'embrione nell'endometrio.

Ma la funzione esclusivamente antiovulatoria dell'UPA e dell'LNG è tutt'altro che certa anche se il rapporto avviene prima della ovulazione, cosicché un gran numero di embrioni non arriva al parto a causa della morte del concepito che non viene accolto nell'endometrio.

Dunque la questione è di sapere se le suddette pillole postcoitali operano soltanto sull'ovulazione, impedendola o ritardandola e così evitando il concepimento o se esse svolgono anche una azione sull'endometrio impedendo l'annidamento dell'embrione. Il loro effetto è soltanto antiovulatorio o (anche) antinidatorio? La differenza è decisiva perché se l'effetto è solo antiovulatorio si può parlare di contraccezione, ma se è antinidatorio avviene la morte di un embrione già formato. Nel primo caso non avviene la generazione di un figlio, nel secondo se ne determina la morte.

### 3. La storia delle informazioni fornite dalla produttrice (HRA pharma), accettate dall'EMA, dalla Commissione europea e dall'Aifa

**L**a prima tesi, quella registrata sul foglietto illustrativo, proviene dalla azienda produttrice dei preparati, la HRA PHARMA, la quale ha evidentemente l'interesse a qualificarli come contraccettivi per aumentare le vendite. La immissione nel commercio deve essere autorizzata dalla Commissione Europea, sollecitata dal parere della Agenzia europea del farmaco (EMA), il cui gruppo di esperti (CHMP) prepara un apposito rapporto. La decisione della commissione in materia di contraccezione ed aborto non è vincolante per gli Stati (art. 4 comma 4 della Direttiva europea del Parlamento Europeo e del Consiglio del 6 novembre 2011: codice comunitario relativo a medicinali di uso umano), ma l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) le ha sempre trasferite sul piano nazionale ritenendosi erroneamente obbligata dalla direttiva europea.

Ripercorrendo le posizioni adottate sul piano europeo e nazionale relative all'LNG e all'UPA si scopre che inizialmente l'effetto antinidatorio era stato espressamente affermato, ma che, a partire dal 2014, è stato sempre più decisamente oscurato. La lettura degli atti fa supporre che alla base della affermazione della efficacia esclusivamente contraccettiva vi sia una errata definizione convenzionale della gravidanza, negata dopo la sola fecondazione, ma riconosciuta dopo l'impianto dell'embrione nell'endometrio. Ciò che inizialmente era esplicitamente detto, con il passare degli anni viene sfumato, senza che nuove prove convincenti vengano offerte a dimostrazione dell'effetto esclusivamente antiovulatorio.

A questo proposito si riportano brani di uno studio pubblicato su "Medicina e morale", rivista internazionale di bioetica, n. 5 del 2016<sup>1</sup>.

Il Norlevo (nome commerciale della pillola del giorno dopo contenente LNG) è stato introdotto nel commercio in Italia con provvedimento del ministro della Salute Veronesi del 27 settembre 2000. Alle polemiche subito insorte il ministro ha risposto con la nota n. 235 del 5 ottobre 2000 nella quale si chiarisce che il Norlevo non provoca l'interruzione di gravidanza "in quanto inibisce l'eventuale attecchimento o annidamento nell'utero dell'ovulo che potrebbe essere stato fecondato". Con la successiva nota n. 254 dell'1 novembre 2000 il medesimo ministro dichiarò "sorprendente" la polemica sulla messa in commercio della pillola, in quanto da anni in Italia vengono usati metodi meccanici che "impediscono l'annidamento". Il ministro intervenne una terza volta con la nota n. 255 del 2 novembre 2000 con la quale asseriva che "la Comunità scientifica internazionale" aveva "ufficialmente stabilito che l'inizio della gravidanza avviene dopo che l'ovulo fecondato si è annidato nell'utero materno" e ripeteva comunque che il farmaco "impedisce l'annidamento dell'ovulo fecondato". Nel foglietto illustrativo che accompagnava la confezione si leggeva che "la contraccezione d'emergenza è un metodo di emergenza che ha lo scopo di prevenire la gravidanza, in caso di rapporto sessuale non protetto, bloccando l'ovulazione o impedendo l'impianto se il rapporto sessuale è avvenuto nei giorni e nelle ore che precedono l'ovulazione, cioè nel periodo di massima probabilità di fecondazione". La ditta Angelini, distributrice del Norlevo in Italia, in una pubblicazione a cura di Loredana Constabile spiegava che "se l'ovulazione è già avvenuta al momento dell'assunzione e quindi la fecondazione potrebbe essere già in atto, il farmaco sarebbe in grado di impedire

l'impianto dell'ovulo fecondato, modificando la zona interna dell'utero in cui la gravidanza normalmente si impianta".

Contro il decreto che aveva autorizzato la commercializzazione fu proposto un ricorso e il TAR del Lazio nella sentenza n. 8465/01 depositata il 12 ottobre 2001 annullò il provvedimento ministeriale a causa della equivocità del foglietto illustrativo mancandovi la specificazione che il Norlevo oltre a bloccare l'ovulazione può anche impedire l'impianto dell'ovulo eventualmente fecondato. In effetti il bugiardino spiegava che la funzione del Norlevo operava anche "impedendo l'impianto", ma il TAR ritenne insufficiente questa formulazione perché priva della indicazione che l'impianto riguarda un embrione già formato. Anche la Corte suprema argentina si occupò del prodotto identico al Norlevo ma dal nome diverso, "Immediat", e il 5 marzo 2002 ne annullò l'autorizzazione alla riproduzione e alla commercializzazione a causa dei suoi effetti abortivi, perché capace di impedire l'annidamento dell'embrione nell'endometrio.

Corretto il "bugiardino", il Norlevo è stato utilizzato su prescrizione medica.

Nel 2009 viene immesso nel mercato europeo il nuovo preparato a base di UPA (pillola dei 5 giorni dopo; nome commerciale "EllaOne"). La procedura, iniziata con la domanda dell'azienda produttrice, la HRA PHARMA, presentata il 30 maggio 2008, si chiude con la decisione della Commissione Europea (2009) 1049 del 15.5.2009. Nell'allegato I della suddetta decisione, al punto 5.1 si legge: "Ulipristal acetato è un modulatore sintetico del recettore del progesterone, attivo per via orale, che agisce legandosi con grande affinità al recettore umano del progesterone. Si ritiene che il meccanismo d'azione primario consista nell'inibire o ritardare l'ovulazione, ma alterazioni dell'endometrio possono altresì contribuire all'efficacia del farmaco".

Conseguentemente nell'allegato III, al punto 1 si prescrive che nel foglio illustrativo sia scritto: "EllaOne agisce modificando l'attività dell'ormone naturale progesterone. Si ritiene che EllaOne agisca bloccando l'ovulazione e che possa alterare l'ambiente uterino".

Poiché la Direttiva europea prevede che l'autorizzazione al commercio abbia una validità di 5 anni, il 21.3.2014 la Commissione Europea ha rinnovato l'autorizzazione. Questa volta nell'allegato I ("Caratteristiche del prodotto") scompare la frase "ma alterazioni dell'endometrio possono altresì contribuire all'efficacia del farmaco". Tuttavia l'omissione non è una negazione, tant'è vero che – si ripete – "Il meccanismo d'azione primario è l'inibizione o il ritardo dell'ovulazione".

"Primario" non vuol dire "esclusivo". L'aggettivo lascia spazio ad altri effetti "secondari", tra i quali quello antinidatorio sembra essere il più probabile.

