

Dr. Fabiano Nigris



La dispensazione e l'utilizzo della pillola abortiva RU-486: percezione morale e possibile violazione della Legge 194/78

Introduzione

Nel 2023 il Ministro della Salute italiano ha emanato nuove linee guida per l'utilizzo della pillola abortiva RU-486 anche attraverso indicazioni operative che delineano i percorsi organizzativi e assistenziali per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) farmacologica nel rispetto della normativa nazionale e delle raccomandazioni *evidence based* internazionali¹; queste prevedono che la pillola possa essere dispensata non solo in ospedale mediante ricovero, ma anche in day-hospital, in ambulatorio e nei Consultori Familiari. Non è più richiesto il ricovero in ospedale per l'assunzione del preparato come, invece, era previsto nel periodo immediatamente successivo alla disponibilità del prodotto in Italia come da Delibera AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) n. 14 del 30 luglio 2009 inserita nelle Linee guida ministeriali del 2010². Il periodo massimo della gravidanza ove è possibile utilizzare questo metodo abortivo farmacologico, inoltre, passa da 49 giorni, pari a 7 settimane, fino a 63 giorni corrispondenti a 9 settimane di gestazione³.

Già in questa premessa emergono criticità sul piano medico riferite ai rischi per la donna che, da sola, senza pronta assistenza medica può assumere il prodotto a casa. Sul piano giuridico è ipotizzabile la violazione della legge

¹ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», *Epi-Centro - L'epidemiologia per la sanità pubblica* (9 novembre 2023), in <https://www.epicentro.iss.it/ivg/indicazioni-operative-ivg-farmacologica> [2-10-2024].

² Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine» (2010), in https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf [2-10-2024], pag. 3 all. 3.

³ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - aggiornamento 2020», 1-45, *Ministero della Salute* (4 agosto 2020), in https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3039&lingua=italiano [2-10-2024].

194/78 detta “sull’aborto”: attraverso tale procedura non solo l’interruzione di gravidanza avviene, infatti, fuori dall’ambiente ospedaliero e senza l’intervento del medico (artt. 8 e 14) ma è anche distorto il ruolo dei Consultori (art.2), strutture proposte per tutelare la vita del nascituro mediante percorsi studiati per rimuovere gli ostacoli alla prosecuzione della gravidanza⁴.

Sul piano formale è evidente il tentativo di emanare “linee guida” al posto di aggiornare una legge del 1978; sul piano sostanziale l’atto abortivo viene, completamente, lasciato nelle mani della donna mediante l’esercizio della propria autodeterminazione: libertà di decidere del proprio corpo e della procreazione con totale dimenticanza dell’embrione e del padre con il quale è stato generato quell’embrione.

È, così, evidente anche la problematica bioetica, sul piano dell’autonomia, di una procedura abortiva che lascia la donna in solitudine, con ripercussioni sulla salute e sul rispetto della dignità umana. L’aborto, infatti, può essere percepito dalla donna come diritto ma può esitare in un dramma⁵. Il ricovero ospedaliero e il percorso medico collegato all’atto abortivo farmacologico e, soprattutto, chirurgico, lasciano una traccia indelebile nella psiche della donna; in alternativa, fin dall’introduzione della pillola abortiva, c’è stato il tentativo di riduzione della procedura di interruzione a semplice “trattamento farmacologico” equiparabile alle cure odontoiatriche⁶, quindi a basso, o nullo, impatto etico.

L’analisi del quadro generale (1) e delle questioni bioetiche (2) coinvolte in questa nuova disposizione normativa consentono di verificare l’ipotesi di una violazione della legge 194/78 detta “sull’aborto”; la riflessione secondo la prospettiva personalista⁷ e del Magistero della Chiesa (3) completa l’analisi della trattazione.

⁴ Cf. PARLAMENTO ITALIANO, Legge 22 maggio 1978, n. 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza*, articolo 2 comma d, *Gazzetta Ufficiale*, in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/22/078U0194/sg> [2-10-2024].

⁵ Cf. F. OGNIBENE, «Ru-486, una conquista? Così si ignora il concepito», *Avvenire* (3 settembre 2020), in <https://www.avvenire.it/vita/pagine/ru486-una-svolta-cosi-si-ignora-il-nascituro> [20-9-2023].

⁶ Cf. F. OGNIBENE, «Ru-486, una conquista? Così si ignora il concepito».

