

L'anniversario della «194»  
che stabilì diritti su aborto  
e tutela sociale della maternità

Vediamo se oggi sono concreti  
e se rispondono a esigenze attuali  
Prima tappa, l'applicazione sanitaria

# Dieci anni d'una legge tradita

Ore 7,30, dal cancello del Policlinico Umberto I che si apre sul Viale della Regina entrano le dieci donne che, stamane, si sottoporrono a quella che in sigla si chiama «lv». Alle 14,30 nel day-hospital, cinque ambienti a piano terra del reparto «Ostetricia», letti rifatti, ordine perfetto. L'«lv» è l'aborto volontario. Vediamo, in questo rovente anniversario della legge che lo consente, come avviene.

MARIA SERENA PALIERI

ROMA. Il «day-hospital» ha una stanza per l'accettazione, dieci letti in tre camere, una sala operatoria. Un appartamento scabro dalle pareti gialline, un po' nascosto, in una struttura come quella del Policlinico - l'ospedale dell'Università romana - in cui vige invece lo spazio desolato e promiscuo della gran corsia, del corridoio vuoto. Alle 7,30 di ogni mattina fra il lunedì e il giovedì dieci donne arrivano qui. Il venerdì è riservato alle sieropositive e alle portatrici di epatite. Il carico fisico che hanno in mano è quello d'una camicia da notte, una vestaglia, i fogli con le undici analisi prescritte dall'Istituto. Il bagaglio psicologico è diverso per ognuna, più o meno profonda sia l'ambivalenza che le ondeggiature dentro. Dopo la porta a vetri, la paziente resta sola: nella privacy si svolgono visita ginecologica, ecografia d'accertamento del «tempo», anestesia locale, intervento in «isterosuzione con dilatazione», variante un po' più dolorosa del Karman. Entro le due le dieci pazienti escono. A quello che è possibile sopporre, nei termini sanitari, ed estemporanei, della loro interruzione di gravidanza, qui «si sono trovate bene».

Una «piccola inghilterra», seppure con quel sapore di austerità obbligatoria del servizio pubblico? Le condizioni attuali di questa struttura che dipende dalla divisione del primario Massimo Moscarini, e lo stralcio di storia che ha alle spalle, dal '78, illustrano, a un «microlivello», il rapporto contraddittorio, a volte positivo, a volte assurdo, che c'è fra quella legge, la 194, e la sua attuazione pratica. L'intreccio della questione «aborto», più che con l'etica o la psicologia, con tutt'altro. Il professor Moscarini, 42 anni, primario dall'86, è un obiettore. Ma il suo «no» sembra averlo detto con un certo caparbio rispetto per il diritto altrui. E anche per «la legge» in genere, che cita spesso. Dice: «È un servizio che, quale che sia la mia posizione personale, va assicurato. Ma prima questo day-hospital, isolato dal resto del reparto, auto-gestito, era ghettizzato come una «zona intoccabile». Forse è un'eco di quegli anni l'isolamento fisico della struttura, che resta ancora oggi.

Il professore glissa sul passato: quello policlinico dell'immediato dopo '78, coi comitati femminili di controllo ma anche il famoso Collettivo del Policlinico, e quello più recente, con

una gestione clientelare - raccontano - dei posti e delle liste d'attesa. Preferisce parlare di «problemi di organizzazione». Anzi tutto, la prenotazione dell'intervento. «Una difficoltà che si aggiunge in un momento drammatico vissuto dalle donne. La riforma sanitaria teorizza il rapporto tra territorio e ospedale». Osserva: «Qui dato il collegamento con l'Università non sarebbe neppure obbligatorio. Ho fatto lo stesso il «colpo di mano» e ho aperto le liste ai consultori. Otto donne sulle dieci che vengono operate ogni mattina sono passate attraverso queste strutture». La lista d'attesa è un nodo di potere nel rapporto medici-pazienti private: non sorprende che la real-politik gli abbia consigliato di lasciare «due posti il giorno ad esigenze interne». Secondo fronte, quello dei medici addebiati alle «lv»: fra obiezione nel Lazio raggiunge il 72% del personale e rapporto con la Usl Rm 2. «Per rispondere alla domanda senza sovraccaricare il personale disponibile ne servirebbero 8-9. Ho in tutto due assistenti ospedalieri e una «contratista». L'anestesia, per 4 mesi, è stata garantita dalla Guardia Medica. Per non bruciarmi pure questi, di collaboratori, ho mescolato i compiti: chi fa aborti effettua anche colposcopie, diagnosi prenatale, ecografie. L'«lv» in sé, poi, in realtà può offrire a un medico anche interessi culturali: qui facciamo screening sulle pazienti per indagini su Clamidia e patologie virali».

