



ABORTO FARMACOLOGICO IN ITALIA

**TRA RITARDI, OPPOSIZIONI
E LINEE GUIDA INTERNAZIONALI**



A CURA DI

Claudia Torrisi

**SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO,
COORDINAMENTO ED EDITING**

Medici del Mondo Italia

FOTO

Michele Lapini

PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE

Robin



INDICE

4

INTRODUZIONE

6

LA LEGGE SULL'ABORTO IN ITALIA

10

ABORTO FARMACOLOGICO E RU486

14

DEOSPEDALIZZARE LA PILLOLA: LE LINEE DI
INDIRIZZO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

18

ABORTIRE IN CONSULTORIO: IL CASO
DELL'EMILIA-ROMAGNA

24

LE REGIONI IN RITARDO: IL CASO DELLA
SICILIA

28

LA RU486 AT HOME: IL CASO DEL LAZIO

32

QUANDO LA POLITICA È CONTRARIA: IL CASO
DEL PIEMONTE

36

CONCLUSIONI

INTRODUZIONE

A cura di Medici del Mondo

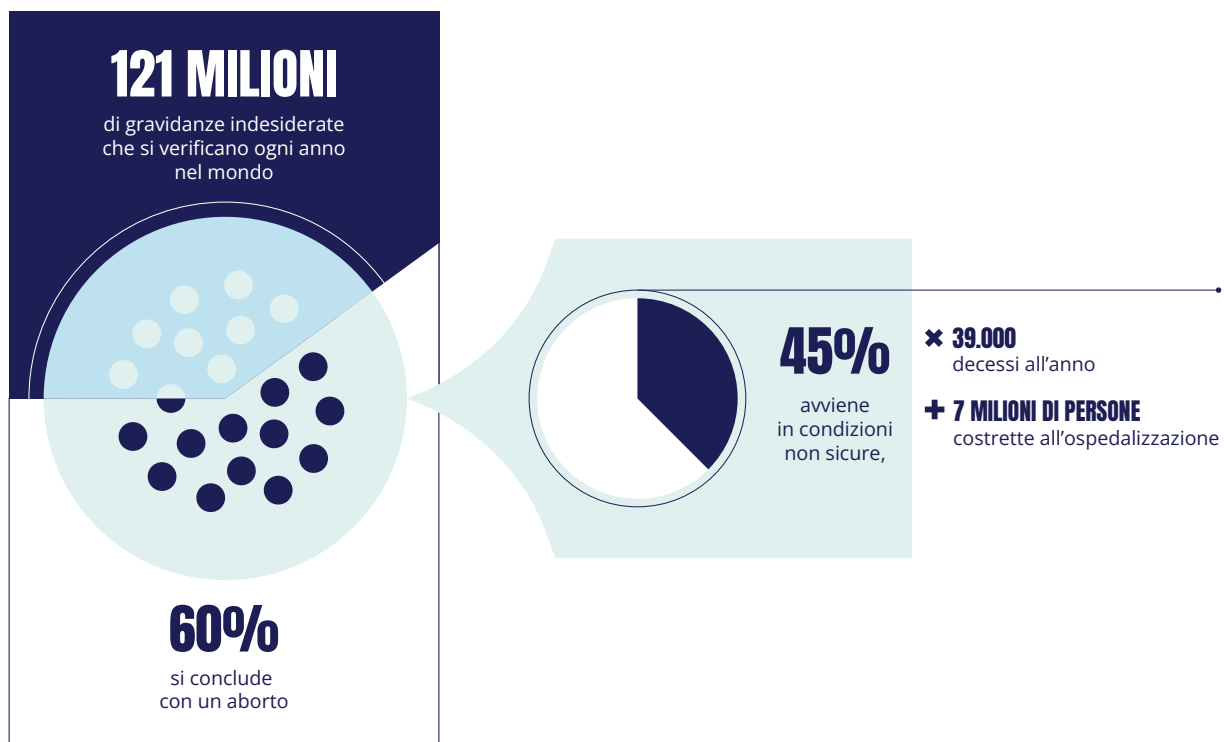
Per Medici del Mondo promuovere e difendere l'accesso alla salute non significa solo fornire cure e assistenza, ma anche sostenere il cambiamento sociale e aiutare le persone a realizzarlo.

L'accesso all'aborto sicuro è una componente fondamentale della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi (SRHR). **È una questione di salute pubblica, un diritto umano fondamentale e un indicatore delle disuguaglianze sociali e di genere.**

La salute sessuale e riproduttiva è un concetto onnicomprensivo, che include sia lo stato di benessere fisico e mentale sia la libertà di decidere se, quando e quanto riprodursi. Si riferisce al diritto di avere il controllo di tutte le questioni legate alla propria sessualità, il diritto di condurre una vita sessuale piacevole, sicura e libera da coercizioni, discriminazioni e violenze. Le violazioni dei diritti sessuali e riproduttivi costituiscono una forma di violenza nei confronti delle persone e ostacolano il progresso verso la parità di genere.

L'aborto, e quindi l'assistenza all'aborto rappresentano un elemento chiave della SRHR. L'aborto non sicuro è infatti una delle principali cause di mortalità materna a livello internazionale. Dei circa 121 milioni di gravidanze indesiderate che si verificano ogni anno nel mondo, il 60% si conclude con un aborto. Di questi aborti, il 45% avviene in condizioni non sicure, a causa dell'accesso limitato al servizio. Per questo i numeri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) parlano di 39.000 decessi all'anno, mentre 7 milioni di persone sono costrette all'ospedalizzazione. Dati i numeri, attualmente **l'aborto sicuro e legale è più di una questione di salute pubblica: è un'emergenza di salute pubblica.**

Un numero crescente di organismi internazionali riconosce l'aborto come un diritto umano. Sia la Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (Il Cairo, 1994) che la Piattaforma d'azione di Pechino (1995) hanno chiesto ai governi di depenalizzare questa pratica medica e garantire l'aborto sicuro e legale in determinate circostanze. Anche perché le restrizioni legate all'aborto ostacolano



l'applicazione di molti altri diritti umani riconosciuti a livello internazionale come il diritto alla vita, alla salute, alla non discriminazione e all'uguaglianza, alla privacy, all'autonomia corporea e all'integrità.

Tuttavia, ancora oggi oltre il 40% delle donne vive in un Paese in cui l'aborto volontario è illegale. La criminalizzazione dell'aborto danneggia tutte le donne e le persone trans, colpendo maggiormente alcune fasce. Secondo un'analisi di Human Rights Watch, infatti, sono le donne e le ragazze che vivono in condizione di povertà ad avere maggiori probabilità di subirne le conseguenze. Chi ha mezzi finanziari adeguati, infatti, può sempre trovare un modo per abortire in sicurezza, anche laddove siano in vigore leggi restrittive, ma le persone che vivono in povertà, invece, sono costrette a ricorrere a metodi più pericolosi, che rischiano seriamente di compromettere la loro salute. Le disuguaglianze nell'accesso alle cure abortive non fanno altro che riflettere e amplificare le disuguaglianze sociali e di genere.

In Italia, l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è una prestazione compresa nei LEA, ovvero nell'elenco di prestazioni e servizi essenziali che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini. Nonostante questo, secondo gli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute nel 2020, oltre a essere una pratica in diminuzione - nel 2020 ne sono state registrate 66.413, con una variazione del -9,3% rispetto all'anno precedente - **è una prestazione ancora fortemente ostacolata**. Ad esempio, l'obiezione di coscienza riguarda 2 ginecologi su 3 e quasi 1 anestesista su 2, con picchi superiori all'80% in alcune regioni.

Sempre secondo il Ministero, conferma il trend in diminuzione il tasso di abortività, ovvero il numero di IVG rispetto a 1.000 donne residenti in Italia di età compresa tra i 15 e i 49 anni, l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'aborto. Nel 2020, il tasso di abortività è infatti risultato del 5,4 per 1.000, con una riduzione del 6,7% rispetto al 2019. Il dato italiano è uno dei più bassi a livello internazionale. Tra i fattori determinanti, sicuramente l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza, il contributo dei consultori familiari e una maggiore cultura della protezione farmacologica o meccanica alla procreazione, ma anche una mancata conoscenza

dell'iter terapeutico e gli ostacoli di accesso alla procedura stessa, rappresentati ad esempio dall'impatto dell'obiezione di coscienza e dalla bassa disponibilità di consultori.

Per valutare lo stato del diritto all'aborto in Italia, tuttavia, è rilevante analizzare anche la possibilità di accesso all'aborto farmacologico, un metodo poco invasivo e sicuro che, rispetto a gran parte degli altri Paesi europei, in Italia è ancora poco praticato. **Mentre in Francia e Inghilterra le IVG farmacologiche sono oltre il 70% del totale, e nei Paesi del Nord Europa superano addirittura il 90%, nel nostro territorio, infatti, ancora oggi vengono eseguiti molti più aborti chirurgici che aborti farmacologici:** nonostante l'uso consolidato in molti Paesi e le rassicurazioni di organi internazionali come l'OMS, in Italia la Ru486 continua a essere considerata un farmaco rischioso, e l'aborto farmacologico una pratica complessa.

Anche se nell'agosto del 2020 è stata pubblicata una circolare ministeriale che ha aggiornato le "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza" con mifepristone e prostaglandine, riconoscendo la possibilità di ricorrere all'aborto farmacologico in day hospital in tutte le Regioni ed estendendo il limite per la somministrazione del farmaco da 7 a 9 settimane, **l'accesso alla RU486 risulta ancora complicato e disuguale sul territorio nazionale.** Al contrario, se le linee guida del 2020 venissero applicate in modo omogeneo in tutte le regioni, si potrebbero ridurre almeno in parte le disuguaglianze sanitarie territoriali che caratterizzano il nostro Sistema sanitario nazionale, tutelando così i diritti sessuali e riproduttivi di tutte le persone in ugual misura.

Parlare di aborto farmacologico, in questo contesto, non significa promuovere questa pratica rispetto a quella chirurgica, ma parlare di accessibilità e diritti. Scopo di questo report è infatti **contribuire a una riflessione sui motivi per cui la pratica abortiva in Italia risulta obsoleta rispetto alle indicazioni dell'OMS e alle prassi di molti altri Paesi.** Un tema che in Italia si radica principalmente sul concetto di depenalizzazione, ma che invece dovrebbe partire prima di tutto da termini quali **diritto e libertà di scelta**.

LA LEGGE SULL'ABORTO IN ITALIA



La legge che in Italia consente di interrompere volontariamente una gravidanza è la 194, approvata il 22 maggio del 1978. Prima di allora, il codice Rocco del 1930 considerava l'aborto un "delitto contro l'integrità e la sanità della stirpe", con pene dai due ai cinque anni di carcere. Le stime di fine anni '60 e inizi anni '70 parlano di oltre un milione di aborti clandestini l'anno, e ventimila decessi in conseguenza di quelle pratiche.

La 194 è una legge figlia delle lotte dei movimenti femministi degli anni Settanta e di un travagliato iter parlamentare durato circa due anni tra opposizioni, rimpalli tra destra e sinistra e la nascita dei primi movimenti anti abortisti italiani.

Al suo interno non è sancito il diritto all'aborto né si parla mai di autodeterminazione, ma sono regolamentati i casi in cui interrompere la gravidanza non costituisce reato.

L'impianto è chiarito dall'articolo 1, che afferma che "lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio", che l'aborto "non è mezzo per il controllo delle nascite" e che il governo nazionale, quelli regionali e locali promuovono le "iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite".

Entro i primi **novanta giorni** di gestazione è consentito ricorrere all'aborto in caso di **"circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica" della persona incinta**, "in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito".

Oltre i novanta giorni, invece, l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) - in questo caso comunemente chiamata "aborto terapeutico" - può essere praticata in caso di "grave pericolo per la vita della donna" o in caso di "processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

All'articolo 2 la 194 si occupa dei consultori, che "assistono la donna in stato di gravidanza", la informano sui diritti che le spettano e sui servizi disponibili, e hanno la funzione di "far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza" quando questa sia motivata da circostanze economiche, sociali o familiari. Per far questo, i consultori possono avvalersi della collaborazione di "associazioni di volontariato che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita".

Di fronte alla richiesta di interrompere una gravidanza nei casi previsti dalla legge, **il medico del consultorio, quello di famiglia o della struttura sanitaria - dunque non necessariamente un ginecologo - rilascia un certificato, firmato anche dalla persona che vuole abortire**, nel quale si attesta la volontà di quest'ultima e lo stato di gravidanza. Se il medico valuta che ci siano "condizioni tali da rendere urgente l'intervento", il documento consente alla donna di presentarsi nelle strutture ospedaliere o convenzionate per interrompere la gravidanza. Se, invece, l'urgenza non viene riscontrata, **nel certificato si invita la persona che vuole abortire a "sopraspedere per sette giorni"**, periodo al termine del quale potrà accedere alla procedura.

Secondo l'ultima relazione annuale presentata nel 2022 dal Ministero della Salute sull'attuazione della legge 194, i consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare counselling per l'IVG e di rilasciare certificati nel 2020 corrispondono al 69,9% del totale dei consultori familiari.