Successivamente la Commissione Europea è intervenuta con altre due decisioni: il 30 luglio 2014 e il 7 gennaio 2015, che, peraltro – pur mantenendo il silenzio sugli effetti antinidatori e confermando l'effetto di prevenzione della gravidanza – rispondono a richieste di revisione aventi uno scopo particolare, esclusivamente sul quale sono state mirate le ricerche e le risposte. Non risultano, quindi, effettuati nuovi studi specifici in merito alla efficacia anche antinidatoria dell'UPA e dell'LNG.

La decisione del 30 luglio 2014 chiude una procedura di revisione domandata dalla Svezia per verificare se l'efficacia contraccettiva sia diminuita nelle donne in sovrappeso. Il CHMP aveva raccomandato di continuare ad utilizzare i "contraccettivi di emergenza" in questione indipendentemente dal peso della paziente. Il documento dell'EMA del 30 settembre 2014

ripete che “i contraccettivi di emergenza agiscono bloccando o ritardando l’ovulazione”, senza aggiungere altro, ma tra i riferimenti bibliografici include anche il precedente rapporto del 2009, che – come abbiamo visto – riconosce l’effetto antinidatorio.

La decisione del 7 gennaio 2015 chiude invece una procedura aperta su domanda dell’HRA PHARMA tendente ad escludere la necessità della prescrizione medica, modifica ottenuta. Tutta la ricerca è diretta a verificare l’esistenza delle quattro condizioni previste nel diritto europeo per evitare la necessità di ricetta medica. Lo scopo dichiarato è quello di rendere il più possibile agevole e rapido l’uso dell’EllaOne e del Norlevo.

In precedenza la ricetta medica era prevista per il timore di un uso improprio dell’UPA e dell’LNG (particolarmente come mezzi abortivi in gravidanze già consolidate (proseguite ben oltre il momento dell’impianto), sia di complicazioni di vario genere. Solo in questi punti si sviluppa una ampia indagine anche mediante interviste a medici. Ma il punto sugli effetti antinidatori non è investigato.

In sostanza, non sono emerse novità dimostrate rispetto alla illustrazione degli effetti di UPA e LNG contenuta nella primitiva autorizzazione del 2009. Alla richiesta della impresa produttrice di modificare la classificazione da “medicinale soggetto a prescrizione medica” in quella di “medicinale non soggetto a prescrizione medica” il CHPM risponde positivamente controllando il rispetto dei quattro criteri indicati dall’art. 71 della Direttiva 1001/83 CE (che i medicinali non presentino pericoli se non prescritti dai medici; che non siano usati di fatto in modo scorretto; che non ci sia bisogno di ulteriori indagini sugli effetti collaterali; che non debbano essere somministrati per via parenterale).

L’indagine non riguarda il meccanismo di azione: nella introduzione il testo si limita a ricordare che “EllaOne contenente UPA è un ricettore del progesterone sintetico, modulatore che agisce tramite alta affinità di legame con il recettore di progesterone umano”.

## 4. Opposte valutazioni di organi pubblici

**S**ul versante opposto è doveroso dare la massima importanza a documenti adottati da organi scientifici dello Stato. Di grande rilievo è la risposta data dal Consiglio superiore di sanità (CSS) nella seduta del 10 marzo 2015 al quesito del Ministro della Salute che aveva chiesto “se, alla luce delle nuove conoscenze, sia possibile escludere una azione antinidatoria da parte di EllaOne”. Nella risposta il CSS considera anche la “pillola del giorno dopo” e per entrambi i prodotti risponde di “non poter escludere una azione antinidatoria secondo i meccanismi di azione del farmaco e la letteratura ancora controversa”.

Il CSS ricorda che la fecondazione può avvenire soltanto in un periodo molto limitato del ciclo ovarico, che va da 5 giorni prima ad un giorno dopo l’ovulazione e, preliminarmente, osserva che, a prescindere da ulteriori analisi scientifiche, il buon senso comune si chiede che cosa accada se al momento dell’assunzione delle “pillole” il concepimento è già avvenuto, quando, cioè, il mancato sviluppo dell’embrione già formato non può dipendere dal blocco dell’ovulazione. Poiché le sostanze in questione hanno anche l’effetto di alterare l’endometrio, è chiaro l’effetto distruttivo del concepito che non riesce ad annidarsi.

Ma vi è di più. Altro dato scientifico incontestabile è che la maturazione dell’ovocita e la sua espulsione dall’ovaio, che sono le condizioni della fecondazione, sono determinate dall’ormone luteinizzante (LH) che aumenta gradualmente nell’arco di 5 giorni precedenti l’ovulazione. Scrive nel citato parere il CSS: “nella donna, l’intervallo di tempo dall’inizio della salita dell’LH al suo picco massimo è di circa 30-36 ore. Sembra che l’Ulipristal acetato debba essere somministrato durante questa finestra di tempo per avere la massima efficacia di blocco dell’ovulazione. Quando l’LH raggiunge il suo picco l’effetto dell’UPA nel blocco dell’ovulazione diminuisce drasticamente con il crollo dell’effetto antiovulatorio dal primo al quinto giorno fertile.” Analogamente, per quanto riguarda il Levonorgestrel (LNG – “pillola del giorno dopo”), si legge: “Questo farmaco, se somministrato almeno due giorni prima dall’aumento dell’ormone luteinizzante (LH), è in grado di inibire o cancellare l’impennata dell’LH grazie alla sua azione sul meccanismo a feedback dell’asse ipotalamo-ipofisi-gonadi impedendo (inibendo o ritardando) in questo modo l’ovulazione della donna. Se LNG viene somministrato quando il livello di LH è già iniziato ad aumentare, non è più in grado di prevenire l’ovulazione”. Ne deriva che l’effetto impeditivo della fecondazione si verifica in un numero limitato di casi, cosicché nella maggioranza dei rapporti non protetti avvenuti nel periodo fecondo della donna sembra che lo sviluppo dell’embrione sia ostacolato da un ritardo della maturazione endometriale, come è evidenziato anche negli studi citati nello stesso parere del CSS.

L’esistenza di diverse valutazioni di ricercatori competenti è registrata dal Comitato nazionale di bioetica (CNB) nei pareri del 28 maggio 2004 (“Nota sulla contraccezione d’emergenza”) e del 25 febbraio 2011 (“Nota in merito all’obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di prodotti contraccettivi di emergenza”), richiamati anche in quello del 12 luglio 2012 (“Obiezione di coscienza in bioetica”).

Nel primo si legge: “*il CNB ha constatato la pluralità dei meccanismi di azione ipotizzabili del Levonorgestrel (LNG): da un lato, sulla base di dati da tempo noti in letteratura, un’interferenza con l’evento ovulatorio, suscettibile di essere inibito o ritardato, o con l’intero processo dell’ovulazione; dall’altro lato, la concreta possibilità di una azione post-fertilizzativa, ricollegabile in particolare alla modificazione della mucosa uterina o della motilità tubarica, ove la fecondazione si realizza*”. Nel secondo si legge: “*in merito alle caratteristiche del farmaco ancora oggi si ritiene che i dati sperimentali e clinici non consentono di giungere a conclusioni definitive e condivise nell’escludere un meccanismo d’azione che, almeno in un certo numero di casi, impedisca lo sviluppo precoce o l’impianto dell’embrione nell’endometrio, un effetto che viene considerato abortivo da chi ritiene che la gravidanza abbia inizio a partire dalla fecondazione*”.