⁷ «Il personalismo “ontologico”, fondato da Elio Sgreccia, definisce centralità della persona umana in tutta la riflessione etica e pone a fondamento della soggettività un’esistenza e un’essenza costituita nell’unità spirito-corpo: è la “dignità ontologicamente fondata” della persona umana. La dignità è intangibile e intrinsecamente legata a ogni essere umano, esistenza unica realizzata nell’umanità di ciascun individuo. La bioetica personalista si basa su quattro principi: a) la difesa della vita; b) la libertà e la responsabilità; c) la socialità e la sussidiarietà; d) totalità, detto anche principio terapeutico».

1. Il quadro generale del ricorso all'aborto in Italia

La Legge 194/78, prevede, all'art. 16, venga redatta una relazione annuale (1.1) sull'attuazione della normativa che regola l'IVG compresa la modalità farmacologica (1.2) con la finalità di osservare l'attuazione della legge «[...] anche in riferimento al problema della prevenzione»⁸.

Attraverso lo strumento della relazione annuale è, infatti, possibile desumere e conoscere, nel corso degli anni, i comportamenti e le scelte riferite alle procedure abortive.

1.1 La relazione annuale del Ministero sui dati relativi all'aborto in Italia

Il 12 settembre 2023 il Ministero della salute ha trasmesso al Parlamento la relazione contenente i dati definitivi per l'anno 2021 relativi all'attuazione della legge⁹. Dal documento si evidenzia che nel 2021, sono state notificate 63.653 IVG in Italia, pari a un tasso di abortività del 5,3 IVG ogni 1000 donne tra 15 e 49 anni rispetto al 5,4 del 2020; questo tasso di abortività si rivela tra i più bassi a livello globale¹⁰. Rispetto al 1982, anno in cui si osservò la più elevata incidenza del ricorso all'aborto (ne vennero registrati 234.801) si osserva una riduzione degli aborti del 72,9%, con un andamento di continua diminuzione (con un -4,2% rispetto al 2020). È possibile dedurre che questo risultato sia stato ottenuto non solo mediante gli interventi di prevenzione di salute pubblica in ambito di tutela della procreazione¹¹, ma anche attraverso una modificata percezione dell'atto abortivo da parte delle donne e l'aumento del ricorso a metodi contraccettivi, compresa la contraccezione di emergenza. Gli aborti diminuiscono in tutte le classi di età, soprattutto tra le più giovani e le minorenni con un tasso complessivo del 2,7% di tutti gli interventi; questo si mantiene, costantemente, tra i più bassi tra i paesi europei con sistema sanitario simile

⁸ PARLAMENTO ITALIANO, Legge 22 maggio 1978, n. 194.

⁹ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78 tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza - dati 2021», *Ministero della Salute* (12 settembre 2023), in <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3367> [18-10-2023].

¹⁰ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 21.

¹¹ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 18.

a quello italiano. Diminuiscono gli aborti tra le donne straniere così come diminuisce l'IVG in donne con precedente esperienza abortiva¹².

L'aborto farmacologico, oggetto della nostra riflessione, varia tra le regioni italiane per il numero e per le strutture che dispensano i farmaci necessari per la procedura abortiva. L'utilizzo di questo metodo abortivo è in continua crescita: nel 2021 ben il 45,3% degli aborti è stato effettuato con metodo farmacologico¹³, in linea con le raccomandazioni internazionali¹⁴.

Analizzando il ruolo dei Consultori Familiari si evidenzia come queste strutture siano utilizzate nel 42,8% dei casi per il rilascio dell'attestazione necessaria per l'accesso all'interruzione di gravidanza, mentre il Medico di Famiglia è contattato dalle pazienti nel 20,3% dei casi, così come al servizio ostetrico-ginecologico ci si rivolge nel 34,9%. I Consultori offrono una presa in carico globale della donna che chiede l'aborto, dalla consulenza per evitare l'interruzione nello spirito di «rimuovere le cause che le porterebbero all'interruzione della gravidanza» come previsto dall'art. 5 della Legge 194/78, fino a giungere al rilascio del certificato o del documento per l'accesso alla procedura abortiva, per concludere con la consulenza a fini contraccettivi post-interruzione¹⁵.

Gli accessi ai Consultori post-IVG sono decisamente ridotti rispetto agli accessi pre-IVG; questo può indicare che, di fatto, la donna venga lasciata sola a gestire il periodo di tempo successivo all'atto abortivo¹⁶.

Da quanto sopra esposto, si può osservare come il Medico di Fiducia venga escluso nella decisione della donna a vantaggio di rapporti medico-paziente non personali e più burocratici. La dispensazione della pillola abortiva da parte dei Consultori rientra nel processo di annullamento emotivo dell'atto abortivo spostato da un atto medico verso una procedura "burocratica". Diminuiscono i medici ginecologi obiettori dal 64,6% del 2020 al 63,6% del 2021, mentre gli anestesisti obiettano nel 40,5% dei

¹² Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 19-21.