Uno dei punti più discussi della 194 è quello relativo all'**obiezione di coscienza**, ossia la possibilità, prevista dall'articolo 9, per "il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie" di dichiararsi obiettori di coscienza e dunque esimersi dal "compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza". Questa insistenza sulla dimensione pratica delle attività pone una domanda riguardo all'aborto con metodo farmacologico: quali sono, nel caso della pillola abortiva, le procedure e le attività "specificatamente e necessariamente dirette" a determinare l'IVG? Ad esempio, rientra tra queste attività l'azione di prendere la scatola di pillole abortive dall'armadietto dei medicinali? Estrarre

la pastiglia dal blister?

Comunque, specifica la norma, non si è esonerati "dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento". Ovvero anche un medico obiettore è tenuto a rilasciare il certificato per l'IVG, o a trovare un modo per farlo ottenere a chi lo richiede.

In ogni caso, l'obiezione di coscienza non può essere invocata dai professionisti sanitari quando "data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo". Infine, la legge precisa che **non esiste l'obiezione "di struttura"**: gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenute "in ogni caso ad assicurare" l'accesso all'IVG. Le Regioni devono controllare che questo avvenga "anche attraverso la mobilità del personale".

Quella dell'obiezione di coscienza è una delle questioni più rilevanti in termini di accesso all'aborto. Secondo la relazione del Ministero della Salute, **in Italia nel 2020 si è dichiarato obiettore il 64,6% dei ginecologi** - in leggera diminuzione rispetto al 2019 - mentre erano obiettori il 44,6% degli anestesisti e il 36,2% del personale non medico. La situazione non è omogenea in tutto il Paese, con picchi dell'84,5% nella provincia autonoma di Bolzano, 83,8% in Abruzzo, 82,8% in Molise e 81,6% in Sicilia. In Valle d'Aosta, invece, la percentuale è del 25%, seguita dalla provincia autonoma di Trento (35,9%) e dall'Emilia-Romagna (45%).

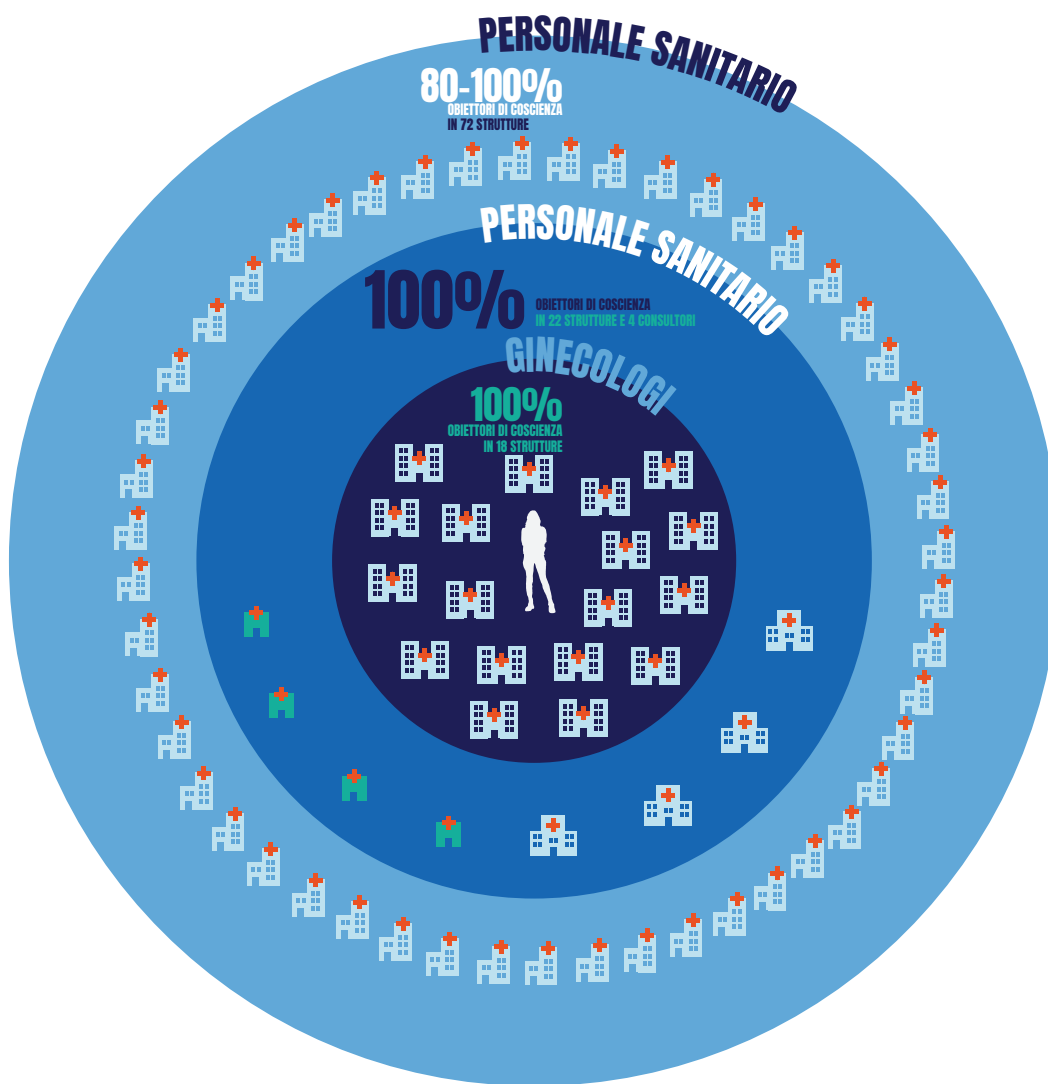
In Italia effettuano IVG il 63,8% delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, anche in questo caso con forti differenze tra le regioni. In media, nel Paese sono disponibili 2,9 punti IVG ogni 100.000 donne in età fertile.

La fotografia che fa il Ministero, però, non è esaustiva. Come ha rilevato la ricerca Mai dati dell'Associazione Luca Coscioni, curata da Chiara Lalli e Sonia Montegiove, i dati non solo non sono aggiornati - la relazione del 2022 riporta informazioni ferme al 2020 - ma non sono neanche disaggregati per struttura. Dall'accesso agli atti risulta infatti che **in Italia in 22 ospedali (e quattro consultori) la percentuale di obiettori di coscienza tra il personale sanitario è del 100%, mentre in 72 è tra l'80 e il 100%. Inoltre, in 18 ospedali si arriva al 100% di ginecologi obiettori.**

All'articolo 15 la legge 194 incarica le Regioni con università ed enti ospedalieri di promuovere l'aggiornamento del personale sanitario anche "sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza".

Quella dedicata alla formazione è una delle indicazioni più disattese tra quelle contenute nella legge che regola l'IVG in Italia, con effetti rilevanti sulla diffusione e sull'accesso all'aborto con metodo farmacologico.

OBIETTORI DI COSCIENZA



Fonte: associazione Luca Coscioni



 **Uscita** ←



ABORTO FARMACOLOGICO E RU486

Negli ultimi 40 anni in Italia gli aborti sono in calo. Nel 2020 ne sono stati registrati 66.413: -9,3% sul 2019 e addirittura -71% rispetto al picco del 1983. Secondo la relazione del Ministero della Salute, questo è in parte riconducibile all'aumento delle vendite dei contraccettivi di emergenza a seguito delle tre determinazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che hanno eliminato l'obbligo di prescrizione medica per la "pillola dei 5 giorni dopo" (Ulipristal acetato, ellaOne) per le persone maggiorenti e minorenni e per la "pillola del giorno dopo" (Levonorgestrel, Norlevo) per le maggiorenti.

Degli aborti effettuati nel 2020, il 31,9% è stato portato a termine con metodo farmacologico, che si basa sull'assunzione - a 48 ore di distanza l'una dall'altra - di due pillole: il mifepristone (conosciuto come Ru486), che causa la cessazione della vitalità del prodotto del concepimento, e un secondo farmaco, il misoprostolo, della categoria delle prostaglandine, che induce le contrazioni uterine e determina l'espulsione del prodotto stesso.

L'associazione mifepristone/prostaglandina è stata inserita nell'elenco dei farmaci essenziali per la salute riproduttiva pubblicato nel 2006 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che definisce da tempo l'aborto farmacologico una procedura sicura e raccomandata per le interruzioni di gravidanza. Nonostante questo, la Ru486 non ha mai avuto vita facile nel nostro Paese.

In Italia la pillola abortiva è arrivata nel 2009, in seguito all'autorizzazione da parte dell'Aifa del suo utilizzo "soltanto in ambito ospedaliero" e fino alla settimana di gravidanza. Negli anni precedenti si erano susseguite sperimentazioni in alcuni ospedali italiani, tra cui il Sant'Anna di Torino.

In Francia era stata introdotta già nel 1988, mentre nel Regno Unito nel 1990. Già nel 2009, anno dell'arrivo in Italia, negli altri Paesi europei il limite era fissato alla nona settimana di gravidanza, ed era prevista la somministrazione in regime di day hospital.





Le linee di indirizzo emanate dal Consiglio Superiore di Sanità (e poi recepite dal Ministero della Salute) nel 2010, invece, non solo riducevano di due settimane la possibilità di utilizzo, ma consigliavano anche un'ospedalizzazione ordinaria di tre giorni dalla somministrazione del primo farmaco fino alla verifica dell'avvenuta espulsione - lasciando comunque libertà di scelta alle regioni sul ricovero.

Tuttavia, anche dove la regola dei tre giorni di ricovero è stata adottata, la maggior parte delle donne - in molte regioni più dell'80% - ha scelto volontariamente le dimissioni dopo l'assunzione del primo farmaco, prenotando un nuovo ricovero a due giorni di distanza per assumere il secondo e terminare così la procedura (il dato emerge dal resoconto realizzato dal Ministero della Salute nel 2010-2011, a distanza di due anni dall'introduzione della possibilità di aborto farmacologico in Italia).

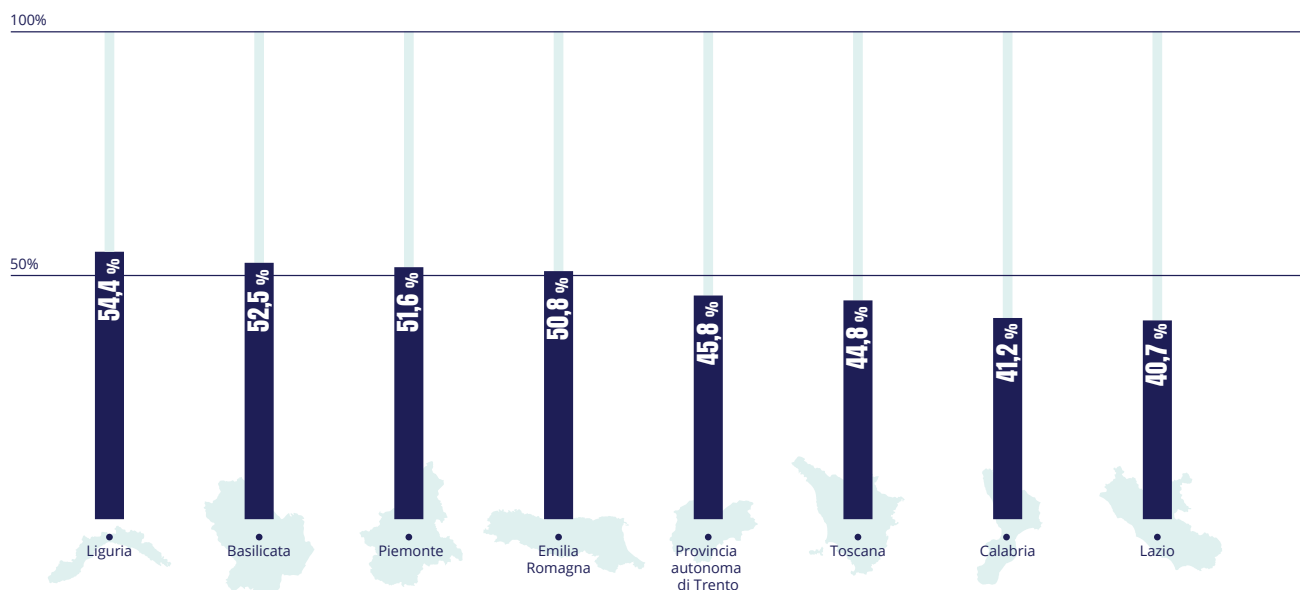
Si registra un minimo di tre accessi in ospedale anche nei casi in cui non era previsto il ricovero:

per la prima pillola, per la seconda e, infine, per la visita di controllo.

A partire dalla sua autorizzazione nel 2009, sempre più persone hanno avuto accesso all'aborto tramite Ru486, seppur a un ritmo di crescita lento dovuto alle regole stringenti e alle limitazioni. Se nel 2010 veniva effettuato con metodo farmacologico lo 0,7% delle IVG, nel 2020 la percentuale è salita al 31,9% (nel 2019 era del 24,9% e nel 2018 del 20,8%), seppur con evidenti differenze a livello regionale.