Bisogna aggiungere che gli effetti antinidatori delle c.d. pillole dei cinque giorni dopo o del giorno dopo sono confermati da quanto è scritto sul foglietto illustrativo dell’Ellaone commercializzata negli Stati Uniti d’America, revisionato nel 2015 e dalle indicazioni della stessa EMA riguardo ad un altro prodotto terapeutico contenente UPA ma non destinato a finalità contraccettive. Nel primo si legge: “le modifiche dell’endometrio che impediscono l’impianto possono contribuire all’efficacia (highlights of prescribing information. Mechanism of action). Nel Rapporto EMA/334810/2015 – Emea/H/C/002041 a proposito del prodotto farmaceutico denominato ESMYA, contenente UPA in compresse di 5 mg, destinato al trattamento dei fibromi uterini.

Nell’allegato I, al n. 4.4 (“Alterazioni endometriali”) vi si

legge: "Ulipristal acetato esercita un'azione farmacodinamica specifica sull'endometrio: in pazienti trattate con ulipristal acetato possono essere osservate alterazioni dell'istologia dell'endometrio".

## 5. La più recente prova dell'effetto antinidatorio

In questo contesto risulta decisiva l'ultima recentissima ricerca pubblicata nel febbraio 2017 in "Molecular and Cellular Endocrinology" (journal homepage: [www.elsevier.com/locate/mce](http://www.elsevier.com/locate/mce)), "Ulipristal acetate administration at mid-cycle changes gene expression profiling of endometrial biopsies taken during the receptive period of the human menstrual cycle" effettuata da 9 ricercatori (Saúl Lira-Albarrán, Marco F. Larrea-Schiavon, Leticia González, David Barrea, Claudia Vega, Armando Gamboa-Domínguez, Claudia Ranger, Fernando Larrea). Lo studio è stato condotto su 12 donne trattate in un ciclo con Ellaone nei giorni preovulatori, quelli in cui è più frequente la fecondazione e non sottoposte poi alla prova con Ulipristal acetato nel ciclo successivo. Metodi endocrini ed ecografici hanno individuato il giorno della ovulazione ed una biopsia dell'endometrio ha esaminato 1.183 geni attivi nell'endometrio fertile. La ricerca ha dimostrato che l'ovulazione è avvenuta sempre, anche dopo la somministrazione di UPA, mentre l'endometrio è divenuto assolutamente inospitale. La conclusione della ricerca è la seguente: "il nostro studio fornisce con evidenza molecolare e funzionale le basi per sostenere l'endometrio come obiettivo per gli effetti contraccettivi di UPA, che possono aiutare a definire i meccanismi di azione dei farmaci utilizzati sia come contraccettivi di emergenza o per altri scopi terapeutici".

L'espressione "l'endometrio come obiettivo tra gli effetti contraccettivi di UPA" mostra che la ricerca qui riassunta considera contraccettivo l'uso di UPA, perché suppone che la gravidanza inizi con l'impianto, il cui impedimento, pertanto, non potrebbe essere considerato interruzione di gravidanza.

## 6. Il concepito: essere umano o cosa? L'utlità contro la verità

Senza fughe o silenzi diplomatici è perciò necessario stabilire quale sia la natura del concepito anche prima dell'impianto: essere umano o cosa? Oggetto o soggetto? Porsi queste domande era già essenziale al momento della legalizzazione dell'aborto, ma la successiva introduzione della procreazione medicalmente assistita (PMA) costringe a porre queste domande con specifico riferimento all'embrione in provetta, che, per definizione, non è (o non è ancora) trasferito in utero e quindi non è impiantato. Esso si trova nelle mani di équipes mediche, privo di qualsiasi difesa naturale quale è il corpo della donna. La possibilità di produzione soprannumeraria, di selezione, di sperimentazione distruttiva non consente di aggirare queste domande.

La posticipazione dell'inizio della vita di un essere umano è utile per rimuovere limiti alla PMA e alla ricerca sugli embrioni. Diviene utile sovrapporre criteri convenzionali all'incontrovertibile dato biologico. Ciò emerge con assoluta evidenza dal primo rapporto ufficiale redatto da un organo pubblico sulla PMA. Nel 1984 nel Regno Unito ad opera di una commissione nominata

dal Governo fu pubblicato il c.d. Rapporto Warnock, dal nome della sua presidente, nel n. 19 del capitolo 11° così si conclude: "poiché la temporalizzazione dei differenti stadi di sviluppo è critica, una volta che il processo dello sviluppo è iniziato, non c'è stadio particolare dello stesso che sia più importante di un altro; tutti sono parte di un processo continuo, e se ciascuno non si realizza normalmente nel tempo giusto e nella sequenza esatta, lo sviluppo ulteriore cessa. Perciò da un punto di vista biologico non si può identificare un singolo stadio nello sviluppo dell'embrione, prima del quale l'embrione in vitro non sia da mantenere in vita". A causa, però, delle forti pressioni da parte degli sperimentatori, il Comitato Warnock aggiunge: "Tuttavia si è convenuto che questa era un'area nella quale si doveva prendere una precisa decisione al fine di tranquillizzare la pubblica ansietà". Di conseguenza, nonostante "la nostra divisione su questo punto, la maggioranza (16 su 23) di noi raccomanda che la legislazione dovrebbe disporre che la ricerca possa essere condotta su ogni embrione risultante dalla fecondazione in vitro, qualunque ne sia la provenienza, fino al termine del 14° giorno dalla fecondazione...". E' evidente il significato utilitaristico e puramente terminologico del concetto di pre-embrione: il verbo tranquillizzare nella sostanza significa ingannare.

## 7. Pre-embrione concetto inaccettabile nel diritto europeo e italiano

In realtà il concetto di pre-embrione è stato abbandonato anche a livello internazionale dopo la Convenzione del Consiglio d'Europa firmata ad Oviedo nel 1997 "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina".

È doveroso ricordare anche due sentenze della Corte europea di giustizia che hanno definito come embrione, senza ulteriori distinzioni, il concepito fin dalla fecondazione (Corte Europea di Giustizia - Grande Sezione, caso Greenpeace e V. c. Oliver Brüstle, procedimento C-34/10, 18 ottobre 2011 e sentenza 18 dicembre 2014 nel procedimento International Stem Cell Corporation contro Comptroller General of Patents, Designs and Trade Marks). I tentativi di limitare questa definizione dell'embrione al solo diritto brevettuale contrastano con l'affermazione della Corte riguardo alla natura unitaria del concetto di embrione nel diritto europeo, nel quale – si afferma tra l'altro – è generale il principio della dignità umana, da applicare in ogni campo.