¹³ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 57.

¹⁴ Cf. WHO, «Abortion care guideline», *World Health Organization* (8 marzo 2022), in <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039483> [10-3-2024], 3.4.2 Medical management of induced abortion.

¹⁵ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 45.Cf.

¹⁶ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 45, 70-71.

professionisti arrivando al 32,8% di obiettori tra il personale non medico¹⁷. Le percentuali esprimono una percezione dell'atto abortivo diverso fra i professionisti della salute che si riduce, via via, che il rapporto medico-paziente si allontana dall'atto clinico diretto.

1.2 – Meccanismo d'azione ed evoluzione normativa in Italia dell'aborto farmacologico

RU-486, sigla del prodotto durante la fase di sperimentazione e rimasto insieme ai successivi nomi commerciali, da un punto di vista farmacologico, è composto da un farmaco steroideo, il mifepristone, un inibitore del progesterone — ormone cardine per il sostegno e l'avanzamento di una gravidanza — che, se assunto precocemente, è in grado di interrompere la gravidanza nell'85% dei casi. Dopo 48 ore è necessaria l'assunzione di prostaglandine (misoprostol) in compresse o candele vaginali affinché avvenga l'espulsione dell'embrione arrivando, così, al 95% di efficacia abortiva.

Tale efficacia abortiva è alta fino al 49° giorno di gestazione e, solitamente, non viene utilizzata oltre il 63° giorno, anche se è possibile ottenere l'effetto abortivo durante tutto il primo trimestre di gravidanza. In Italia la pillola abortiva veniva proposta entro la settima settimana di gestazione (pari a 49 giorni); un pronunciamento ministeriale — già citato in introduzione — sotto forma di “linee guida” ha esteso il suo utilizzo fino alla nona settimana pari a 63 giorni sfruttando, così, tutta la “finestra abortiva” concessa dal prodotto.

L'espulsione dell'embrione (1-2 cm di dimensione ma con strutture anatomiche già definite) avviene inducendo contrazione uterine; oltre all'embrione viene espulsa la placenta, il sacco e liquido amniotico nel 90% dei casi entro le 24 ore, nel 98% oltre le 24 ore. Vi è poi un finto ciclo mestruale che perdura fino a una settimana; ciò fa percepire alla donna una “fisiologica” mestruazione¹⁸.

Storicamente la pillola abortiva nasce in Francia, risultato delle ricerche del biochimico ed endocrinologo Étienne-Émile Baulieu, per anni collaboratore di Gregory Pincus l'inventore della pillola anti-concezionale, che

¹⁷ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78», 45, Tabella 28.

¹⁸ Cf. WHO, «Abortion care guideline», Recommendations 27-30 (3.4.2).

nel 1980 riuscì a modificare il progesterone in una molecola di anti-progesterone presso i laboratori Roussel-Uclaf (da cui la nota sigla RU-486). La sua distribuzione iniziò nel 1988¹⁹.

Nell'ottobre 1989 la sen. Elena Marinucci, sottosegretaria al Ministero della Salute, chiese l'introduzione anche in Italia della pillola abortiva con la motivazione, ancor oggi richiamata dai fautori del suo utilizzo, che il prodotto poteva evitare alle donne il trauma fisico e psichico dell'aborto chirurgico. Venne utilizzata, perciò, dal 2002, in via sperimentale presso l'Ospedale Sant'Anna di Torino²⁰.

Negli anni successivi, la non chiarezza normativa stava producendo importazioni illegali dall'estero per cui l'AIFA il 30 luglio 2009 diede il proprio parere favorevole facendo entrare, definitivamente, il prodotto nella farmacopea nazionale il 10 dicembre 2009 finalizzato all'aborto farmacologico entro 49 giorni di gestazione con annesso, obbligatorio, ricovero ospedaliero secondo quanto anche stabilito dal parere del Consiglio Superiore di Sanità²¹.

Le *Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine* approvate il 24 giugno 2010 e pubblicate il 16 luglio 2010 confermavano le indicazioni cautelative sia per i tempi che per le modalità²² dimostrando una differenziazione rispetto ad altri Paesi Europei dove la somministrazione della pillola abortiva già avveniva entro i 63 giorni di gestazione e in regime di day-hospital.