Dal 2014, scrive l'Istituto Superiore di Sanità, **tutte le Regioni italiane offrono l'aborto farmacologico "con forte variabilità, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture"**. Nel 2020 le percentuali più alte sono state rilevate in Liguria (54,8%), Basilicata (52,5%), Piemonte (51,6%), Emilia-Romagna (50,8%), Provincia autonoma di Trento (45,8%), Toscana (44,8%), Calabria (41,2%) e Lazio (40,7%).

PERCENTUALE DI ABORTI FARMACOLOGICI IN ITALIA NEL 2020

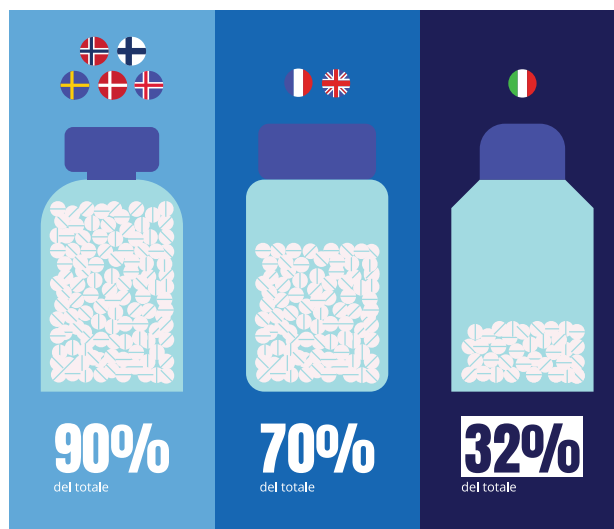


Tuttavia, rispetto a gran parte degli altri Paesi europei, in Italia vengono eseguiti ancora oggi molti più aborti chirurgici che aborti farmacologici, mentre in Francia e Inghilterra le IVG farmacologiche sono oltre il 70% del totale e nei Paesi del Nord Europa superano il 90%.

Per la gestione dell'aborto farmacologico altri Paesi hanno adottato anche la telemedicina, una pratica riconosciuta dall'OMS tra quelle utili a garantire i servizi sanitari essenziali. In particolare, questa modalità è stata introdotta in alcuni Paesi nel 2020, durante la prima ondata della pandemia di Covid-19, per far fronte alle difficoltà causate dall'emergenza sanitaria. Proprio da questo momento Regno Unito e Francia hanno deciso di regolamentarla, mentre in altri Paesi, per esempio in Svezia e in Danimarca, era già utilizzata da anni.

Anche in Italia la telemedicina è ormai entrata a far parte del Servizio sanitario nazionale, ma non per l'IVG.

IGV FARMACOLOGICHE



Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/ivg/epidemiologia>

+
ABORTO
LIBERO &
SICURO
PER TUTTU!!

RETE CORPI E TERRA

DEOSPEDALIZZARE

LA PILLOLA:

LE LINEE DI INDIRIZZO DEL

MINISTERO DELLA SALUTE

Nel 2020, in piena pandemia di **Covid-19**, diverse associazioni di ginecologi, gruppi e movimenti femministi e per la salute riproduttiva hanno denunciato una maggiore difficoltà di accesso al servizio di **IVG**, a causa di reparti chiusi, limitati o trasferiti e scarsità di informazioni. Le criticità riguardavano anche l'aborto tramite Ru486, considerata la necessità di accedere più volte in ospedale – quando non di ricovero – e le tempistiche molto strette.

Per questo motivo la Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) aveva espressamente richiesto di favorire l'aborto farmacologico in questo periodo, proprio per tutelare la salute delle donne e non congestionare le strutture sanitarie, rivedendo alcuni aspetti: "Una riorganizzazione adeguata che persegue l'obiettivo di facilitare e de-ospedalizzare l'aborto, prevedendo un maggior coinvolgimento degli ambulatori, può rappresentare una soluzione efficace sia per le donne, tutelandone un diritto sancito dalla legge italiana, sia per decongestionare gli ospedali, tanto più in questo momento di emergenza".

Contestualmente, nel mese di giugno 2020, una delibera della giunta della Regione Umbria ha abrogato la possibilità di accedere all'aborto farmacologico in day hospital, ripristinando la necessità di un ricovero di tre giorni. La decisione ha scatenato reazioni politiche e proteste e aperto un dibattito sulla RU486.





Da un sondaggio commissionato a SWG dall'Associazione Luca Coscioni poco prima del lockdown era emerso come più di un italiano su tre ritenesse necessario facilitare l'accesso all'IVG farmacologica permettendo il regime ambulatoriale e il trattamento a casa ed eliminando la raccomandazione del ricovero ordinario.

In seguito al parere richiesto dall'allora ministro della Salute Roberto Speranza al Consiglio Superiore di Sanità e a una nuova determina AIFA, nell'agosto del **2020** è stata pubblicata una circolare ministeriale che ha aggiornato le **“Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”**. Queste ultime prevedono l'estensione del periodo consentito per accedere alla Ru486 da 7 a **9 settimane** – come già previsto in molti altri Paesi – e la possibilità di somministrare i farmaci in regime di **day hospital e in strutture ambulatoriali** pubbliche attrezzate autorizzate dalle Regioni e anche nei **consultori**. Poco dopo, l'AIFA ha emanato una determina che inserisce la combinazione di 200 milligrammi di mifepristone orale seguiti, a distanza di 36-48 ore, da 800 milligrammi di misoprostolo, “da assumere per via orale, sublinguale o vaginale”, nell'elenco dei farmaci per “interruzione medica di gravidanza fino alla 63esima giornata di amenorrea”, e in quello dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

L'estensione a 9 settimane ha avuto l'effetto di incrementare l'accesso all'IVG farmacologica.

Nell'ultimo trimestre del 2020, infatti, gli aborti con la pillola Ru486 sono saliti al 42% del totale rispetto alla media annuale del 31,9%.

Tuttavia, si è trattato di un passo in avanti solo parziale. In primo luogo, infatti, a distanza di tre anni, **l'aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriali circa la deospedalizzazione dell'aborto farmacologico è stato recepito solo da alcune regioni**, peraltro in ordine sparso e con grandi differenze in termini di regole, accesso, applicazione.

La prima regione a deliberare sulla somministrazione dei farmaci per l'aborto farmacologico in ambulatori extra-ospedalieri (collegati con gli ospedali) è stata la **Toscana**, a partire dal 16 novembre 2020. Successivamente è partita la sperimentazione nei consultori in **Emilia-Romagna**, seppur con alcune limitazioni: ad esempio, solo entro le 7 settimane in ambito extraospedaliero e in poche strutture individuate secondo criteri precisi. E poi c'è il **Lazio**, che ha messo a punto un protocollo per l'IVG farmacologica *at home*, con un solo accesso in ambulatorio o consultorio per assumere il primo farmaco. Per quanto riguarda le altre regioni, pochissime hanno approvato delibere che tuttavia non sono state rese operative; altre hanno recepito l'innalzamento da sette a nove settimane, pur mantenendo la somministrazione della Ru486 in ospedale; altre ancora, come il Piemonte, si sono espresse in maniera esplicita contro la deospedalizzazione e la somministrazione nei consultori.

“Le linee di indirizzo sono rimaste una buona teoria. Di fatto è come se fosse un’indicazione generica che il Ministero ha chiesto alle Regioni di applicare, ma se non lo fanno non succede nulla, non c’è una spinta in positivo o un’ammenda”, afferma la dottoressa Marina Toschi, ginecologa parte di Pro-Choice, Rete italiana contraccezione aborto, tra le realtà che più hanno spinto per l’aggiornamento delle linee di indirizzo. Non solo: **“Il percorso dell’aborto farmacologico fatto come lo facciamo noi in Italia diventa quasi più complicato di quello per l’intervento chirurgico”**, aggiunge. “Le donne devono riuscire a trovare l’ospedale che lo fa, che magari è a 100 chilometri da casa, e devono prendere la macchina o i mezzi quattro volte per andarci: per l’accettazione, per la prima pillola, poi per la seconda e infine per assicurarsi che sia tutto a posto. A quel punto lasciano perdere e vanno all’ospedale più vicino a fare l’intervento”.

L’aborto farmacologico, invece, spiega ancora Toschi, “potrebbe essere fatto con un solo accesso in consultorio, in ospedale o addirittura a domicilio, come si fa in Irlanda. Di fatto in Italia permane una situazione estremamente complessa, burocratica.

Oltre alla questione dell’obiezione e al rispetto della richiesta del certificato di urgenza, visti i tempi stretti. E poi c’è da dire che pochi medici hanno reale conoscenza del farmacologico e poche ostetriche lo imparano: non si insegna nelle scuole di specializzazione”.

La seconda questione che ridimensiona il risultato dell’aggiornamento delle **linee di indirizzo del Ministero della Salute** è che queste **restano comunque datate rispetto alle linee guida internazionali. Mentre in diverse parti d’Italia si discute se applicare o meno - e come - la possibilità di accedere alla Ru486 nei consultori, infatti, l’ultima guida sui servizi di aborto dell’OMS, rilasciata a giugno 2023 per gli operatori sanitari, indica l’autogestione come opzione raccomandata per l’IVG farmacologica entro la dodicesima settimana**, in alternativa “alla supervisione diretta e in presenza da parte del personale sanitario”. Con sostegno e informazioni adeguate, sostiene l’organizzazione, è possibile per le donne autogestire alcune o tutte le fasi di un aborto farmacologico, anche a casa propria. Come seconda opzione per l’IGV medica, l’OMS raccomanda inoltre la telemedicina.


**LE DONNE
NON SANNO
COME ACCEDERE
E DOVE, NON C’È
INFORMAZIONE.**

“Le linee di indirizzo italiane sono già arretrate, e non vengono nemmeno applicate. Le abbiamo strappate faticosamente, ma non aver ottenuto, ad esempio, la telemedicina è stato grave. L'unica cosa che riusciamo a fare in telemedicina è il certificato, che garantiamo come rete Pro-choice. Tutto il resto occorre farlo di persona”, dice la dottoressa Toschi.

Una delle prime esperienze di aborto farmacologico in telemedicina è Women on Web, iniziativa promossa dall'omonima organizzazione non profit fondata nel 2005 dall'attivista olandese

Rebecca Gomperts. Sul suo sito sono a disposizione delle utenti questionari che vengono poi valutati da un gruppo di ginecologhe che, in assenza di controindicazioni, prescrivono le pillole, le inviano via posta e monitorano telematicamente le pazienti. È indicativo come durante la pandemia di Covid-19 le richieste a Women on Web siano aumentate da molti Paesi del mondo, compresa l'Italia: dal 10 marzo 2020, giorno successivo all'annuncio del primo lockdown, l'incremento di contatti dal nostro Paese è stato quasi del 68% rispetto ai 14 mesi precedenti.





La pillola abortiva Ru486 “verrà distribuita nei consultori dell’Emilia-Romagna. Si parte la prossima settimana da Parma, poi Modena, Bologna, la Romagna e tutto il territorio”. Era il 29 settembre 2022 quando, intervenendo su *La7 a Otto e Mezzo*, il presidente dell’Emilia-Romagna Stefano Bonaccini annunciava l’avvio della possibilità di abortire con metodo farmacologico all’interno dei consultori della regione.

“Nei giorni successivi qui è stato un via vai di giornalisti”, ricorda la dottoressa Carla Verrotti, direttrice dell’U.O. Salute Donna del distretto di Parma e capogruppo del tavolo tecnico regionale che si è occupato della definizione di un protocollo sperimentale per portare l’IVG in consultorio.

Il protocollo prevede che le strutture debbano avere determinate caratteristiche: la distanza ravvicinata (entro 30 minuti) da un presidio ospedaliero di riferimento, la presenza di un’équipe adeguatamente formata, la garanzia di un numero appropriato di personale ostetrico e ginecologico non obiettore, la presenza di attrezzature conformi e di rifornimenti farmacologici per gestire l’emergenza e il trattamento di eventuali effetti collaterali.

Per accedere all’IVG farmacologica in consultorio occorre essere maggiorenni, in possesso del certificato medico e non oltre la settima settimana di gravidanza. “Abbiamo preferito partire con un progetto sperimentale, rivolto solo alle donne residenti nel distretto, perché volevamo avere numeri che ci permettessero di farlo. E abbiamo messo il limite delle sette settimane, lasciando gli aborti farmacologici all’ottava e nona settimana agli ospedali, perché se l’IVG farmacologica è effettuata precocemente il rischio di complicanze

ABORTIRE

IN CONSULTORIO: IL CASO

DELL’EMILIA-ROMAGNA

come dolori ed emorragie è basso”, spiega la dottoressa Verrotti. “Da quando abbiamo iniziato - aggiunge - la maggior parte delle donne, direi quasi tutte le aventi diritto, hanno scelto di farlo qua”.