Sicché la donna che «conquista» quel letto al day-hospital del Policlinico probabilmente si trova di fronte medici meno allenati che altrove (anche se i 3-4 interventi quotidiani che pesano su ciascuno restano troppi), meno costretti a un vis-à-vis ossessivo con un solo, e complesso, aspetto del ciclo sessualità-riproduzione. Ma tutte riescono a usufruire della struttura? E in che modo il «prima» e il «dopo» l'intervento le aiutano a non dover ripetere la scelta?

Via Boemondo, vicino a piazza Bologna, uno dei soli sette consultori dell'immenso territorio di competenza del Policlinico (450.000 abitanti). Serenella Farinella è assistente sociale del consultorio. Fa, cioè, quel colloquio preventivo con le donne, previsto dalla 194. L'assistente sociale racconta che al consultorio arrivano «donne soprattutto sole. Magari con un'amica. Se giova-



nissime con il ragazzo al fianco, qualche volta. I mariti appaiono solo al fianco delle mogli recalcitranti. E si comportano con un'aria non piacevole, ecco, da contabili della faccenda». Anche lei ricorda «i tempi in cui al day-hospital del Policlinico s'accatastavano dieci donne per stanza», ma dice che la soluzione «poche interventi, ma bene» trovata adesso, seppure imprescin-

dibile fa scoppiare non poche contraddizioni. «C'è una meccanica della prenotazione, due settimane d'attesa in media, che non tiene conto di imprevisti: le pazienti quasi fuori-tempo, cicli «femminili irregolari». Spiega, «E soprattutto in questo territorio c'è un altro ospedale totalmente inefficiente, il Sant'Anna, che sarebbe specializzato in ostetricia e ginecologia ma

quanto a interruzioni di gravidanza si considera più o meno esonerato: solo 3 interventi a settimana». Però, nel territorio affluiscono studentesse fuori-sede ed emigrate, ed anche donne che vengono da zone dove il servizio «lv» non c'è per niente. «Solo il 50% riusciamo ad «afferrarlo», mantenendo un contatto per il dopo, anche per un'educazione contraccettiva» è la conseguenza.

«Visto che l'interruzione di gravidanza è un diritto, e perfino le liste d'attesa sarebbero illegali, se una donna non trova posto tramite il consultorio che cosa fa? Va al Coordinamento del San Camillo, struttura regionale, nata nell'80 per affrontare l'emergenza di una legge che non si riusciva ad applicare, poi mai ufficializzata.

né mai abolita: la 194, nel Lazio, è ancora una legge «in stato d'emergenza» sul versante interruzione di gravidanza. Flora, Ada, Marina e Stefania, dipendenti della Usl, incerte sulla propria reale «esistenza giuridica», in una sola stanza, con un telefono e mezzo, smistano il 30% dei casi della Regione, le «urgenze» appunto, 7.000 donne l'anno da collocare. Circa il 10% arrivano nel Lazio dal Sud, parecchie straniere di colore immigrate, qualche caso di spagnole, lebreche, tunisine, che trovano qui a Roma «quella che per le italiane era la Londra di un tempo». Il grosso però è di pazienti «rifiutate» dalla struttura pubblica. Quelle che raccontano è «la geografia schizofrenica di una città nella quale metodi di prenotazione, ma anche di anestesia, di intervento, perfino qualità delle analisi richieste variano da quartiere a quartiere: al San Camillo si fa la fila dalle 4 del mattino, al Policlinico è vietata, ad Ostia vai in un Poliambulatorio ed esci dopo due ore, al San Filippo Neri ti fanno l'anestesia generale e «permetti». Le loro 7.000 donne nel 20% dei casi devono «rigirare» alle cliniche convenzionate: Villa Gina, la Ior, la Guarnieri, Villa Irma, la Sant'Antonio. Gratis, per le pazienti, visto che la Regione paga il servizio? Fra camera, analisi suppletive, visita specialistica imposta talora, qualcuna chiede alla donna anche 6-700.000 lire. Non tutte. Problema-chiave nella regione, l'aborto terapeutico: oltre la dodicesima settimana è quasi territorio off-limits.