Merita menzione anche la sentenza pronunciata dalla Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo il 27 agosto 2015 nel caso Parrillo contro Italia. La decisione ha respinto il ricorso della donna italiana che aveva generato 5 embrioni congelati da anni e rimasti privi di progetto parentale, che chiedeva di essere autorizzata a "donarli alla scienza" a fini sperimentali. La Corte ha respinto il ricorso perché "gli embrioni non sono cose". Nella stessa linea si sono pronunciate due recenti sentenze costituzionali italiane, la n. 229 del 2015 e la n. 84 del 2016. In entrambe si afferma che gli embrioni conservati in provetta non possono essere destinati a sperimentazioni scientifiche distruttive, anche se portatori di anomalie, perché l'embrione "quale che sia il più o meno ampio riconoscibile grado di soggettività correlato alla genesi della vita, non è certamente riducibile a mero materiale biologico. Il vulnus alla tutela dell'embrione (ancorché) malato, che deri-

*verebbe dalla sua soppressione tamquam res, non trova giustificazione”.*

Nel diritto positivo italiano il riconoscimento della identità umana del concepito fin dalla fecondazione è esplicito nella Legge 22 maggio 2004 n. 40 sulla PMA, nel cui articolo 1 si garantiscono “i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito”. Quest’ultimo è dunque qualificato come “soggetto” e come “titolare di diritti”. Conseguentemente il successivo art. 14 proibisce la distruzione di embrioni umani. Si tratta degli ovociti fecondati non trasferiti in utero e quindi non impiantati. La stessa Legge 22 maggio 1978 n. 194 sulla interruzione volontaria della gravidanza inizia (art. 1) proclamando che “La Repubblica tutela la vita umana fin dal suo inizio”, in coerenza con l’art. 1 della Legge 405/75, richiamata all’art. 2 della stessa Legge 194/78, che affida ai consultori famigliari la “tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento” (art. 1 lettera c). La Corte costituzionale nella sentenza n. 35 del 1997 ha chiaramente precisato che l’inizio della vita umana e quindi la sua tutela va identificato con la fecondazione.

L’art. 254 c.c. consente il riconoscimento del figlio naturale anche non ancora nato, purchè concepito, ed una recente sentenza della Cassazione (Cass. n. 17.811 dell’8 agosto 2014) ha ritenuto che per lo scioglimento di un patrimonio famigliare oltre al consenso dei coniugi occorre anche il consenso del figlio, che - se concepito ma non ancora nato - deve essere rappresentato da un curatore speciale perché “anche ai nascituri deve essere riconosciuta l’attitudine ad essere titolari di diritti”.

Conseguentemente i tentativi di stabilire l’inizio della gravidanza al momento dell’impianto anziché che in quello della fecondazione, non possono negare, comunque, l’identità umana del concepito anche prima dell’impianto.

Il sistema del diritto positivo italiano, che in nessuna parte fissa l’inizio della gravidanza al momento dell’impianto, è tutt’altro che indifferente rispetto al valore del concepito anche nella fase preimpianto.

Sebbene i pareri del Comitato nazionale per la bioetica (CNB) non abbiano una efficacia giuridicamente vincolante, tuttavia la loro autorevolezza merita considerazione nella interpretazione delle norme. Pertanto non si può ignorare quanto ha scritto il CNB nel parere su “Identità e statuto dell’embrione umano” del 22 giugno 1996: “*Il Comitato è pervenuto unanimemente a riconoscere il dovere morale di trattare l’embrione umano sin dalla fecondazione, secondo i criteri di rispetto e tutela che si devono adottare nei confronti degli individui umani a cui si attribuisce unanimemente la caratteristica di persone*”. Tale parere è stato successivamente richiamato e confermato ben quattro volte nei documenti dell’11 aprile 2003, su “Ricerche utilizzanti embrioni umani e cellule staminali”, del 15 luglio 2005 dal titolo “Considerazioni bioetiche in merito all’ootide”, del 18 novembre 2005 su “Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residuali derivanti da procreazione medicalmente assistita”, del 16 dicembre 2005 su “Aiuto alle donne in gravidanza e prevenzione post-partum”.

## **8. Richieste al ministro della Salute riguardo il contenuto del foglietto illustrativo di Ellaone e Norlevo e all’accertamento scientifico definitivo sugli effetti della cosiddetta “contraccezione d’emergenza”**

**Q**uesta situazione pone problemi di forma (per quanto riguarda la presentazione pubblica della c.d. contraccezione d’emergenza) e di sostanza (per quanto riguarda una efficace strategia di prevenzione dell’aborto).

Quanto al primo aspetto è istruttiva la sentenza del TAR Lazio n. 8.465 del 12 ottobre 2001 che ha annullato il decreto ministeriale con il quale era stata autorizzata l’immissione in commercio del Norlevo. Non fu accolta la tesi principale dei ricorrenti che sosteneva la tesi della fecondazione come inizio della vita umana. Al riguardo la sentenza notò soltanto che l’argomento “è oggetto di ampio dibattito in sede scientifica, bioetica e religiosa”, ma l’annullamento fu pronunciato per l’incompletezza del foglio illustrativo, dove, pur scrivendosi che il Norlevo può impedire l’ovulazione o l’impianto, non si specificava che nel caso di impedimento dell’impianto “l’effetto terapeutico si riflette sull’ovulo fecondato”. Ciò ha determinato l’annullamento perché – scrisse il TAR – “è necessaria una completa informazione in presenza di differenziali orientamenti circa il momento iniziale della vita umana, così da rendere chiaro e non equivoco che il farmaco agisce sull’ovulo già fecondato”.

Nei foglietti illustrativi di tutti i prodotti farmaceutici gli utenti vengono scrupolosamente informati degli effetti indesiderati anche rari che possono derivare dalla utilizzazione dei relativi farmaci. Possiamo prendere ad esempio anche lo stesso foglio illustrativo approvato per EllaOne dall’ultima decisione della Commissione europea in data 7 gennaio 2015. Al n. 4 si distingue tra effetti indesiderati comuni, non comuni, rari (questi ultimi che possono interessare da 1 a 10 utilizzatori su 10.000). L’elenco è molto lungo. Si tratta, in ogni caso, di disturbi eventuali e l’eventualità si trasforma in realtà in casi assolutamente rari. Ma, evidentemente, vi è il dovere di informare in modo completo i consumatori. Tanto più grave è questo dovere, quando un effetto, pur ritenuto (a torto) secondario, consiste nella morte di un essere umano generato dall’utilizzatore del farmaco. Tacere o parlare di questa eventualità non è una questione secondaria. Qualora non sia escluso in modo matematicamente certo l’effetto eventualmente uccisivo dei prodotti contraccettivi a base di ulipristal e levonorgestrel, un tale possibile effetto deve essere indicato nel foglio illustrativo, quanto meno segnalando l’esistenza di tesi contrastanti.

Per questa ragione il presidente della Società italiana per la procreazione responsabile, prof. Bruno Mozzanega, in data 1 luglio 2016 ha inviato una memoria all’AIFA alla quale ha chiesto ed ottenuto anche un incontro, senza peraltro ottenere il risultato auspicato. Data la gravità della materia rivolgiamo il nostro appello al ministro della Salute, al quale non dovrebbero mancare i mezzi per sollecitare almeno una revisione del foglietto illustrativo dei prodotti di c.d. contraccezione d’emergenza. Forse il ministro potrebbe fare qualcosa di ancora più importante: nominare una commissione di studiosi che renda incontrovertibile il giudizio scientifico sugli effetti del Levonorgestrel e dell’Ulipristal acetato. A questo riguardo è doveroso ricordare ancora una volta che in materia di contraccezione e di aborto le norme dell’Unione Europea non sono vincolanti per gli Stati membri<sup>3</sup>.