Dall'avvio della sperimentazione nell'ottobre 2022 fino a maggio 2023 al consultorio di Parma sono state effettuate senza complicanze 51 procedure. Dopo il primo accesso per l'assunzione della Ru486, le pazienti “vengono tenute qui durante la somministrazione del misoprostolo, il secondo farmaco. Nell'87% dei casi la procedura si è completata entro le 3 ore di osservazione, nel 13% dopo una settimana”, dice Verrotti, che ha sulla scrivania un “cellulare IVG” a cui risponde nelle ore diurne, ma che - afferma - “non suona quasi mai”.

Per la dottoressa la deospedalizzazione della Ru486 è un valore aggiunto: “A Parma vengono rilasciati in consultorio l'81% dei certificati, un dato altissimo. Gran parte dell'utenza arriva in consultorio proprio per questo. Il fatto di avere una continuità nella stessa sede e con le stesse operatrici è importante, così come l'ambiente confortevole. Inoltre, offriamo a chi vuole la consulenza psicologica. Insomma, cerchiamo di stare attenti anche a queste cose e al rapporto 2 donne a 1 anche con l'ostetrica, che è compresente per tutte le 3 ore”.

A giugno 2023, in Emilia-Romagna, la possibilità di accedere all'IVG farmacologica in consultorio è prevista a Parma, a Modena e a San Giovanni in Persiceto, un comune di circa 28mila abitanti della città metropolitana di Bologna. Non invece nel capoluogo regionale.

Al consultorio di San Giovanni in Persiceto il servizio è stato avviato a dicembre 2022. “Abbiamo due posti alla settimana, e le donne si presentano previo appuntamento che noi diamo con agenda informatizzata. Non c'è lista d'attesa, quindi è tutto molto veloce”, spiega la dottoressa Marcella Falcieri, direttrice dell'UOC Consultori Familiari Cure Primarie dell'Azienda USL di Bologna. La paziente ritorna a distanza di 48 ore, quando le viene somministrata la seconda compressa ed è prevista “una piccola osservazione di qualche ora, perché durante questo intervallo di tempo si possono manifestare una sintomatologia dolorosa e perdite di sangue che possono essere anche abbondanti. Subito dopo la paziente può tornare a casa, per poi ripresentarsi dopo circa due settimane per un'ecografia di controllo. Naturalmente devono esserci delle condizioni. Ad esempio, la donna non deve essere sola e non deve abitare troppo distante da una sede ospedaliera”.



Il motivo del mancato avvio a Bologna di un protocollo simile è per la dottoressa Falcieri “un problema di spazi. Per fare questa attività è necessario garantire una stanza per l’osservazione con bagno adiacente, in una condizione di privacy rispetto alle altre attività del consultorio: non possiamo pensare di avere una sala d’aspetto in condivisione tra donne in gravidanza, magari col pancione, che aspettano di fare l’ecografia, e donne in attesa di sottoporsi a un’IVG e che magari hanno bisogno di essere supportate per dolori o perdite di sangue”. Oltre a questo, in Emilia-Romagna - così come in gran parte d’Italia - i consultori hanno carenza di personale.

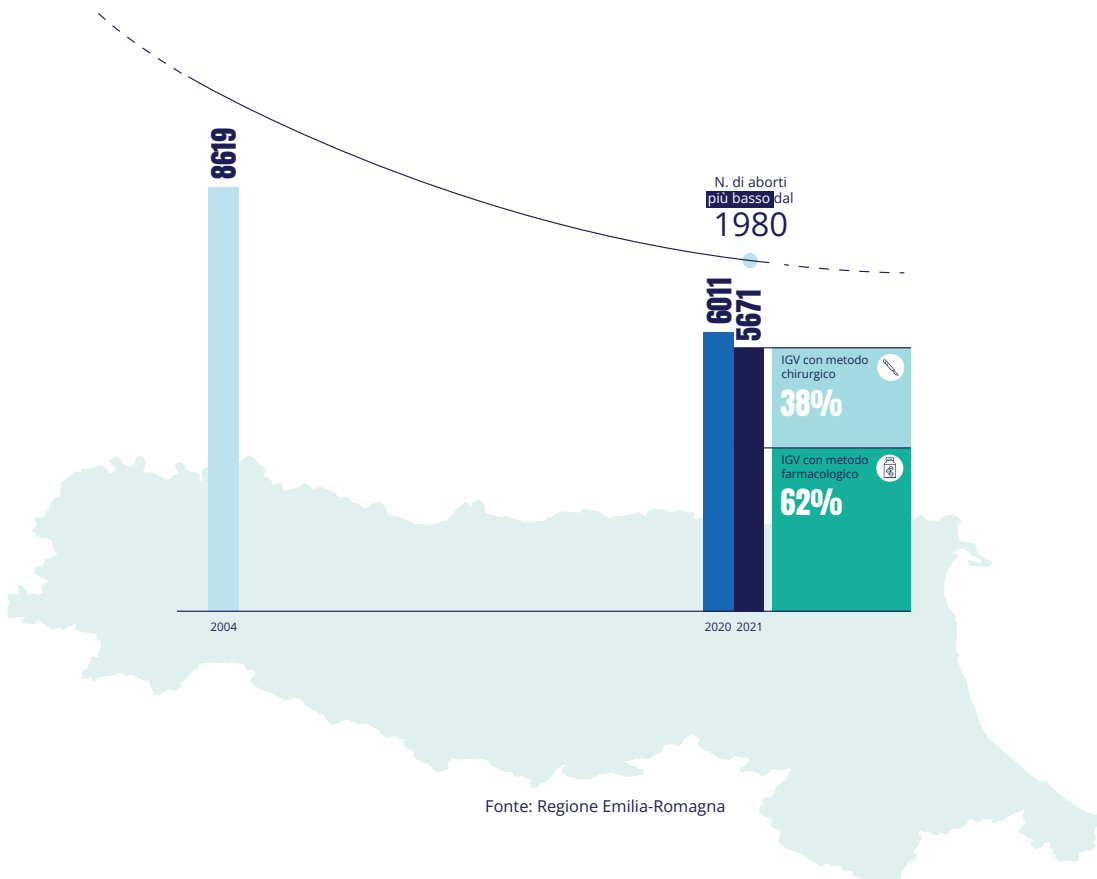
Per Falcieri, comunque, la città di Bologna “è molto ben presidiata, perché l’aborto farmacologico viene offerto sia all’ospedale Maggiore che, da un paio d’anni, all’ospedale Sant’Orsola. L’offerta, tra l’altro, è superiore alla domanda, anche perché le interruzioni di gravidanza sono in calo”.

In Emilia-Romagna, nel 2021, il numero degli aborti è stato il più basso dal 1980, anno in cui sono iniziate le rilevazioni: 5.671, con un calo del 6% rispetto al 2020 e del 52% rispetto al 2004. **Le IVG con metodo farmacologico sono state il 62% del totale.**

La stragrande maggioranza degli aborti farmacologici di Bologna viene effettuata all’ospedale Maggiore. “Nel 2005 qui siamo stati un po’ pionieri dell’introduzione dell’IVG farmacologica nella regione. Al tempo, in Italia l’unico luogo in cui vi si poteva accedere era l’ospedale Sant’Anna a Torino. Qui però è stata una scelta di politica sanitaria, con un protocollo regionale”, afferma la dottoressa Marinella Lenzi, primaria del reparto di Ginecologia e Ostetricia dell’Ausl di Bologna. “All’inizio - aggiunge - c’erano molte difficoltà per il reperimento del farmaco, che chiedevamo ci venisse recapitato dalla Francia per ogni paziente, e per l’imposizione ministeriale del ricovero in degenza ordinaria, mentre il protocollo della Regione Emilia-Romagna ha sempre previsto il day hospital. Siamo partiti in modo un po’ stentato, ma nel tempo abbiamo registrato un’accelerazione. Anche se lo scatto vero e proprio è stato negli ultimi due anni, dopo la direttiva dell’agosto 2020: dal settembre dello stesso anno siamo partiti con l’estensione alle nove settimane”.

Stando ai dati dell’AUSL, a Bologna nel 2022 l’IVG farmacologica ha raggiunto l’80,4% dei casi, rispetto al 78,9% del 2021, al 69,5 % del 2020 e al 62,4% del 2019. Questo, secondo Lenzi, ha

IVG IN EMILIA



cambiato il carico e l'organizzazione del lavoro, liberando la sala operatoria.

All'ospedale arrivano anche donne da fuori regione: "Questa mattina una da Milano, lo scorso dicembre dal Trentino. Tutte con certificato, ma appuntamento per la prima pillola a otto settimane, per mancanza di posti".

Per la dottoressa il servizio funziona, anche perché esiste un "sistema di consultori tale che, quando una donna telefona, in tre giorni ottiene il certificato. Da quel momento, difficilmente si superano i 5-6 giorni. A volte, anzi, si comincia il giorno stesso.

Teniamo le pazienti in osservazione per un'ora, ma non ho mai riscontrato problemi dopo il mifepristone. Cerchiamo invece di garantire un letto, una poltrona il giorno in cui somministriamo la seconda compressa, perché in quel momento cominciano le perdite e l'espulsione, il dolore. Per questo ci sono le camere e il bagno. Se nei consultori ci fossero gli spazi, effettueremmo le IVG fuori dall'ospedale". Oltre alla questione logistica, comunque, per ginecologa, esiste pure un problema di carenza di personale.

«Tutto inizia quando scopro di essere incinta. Cosa faccio? Per fortuna sono un'attivista femminista, faccio parte del collettivo Mujeres Libres che ha fatto una guida sull'interruzione volontaria della gravidanza. Sono agitata, faccio un punto alla volta. Vado a fare il test delle urine in farmacia, in giornata ho i risultati e mi confermano che sono davvero incinta. Sono certa di non voler portare avanti la gravidanza, per cui non ho esitazioni. Il secondo passaggio prevede un certificato rilasciato da un medico. Sulla guida c'è scritto di andare nei consultori, dovrebbe essere la via più veloce. La mattina dopo comincio a chiamare i consultori, ma non tutti sono aperti e ognuno ha degli orari in cui si può chiamare. E sono orari terribili perché spesso sono aperti alle telefonate solo due ore al giorno. Al primo non riesco a prendere la linea, il secondo mi dice che può

darmi appuntamento dopo tre giorni. Ne provo 4 o 5 facendo molta fatica. Al quinto mi prendono, non è vicino casa mia, devo fare un po' di strada, però mi dicono che sono fortunata perché quella mattina c'è la ginecologa. Vado e ricevo un'accoglienza asettica, ma molto professionale. Io sono preparata dalla guida, per cui so che voglio un farmacologico e voglio la prescrizione dell'urgenza, così non devo aspettare 7 giorni per la presa in carico. Lei non fa una piega, e io so che già dal giorno dopo posso fare l'accesso all'Ospedale Maggiore. L'accesso in ospedale va benissimo, in mattinata mi fanno l'ecografia. L'unica cosa che mi turba è che il monitor per l'ecografia è girato verso di me mentre me la fanno. Penso: "Meglio che non guardo", e non guardo. Arriva subito anche il momento della prima pillola. Dopo due giorni c'è il day hospital. Mi trovo in questa camera piccolissima, con un bagno. Ci sono tre letti da ricovero con tre donne in attesa dell'intervento chirurgico, mentre io sono sistemata su una barella, una di quelle da primo soccorso, per aspettare l'espulsione. Con il senno di poi mi rendo conto di essere stata totalmente impreparata, perché mi danno la pillola, ma non gli antidolorifici. Comincio a sentire contrazioni dolorosissime. Chiedo aiuto alle infermiere, che mi danno una tachipirina. Adesso so che ci sono altri antidolorifici più potenti. Ma mortificata mi accontento e continuo a soffrire. Verso le 3 del pomeriggio mi lasciano andare: i dolori sono quasi del tutto passati. Alla visita successiva dei 14 giorni va tutto bene.

Io mi reputo molto fortunata. Non solo perché ero in Emilia-Romagna, non solo perché ero a Bologna, ma perché ero un'attivista femminista con un background che mi faceva vedere l'aborto come una decisione mia sul mio corpo, se voglio o meno una gravidanza. Poi avevo la guida

IVG e quindi, seppure agitata e confusa, avevo queste informazioni chiare. Avevo il supporto delle compagne, che sapevo di poter chiamare in qualsiasi momento. Avevo il supporto del mio compagno, e non ho mai avuto nessun dubbio se portare avanti la gravidanza no. La mia è stata un'esperienza positiva, perché ho deciso se e quando essere madre, e questo mi ha permesso di affrontare al meglio anche la decisione che ho preso successivamente, quando ho scelto di diventarlo, in maniera consapevole e gioiosa”.