L'elevato aumento percentuale, fino a 73% nel 2022 dato riferito alla sola Provincia autonoma di Trento²³, può essere motivato dall'ampliamento temporale fino a 9 settimane di età gestazionale dovuto all'aggiornamento delle Linee guida di utilizzo attraverso la Circolare di aggiornamento del

¹⁹ Cf. V. MATTIOLI, «RU 486: La pillola camaleontica - 1», allegato 1, 1, *Cultura-cattolica.it* (8 luglio 2006), in <https://www.culturacattolica.it/scienze/bioetica/aborto/ru-486-la-pillola-camaleontica-1> [2-7-2024].

²⁰ Cf. V. MATTIOLI, «RU 486: La pillola camaleontica - 1», allegato 1, 1.

²¹ Cf. AIFA, «L'AIFA non ha introdotto la RU486 in Italia ma l'ha regolamentata a tutela della donna», 1, *Agenzia Italiana del Farmaco* (28 agosto 2009), in <https://www.aifa.gov.it/-/l-aifa-non-ha-introdotto-la-ru486-in-italia-ma-l-ha-regolamentata-a-tutela-della-donna> [2-10-2024].

²² Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine», 6-7.

²³ Cf. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, «Rapporto Annuale sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) anno 2022», *Istituto Superiore della Sanità* (ottobre 2023), in https://www.epicentro.iss.it/territorio/trento/pdf/Report_ivg_2022.pdf [2-10-2024], 6.

Ministero della Salute del 12 agosto 2020; anche l'ampliamento delle sedi di dispensazione dal già utilizzato day-hospital verso strutture ambulatoriali di ostetricia e ginecologia pubbliche in relazione funzionale con gli ospedali e autorizzate dai sistemi sanitari regionali ha reso più disponibile il farmaco abortivo; in tale contesto vengono coinvolti i Consultori Familiari attraverso i quali la donna viene presa in carico anche per la pratica abortiva²⁴.

Nel recente passato, infatti, la dispensazione avveniva esclusivamente in ospedale sotto stretta osservazione medica in regime di ricovero day-hospital. Per effetto delle citate nuove Linee guida in Italia è possibile la distribuzione presso i Consultori Familiari²⁵, istituiti dalla Legge 29 luglio 1975 n. 405; questi sono servizi socio-sanitari integrati di base con competenze multidisciplinari, ai quali la Legge 194/78 delega importanti funzioni di sostegno alla donna e alla maternità come specificato all'art. 2 comma d)²⁶.

Contestualmente al provvedimento amministrativo emesso dal Ministero, l'AIFA con la determina n. 865/2020 *Modifica delle modalità di impiego del medicinale Mifegyne a base di mifepristone (RU486)* ha consentito l'utilizzo dei farmaci abortivi fino a 63 giorni; la rimozione del vincolo del ricovero ha generato la conseguenza che «alla donna andrà richiesta una attiva collaborazione»²⁷, dal momento dell'assunzione e fino alla «auto-valutazione del successo dell'IVG»²⁸.

Un ulteriore passaggio si è avuto con la Determina n. DG/410/2022 dell'AIFA pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 23 settembre 2022 che ha ammesso la somministrazione dei farmaci presso strutture non ospedaliere, ampliando l'offerta per IVG farmacologica nei presidi sanitari territoriali come i Consultori, ottenendo così la completa attuazione della precedente Circolare ministeriale.

Infine, nell'ottobre 2023 l'Istituto Superiore di Sanità ha emanato indicazioni operative per una migliore gestione dell'atto abortivo con metodo

²⁴ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - aggiornamento 2020», 4-7.

²⁵ Cf. MINISTERO DELLA SALUTE, «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - aggiornamento 2020», 10-11.

²⁶ Cf. PARLAMENTO ITALIANO, LEGGE 22 maggio 1978, n. 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*.

²⁷ MINISTERO DELLA SALUTE, «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - aggiornamento 2020», allegato 1, 11.

²⁸ ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 17.

farmacologico²⁹; si è introdotta la possibilità di utilizzo della telemedicina³⁰, che ha avuto un'importante espansione durante la pandemia Covid-19, per l'IVG farmacologica per la gestione a distanza (via telefono, videochiamata o online) dell'atto abortivo. Ciò avviene mediante il contatto con un professionista sanitario, quindi non solo medici, è possibile solo in assenza di controindicazioni come l'incertezza sull'epoca gestazionale, la possibilità di gravidanza ectopica o la presenza di controindicazioni³¹, così come riferito dalle linee guida internazionali che raccomandano le IVG farmacologica a domicilio con supporto a distanza³².

Questo sviluppo normativo per facilitare l'accesso alla pillola abortiva solleva dilemmi bioetici non trascurabili.