Carlo Perucci, direttore dell'Osservatorio Epidemiologico del Lazio, dice che nella regione le cose stanno così: «Grosso modo 10.000 aborti clandestini l'anno. Per classi medio-alte e metropolitane non avviene in condizioni cruenti: si trovano medici che fanno l'isterosuzione prima ancora del test di gravidanza. E in questi termini, per questi soggetti, credo che venga praticato anche come controllo delle nascite». Un suo personale parere. «I nodi da risolvere in questo momento, a parte i soliti, sono due: gli interventi terapeutici, di cui cresce la necessità, dato il diffondersi della sieropositività al virus Hiv e la concentrazione di tossicodipendenti in città. E la questione immigrati: oltre 120.000 quelli arrivati qui dal Nord-Africa, né uomini né donne hanno diritto alle prestazioni sanitarie». Quanto al resto, la cosiddetta prevenzione, basta dire che dall'82 la Regione non stanziava soldi per questi obiettivi. «Percorsi nati» come quelli che si sperimentano a Modena, invece, da qui sembrano cose da Svezia. Ecco la «capitale» della 194, legge applicata per un terzo, con qualche eccezione per i fortunati.

«Io oggi a un referendum sulla completa liberalizzazione voterei a favore. C'è un problema di strutture. E soprattutto, obiettore per stanchezza, per ossessione d'un lavoro che ho fatto in modo esclusivo per 5 anni, abolirei il diritto all'obiezione. Per ora al «no» di massa dei medici si è rimediato, di fatto, con un nuovo mercato nero dei giovani medici precari. Gli altri sono liberi di far finta che non si abortisca. Come me, che dall'82 faccio tutto il resto, guardie, sala-parto, seguo nascite e malattie. Tutto meno che assistere donne in quel momento. E questo, di nuovo, non riesco a farlo quadrare con la mia coscienza».

## Signor ministro, legga questi dati

Aborti legali in Italia nell'87: sono stati 188.272, il 5,1% in meno rispetto all'anno precedente. Un dato reso inequivocabile dall'altro, che riguarda il cosiddetto «tasso di abortività»: le donne in età feconda, fra i 15 e i 49 anni d'età, sono aumentate, e la percentuale di interruzioni di gravidanza quindi registra un calo ancora maggiore, il 5,8% rispetto all'86. Queste cifre sono state fornite in febbraio dall'Istituto superiore di Sanità al ministro e costituiranno un primo, sostanziale capitolo della relazione annuale sull'attuazione della legge 194 che il ministro Donat Cattin presenterà al Parlamento in estate. Ora vediamo, secondo gli scopi stabiliti da questa legge che in questi giorni compie dieci anni, a che punto siamo. I dati sono quelli completi dell'86.

### TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA

Un dato positivo: diminuisce il numero degli interventi legali effettuati oltre la decima settimana (12,5%). Ma le minorenni aspettano di più: in Sardegna si raggiunge, fra le ragazze, la cifra-limite del 33% di interventi fra la decima e la dodicesima settimana. Due ricercatori dell'Istituto, Grandolfo e Spinelli, deducono che «praticamente tutti gli interventi potrebbero essere effettuati in anestesia locale e con il metodo Karman». Interventi da ambulatorio, con minor carico fisico e psicologico per la paziente. Invece gli ambulatori coprono il 4% della necessità e il 95% degli aborti avviene in ospedale e in c'nicia; tre quarti sono fatti in anestesia totale; quasi il 20% ancora avviene col metodo meno indolore e più rischioso, il raschiamento, sconsigliato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il metodo usato non ha nessun rapporto con le condizioni della paziente: ci sono regioni, Molise e Campania, in cui medici impreparati non sanno neppure che cosa sia quel metodo «soft», il Karman. Tipica del fenomeno, poi, è la «geografia a macchia di leopardo»: nell'86 10.000 donne sono emigrate verso regioni (Molise, Marche, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna) in cui il servizio era assicurato con maggior efficienza. Dall'Aied, da sondaggio, sull'aborto clandestino: nell'87 110.000-130.000 interventi illegali, il 50% al Sud (dove le cifre «ufficiali» invece sono basse), il 30% su minorenni (che costituiscono solo il 2,5% delle pazienti «pubbliche»). Un mercato nero che si regge per metà su «cucchiai d'oro» con laurea o specializzazione, ma sono 40.000 le donne spesso giovanissime che hanno risolto il dramma affidandosi a infermiere e ostetriche, e 20.000 sono finite nelle mani della «mammana». Poche centinaia, secondo le autorità sanitarie britanniche, poi, le italiane che ancora affrontano il «viaggio a Londra»: donne incinte che hanno superato le 12-20 settimane previste dalla nostra legge. Da anni il ministero non fornisce dati sugli aborti «spontanei», un tempo indicatore della clandestinità reale, perché in gran parte spediti a mezzo delle cliniche illegali agli ospedali. Donat Cattin nell'87 ha denunciato un «ricorso massiccio all'isterosuzione dopo il primo ritardo mestruale, in pratica una specie di «aborto preventivo» effettuato senza test di gravidanza: secondo i pareri che abbiamo raccolto all'Istituto di Sanità, invece, «pochi sono i medici in grado di effettuarla».

### INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA E CONTROLLO DELLE NASCITE

È vero che le interruzioni al più non sono dovute a un fallimento contraccettivo in senso stretto. Ma il problema di quella che con termine da codice penale viene chiamata «recidiva» riguardava, nell'86, il 28,5% delle donne, dato praticamente stabile da anni, solo il 6% di loro era oltre il secondo aborto. Semmai si tratta d'un casuale «controllo delle nascite», legato a scarsa informazione contraccettiva ma più, sembra, data la preminenza del fenomeno aborto fra donne adulte, sposate, colte, lavoratrici, a stanchezza dei contraccettivi chimici e meccanici. Andrà ricordato, a titolo di cronaca, che la specializzazione in ginecologia ed ostetricia non prevede un corso specifico su anticoncezionali e psicologia della contraccezione.

### LA PREVENZIONE E LA «SCELTA» DELLA MATERNITÀ

Secondo l'Aied il 40% delle italiane nell'87 non usava alcun metodo di prevenzione. Ogino Knauis e coitus interruptus inclusi. Solo il 20% delle aspiranti all'interruzione di gravidanza è passato attraverso un consultorio per la certificazione. Pure troppe, visto che in Italia c'è un consultorio e mezzo ogni 10.000 donne in età feconda e anche questi avamposti della prevenzione sono collocati secondo una geografia schizofrenica: crescono come funghi in Val D'Aosta, zero a Bolzano o in Sicilia. Data la connotazione dei «soggetti a rischio», all'Istituto osservano che «c'è una popolazione bersaglio che sarebbe possibile colpire, effettuando campagne d'educazione diretta nei reparti ostetrici, il che, congiunto a un potenziamento dei consultori, secondo esperti dell'Istituto produrrebbe diminuzioni fino al 30-40% del fenomeno aborto. Accanto a ciò i consigli per il ministro sono: corsi di educazione riproduttiva nelle scuole, aggiornamento dei ginecologi, «conferenze di organizzazione» fra Usl e Regioni per rendere omogeneo ed ottimale il servizio sanitario nazionale.