Anna (nome di fantasia) ha abortito a Bologna con la pillola Ru486 nel 2016.*

“Oggi se abiti a Bologna e sei una donna, una persona che ha bisogno di abortire, sei in un luogo privilegiato. Non lo fai nel massimo comfort, ma lo fai tranquillamente. Anche se in alcune zone dell'Emilia-Romagna è più complicato, a causa dell'obiezione di coscienza”, affermano le attiviste del **collettivo femminista Mujeres Libres**, nato a Bologna nel 2007, che insieme ad altre realtà ha lavorato a un'indagine dal basso sugli obiettori di coscienza negli ospedali e nelle strutture della regione. “Il Ministero della Salute ogni anno rilascia un report che parla anche di obiezione di coscienza, ma condividendo dati che sono aggregati o vecchi”, spiegano le attiviste. “Questo significa che la persona che deve andare ad abortire, che vive nel paesino dell'Appennino invece che in città, non ha un dato che le dia la misura di quanto sarà facile o meno, di quanto i suoi diritti saranno rispettati. Per questo abbiamo deciso di chiedere questi dati disaggregati per presidio ospedaliero o per azienda ospedaliera”. Non tutti, però, hanno risposto con informazioni utili.

Negli anni, e soprattutto durante la pandemia di Covid-19, il collettivo è stato tra le realtà che hanno chiesto la deospedalizzazione dell'IVG farmacologica. Quando è arrivata la dichiarazione del presidente della Regione Emilia-Romagna Bonaccini e la successiva delibera, la notizia è stata “accolta con gioia. Ma poi è subentrata frustrazione, perché iniziando a fare un monitoraggio ci siamo accorte che la delibera non veniva attuata. Per

questo è un po' fuorviante dire che qui si abortisce nei consultori”, affermano le attiviste, che con la campagna “Abortisco e non mi pento” hanno raccolto diverse testimonianze. “La situazione è sicuramente migliore rispetto ad altre regioni, però è anche vero che molto spesso chi deve abortire si scontra con la mancanza di informazioni sulla procedura, sul prima e sul dopo”.

Ottenere la Ru486 nei consultori “è un primo passo per andare oltre la legge 194, di cui noi vogliamo un superamento. Che può essere la telemedicina, l'assunzione di più personale medico con una coscienza transfemminista, la Ru486 nei consultori, le indicazioni di base. Quello che manca è l'autodeterminazione, guardare al proprio corpo per quello che è: un soggetto politico, ma anche una cosa reale. E nella realtà le vite sono tutte diverse”.

**SUPERARE
 LA 194 È
 GUARDARE
 QUELLE VITE**



COLLETTIVO MUJERES LIBRES

LE REGIONI IN RITARDO:

IL CASO

DELLA SICILIA



“Sono l'unico ginecologo in tutta Messina e provincia a fare IVG. Cerchiamo di soddisfare tutte le richieste, nei limiti del possibile. Il problema è che l'anno prossimo io andrò in pensione”. Il dottor Rosario D'Anna è direttore vicario del reparto di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico di Messina. “Arrivano pazienti da tutte le zone, e da un po' di tempo anche dalla Sicilia orientale. Molte da Catania, e non solo per l'aborto farmacologico, che già credo facessero poco e niente”.

In effetti a Catania, seconda città dell'isola, l'IVG farmacologica non è disponibile in nessun ospedale. Si fa solo ad Acireale, in provincia.

A Messina, il Policlinico è l'unica struttura nell'intera provincia a somministrare la Ru486. E lo fa solo da qualche mese.

Prima di allora, moltissime pazienti si mettevano in viaggio verso Palermo, dall'altra parte della regione, percorrendo oltre 200 chilometri.

“Mi accorgo di essere incinta immediatamente, già nei primissimi giorni di ritardo delle mestruazioni. Dopo aver fatto il test e le analisi delle beta, ho chiare le mie intenzioni di effettuare un'IVG farmacologica, ma non so a chi rivolgermi. La prima chiamata che faccio è a una ginecologa privata, per avere informazioni su come muovermi. Mi risponde molto sgarbatamente, invitandomi a ripensare alle mie scelte e dicendomi che la Ru486 ha delle gravi conseguenze sulla salute della donna. Inoltre non ha idea di dove venga somministrata. Il giorno dopo vado all'ospedale Policlinico, uno dei tre ospedali pubblici di Messina dove vengono effettuate le IVG chirurgiche. Riesco a parlare con una dottoressa molto gentile e disponibile, che mi dice

che ogni martedì si effettuano visite in ambulatorio per IVG con accesso diretto e che quasi sicuramente hanno la pillola. Siccome però non se ne occupa lei personalmente, mi dice di richiamare. Mi risponde un'altra persona che molto sgarbatamente mi dice che per avere informazioni devo andare in reparto una settimana dopo e che non è vero che viene data la pillola. Mi chiede inoltre un'impegnativa per la visita ostetrica da parte del medico di base per poter accedere in ambulatorio. Faccio delle ricerche online, non volendo perdere una settimana di tempo, e mi risulta che l'ospedale Cannizzaro di Catania fa IVG farmacologiche. Chiamo e prima mi dicono che hanno la pillola e poi no, il tutto in maniera molto sgarbata. Provo a contattare il consultorio di Messina, e inaspettatamente il ginecologo mi risponde subito al telefono. Fisso un appuntamento. Il medico è gentilissimo e in struttura hanno un ecografo. Tuttavia non conosce gli ospedali dove si somministra la Ru486. Con altre ricerche online trovo il nome di un medico di Catania che ha anche la RU486 a pagamento. Mi dice che non effettua più il servizio al Cannizzaro di Catania e che devo andare all'ospedale Civico di Palermo o a Caltagirone. Chiamo l'ospedale di Palermo e mi dicono che venerdì è giornata di ambulatorio e che danno la pillola. Parto alle 4 di notte per poter essere a Palermo alle 7:30. Effettuo la visita, ma mi dicono di ritornare tra una settimana, perché è ancora troppo presto e se l'embrione non è visibile non è possibile accedere al servizio. Mi confermano che somministrano la pillola fino a 9 settimane in regime di day hospital, così come le nuove direttive dichiarano. Effettuo un'altra visita al consultorio e ritorno a Palermo una settimana dopo. Qui mi vengono fissati i tre appuntamenti a fine mese per avere

la pillola (analisi e tampone, prima pillola e seconda pillola). Svolgo così la procedura a 6 settimane e mezzo di gestazione. Il giorno della seconda pillola rimango in day hospital tutta la giornata. In base alla disponibilità delle stanze, si viene assegnate a un letto. Normalmente mettono insieme le donne per IVG. Se la terapia farmacologica non dovesse fare effetto, è previsto il raschiamento immediato o la sera stessa o la mattina dopo. Nel post IVG sono disponibili e rispondono immediatamente al telefono. Quando chiamo (da Messina, quindi assistenza a distanza) mi passano una dottoressa di turno”.

Testimonianza raccolta dal collettivo Obiezione Respinta, dicembre 2020.

A Palermo diversi ospedali offrono il servizio di aborto farmacologico.

Al Policlinico di Palermo il protocollo è stato avviato negli ultimi mesi del 2021. “La paziente accede al nostro ambulatorio IVG e, dopo counselling e stipula del certificato che impone la pausa di riflessione, se grazie all'ecografia riusciamo a datare la gravidanza entro il limite di settimane consentito, consigliamo la procedura farmacologica. La maggior parte la sceglie: nel 2022 ne abbiamo fatte circa 100. Da quando è stata introdotta la possibilità dell'IVG farmacologica, gli interventi chirurgici si sono ridotti di circa il 50-60%”, spiega la dottoressa Eliana Renda, responsabile del servizio IVG del Policlinico di Palermo. Dopo al massimo 48 ore dalla prima pillola, la Ru486, la paziente torna in ospedale, dove le viene data una stanza in regime di day hospital e le viene somministrata la prostaglandina. “In genere la dimettiamo entro le ore 14. Torna a casa e poi le viene consigliato un nuovo accesso di controllo a circa 20 giorni dalla conclusione del processo. Quindi più o meno in totale sono previsti da tre a quattro accessi in ospedale”.

L'utenza, in questo anno e mezzo di IVG farmacologica, aggiunge la dottoressa Renda, è costituita per l'80% da persone di Palermo e

provincia, “ma c’è un buon 20% che viene da fuori. Da Caltanissetta, Agrigento, alcune anche dalla provincia di Trapani. E purtroppo anche dalla Sicilia orientale, che è un po’ più carente da questo punto di vista”.

Anche all’ospedale Cervello di Palermo è disponibile la Ru486, che ad oggi “rappresenta l’80% delle IVG che facciamo. Le chirurgiche restano solo in piccola parte, una volta alla settimana. Si tratta di donne che perlopiù sono avanti con le settimane”, afferma il dottor Francesco Gentile, ginecologo dell’ospedale Cervello. La farmacologica è “effettuabile solo fino alla nona, dato che fortunatamente è stato aumentato il limite. Quando era di sette settimane era poco utilizzata: quando la paziente veniva a conoscenza della gravidanza e si rivolgeva a noi, il più delle volte erano scaduti i termini”.

Il dottor Gentile è anche volontario nell’ambulatorio popolare aperto dal nodo palermitano del movimento femminista Non Una di Meno nel quartiere Borgo Vecchio di Palermo. Oltre che per visite e test, molte utenti vi si rivolgono anche solo per reperire informazioni utili.

“La questione della disinformazione la solleviamo da molto tempo. Non è facile reperire informazioni ufficiali sulla possibilità stessa di fare un’IVG, sui metodi e sulle tempistiche. L’unica alternativa è chiamare gli ospedali o andarci direttamente e chiedere. Già questo, secondo noi, è il primo grosso problema, perché quando decidi di abortire è quasi sempre al limite del tempo possibile: prima devi accorgerti di essere incinta, poi iniziare a fare le prime visite per capire come devi muoverti e, soprattutto se non sei di Palermo e vieni da altre città, devi spostarti, perché non c’è un ospedale che fa IVG”, spiegano le attiviste di Non Una di Meno, che hanno provato a mappare gli ospedali cittadini. “Proprio perché si tratta di un servizio che gli ospedali forniscono, vorremmo più chiarezza anche sulle modalità di accesso. Per esempio per l’IVG, quantomeno a Palermo, occorre recarsi di persona in ospedale perché non è possibile prenotare in altro modo. Quindi si va in ospedale la mattina, di solito molto presto perché altrimenti si rischia di non rientrare tra le visite possibili. Noi proviamo in qualche modo a fare da tramite tra il servizio pubblico e l’utenza. Tantissime volte ci è capitato di essere contattate, soprattutto in tempo di pandemia. Abbiamo anche aiutato, accompagnato, ospitato a Palermo

alcune donne che magari venivano solo per fare l’IVG e avevano bisogno di un supporto, perché erano sole. Palermo è un po’ un’isola felice in Sicilia perché ci sono quattro ospedali in cui si può fare l’IVG anche farmacologica, ma è assolutamente sovraccaricata”.

La questione dell’informazione è al centro anche dell’azione delle attiviste di “Non è un Veleno”, campagna nata da un gruppo di donne parte dell’associazione palermitana Maghweb, che si occupa di comunicazione sociale. Il progetto è partito in risposta all’affissione di manifesti in diverse città italiane ad opera dell’organizzazione antiabortista Pro Vita e Famiglia a dicembre del 2020, all’indomani dell’aggiornamento delle linee di indirizzo sul farmacologico. Lo slogan era: “Prenderesti mai del veleno? Stop alla pillola abortiva RU-486, mette a rischio la salute e la vita della donna e uccide il figlio nel grembo”.

“Abbiamo pensato di rispondere a questa disinformazione con una campagna pensata su tre assi. Uno informativo: volevamo diffondere informazioni scientifiche corrette sulla Ru486 e, più in generale, sulla salute sessuale e riproduttiva. Poi uno comunicativo, invitando a scaricare le nostre locandine e ad appenderle nelle città, perché lo spazio pubblico è un campo di battaglia. Infine, “un’azione legale, a scopo dimostrativo”, spiegano le attiviste. “Abbiamo denunciato la onlus Pro Vita e Famiglia e reso disponibile il testo della denuncia preparato dalla nostra avvocatessa, affinché chiunque potesse farla propria e depositarla”.

Il progetto si è sviluppato negli anni, fino ad aprire uno sportello sulla salute sessuale e riproduttiva. Al centro, sempre l’aspetto informativo.

Forse anche grazie ad esso, come riportano le attiviste, nell’ultimo anno e mezzo è aumentata la consapevolezza intorno alla Ru486 da parte di molte donne, che si presentano agli sportelli o negli ospedali già informate e pronte a richiederla. Un dato confermato anche dal dottor Giuseppe Vitrano, ginecologo di reparto al Policlinico di Palermo, che afferma che “i numeri aumentano anche per la maggiore richiesta delle utenti, che arrivano già convinte di questa opzione e consapevoli dei tempi e dei requisiti”.

In Sicilia, su 57 reparti di ostetricia e ginecologia solo 31 effettuano IVG. I ginecologi obiettori sono l’81,6%, con percentuali che raggiungono il 100%

in 26 strutture. La Ru486 è disponibile solo in ospedale, non in tutte le zone e con difficoltà. La Regione non ha deliberato nulla circa la possibilità di deospedalizzare la pillola o coinvolgere i consultori.