2. Questioni bioetiche

32

Anche se guardiamo solo alla programmazione di una procedura abortiva in solitudine, autogestita, notiamo quattro sfide principali: la salute della donna che coinvolge la sua dignità (2.1), il principio di autonomia (2.2), il ruolo dei Consulenti (2.3) e la relazione medico-paziente (2.4).

2.1 La salute della donna

Nelle indicazioni operative sull'IGV farmacologica dell'ottobre 2023 emergono criticità che riguardano la tutela della salute della donna e della sua dignità. Nel documento non si rilevano le indicazioni riportate all'art. 2 e all'art. 5 della Legge 194/78 dove si descrivono, dettagliatamente, le azioni atte a superare le difficoltà legate allo svolgersi della gravidanza; si suggerisce, invece, agli operatori, l'utilizzo di un linguaggio «neutrale da un punto di vista valoriale»³³, cioè privo di commenti di ordine morale nel rispetto della decisione della donna, e una dettagliata successiva con-

²⁹ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 17.

³⁰ Cf. L. VOGEL – G. BASKY, «How the pandemic is transforming abortion access», *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 194/6 (2022), E223, in <https://www.cmaj.ca/content/194/6/E223> [2-10-2024].

³¹ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 16-17.

³² Cf. WHO, «Abortion care guideline», 95.

³³ ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 10.

sulenza contraccettiva. È previsto il sostegno del mediatore culturale per il superamento delle difficoltà di comunicazione per le donne straniere³⁴.

Lasciare la donna sola nella procedura abortiva con la possibilità, ma anche il dovere, della verifica «dell'espulsione del prodotto del concepimento» soprattutto in epoche gestazionali avanzate³⁵ può violare la dignità della persona e produrre profonde e negative ricadute sulla salute psichica della donna, con il manifestarsi di un quadro clinico che comprende disturbi emozionali, disturbi della comunicazione, dell'alimentazione, del pensiero con sviluppo di pensieri ossessivi, disturbi della relazione affettiva e della sfera sessuale, insonnia, flash-back dell'aborto con ri-esperienza del trauma. Questi sintomi possono comparire da 6 mesi ai 2 anni successivi all'interruzione volontaria di gravidanza³⁶.

Non si reputa, perciò, sufficiente l'elencazione dei possibili effetti collaterali da monitorare per l'IGV farmacologica dopo assunzione dei farmaci, in struttura sanitaria o a domicilio, perché non è possibile valutare, a priori, la capacità di comprensione e interpretazione dei sintomi sia acuti che a distanza da parte della donna; solo il personale medico e delle professioni sanitarie possiedono queste competenze a garanzia della salute e della vita della paziente.

2.2 L'autodeterminazione, l'autonomia della donna e il consenso informato

Secondo l'OMS, gli approcci all'autovalutazione e all'autogestione dell'aborto

possono contribuire all'*empowerment* delle donne e al triage delle cure, per un uso più centrato sulla donna e ottimale delle risorse sanitarie. [...] L'autogestione non deve essere vista come un'opzione di "ultima istanza" o come un sostituto di un sistema sanitario in crisi. L'autogestione deve essere riconosciuta come un'estensione potenzialmente attiva e potenziante del sistema sanitario e degli approcci di condivisione dei compiti³⁷.

³⁴ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 10.

³⁵ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 9.

³⁶ Cf. K. KELLY, «The spread of "Post Abortion Syndrome" as social diagnosis», *Social Science & Medicine* 102 (2014), 18-25, in <https://europepmc.org/article/med/24565137> [3-4-2024].

³⁷ WHO, «Abortion care guideline», 78.112.

Il principio di autonomia può essere esercitato dalla paziente solo se, preliminarmente, ha acquisito tutte le informazioni e abbia espresso un valido consenso informato.

Tuttavia, anche il consenso ha dei limiti e non può rappresentare l'unica base etica dell'atto medico: esistono obblighi morali della paziente verso se stessa e la propria salute ma anche verso quella del nascituro che, in questo caso, provocano su di esso gravi effetti immediati.

Su questa base, considerando l'intima relazione tra la donna e il nascituro, l'autonomia della donna è condizionata; al medico può apparire evidente che la scelta della donna sia in contrasto con il principio etico di difesa della vita del feto/embrione e, perciò, non può esitare in un "principio di astensione" trasferendo la completa responsabilità della decisione alla donna.

La tutela della donna e dell'embrione-feto può avvenire attraverso la rimozione degli ostacoli che paiono impedire la gravidanza: questa rimozione promuove il bene delle persone attraverso la difesa della vita proiettata nel futuro, rendendo vera e piena l'autonomia della donna³⁸. È fondamentale, allora, considerare sia l'embrione-feto che il padre del nascituro, se conosciuto, perché la cura della persona nel modello personalista valorizza soprattutto il nascituro come persona portatrice della qualità e dignità; pertanto, acquisisce diritti, primo fra tutti il diritto alla vita, tutelato da entrambi i genitori, perché l'atto esistenziale avviene nel momento in cui si attua il nuovo essere³⁹.