## PARTE SECONDA.

# Prevenzione dell'IVG e funzione dei Consulenti familiari

### 9. La contraccezione d'emergenza non può essere considerata causa appropriata di riduzione delle IVG

**P**er quanto riguarda la sostanza della prevenzione quanto sin qui detto in merito alla contraccezione d'emergenza oscura grandemente il dato della diminuzione degli aborti. Non possiamo sapere in quanti dei 145.101 casi in cui nel 2015 è stata usata la pillola Ellaone vi era stato il concepimento e il figlio è morto per non aver trovato accoglienza nell'endometrio. Tra l'altro la RM riferisce la cifra di 145.101 delle vendite di Ellaone, ma da tempo era già sul mercato anche la "pillola del giorno dopo", riguardo alla quale non sono comunicati i dati nella RM. Tuttavia il 31 marzo 2017 la allora presidente di Federfarma Italia, Annarosa Racca, ha riferito al Ministero della Salute per rispondere ad una interrogazione dell'onorevole Marinello che le vendite complessive dei preparati di c.d. contraccezione d'emergenza (Norlevo ed Ellaone) erano state 403.000 nel 2015 e sono divenute poco più di 500.000 nel 2016. Secondo la dott. Racca l'impennata di consumo di Ellaone ha costituito in buona parte una erosione di potenziali quote di mercato ai danni di Norlevo, rimaste quasi stabili nelle vendite dello stesso periodo.

Si può dunque ipotizzare che i concepiti distrutti per effetto della c.d. contraccezione d'emergenza sono stati molte decine di migliaia. La relazione attribuisce l'incremento delle vendite di Ellaone, verificato nella seconda metà del 2015, alla decisione dell'AIFA, su indicazione dell'EMA, di eliminare l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni, adottata il 21 aprile 2015 (G.U. n. 105 dell'8 maggio 2015). Ma, se è vero quanto sostenuto nell'ultima ricerca qui riassunta, quella pubblicata su "Molecular and cellular endocrinology" nel febbraio 2017 (v. pag. 7), l'uso della contraccezione d'emergenza aumenta, addirittura, la distruzione di embrioni, perché spinge a non usare i tradizionali metodi contraccettivi e a trasferire il rifiuto del concepimento in una metodologia che, invece, non evita la fecondazione, ma determina la morte del concepito.

Qualora poi qualcuno mantenesse dubbi sugli effetti dell'UPA e del LNG, il principio di precauzione dovrebbe essere la guida dei comportamenti pratici. Non si vede perché non si dovrebbero utilizzare innovazioni nel campo ambientale, agricolo e alimentare se non viene preliminarmente dimostrata la loro innocuità e si potrebbero invece fare scelte pubbliche o private che mettono a rischio la vita umana nel caso di dubbio sugli effetti della innovazione.

È comunque contraddittorio definire come strategia per prevenire l'aborto una metodologia che provoca aborti tanto precoci da essere inconoscibili, cioè inevitabilmente clandestini.

Sulla entità della diminuzione delle IVG un altro velo è steso dal crollo delle nascite in Italia, che riduce progressivamente il numero delle donne in età feconda e, conseguentemente, anche il numero degli aborti.

### 10. Diminuzione delle IVG: un confronto con Francia e Regno Unito. Insufficienza della contraccezione e delle misure economico-sociali

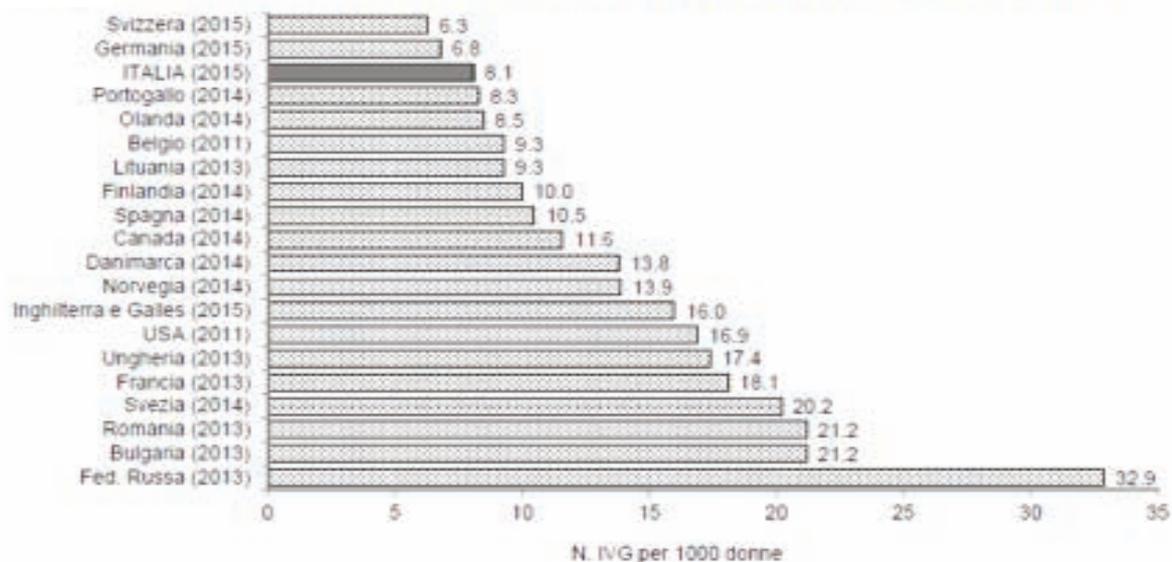
**A**d ogni modo altri dati forniti dalla relazione ministeriale, supponendo esatte le informazioni riferite dai presidi sanitari alle regioni e dalle regioni al ministero e credibili i calcoli sulla residua abortività clandestina, provano che una riduzione effettivamente vi è stata. Il dato essenziale è costituito dal tasso di abortività che indica la percentuale di aborti ogni 1000 donne di età tra i 15 e i 49 anni. La RM riferisce che esso è diminuito del 61,2 % nel 2015 rispetto al 1983. È sperabile che la contraccezione d'emergenza non possa compensare questo rilevante dislivello.

La RM propone anche un confronto della abortività in Italia con quella di altri Paesi. Il fatto che nella nostra nazione l'abortività sia inferiore a quella di molti altri Paesi, sia in termini assoluti che percentuali, è riferito senza commenti, solo per dimostrare il più elevato grado di prevenzione in Italia. Ma il confronto suggerisce riflessioni ben più ampie che investono il concetto stesso di prevenzione. Per questo riportiamo la figura n. 5 della pag. 15 e la tabella a pag. 19 della RM, che riportano i tassi di abortività in vari nazioni.

Si noti l'assenza di indicazioni relative a Paesi nei quali il ricorso all'aborto è notoriamente raro, come l'Irlanda, la Polonia e Malta. Tuttavia il confronto è assai interessante con riferimento alle nazioni che hanno leggi e consistenza di popolazione simile alla nostra: ci riferiamo in modo particolare alla Francia e al Regno Unito.