“Stiamo cercando di capire territorialmente cosa si può fare nei consultori”, afferma la dottoressa Marylea Spedale, responsabile dei consultori familiari dell’Asp di Palermo. “Consideriamo sempre che abbiamo tantissimi obiettori di coscienza, e che il rilascio del certificato non implica l’obiezione di coscienza, ma la somministrazione del prodotto sì: nel momento in cui tu consegni il farmaco alla donna, in qualche maniera hai compiuto quell’atto per il quale successivamente avverrà l’interruzione.” Pur essendo obiettrice di coscienza, la dottoressa Spedale vedrebbe positivamente il coinvolgimento dei consultori nella somministrazione della Ru486, almeno in linea teorica. Oltre al sottodimensionamento dei consultori – con bacini di utenza che superano i 20mila abitanti previsti per legge - uno dei principali problemi applicativi riguarda la mancanza di personale. Non è un Veleno ha provato a mappare i consultori, contattandoli uno per uno: “Più della metà non rispondono. Ma non perché non vogliono, ma perché la ginecologa sta facendo visite e non può rispondere”.

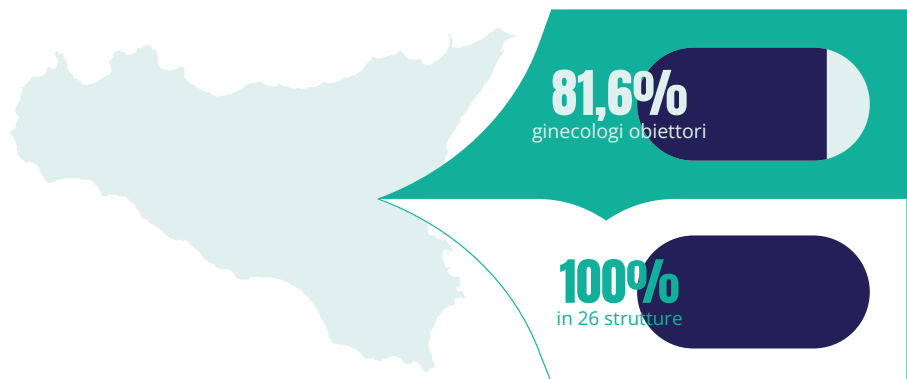
Per la dottoressa Spedale “ci vorrebbe una struttura che diventi come un ospedale aperto h24, perché non puoi sapere la donna quando

ha bisogno. Quindi o colleghi il consultorio a una struttura ospedaliera dove c’è personale in grado di accogliere, o riservi questo tipo di intervento in un altro ambito. Insomma, o costruisci un percorso o ti astieni”.

Anche il dottor Renato Venezia, direttore dell’U.O. di Ginecologia del Policlinico di Palermo, è convinto che, perlomeno al momento, sia necessario mantenere l’ospedalizzazione: “Ritengo che determinate pratiche, per un problema di sicurezza e di organizzazione, sia meglio che vengano svolte all’interno della struttura ospedaliera. Qualora i consultori fossero attrezzati per poterle fornire in maniera adeguata, certo, sarebbe auspicabile coinvolgerli. Però obiettivamente la situazione regionale in Sicilia non è così favorevole all’utilizzo di determinati farmaci al di fuori della struttura ospedaliera”.

Il ginecologo Gentile dell’ospedale Cervello è favorevole alla deospedalizzazione “come si fa in Francia e in altre nazioni, dove l’IVG farmacologica si esegue nei consultori o addirittura a domicilio. Tuttavia bisogna capire il livello culturale della paziente, perché molte potrebbero allarmarsi nel vedere dopo la seconda pillola perdite ematiche che a volte possono essere anche abbondanti, fino a correre verso l’ospedale. Per questo andrebbero adeguatamente preparate. E poi bisognerebbe, forse, rivedere la situazione sanitaria a livello regionale”.

In Sicilia, su **57 REPARTI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA** solo **31 EFFETTUANO IVG**





LA RU486 AT HOME: IL CASO DEL LAZIO

Qualche mese dopo l'aggiornamento delle linee di indirizzo del Ministero della Salute, a **dicembre 2020, la Regione Lazio ha approvato un protocollo operativo per l'IVG** farmacologica in regime ambulatoriale o di day hospital. Il documento dice che il Lazio si impegna a "rimuovere gli ostacoli all'accesso alla metodica farmacologica, nell'ottica di assicurare a tutte le donne che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza un servizio che tenga conto dei dati basati sulle evidenze scientifiche, di alta qualità e rispettoso dei loro diritti. La ormai più che comprovata sicurezza della procedura in contesti extraospedalieri impone alla sanità pubblica di garantire alle donne la possibilità di scegliere tra regime di ricovero in day hospital e regime ambulatoriale, **che prevede l'assunzione del secondo farmaco, la prostaglandina misoprostolo, a domicilio**".

Sul sito della Regione si legge che la scelta "si basa su evidenze scientifiche internazionali, sui pareri dell'OMS e sui dati del Ministero della Salute. Un percorso di civiltà per tutelare il diritto alla salute e il diritto di scelta delle donne".

Ne è convinta Anna Pompili, ginecologa, responsabile del servizio IVG del Centro per la Salute della Donna Sant'Anna di Roma e cofondatrice di AMICA (Associazione Medici Italiani Contraccezione e Aborto): "Il Lazio è l'unica regione italiana che per l'IVG farmacologica prevede nel regime ambulatoriale la procedura at home, come si fa nel resto del mondo, secondo le linee guida internazionali. Per questo noi solitamente vediamo le donne una volta sola, perché la legge prescrive che la procedura per l'aborto inizi in una struttura sanitaria pubblica: somministriamo alle donne la prima pillola in ambulatorio, mentre la seconda la prendono a casa".

Nel 2022, nel centro dove è responsabile Pompili, sono stati eseguiti 418 aborti farmacologici in regime di day hospital, 139 aborti farmacologici in regime ambulatoriale (con procedura at home) e 390 aborti chirurgici. Una mole di lavoro sostenuta dalla dottoressa e da una collega: senza considerare i giorni festivi e le ferie, una media di 22 procedure a settimana.

Il servizio è partito a maggio 2021 - dopo un necessario periodo di formazione del personale - ed è attivo in alcuni presidi autorizzati tra consultori e strutture ambulatoriali ospedaliere disseminati



nelle Asl della regione. Le pazienti telefonano per prendere appuntamento e quindi vi si recano una sola volta di persona per ottenere la certificazione IVG e contestualmente prendere la prima pillola. Il secondo farmaco viene consegnato alla paziente, che lo assumerà dopo 48 ore in autonomia, a casa. Non è previsto nemmeno il controllo successivo, in linea con le indicazioni internazionali: basta un esame del sangue per la valutazione della beta HCG dopo 15 giorni a garanzia della buona riuscita della procedura.

“Le altre regioni invece in pratica fanno un surrogato del ricovero, perché tengono le donne in osservazione per 3 o 4 ore prima di dimetterle poi fanno un’ecografia di controllo. Tutte cose che a livello internazionale sono ritenute inutili, se non dannose”, spiega Pompili, che precisa che anche il Lazio “prevede un ecografo nelle strutture che offrono questo servizio, ma non sarebbe nemmeno necessario. C’è una frenesia di controllo, che è il contrario di quello che deve fare la procedura farmacologica”.

La ginecologa afferma che la somministrazione ambulatoriale della Ru486 ha “certamente facilitato l’accesso all’aborto farmacologico. Poiché i servizi di IVG degli ospedali il sabato e la

domenica sono chiusi, potevamo somministrare il primo farmaco solo il lunedì, il martedì e il mercoledì. Con l’*at home*, invece, questo non succede”.

Da quando è partito il servizio di IVG farmacologica, spiega Pompili, si sono verificati un incremento notevole delle richieste e l’arrivo di pazienti anche da altre regioni: “Si è sparsa la voce, e il motivo è intuitivo: per prendere una pasticca perché devo essere ricoverata? Se non ci sono condizioni cliniche particolari che richiedono un monitoraggio specifico, ovviamente, altrimenti non c’è un perché”. Per quanto riguarda “effetti collaterali, eventi avversi e problemi, sono stati praticamente nulli. In un caso la gravidanza è andata avanti e ci sono stati un paio di casi di emorragie, meno della media descritta nelle statistiche nazionali e internazionali. A conferma di quello che già sapevamo, e cioè che si tratta di una procedura sicura ed efficace che non ha alcun bisogno di ospedalizzazione e di controlli particolari. Ovviamente richiede un’attenzione e una selezione delle pazienti. Ma in realtà quasi tutte possono accedere”.

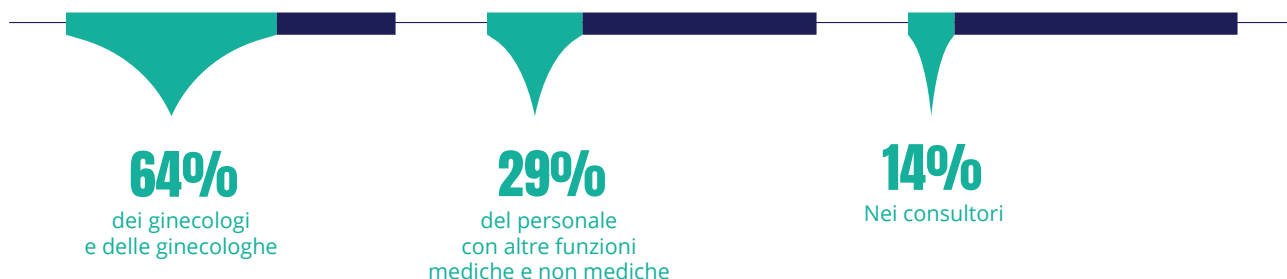
Silvana Agatone, ginecologa in pensione dopo anni all’ospedale Pertini di Roma e presidente dell’associazione LAIGA (Libera Associazione Italiana Ginecologi per Applicazione legge 194), ha studiato e messo a confronto i protocolli elaborati da Toscana, Emilia-Romagna e Lazio, evidenziando modalità di accesso, requisiti, tempistiche. “Posso dire che quello del Lazio è sicuramente il più avanzato: permette di recarsi di persona in una struttura sanitaria una sola volta, talvolta prevede il controllo direttamente via e-mail e dopo la procedura chiede di ricevere i risultati degli esami del sangue per la ricerca della beta hCG, come verifica finale. Inoltre prevede corsi di aggiornamento per tutti i medici, compresi gli obiettori”. Il protocollo della Regione Lazio parla, infatti, di una formazione specifica tramite corsi “obbligatori per il personale sanitario coinvolto nella procedura, con obbligo di aggiornamento periodico. La formazione riguarda anche la rilevazione dei dati, al fine di verificare efficacia, sicurezza, eventuali eventi avversi e consultazioni/ricoveri ospedalieri. Sono tenuti alla formazione e all’aggiornamento anche tutti i ginecologi ospedalieri, compresi gli obiettori di coscienza, al fine di assicurare un trattamento adeguato *evidence based* alle donne in caso di eventuali complicazioni”. Tuttavia, secondo la

dottorssa Agatone, nella regione il problema dell'obiezione di coscienza permane.

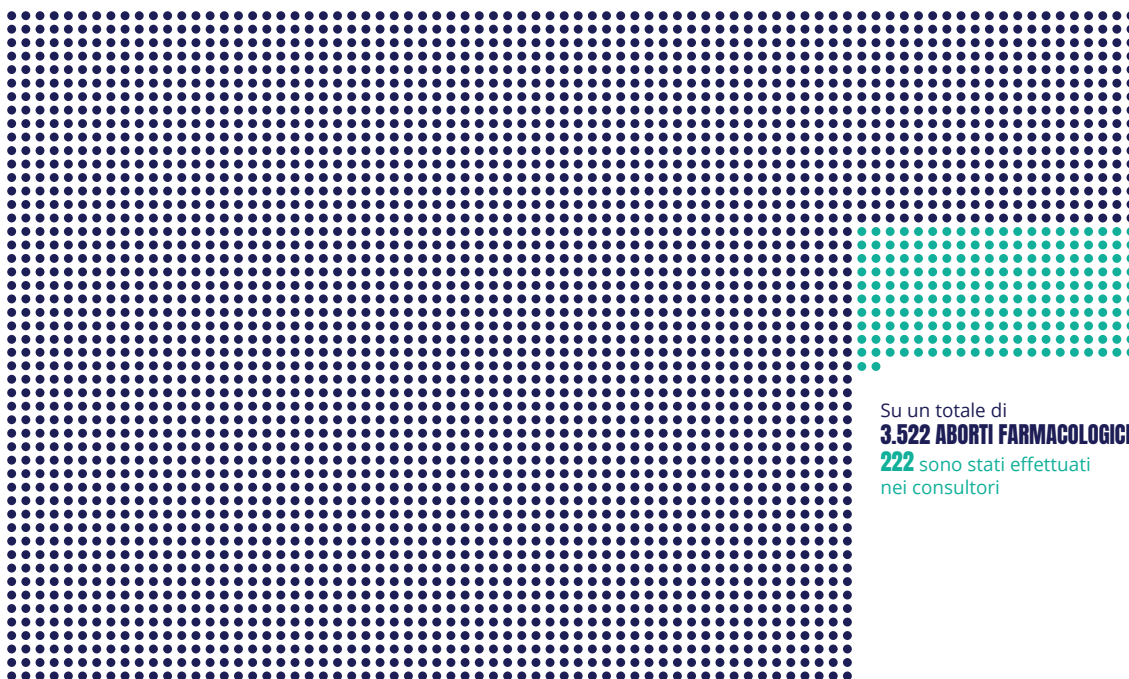
A questo proposito, con il mezzo dell'accesso civico (che consente a chiunque di accedere a dati, documenti e informazioni delle pubbliche amministrazioni), il Coordinamento delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio ha promosso un'inchiesta resa pubblica a giugno 2023 nel corso di un presidio in piazza a Roma. Da questi dati emerge che ha dichiarato obiezione di coscienza il 64% dei ginecologi e delle ginecologhe della regione, così come il 29% del personale con altre funzioni mediche e non mediche. Nei consultori la percentuale è invece del 14%.