A fronte di un quadro analogo dell'85-86, Donat Cattin svolse quella sua «storica» relazione al Parlamento, in settembre scorso, che era una specie di apocalittico messaggio sull'«autoannientamento dell'etnia» provocato, disse, da un cocktail di «troppa 194», troppa immigrazione africana, troppi contraccettivi. L'opinione femminile, invece, chiede indagini sulla sterilità in crescita, sull'abortività spontanea e bianca legata a malattie ambientali e condizioni di lavoro, politica di sostegno di una maternità «scelta». Un sottosegretario alla Sanità, Elena Marinucci, ha denunciato pubblicamente il ministro perché non prevede «una lira per tutto questo, né per la tutela delle donne, né per l'informazione sulla contraccezione e la riproduzione». È dall'82, quando per pochi mesi, ministro Altissimo, si assistette alla cometa di «Azione donna», che dalla Sanità non viene effettuata nessuna campagna in questo senso. □ M.S.P.

## «Difendo l'aborto, ma sono obiettrice»

Parla una ginecologa ospedaliera  
«Per 5 anni ho aiutato le donne  
in quel momento, poi ho detto no:  
non posso fare solo questo,  
quel reparto, così, è un ghetto»

ROMA. Ha 40 anni, una figlia, è ostetrica-ginecologa e lavora come assistente in un grosso ospedale romano. Dall'82 non pratica più interruzioni volontarie di gravidanza: è passata «all'altra sponda», fa parte dell'esercito di medici obiettori. Quel 60% del personale ospedaliero (anestesisti e infermieri compresi) che aumenta ogni anno e costitui-

sce uno degli scogli più massicci all'applicazione della legge 194. Solo che Elvira non è che abbia detto «no». E il suo rifiuto a fare aborti non è dovuto, come quello di molti suoi colleghi, allo scarso prestigio professionale, alla bassa «redditività» di questo tipo d'interventi. Non obiettrice prima, per cinque anni, racconta che a un certo punto ha fatto tilt,

come donna e come medico. «Dal '76 in poi ho lavorato in ospedale, prima al Nord, perché per noi laureati in medicina già c'era il problema della disoccupazione. Così fino al '78, nel reparto ginecologia, ho visto arrivare donne che avevano preso il permanganato o s'erano fatte infilare un catetere nell'utero, che per interrompere gravidanza non volute, in stato di clandestinità, arrivavano con l'endometrite, con l'aborto fatto a metà, qualcuna mezzo morta per la setticemia. Per me era evidente che il problema della legalizzazione riguardava fino in fondo noi medici», così racconta Elvira. 1978, arriva la legge.

1980, «magicamente» si apre un posto nell'ospedale romano in cui lavora ancora oggi. E che cosa succede? «Lì per lì non ho capito a che cosa fosse dovuta la disponibilità di posti. Sono non obiettrice, mi mettono al «day-hospital» dove si fanno le interruzioni di gravidanza. Cinque al giorno, per cinque anni, cinque giorni a settimana: qualche migliaio di interventi che lo effettua col Karman, in anestesia locale. Con le pazienti, anche se il contatto dura poche ore, cerco di instaurare un po' di rapporto. Si fa negli altri reparti, perché non farlo proprio lì?».

Per 5 anni non hai fatto altro? «A un certo punto mi sono accorta che quell'assunzione era mirata: al 70% i medici dell'ospedale avevano obiettato, serviva chi facesse aborti e lavorasse esclusivamente in quel day-hospital che sono tre stanze isolate da tutto il resto. Così era come se in un reparto oncologia ci fosse chi assiste solo gli incurabili e chi cura pazienti con possibilità di sopravvivenza. Io e altri due stavamo lì, un bel po' di tempo, ma non si assistevano nascite, menopause, malattie».

Che cosa vuoi dire: che oggi non sei più convinta che la legalizzazione fosse una conquista? «Tutto il contrario. Voglio dire che le interruzioni di gravidanza si consumano fisicamente in questi posti speciali ricavati negli ospedali. Circondati da barriere psicologiche, con pazienti e personale addetto protagonisti, ogni giorno, di un avvenimento da consumare in silenzio. L'aborto è uno scacco possibile per ogni donna, un lutto, sì, che lei e il medico condividono. Ma come è ipocrita la colpa-volontaria, oggi è ora di superare anche l'atteggiamento asettico. Si tratta di recuperare la complessità del fatto, il suo inserimento in un ciclo naturale di sessualità-riproduzione».

Aprite i «ghetti», insomma. Ma come si fa in concreto se voi obiettori siete il 60% della classe medica?