2.3 *Il ruolo dei consultori familiari*

Questi sono stati delegati, come descritto all'articolo 2 comma d) della Legge 194/78, a essere sostegno alla maternità, alla donna e per la pianificazione familiare attraverso un corretto supporto formativo e informativo alla contraccezione; in particolare, «a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza [...] e possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato»⁴⁰. Tuttavia, nelle ultime indicazioni operative sulla IVG farmacologica il loro ruolo è

³⁸ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica - Fondamenti ed etica biomedica*, I, Vita e Pensiero, Milano 2007, 290.

³⁹ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, 568.

⁴⁰ PARLAMENTO ITALIANO, Legge 22 maggio 1978, n. 194.

stato ridefinito: i Consultori, infatti, sono di supporto attivo per agevolare la dispensazione dei farmaci abortivi e per il rilascio delle attestazioni di accesso, quale il “documento” di avvenuto colloquio, che prevede il tempo di ripensamento di 7 giorni, e la “certificazione urgente” che non prevede il successivo periodo di riflessione. Questa fattispecie può essere utilizzata per agevolare — in determinate fattispecie — l'accesso delle minori di età alla procedura abortiva potendo evitare il passaggio presso gli esercenti la responsabilità genitoriale e il giudice tutelare. Non si fa menzione dell'utilità del supporto delle associazioni di volontariato per il sostegno alla gravidanza⁴¹.

Da quanto esposto la donna non viene tutelata nel fondamentale diritto alla salute (art. 32 della Costituzione)⁴², né viene protetta la maternità (art. 31 della Costituzione)⁴³; non è, infatti, esplicitamente previsto l'accesso al sostegno alla maternità; per la realizzazione di ciò è possibile applicare il principio di solidarietà e di sussidiarietà tramite l'intervento del privato sociale con le attività delle associazioni pro-vita e delle strutture pubbliche sanitarie affinché venga promosso «il rispetto e la promozione effettiva del primato della persona e della famiglia [essendo venuta meno] la valorizzazione delle associazioni e delle organizzazioni intermedie»⁴⁴.

2.4 La relazione medico-paziente

Il rapporto medico-paziente deve essere colto in relazione al fine. Da una parte il malato è il centro e il soggetto dell'azione medica, tutta ordinata al recupero della sua salute. Il medico è l'agente morale che “causa” la salute e che, in una visione tomista-personalista, è un «ausiliare della natura, una causa efficiente strumentale, che agisce sul corpo in modo immediato e sull'uomo [persona] nella sua totalità»⁴⁵. L'etica dell'atto medico si fonda,

⁴¹ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 9-11.

⁴² Cf. PARLAMENTO ITALIANO, *Costituzione della Repubblica Italiana*, in https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Constituzione_della_Repubblica_italiana.pdf [2-10-2024].

⁴³ Cf. PARLAMENTO ITALIANO, *Costituzione della Repubblica Italiana*.

⁴⁴ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA GIUSTIZIA E DELLA PACE, *Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa* (2004), n. 187, in https://www.vatican.va/roman_curial/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_it.html.

⁴⁵ A. LOBATO, et alii, *Etica dell'atto medico*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 1991, 30-31.

perciò, sulla responsabilità di chi esercita la professione medica ed è orientata alla salute del malato. Nel percorso abortivo il medico e gli esercenti le professioni sanitarie (ostetriche, infermieri) sono primariamente responsabili dell'atto medico verso la donna e verso il nascituro. L'ottenimento del consenso informato non esaurisce la relazione di cura. L'aborto farmacologico, limitandosi a una fase iniziale di consulenza per l'ottenimento del consenso⁴⁶ e poi alla prescrizione farmacologica⁴⁷, allontana dall'alleanza terapeutica, moralmente sensibile, perché prevale una visione materialistica ove il medico è un oggetto che cura altri oggetti, tanto da poter definire questa modalità di cura come "protocolli di riparazione"⁴⁸. La relazione con la donna che ha deciso di abortire va ridisegnata contemplando la presenza del nascituro verso il quale esiste una triplice responsabilità, della donna *in primis*, del padre del nascituro e del medico⁴⁹ che può, invocando l'obiezione di coscienza, rifiutarsi di compiere un atto, in tutte le sue fasi, ritenuto immorale; l'obiezione di coscienza è un diritto umano basilare dell'operatore sanitario⁵⁰ il quale può, invece, diventare importante agente di sensibilizzazione etica.