La stessa inchiesta ha mappato anche l'accesso alla Ru486. Su un totale di 3.522 aborti farmacologici, 222 (il 10%) sono stati effettuati nei consultori. Come spiega un'attivista del Coordinamento delle donne e delle libere soggettività dei consultori del Lazio che si è occupata della ricerca, c'è un dato che "ci ha rallegrato molto. Analizzando per ogni Asl i numeri della somministrazione della Ru486 in via ospedaliera o consultoriale, emerge che le donne scelgono di andare in consultorio. Anche perché non è un percorso medicalizzato, ospedaliero. È un percorso molto più libero, più familiare. Noi a questa cosa tenevamo tanto, e i dati ci hanno dato ragione".

OBIETTORI DI COSCIENZA



ACCESSO ALLA RU486



IL 22 GIUGNO 1978...

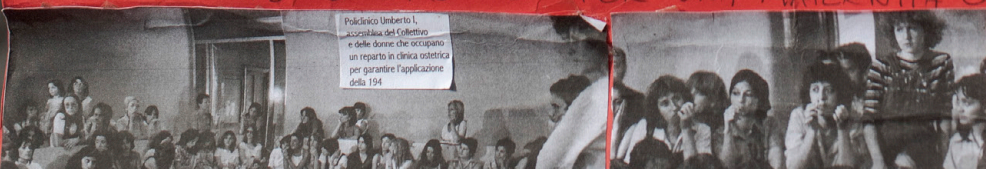
VIENE OCCUPATO DALLE FEMMINISTE E DAL
 POLICLINICO UN REPARTO VUOTO DELLA CLINICA OSTET
 L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194 APPROVATA UN MEST
 LA STESSA NOTTE VENNERO ACCETT
 DOTT. MAIORANA (UNO DEI POCHE NON
 ALCUNE DONNE CHE DOVEVANO
 E DOPO POCHE ORE FURONO "TA
OCCUPATO.
 NEL REPARTO
 FU RIPULITO, ARREDATO, RIEMPIUTO DI TUTT
 POTEVA SERVIRE SIA PER EFFETTUARE L
 IL METODO **KARHAN**, SIA PER ACCOGLIERE LE DONNE DU
 ZIONE, LE VISITE IL DOPO INTERVENTO PER L'INFORMAZIONE
 UNO **SPAZIO** INUTILIZZATO DA ANNI CON **CAMERA OPERATO**
 CON LETTI, BAGNI, ARREDI... FINALMENTE
 RIPRENDEVA **VITA** ED ERANO LE
DONNE A GESTIRLO CON L'AIUTO DI MEDIC
 ED OPERATORI SANITARI... NATURALMENTE COMPAGNE/L
 ERA IL **I** OSPEDALE CHE ATTUAVA LA LEGGE
 CON UNA FORMA DI **AUTOGESTIONE** DIRETTA
 PER/CON/DI DONNE CHE DECIDEVANO
 SUL PROPRIO CORPO E PER UNA MATEANITA' CONSERVATA.



Barilla, dopo l'entrata in
 della 194. Al Policlinico
 Umberto I. quattro donne
 si dividono un letto
 aspettando un poter
 interrompere la gravidanza



REPARTO
 OCCUPATO
 PER L'INTERRUZIONE
 di GRAVIDANZA
 2° PIANO



Policlinico Umberto I.
 occupata dal Collettivo
 e delle donne che occupano
 un reparto in attesa ostetrica
 per garantire l'applicazione
 della 194

RUNIONI... AS
 CORTEI... TANTI
 ALTRE DONNE, ALTRE

QUANDO LA POLITICA È CONTRARIA: IL CASO DEL PIEMONTE



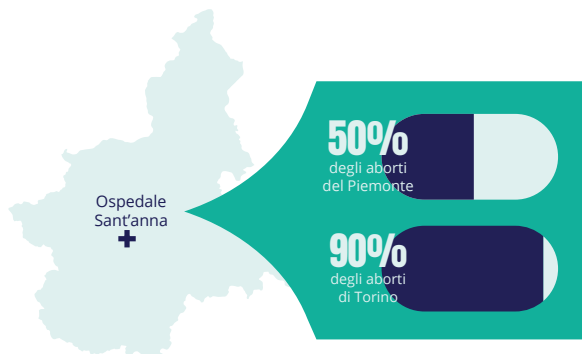
Il 9 settembre 2005 l'ospedale Sant'Anna di Torino ha annunciato di aver avviato lo studio sperimentale clinico "IVG con mifepristone (RU486) e misoprostolo": la prima donna aveva assunto la Ru486 tre giorni prima, il 6 settembre, e terminato la procedura abortiva l'8. L'allora ministro della Salute Francesco Storace ha quindi annunciato l'invio di ispettori in ospedale e bloccato la sperimentazione. Lo studio - dopo un breve stop - è infine proseguito fino a luglio 2006, dopo 362 casi.

Ad avviare e portare avanti quella sperimentazione era stato il dottor Silvio Viale, responsabile della struttura dipartimentale semplice di IVG all'ospedale Sant'Anna di Torino. "Quando gli ispettori sono arrivati, avevamo già una dozzina di casi. Poi sono partiti altri colleghi ad Ancona, Pisa, Bari e in Emilia-Romagna. Io dicevo loro di non fare sperimentazione, ma importazione diretta [cioè di andare a prendere di volta in volta il farmaco]. Allora a Pisa il ginecologo andava personalmente in qualità di primario a sdoganare il farmaco per ogni singola paziente", ricorda.

Il dottor Viale mostra i dati sulle IVG: "Il Piemonte è da sempre la regione che fa più aborti farmacologici. In percentuale ci batte leggermente la Liguria, ma in numeri assoluti siamo i primi. Qui bene o male quasi tutti gli ospedali hanno il servizio, seppur con differenze". Al Sant'Anna "facciamo metà degli aborti del Piemonte e il 90% di quelli di Torino, anche se negli ultimi anni i numeri sono calati". Sin dall'avvio dell'IVG farmacologica, all'ospedale era previsto il day hospital. "Da sempre, quando non era previsto il day hospital, c'erano le dimissioni volontarie, che poi arbitrariamente ho deciso di sospendere per

passare al day hospital, che permette più accessi. La direzione se n'è accorta un anno dopo, e la Regione pure. Da noi il primo giorno le pazienti prendono la pastiglia e vanno via". Poi tornano per la seconda somministrazione.

Il Piemonte è da sempre la regione che fa **PIÙ ABORTI FARMACOLOGICI**



Dalla regione con l'ospedale pioniere della Ru486 ci si aspetterebbe un'avanguardia anche nell'implementazione delle linee di indirizzo e nella direzione di una deospedalizzazione della pillola.

Invece a ottobre 2020 la regione Piemonte, a guida centrodestra, ha diramato una "circolare di indirizzo sull'aborto farmacologico" che mette in discussione la possibilità di accesso nei consultori, vietandola. Il documento riserva esplicitamente la Ru486 solo all'ambito ospedaliero e affida al medico e alla direzione sanitaria la valutazione circa le modalità di ricovero. La stessa circolare, inoltre, prevede negli ospedali l'attivazione di "sportelli informativi" gestiti da associazioni come il Movimento per la Vita, il primo gruppo antiabortista nato in Italia all'indomani della 194.

Ventisette associazioni aderenti alla rete Più di 194 voci hanno presentato una diffida reiterata alla Regione Piemonte per la mancata applicazione delle linee di indirizzo ministeriali sul farmacologico. Diffida alla quale, però, "non abbiamo mai ricevuto risposta. Dicono sia pericoloso. Fandonie, francamente antiscientifico", dice la dottoressa Tullia Todros, ginecologa in pensione e docente universitaria, parte del coordinamento di Più di 194 voci.

Durante la sua esperienza ospedaliera, la dottoressa Todros è stata direttrice del

reparto universitario di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Sant'Anna. Era presente quando è iniziata la sperimentazione della Ru486. "Faceva un po' ridere parlare di sperimentazione, quando questo farmaco era utilizzato in Francia già dagli anni '80 e ampiamente sperimentato, oltre che utilizzato per gli aborti spontanei", spiega.

Oltretutto la legge 194 "dice che vanno utilizzati i mezzi più moderni, ed è ovvio che dal 1978 a oggi le metodologie si siano evolute. Oggi il farmacologico è un mezzo più moderno del raschiamento, e può essere effettuato in regime ambulatoriale, purché questo sia connesso e coordinato con un reparto ospedaliero. Dicono: 'Ma non abbiamo il personale', 'È una questione organizzativa'. In realtà nì, nel senso che io sono convinta che sarebbe una riorganizzazione virtuosa, anche dal punto di vista dei costi: un consultorio sarebbe un'attività ambulatoriale e non un'attività ospedaliera".

Secondo la dottoressa Maria Rosa Giolito, ginecologa, referente del coordinamento dei consultori della Regione Piemonte, la rete consultoriale, che offre un consultorio ogni 36mila abitanti, "non sarebbe pronta. Abbiamo fatto un monitoraggio per capire quello che manca, oltre al personale. E la donna va seguita, non puoi darle solo la pastiglia. Ci vorrebbe un grosso aggancio con il punto di riferimento ospedaliero. Il grande vantaggio della Regione Piemonte è di avere un ospedale come il Sant'Anna che offre un servizio dedicato tra i più rari in Italia. E a noi dà molta sicurezza avere questo luogo dove le donne, tra l'altro, attraverso la dimissione non restano in ospedale". Sebbene per la dottoressa i consultori funzionino - "la certificazione in consultorio nella regione supera il 60%" - c'è poi un problema di strumentazione: "Forse non a Torino, ma in tante Asl mancano all'interno dei consultori gli ecografi, e questo è un nodo. Siamo sicuri che la scelta della Regione sia stata anche motivata dal voler capire che cosa potessimo offrire". In linea generale, dice la dottoressa, "avrebbe tutto senso: rendere la vita più semplice alle donne è sempre l'obiettivo di tutti noi, ma va fatto in sicurezza. E io credo che oggi non ci siano le condizioni, se non forse a macchia di leopardo in alcune realtà. Non possiamo immaginare che tutti i consultori possano certificare e somministrare la pillola abortiva, almeno oggi assolutamente non in Piemonte. Ripeto, forse il fatto di avere un ospedale come il Sant'Anna e non solo - perché

comunque sono tanti gli ospedali che fanno l'aborto farmacologico - ci rende più tranquilli. In Piemonte abbiamo numeri molto alti di aborto farmacologico”.



TULLIA TODROS

**Ginecologa e docente universitaria,
ex primaria Sant'Anna di Torino**

Claudia Deagatone, ginecologa referente per i consultori familiari della provincia di Alessandria, sarebbe favorevole a rendere il più possibile semplice l'accesso al farmacologico: “Se lavorassi in una regione che ha la possibilità di avere del personale che garantisce questo sul territorio, sarei la prima a mettermi in lista per dare questa garanzia”. Ma, dice, “nella situazione in cui siamo abbiamo un terzo in meno dei ginecologi necessari per far fronte alle richieste delle donne, e l'applicazione della 194 è una delle priorità. Se non aumenta il numero dei ginecologi e non si creano delle situazioni anche logistiche e di tranquillità... Questa mattina in sala d'attesa ci saranno state venti persone, per vari servizi. Non possiamo immaginare di accogliere una donna che ha necessità di restare per un certo tempo in osservazione, dato che questo dicono le linee guida delle regioni che le hanno applicate o che le applicheranno. In questo momento non

possiamo dare queste garanzie, andrebbero fatti degli investimenti. I consultori sono aree di 'accoglienza ambulatoriale', quindi rispondono ad altri requisiti. Per l'applicazione della 194 e la somministrazione della Ru486 è necessario valutare qualche requisito in più”.

Per il dottor Viale del Sant'Anna, l'aborto farmacologico potrebbe essere effettuato nei consultori, “ma anche a casa. Lo si fa in giro per il mondo. Ma è un problema culturale. Non basta dire 'voglio farlo'. Per questo io ho sempre avuto molta cautela. All'estero con il domiciliare le donne assumono la prima pastiglia davanti al medico, la seconda a casa, e dopo due settimane controllano di aver abortito. Il problema è che bisogna capire se qui i medici sono pronti, e se lo sono le donne”. Anche perché, afferma il medico, una formazione carente da parte del personale sanitario rischierebbe di causare una cattiva se non pericolosa gestione di casi clinici assolutamente non problematici, prestando il fianco a facili strumentalizzazioni o immotivati allarmismi.