In Francia il numero di aborti è stato in progressivo aumento fino a stabilizzarsi intorno alla cifra di 220.000 all'anno. Si tratta di una entità simile a quella registrata in Italia nel 1983. Questo dato dimostra che la strategia della contraccezione come metodo per limitare l'aborto non è valida, perché sicuramente la contraccezione è molto più diffusa in Francia che in Italia anche nella mo-

### - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2011-2015



Fonte: Statistiques nationales - Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2014

### Tassi di abortività per età. Confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2015)	4.7	10.2	11.1	10.5	8.6	3.9
	(2014)	5.2	11.0	12.0	11.3	9.3	4.2
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(1990)	5.6	13.8	16.5	18.0	15.6	7.6
FRANCIA	(2015)	7.6	27.2	26.1	20.0	15.0	5.1
GERMANIA	(2015)	4.3	9.3	9.7	8.7	6.9	2.6
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	15.0	27.0	23.0	17.0	12.0	4.0
NORVEGIA	(2014)	9.6	21.8	20.7	15.9	11.4	4.2
OLANDA	(2014)	6.5	14.1	13.6	12.0	8.6	3.5
REPUBBLICA Ceca	(2013)	7.0	12.8	13.5	13.0	11.2	5.1
SPAGNA	(2014)	9.9	16.6	15.3	12.3	8.6	3.8
SVEZIA	(2014)	15.1	29.6	27.3	22.3	16.7	7.9
SVIZZERA	(2015)	3.4	8.7	8.9	7.6	6.5	2.8
USA	(2012)	9.2	23.3	18.9	12.4	7.3	2.8

dalità della c.d. contraccezione d'emergenza. Basti ricordare che nel 2013 nella nazione transalpina sono state vendute 1.200.000 pillole del giorno dopo.

Non diversa è la situazione nel Regno Unito. Nel 2015 sono stati registrati 185.824 aborti volontari sebbene sia indiscutibile la massima ampiezza della contraccezione. Il paragone smartella – dunque – la diffusa convinzione che la contraccezione sia l'unico modo di combattere l'aborto.

Altra idea diffusa è che la prevenzione possa attuarsi solo con misure sociali a protezione della maternità. Non vi sono dubbi che tali interventi siano assolutamente doverosi, ma bisogna riflettere sul fatto che la Francia dispone di un sistema di aiuti e sostegni alla maternità tra i più sviluppati del mondo, tanto è vero che l'indice di natalità,

mantenendosi a lungo di 2 figli per donna (1,93 con 800.000 nascite nel 2016, secondo le informazioni ufficiali dell'INSEE) è il più alto d'Europa. Come spiegare il paradosso? Evidentemente la prevenzione non è realizzata pienamente con la contraccezione e con le sole misure sociali. Se in Italia gli aborti sono diminuiti, deve esserci un altro fattore da prendere in considerazione. Esso non può essere che di carattere culturale. Bisogna dunque meditare sulla ragione per la quale vi è un accordo generale sulla necessità di incrementare la prevenzione. Ma perché? Si tratta di prevenire gravidanze indesiderate o di evitare la uccisione di esseri umani non ancora nati? In Italia il riconoscimento della identità umana del concepito è più diffuso che in Francia e nel Regno Unito?

## 11. La consapevolezza dell'identità umana del concepito alla base della prevenzione

Che vi siano anche cause culturali dell'aborto volontario è documentato nel III rapporto del Movimento per la vita pubblicato nel 1986 nel quale una indagine demoscopica della Doxa ha evidenziato che l'orientamento verso l'IVG è rallentato molto quando nel concepito viene riconosciuto un figlio, un essere umano, uno di noi.

Per investigare più profondamente sulle modalità di prevenzione dell'aborto i ministri avrebbero dovuto sottoporre ad analisi anche l'azione e i risultati delle strutture di volontariato che perseguono lo scopo di aiutare le madri a far nascere i loro figli anche quando la gravidanza non era voluta o presenta difficoltà. Ma questa nostra richiesta non ha mai avuto una risposta positiva. Le RM succedutesi nel tempo non hanno mai preso in considerazione i dati ogni anno documentati da una segreteria nazionale di collegamento dei centri di aiuto alla vita resi noti con l'annuale rapporto denominato "Vita CAV". Eppure l'art. 16 della L. 194 prescrive che nel riferire sulla attuazione della legge uno sguardo particolare si deve soffermare sulla prevenzione. Eppure alla collaborazione del volontariato con i consultori familiari pubblici fa espresso riferimento l'art. 2 della legge. Eppure l'esperienza dei 349 centri di aiuto alla vita (CAV) operanti in Italia e delle collegate 40 case di accoglienza è ampia e seria. Purtroppo la comunicazione dei dati è rimessa alla semplice buona volontà degli operatori dei singoli CAV. In effetti nel 2016 su 349 CAV solo 205 hanno inviato tutte le richieste informazioni. Risulta che quasi 205 CAV hanno aiutato a nascere nel 2016 8.301 bambini. Il servizio di documentazione è iniziato nel 1990, mentre il primo CAV è stato fondato nel 1975. perciò i dati documentati sono parziali. Con riferimento ai valori medi certi l'ultimo rapporto afferma che a partire dal 1975 è ragionevole la stima di oltre 190.000 bambini nati grazie all'aiuto dei CAV. Questa vasta esperienza consente di affermare che la percezione della umanità del concepito è il fattore che più di ogni altro risveglia il coraggio innato della donna che si trova in una condizione di gravidanza non desiderata o anche difficile e che, viceversa, l'affermazione che il concepito non è che un irrilevante grumo di cellule, una cosa, cioè, non un essere umano, sospinge verso l'aborto e, prima della gravidanza, indebolisce l'impegno per una procreazione responsabile. Naturalmente il risveglio della percezione della umanità del concepito suppone una metodologia che non abbia le caratteristiche della astratta e fredda affermazione teorica, magari accompagnata da un giudizio esplicito o implicito di condanna della scelta ipotizzata già fatta di abortire. L'identità umana del concepito è più facilmente colta se manifestata attraverso una condivisione efficace delle difficoltà della donna.

L'esperienza del volontariato qui richiamata può essere sintetizzata con i concetti che guidano l'azione dei CAV:

"difendere la vita non contro la madre, ma insieme alla madre", "le difficoltà della vita non si superano sopprimendo la vita, ma superando insieme le difficoltà".

Le doverose misure economiche e sociali a protezione della maternità e della famiglia sono indispensabili e vanno incrementate, ma – essendo di carattere generale – non esprimono un riconoscimento del valore della vita nascente nella concretezza del singolo caso a rischio di aborto. L'esperienza dei CAV mostra l'opportunità di interventi specifici sul singolo caso: l'affettuosa concreta presenza parla del valore del figlio molto più efficacemente di una lezione astratta e di provvidenze allontanate da adempimenti burocratici.

Comunque la conoscenza della verità sul valore della vita nascente è una forza indispensabile di prevenzione dell'aborto, sia nella coscienza dei singoli, sia nella mobilitazione delle risorse sociali.

Del resto è esperienza diffusa il coraggio di molte madri, che talora può anche essere qualificato eroismo, nell'accettare gravidanze difficili, anche contrastando la spinta dell'ambiente che, specialmente nel caso di malformazioni dei figli, consiglia e persino spinge verso l'aborto. La coscienza è dunque la sede prioritaria della prevenzione. Ciò è tanto più vero oggi, quando la diffusione di prodotti chimici facilmente reperibili rende del tutto privata la IVG e facilmente realizzabile senza possibilità di interventi sociali. Lo slogan che fu usato per ottenere il più vasto consenso sulla L. 194/78, "socializzare per prevenire", è messo in crisi dalla odierna possibilità dell'aborto chimico.