Queste quattro sfide possono essere integrate dalla posizione del Magistero della Chiesa, alla luce dell'approccio personalista, nel promuovere la dignità dell'essere umano.

3. La posizione del Magistero della Chiesa

L'antropologia personalista ammette una natura comune a tutti gli esseri umani, dal concepimento fino alla morte naturale; si ammette che l'uomo sia spirito incarnato, una realtà che vive nel mondo materiale che, attraverso la sua intelligenza e volontà libera, trascende la realtà⁵¹. L'embrione,

⁴⁶ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 11.

⁴⁷ Cf. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, «Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia - ottobre 2023», 13-19.

⁴⁸ R. COLASANTI, «Etica dell'atto medico quotidiano», in *Etica dell'atto medico*, a cura di A. LOBATO, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 1991, 116.

⁴⁹ Cf. PONTIFICIO CONSIGLIO - PER GLI OPERATORI SANITARI - (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE), *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano - Roma 2016, 52.

⁵⁰ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*, in AAS 87 (1995), 411, n. 74.

⁵¹ Cf. F. PASCUAL, *Modelli di Bioetica*, II, IF Press - UPRA, Roma 2024, 160-161.

perciò, nuova realtà autoregolantesi, possiede una dignità propria intrinseca per appartenenza alla stessa natura umana dei genitori⁵².

Il Magistero della Chiesa Cattolica si è, da sempre, espresso contro l'aborto, anche se procurato con motivazioni e finalità definite terapeutiche⁵³, ritenuto un'azione immorale di soppressione di una vita innocente.

Anche le successive chiarificazioni confermano la stessa impostazione, laddove si afferma che «la vita umana deve essere rispettata e protetta in modo assoluto fin dal momento del concepimento [...] l'essere umano deve vedersi riconosciuti i diritti della persona, tra i quali il diritto inviolabile di ogni essere innocente alla vita»⁵⁴; questi diritti vanno riconosciuti perché pre-esistenti nella natura umana⁵⁵, la loro negazione attraverso una legge positiva nega l'uguaglianza di tutti davanti alla legge⁵⁶. Giovanni Paolo II afferma che «l'accettazione dell'aborto nella mentalità, nel costume e nella stessa legge è segno eloquente di una pericolosissima crisi del senso morale, che diventa sempre più incapace di distinguere il bene dal male»⁵⁷. La diffusione dell'aborto farmacologico, per tempi e modalità, riduce la capacità di percepire la gravità dell'azione compiuta sia da parte della donna che da parte del medico.

Conclusioni

Da quanto esposto possiamo trarre le seguenti conclusioni.

L'opzione della scelta farmacologica per espletare la procedura abortiva esalta il principio di autonomia della donna delegando solo a essa la possibilità di scelta senza alcun riferimento all'embrione-feto e al padre del nascituro. Viene applicato il “nuovo comandamento” utilitarista di poter

⁵² Cf. F. PASCUAL, *Modelli di Bioetica*, 161.

⁵³ Cf. PAOLO VI, Lettera Enciclica *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968), 489, n. 14.

⁵⁴ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, «Chiarificazione della Congregazione per la Dottrina della Fede sull'aborto procurato», *L'Osservatore Romano* CXLIX/157 (11 luglio 2009), 7, in https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_it.html [2-10-2024].

⁵⁵ Cf. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruzione circa il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione *Donum vitae* (22 febbraio 1987), I, 1, in AAS 80 (1988), 78-79.

⁵⁶ Cf. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, 67.

⁵⁷ GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*, in AAS 87 (1995), 411, n. 58.

scegliere quando e come mettere al mondo i bambini solo se desiderati⁵⁸. La possibilità di evitare il ricovero ospedaliero per una procedura abortiva chirurgica riduce la percezione morale dell'atto abortivo relegando nel privato — in un'ottica soggettivistica⁵⁹ — un evento a elevato impatto emotivo-psicologico ed etico⁶⁰, limitando, nel contempo, il rischio di stigma sociale soprattutto per le donne più giovani e per le *single*⁶¹. La riduzione dei costi sanitari, soprattutto nei paesi poveri, associato alla facilità e al gradimento della teleconsultazione, implementerà ulteriormente questa procedura abortiva⁶².