MARIA ROSA GIOLITO

**Ginecologa, referente
coordinamento consultori Piemonte**

Secondo la dottoressa Todros, invece, la motivazione del divieto regionale è per lo più ideologica, anche alla luce degli stanziamenti - raddoppiati nel 2023, fino a raggiungere un

milione di euro – al fondo “Vita Nascente” voluto dall’assessore di Fratelli d’Italia, Maurizio Marrone e indirizzato a organizzazioni e associazioni antiabortiste.

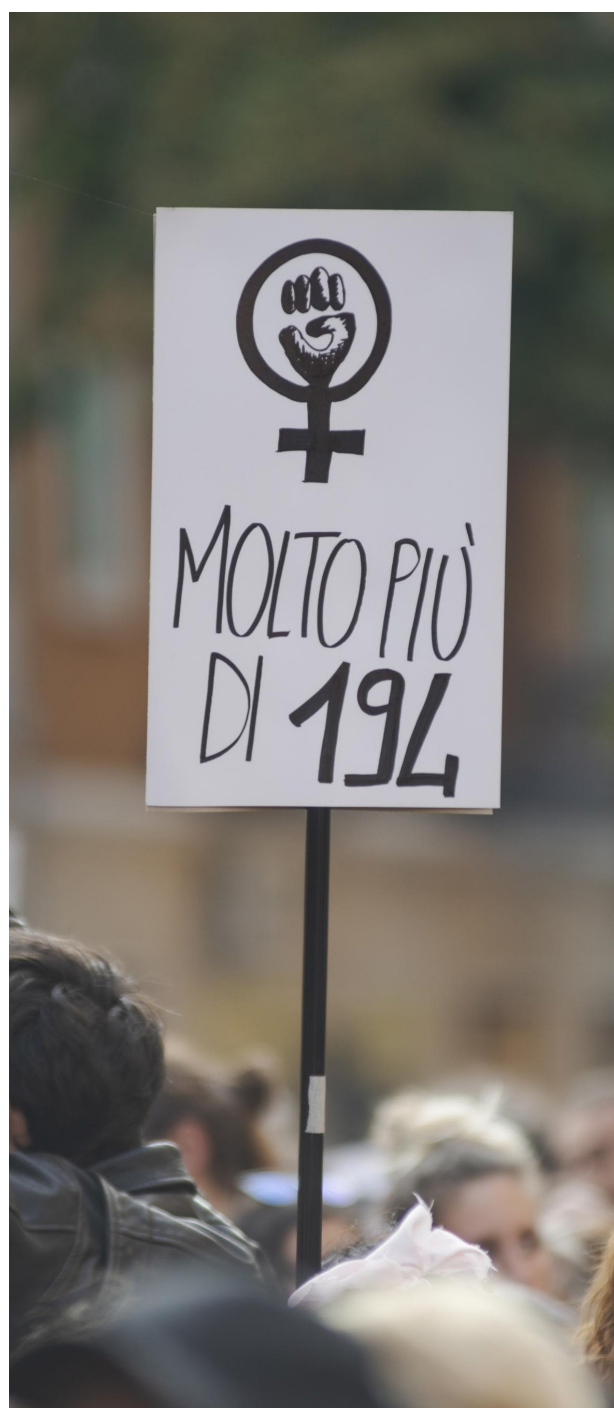
Fondi contro cui hanno protestato associazioni, comitati e movimenti femministi, come Non Una di Meno Torino. “Abbiamo organizzato delle manifestazioni di piazza e ci siamo schierate contro la decisione della Regione Piemonte di non applicare le linee guida del Ministero della Salute per quanto riguarda la Ru486 e la sua distribuzione nei consultori”, spiega il collettivo, che ad aprile 2022 ha aperto una Consultoria Autogestita che rendesse accessibile la salute ginecologica a tutte le persone. Oltre alle visite, il centro si occupa anche di accompagnamenti per interruzioni volontarie di gravidanza e di fornire informazioni sull’aborto.

“Ho fatto un aborto farmacologico a Torino nel marzo 2020, 10 giorni dopo l’inizio del lockdown. Stava per scadere la settima settimana e su internet non trovavo nessuno che spiegasse cosa effettivamente succede al corpo e le conseguenze, nemmeno le basi. Fortunatamente non trovai obiettori di coscienza né ostacoli legislativi per via del Covid-19. Purtroppo ero molto impaurita e impressionata, soprattutto perché sono dovuta entrare in ospedale due volte senza protezioni per il Covid, e la seconda volta dalle 7 del mattino alle 18. Non ho un brutto ricordo dell’esperienza in sé e nemmeno del dolore fisico. Ho una brutta esperienza perché ero totalmente all’oscuro di come si dovesse accedere e di cosa implicasse per il corpo. Fortunatamente ho avuto vicino la mia psicologa via Whatsapp e le mie amicizie”.

Testimonianza inviata al collettivo Obiezione Respinta, marzo 2020.

Se in Piemonte tendenzialmente l’accesso all’aborto è garantito, secondo Non Una di Meno Torino, che ha promosso un’inchiesta dal basso, “c’è una

differenza sostanziale tra Torino e provincia. Qui in città la Ru486 è stata sperimentata. Il problema è che tantissime persone vengono a Torino proprio perché c’è una difficoltà ad abortire nel resto delle province, e in particolare anche nella provincia di Torino. Il caso dell’ospedale di Ciriè, con il 100% di obiettori di coscienza, è stato emblematico. E anche lì semplicemente hanno spostato un medico non obiettore che quindi farà il turno anche a Ciriè”. Il collettivo ricorda inoltre che “nonostante l’accesso sia garantito sulla carta, spesso viene reso traumatico. Addirittura non sono safe neanche i consultori, perché vi si trovano le associazioni antiabortiste. La percezione è quella di dover essere punite per il solo fatto di avere un diritto”.



CONCLUSIONI

A cura di Claudia Torrisi e Medici del Mondo

P Sebbene da ormai più di 40 anni esista una legge che consente l'interruzione volontaria di gravidanza, **in Italia l'accesso all'aborto non è garantito in maniera eguale in tutto il territorio nazionale**, a causa degli alti tassi di obiezione di coscienza e della diversa organizzazione dei sistemi sanitari regionali. **Per sopperire a queste mancanze, negli anni si sono sviluppate reti di supporto dal basso**, che forniscono servizi di orientamento e accompagnamento delle persone che vogliono abortire, per indirizzarle verso gli ospedali dove viene praticata l'IVG e fornire loro le informazioni necessarie, spesso difficilmente reperibili altrove. Tra queste reti, i nodi territoriali del movimento femminista Non Una di Meno, altri collettivi locali come Mujeres Libres di Bologna e progetti informativi come Non è un Veleno a Palermo. Ci sono poi realtà dedicate in particolare alla mappatura di personale medico e servizi, come Obiezione Respinta, o altre concentrate (anche) sull'aspetto della narrazione dell'aborto, come la pagina Instagram "IVG ho abortito e sto benissimo".

Nel caso dell'aborto con metodo farmacologico, le disuguaglianze regionali e le difficoltà nell'accesso al servizio diventano ancora più evidenti rispetto all'aborto con metodo chirurgico.

La legge 194, essendo stata emanata nel 1978, non menziona l'IVG farmacologica, sebbene parli di aggiornamento del personale sanitario "sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza". **Le linee di indirizzo emanate dal Ministero della Salute nel 2020**, inoltre, non avendo carattere coercitivo o non prevedendo alcun meccanismo premiante, **finiscono per essere mere indicazioni per le Regioni che, per il momento, hanno scelto in maggioranza di disattenderle.**

Emerge quindi un'Italia che procede in ordine sparso rispetto all'aborto farmacologico, con alcune buone prassi e molte differenze territoriali. **Alcune delle scelte effettuate a livello locale, peraltro, sembrano dettate più da motivazioni politiche o ideologiche che da evidenze scientifiche.**

In direzione opposta rispetto alle indicazioni dall'OMS, che raccomanda la deospedalizzazione e l'autogestione dell'aborto farmacologico, **la maggior parte dei protocolli emanati nelle regioni italiane esige invece il controllo della procedura da parte delle strutture sanitarie.** Intanto, la guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità rilasciata a giugno 2023 afferma che tutte le fasi - autovalutazione dell'idoneità,





autosomministrazione dei medicinali e autovalutazione del successo dell'aborto - potrebbero essere portate avanti in autonomia fino alla dodicesima settimana di gestazione, con il solo supporto del personale sanitario.. Idealmente, la persona dovrebbe quindi poter decidere quali aspetti dell'IVG gestire in maniera autonoma, sulla base dei propri bisogni o desideri e del contesto di provenienza.

Proprio **l'aspetto della scelta è quello che sembra mancare nella regolamentazione dell'aborto farmacologico in Italia.** Un aspetto che, per la verità, è carente in generale nell'impianto stesso della legge 194, che si limita a regolare i casi in cui l'aborto è consentito senza porlo come diritto né citando l'autodeterminazione.

Eppure, l'IVG è indiscutibilmente una questione di diritto. Di diritti umani, di diritto alla salute, di diritto all'autodeterminazione, per poter decidere se e quando diventare madre. E riguarda anche il **diritto di scegliere** - sulla base delle evidenze scientifiche - **quale procedura - chirurgica o farmacologica, ospedalizzata o autogestita - sia più rispondente alle proprie necessità.**

In quanto organizzazione medico sanitaria, Medici del Mondo raccomanda al Ministero della Salute di monitorare e assicurare da parte di tutte le Regioni italiane la ricezione delle linee di indirizzo emanate nel 2020 in tema di

aborto farmacologico, nella loro interezza: la regolamentazione delle procedure abortive non può seguire logiche di tipo politico, ma solo criteri medico-scientifici.

Il controllo e l'intervento da parte del Ministero consentirebbe di **superare l'andamento in ordine sparso dei diversi territori, così come la disparità di trattamento** cui vengono sottoposte le persone che vogliono abortire con metodo farmacologico a seconda della regione o provincia di residenza.

Una buona pratica che potrebbe essere presa come riferimento è il protocollo in uso nel Lazio, che prevede la possibilità di assumere solo la prima pillola in presenza, in ambulatorio o consultorio, per poi concludere la procedura at home. Sottoscrivere e implementare protocolli come questo anche nelle altre regioni italiane consentirebbe al nostro Paese di fare passi avanti rispetto alla possibilità dell'autogestione dell'aborto farmacologico, in linea con le indicazioni internazionali provenienti dall'OMS.

GRAZIE A

MARIO BRAGA

Professore di Igiene e Sanità Pubblica presso l'Università di Ferrara

MARINELLA LENZI

Direttrice Ginecologia Ausl di Bologna, Ospedale Maggiore

MARCELLA FALCIERI

Direttrice UOC Consultori familiari Cure primarie Azienda USL di Bologna

VALENTINA MORI

Ostetrica consultorio di Parma

COLLETTIVO MUJERES LIBRES

Bologna

ANNA POMPILI

Ginecologa, responsabile del servizio IVG del Centro per la Salute della Donna Sant'Anna di Roma

SILVANA AGATONE

Ginecologa

CLAUDIA DEAGATONE

Referente Consultori familiari della Provincia di Alessandria

MARIA ROSA GIOLITO

Ginecologa, referente del coordinamento dei consultori della Regione Piemonte

NON UNA DI MENO

Torino

TULLIA TODROS

Ginecologa e docente universitaria, ex direttrice reparto universitario di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale Sant'Anna di Torino

SILVIO VIALE

Responsabile della struttura dipartimentale semplice di IVG all'ospedale Sant'Anna di Torino

ROSARIO D'ANNA

Ginecologo, direttore vicario di Ostetricia e ginecologia del Policlinico di Messina

FRANCESCO GENTILE

Ginecologo, ospedale Cervello di Palermo

NON UNA DI MENO

Messina

COLLETTIVO NON È UN VELENO

Palermo

NON UNA DI MENO

Palermo

VALENTINA AULICO

Ostetrica, ospedale Cervello di Palermo

RENATO VENEZIA

Direttore UO Ginecologia del Policlinico di Palermo

ELIANA RENDA

Responsabile del servizio IVG del Policlinico di Palermo

GIUSEPPE VITRANO

Ginecologo di reparto, Policlinico di Palermo

MARYLEA SPEDALE

Responsabile dei consultori familiari dell'Asp di Palermo

MARINA TOSCHI

Ginecologa, parte di Pro-Choice, Rete italiana contraccezione aborto

CARLA VERROTTI

Direttrice UO Salute Donna del distretto di Parma

COORDINAMENTO DELLE DONNE E DELLE LIBERE SOGGETTIVITÀ DEI CONSULTORI DEL LAZIO

COLLETTIVO OBIEZIONE RESPINTA

NON UNA DI MENO

Transterritoriale Marche





www.theimpossiblepill.it