## 12. Una conferma dal confronto con la Germania

Abbiamo proposto il confronto con la Francia e il Regno Unito per dimostrare l'insufficienza della contraccezione ed anche delle pur doverose misure economico-sociali generalizzate per prevenire l'aborto volontario. Dobbiamo ora riflettere sui dati relativi alla Germania. Questa nazione ha una popolazione assai più numerosa (80.636.124) dell'Italia (59.801.003), così come della Francia (64.668.128) e del Regno Unito (65.111.143) eppure il numero delle IVG è in progressiva diminuzione: secondo i dati ufficiali erano 134.023 nel 2005 e sono stati registrati 98.721 nel 2016. Secondo la tabella contenuta nella RM italiana, il tasso di abortività nel 2015 in Germania era di 6,8 aborti per mille donne in età feconda, inferiore rispetto a quello dell'Italia (8,1) e a quello di tutte le altre nazioni che hanno legalizzato l'aborto, ad eccezione della Svizzera (6,3). In Francia il tasso nel 2015 è stato del 18,1 e nel Regno Unito nel 2013 del 16,0. Ovviamente non si può tenere conto delle nazioni che vietano per legge l'aborto o lo consentono in spazi molto ristretti. Torna dunque la domanda: quale è la ragione della differenza? Si può individuare il motivo della prossimità dei tassi di abortività tra l'Italia e la Ger-

mania? In quest'ultima nazione la donna può decidere liberamente di abortire nelle prime 12 settimane di gravidanza, ma a condizione di aver accettato prima una consulenza obbligatoria. Si potrebbe sostenere che, nel confronto con le cifre europee sull'aborto, l'obbligo tedesco di consultazione è più efficace per proteggere la vita. In realtà non si tratta solo di questo.

Non siamo in grado di verificare le modalità concrete del funzionamento dei consultori in Germania. Ma appare ragionevole ipotizzare che l'ordinamento giuridico tedesco supponga l'identità umana del concepito, che è stata affermata solennemente dalla Corte Costituzionale di quel Paese. Nella sentenza 15 febbraio 1975 della Germania Federale vi è un interessante riferimento alle responsabilità storiche della Germania e al proposito del popolo tedesco di riscattare le gravissime offese recate alla dignità umana. Vi si legge: *"in altri Paesi democratici del mondo occidentale, di recente, le norme sull'aborto sono state liberalizzate o modernizzate.*

*A prescindere dal fatto che tutte queste discipline straniere sono fortemente contrastate nei rispettivi Paesi, i criteri giuridici che in essi valgono per l'azione del legislatore si differenziano nella sostanza da quelli della Repubblica Federale Tedesca. A fondamento della Costituzione si trovano principi della struttura statale che possono spiegarsi soltanto con l'esperienza storica e con il contrasto morale e spirituale rispetto al precedente sistema del Nazionalsocialismo.*

*Di fronte all'onnipotenza dello Stato totalitario che pretendeva per sé il dominio senza limiti su tutti i settori della vita sociale, per il quale il rispetto anche per la vita del singolo, di principio, non significava niente in confronto al perseguimento dei suoi fini statali, la Costituzione ha costruito un sistema di valori che pone il singolo uomo, nella sua dignità, al centro di tutte le sue norme. Come la Corte Costituzionale Federale ha dichiarato fin dai primi tempi, a fondamento di questa concezione è l'idea che l'uomo, nell'ordine della creazione, possiede un valore proprio ed autonomo che esige costantemente il rispetto incondizionato della vita di ogni singolo, anche della vita di colui che può sembrare socialmente senza valore, ed esclude quindi che si possa distruggere tale vita senza una ragione giustificatrice. Questa scelta fondamentale della Costituzione determina la struttura e l'interpretazione dell'intero ordinamento giuridico".*

Nella sentenza 28 maggio 1993 successiva alla unificazione delle due Germanie dell'est e dell'ovest si conferma: "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".

Nella stessa decisione si formulano dettagliate indicazioni sul compito, sulla metodologia e sulla composizione dei consultori. "La concezione imperniata sulla consulenza si fonda sulla valutazione - si legge nella sentenza del 1993 - 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 - continua la sentenza- 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 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 - continua la sentenza - sia direttamente, sia assistendola 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 astengano in modo colpevole dal fornire aiuto di cui la donna necessita per effetto della gravidanza, 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 lo 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".

### **13. Il dato culturale essenziale per la prevenzione**

**N**on sappiamo in che misura queste prescrizioni sono state praticamente applicate in Germania, ma resta certo il dato culturale di fondo. Si può, dunque, sostenere che anche in Italia, se gli aborti registrati sono diminuiti, ciò sia dovuto anche ad un diffuso riconoscimento del concepito come uno di noi. Ne sono indici oltre alla ampia condivisione del messaggio cristiano, anche la ampia ripetuta partecipazione alle proposte popolari di varia natura (l'ultima è l'iniziativa dei cittadini europei denominata appunto "Uno di noi" che si è sviluppata a partire dal 2011) che chiedono alle pubbliche istituzioni di riconoscere il concepito come un essere umano.

Trovata la vera ragione della prevenzione dell'aborto e individuata l'importanza del riconoscimento dell'identità umana del concepito è doveroso chiederci come migliorare di più la prevenzione. L'aborto resta un dramma, 87.000 bambini non nati corrispondono ad una città grande come Pisa che scompare ogni anno. La preoccupazione sempre più diffusa e dichiarata per il crollo della natalità si dimostra incoerente se non viene aumentato l'impegno per salvare la vita del concepito.

### **14. La corretta interpretazione dell'art. 2 della Legge 194 e la sua errata applicazione**

**L**e tecniche per difendere i già nati usate nell'universo penale, non sono automaticamente trasferibili riguardo ai non nati. La loro principale difesa è la madre. Si pone dunque il tema dei consultori familiari. Nell'art. 2 della legge 194\78 è evidente che il compito primario attribuito ai consultori familiari è di evitare l'aborto. La lettera d) del primo comma riassume tutti i doveri consultoriali precedentemente elencati, stabilendo che i consultori assistono la donna in gravidanza "contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna alla interruzione della gravidanza". È significativo anche che l'articolo inizia confermando quanto stabilito

dalla legge 29 luglio 1975 n. 405, istitutiva dei consultori familiari, volta espressamente alla tutela della donna e del "prodotto del concepimento". Purtroppo fin dalla entrata in vigore della Legge 194\78 è prevalsa l'interpretazione secondo cui il compito essenziale di tali strutture pubbliche sarebbe, invece, quello di accompagnare la donna verso l'IVG da lei decisa. Non vi sono argomenti testuali in questo senso, ma solo la pressione della mentalità che afferma l'aborto come un diritto di libertà e che ritiene ogni gravidanza indesiderata necessariamente causa dell'IVG e che conseguentemente affida tutta la prevenzione esclusivamente alla contraccezione. In effetti questo ultimo aspetto è presente nell'ultimo comma dell'art. 2 L. 194/78 (nel consultorio "la prescrizione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori"), ma questa norma conferma la funzione di promozione postconcezionale dei consultori quando la gravidanza è in atto, come stabilito dalla prima parte del comma.

Vero è che secondo il successivo art. 5 il medico dei consultori rilascia i documenti che, ai sensi dell'art. 8, costituiscono titolo per eseguire l'intervento. Ma l'inserimento nella procedura che conduce all'IVG non riguarda il consultorio come tale, ma il medico del consultorio, il quale, come qualsiasi altro medico delle strutture sanitarie o di fiducia, è abilitato a rilasciare il titolo per eseguire l'intervento, sempre che non sia obiettore di coscienza<sup>4</sup>. Il riferimento al consultorio serve ad individuare il sanitario a cui la donna si può rivolgere, ma non cambia la funzione consultoriale. In definitiva secondo la lettera della legge il consultorio dovrebbe essere la struttura fondamentale per prevenire l'aborto. Purtroppo non è stato così. Anzi ci sono stati tentativi di escludere dai consultori gli obiettori di coscienza, di attribuire al consultorio il compito di prenotare direttamente l'esecuzione della IVG, di effettuare l'aborto negli stessi consultori<sup>5</sup>.