L'aborto farmacologico lede la relazione medico-paziente allontanando il contatto diretto, compromette la capacità di comunicazione del medico finalizzata alla rimozione degli ostacoli per la prosecuzione della gravidanza e riduce la responsabilità percepita dal medico. L'azione della tecnologia farmacologica, evoluta per fini abortivi e non curativi, genera ambivalenza, apparendo come una forza impellente e anonima, senza soggetto agente e non controllabile⁶³. In un modello relazionale interpretativo⁶⁴, il medico è tenuto a comprendere i valori di cui la paziente è portatrice, evidenziare i conflitti morali e, soprattutto, favorire la presa di coscienza dei dilemmi etici. Lo scopo dell'intervento medico è ottenere una paziente dotata di auto-consapevolezza. Non è dalla libertà che nasce la responsabilità, perché solo la responsabilità genera l'autentica libertà⁶⁵.

⁵⁸ Cf. P. SINGER, *Ripensare la vita*, Il Saggiatore, Milano 2000, 202.

⁵⁹ Cf. F. PASCUAL, *Modelli di Bioetica*, 155.

⁶⁰ Cf. A. MORRESI – E. ROCCELLA, *La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola RU 486*, Franco Angeli 2010².

⁶¹ Cf. S. MAKLEFF, et alii, «Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care», *Sexual and Reproductive Health Matters* 27/3, 50-64, in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887901/> [2-10-2024].

⁶² Cf. F. A. KUMSA – R. PRASAD – A. SHABAN-NEJAD, «Medication abortion via digital health in the United States: a systematic scoping review», *npj Digital Medicine* 6/1 (2023), 1-11, in <https://www.nature.com/articles/s41746-023-00871-2> [7-7-2024].

⁶³ Cf. H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Sulla prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997², 28-29.

⁶⁴ Cf. S. ALICE, et alii, «Modelli relazionali tra medico e paziente.», *M.D. Medicinae Doctor* 26 (2019), in https://www.researchgate.net/publication/335870954_Modelli_relazionali_tra_medico_e_paziente [7-7-2024], 42-43.

⁶⁵ Cf. R. MANCINI – F. AIMONE – A. CATALANI, et alii, *Etiche della mondialità. La nascita di una coscienza planetaria*, Cittadella, Assisi 1998, 38.

La dignità della persona nel modello personalista richiama la tutela della donna, del nascituro⁶⁶ e del padre⁶⁷; riprende la responsabilità di tutti gli attori coinvolti dal personale medico al legislatore⁶⁸. Ciò pone le basi per una visione integrale della persona per il superamento della percepita necessità di abortire da parte della donna, sostenuta da un ipotetico diritto di libera scelta; le persone vanno aiutate soprattutto evitando un preconetto giudizio etico negativo, applicando, invece, un sostegno affettivo e morale dei protagonisti⁶⁹. Queste azioni pro-attive necessitano di essere basate su adeguati atti normativi e legislativi.

L'evoluzione normativa italiana, invece, attraverso atti amministrativi in linea con le indicazioni internazionali orientano verso una promozione di una maggiore disponibilità di questa modalità abortiva che trascende la dignità della donna e mette a rischio la tutela della sua salute. L'attribuzione di competenze di consulenza finalizzata all'aborto per i Consultori Familiari contraddice quanto stabilito originariamente dalla Legge 194/78 venendo meno al loro ruolo sussidiario anche mediante l'integrazione delle attività del privato sociale. Questa attività di consulenza può violare quanto previsto dalla legge perché delegati al sostegno della maternità e alla consulenza contraccettiva; in questo contesto, allora, è ipotizzabile ritenere che il ricorso all'aborto farmacologico diventi *extrema ratio* contraccettiva in violazione dell'articolo 1 comma 2 laddove si cita «L'interruzione volontaria della gravidanza [...] non è mezzo per il controllo delle nascite»⁷⁰.

Da queste considerazioni nasce la necessità di una riflessione che coinvolga gli agenti morali protagonisti dell'evento abortivo mediante farmaco illuminando, attraverso l'analisi etica dei dilemmi, la coscienza morale di ciascuno. Quest'ultima è un fatto fondamentale dell'esperienza vissuta della moralità, fa intravedere e lega l'etica alla normatività e, perciò, alla responsabilità della persona⁷¹. È necessario, perciò, un intervento di aggiornamento legislativo della legge che attualmente regola l'IVG in Italia.

⁶⁶ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*, in AAS 87 (1995), 411, n. 58.

⁶⁷ Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 59.

⁶⁸ Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 59.

⁶⁹ Cf. FRANCESCO, *Misericordia et misera*, in AAS 108 (2016), 1311, n. 10.

⁷⁰ PARLAMENTO ITALIANO, Legge 22 maggio 1978, n. 194.

⁷¹ Cf. K. WOJTYŁA, *L'uomo nel campo della responsabilità*, Bompiani, Milano 2002, 131.