Sarebbe dunque doveroso restituire ai consultori la funzione stabilita dalla legge: lo Stato che rinuncia a vietare e punire non rinuncia a difendere il diritto alla vita con forme di sostegno alla donna che prosegue la gravidanza. Attraverso questa forma di solidarietà concreta le strutture pubbliche mostrerebbero di riconoscere la identità umana del concepito e così moltiplicherebbero la prevenzione dell'aborto.

Questo obiettivo, però, esigerebbe l'obbligo della donna di rivolgersi ai consultori per esprimere il tentativo di proseguire la gravidanza prima di effettuare l'intervento, ciò che non è previsto dalla legge. In effetti è sempre stato minoritario il numero delle donne che si sono rivolte al consultorio invece che al medico di fiducia o alla struttura sanitaria e a lungo il numero degli aborti è stato più elevato nelle regioni dove più numerosi sono stati i consultori, segno evidente del travisamento della funzione quale descritta dall'art. 2 L. 194\78.

Da qualche anno il Ministro della salute nelle sue relazioni ha meritevolmente rivolto uno sguardo sui consultori familiari formulando valutazioni che prediligono la loro

funzione di prevenzione. L'ultima relazione riferisce l'aumento di documenti e certificazioni rilasciati dai consultori (49,3% nel 2015, 41,9% nel 2014, percentuale che fu del 24,2% del 1983, cfr. pag. 33 RM): ciò che è indice di precedenti colloqui consultoriali, ma siamo sempre lontani da un numero di incontri generalizzato in ogni caso in cui sta maturando una decisione di abortire. Sarebbe poi bene quantificare l'efficacia della funzione preventiva dei colloqui. Il volontariato dei CAV è in grado di conoscere e comunicare il numero dei bambini salvati. Invece nessun dato, nel corso degli anni, è stato fornito su questo punto da parte dei consultori e quindi dal Ministero. Soltanto negli ultimi anni il Ministro ha messo in rapporto il numero dei colloqui consultoriali con il numero dei documenti rilasciati. La raccolta dei dati – scrive il Ministro – è assai difficoltosa. Comunque si fermano al 2014, quando – assicura il Ministro – “il fatto che il numero dei colloqui di IVG (76.855) sia superiore a quello del certificato rilasciato (31.277) potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna a rimuovere le cause che la porterebbero alla IVG” (pag. 54 RM). Questa osservazione prova la novità e la correttezza della visuale ministeriale riguardo alla funzione consultoriale, ma i dati non forniscono una prova precisa, perché il singolo caso può richiedere molti colloqui ed alcuni colloqui possono aver riguardato richieste di chiarimento o di aiuto senza prospettive di IVG. Un dato particolare che meriterebbe un esame più dettagliato è quello della Lombardia, dove, a fronte di 24.283 colloqui, sono stati rilasciati solo 192 certificati. Sarebbe opportuno conoscere meglio le metodologie usate in tale regione, anche ai fini di una loro eventuale applicazione in altre aree geografiche.

## 15. Proposte concrete per una non equivoca ed efficace funzione di prevenzione dei consultori

**C**omunque, se davvero si vuole svolgere il massimo di prevenzione nel contesto di una depenalizzazione dell'aborto, che non ha certo diminuito le IVG (se diminuzione vi è stata non è stata causata dalla legge, ma da un atteggiamento culturale di fondo sperabilmente diffuso nonostante la legge), è necessario eli-

minare ogni equivocità riguardo alla funzione consultoriale con una riforma ispirata ai seguenti punti.

- Il consultorio familiare, in quanto esclusivamente strumento di prevenzione, anche per rendere evidente nella coscienza collettiva il valore della vita nascente, non deve in alcun modo essere coinvolto con l'IVG, neppure con il rilascio di documentazione che costituisce titolo per l'intervento.

- Deve essere stabilito il dovere di ogni donna che intende ricorrere alla IVG di incontrare prima il consultorio per esperire il tentativo di superare le difficoltà della gravidanza attraverso una specifica solidarietà della società espressa dal consultorio.

- La documentazione dell'avvenuto incontro con il consultorio deve risultare da una autocertificazione della donna stessa consegnata al presidio sanitario dove viene effettuato l'intervento abortivo.

- Affinché il colloquio di prevenzione effettivamente avvenga è necessario attribuire al consultorio un potere di iniziativa per provocarlo. A questo scopo il medico, subito dopo il rilascio del documento di cui all'art. 5 legge 194/78, da cui decorre il termine minimo di 7 giorni prima di eseguire l'IVG, deve riservatamente informare il consultorio scelto dalla donna al momento stesso in cui le viene rilasciato il documento.

- Data l'importanza dello scopo perseguito (la difesa della vita umana in un sistema che non vieta l'aborto) è necessario il controllo dello Stato sulla realtà e l'efficacia della prevenzione consultoriale. Pertanto il “colloquio” dovrebbe essere verbalizzato in forma anonima quanto meno in ordine ai bisogni espressi dalla donna e alle risposte fornite dal consultorio.

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) – giustifica 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** (pag. 4) *Carlo Casini: "Nota giuridica sulla necessaria integrazione del foglietto illustrativo dei prodotti farmaceutici contenenti Ulipristal acetato (UPA) o Levonorgestrel (LNG) (nome commerciale: Ellaone e Norlevo) classificati come strumenti di contraccezione d'emergenza, in "Medicina e morale", rivista internazionale di bioetica, n. 4 del 2016, pagg. 495 e seguenti.*

**2** (pag. 6) *La Convenzione è specificamente finalizzata alla definizione dei diritti dell'uomo nel campo della PMA. Il punto più delicato emerso nella fase preparatoria riguardava la sperimentazione sugli embrioni. Una prima redazione incluse nell'art. 18 il concetto di preembrione limitando ad esso la liceità della sperimentazione distruttiva, ma il testo finale abbandonò la visione introdotta dal Rapporto Warnock, perché, sia pure in modo debole, esige una protezione dell'embrione anche prima del 14° giorno dal concepimento. Recita infatti il suddetto articolo: "Art: 18 Ricerca sugli embrioni in vitro (1) Quando la ricerca sugli embrioni in vitro è ammessa dalla legge, questa assicura una protezione adeguata all'embrione. (2) La costituzione di embrioni umani a fini di ricerca è vietata.*

**3** (pag. 7) *Il 4° comma dell'ART. 4 della "Direttiva 2001/83/ce del Parlamento Europeo e del consiglio" del 6 novembre 2001 recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano (GU L 311 del 28.11.2001, pag. 67) recita "La presente direttiva non osta all'applicazione delle legislazioni nazionali che vietano o limitano la vendita, la fornitura o l'uso di medicinali a fini contraccettivi o abortivi. Gli Stati membri comunicano alla Commissione il testo delle legislazioni nazionali in questione".*

**4** (pag. 12) *Ad esempio vedi delibera della Giunta regionale Puglia 735 del 15 marzo 2010, annullata dal TAR il 14/10/2010*

**5** (pag. 12) *Ad esempio vedi determina 16 marzo 2017 del direttore generale per la Salute e le politiche sociali della Regione Lazio del 16 marzo 2017*

