Aborto: lavori in corso e strategie.

In occasione dei quarant'anni dalla promulgazione dell`Abortion Act 1967, Marie Stopes International, Ipas e Abortion Rights - tre organizzazioni non governative che si occupano di sostenere e diffondere la salute riproduttiva della donna in Gran Bretagna e nel mondo – hanno proposto due giorni di intenso lavoro a circa 700 delegati convenuti da 60 diversi paesi per la "Global Safe Abortion Conference 2007" tenutasi a Londra il 23 ed il 24 Ottobre di quest'anno.
I lavori sono stati introdotti da Christine McCafferthy, presidente del *Parliament all party group on population, development and reproductive health*, come momento di importante riflessione su una questione che concerne più la coscienza che la politica. Come lo stesso professor Frederik Torgbor Sai, consigliere del Governo del Ghana sulle questioni della salute riproduttiva, ha pero` sottolineato, è sembrato che gli interventi siano stati dettati piuttosto dalla persuasione che "il coro non deve mai smettere di ripetersi", pena il rischio che il ritmo cambi. Il ritornello ricorrente suonava press'a poco così: assunto che l'aborto è un dato di fatto, constatato che un elevato numero di donne muore per aborti praticati in condizioni di scarsa sicurezza (*unsafe abortion*) e che aver agevolato l'accesso a strutture che consentono di praticare l'aborto in condizioni di maggiore sicurezza ha ridotto in alcuni paesi questo tipo di mortalità, si deve ritenere che "l'aborto sicuro aumenta la vita" (Dana Hoving, direttore della *Marie Stopes International*), "riduce la mortalità materna" (Mark Lowcock, direttore generale della *Policy and International Division* del *Department for International Development*), "salva e migliora la vita umana" (Elizabeth Maguire, presidente Ipas), e che pertanto, poiché "senza questa opzione riproduttiva molte persone moriranno" (Anne Quesney, direttore dell'*Abortion Rights*), l'aborto non è solamente un dato di fatto, ma un diritto umano da promuovere.
In questo contesto e senza che neppure si fosse sfiorati dal dubbio che sia sufficiente che l'aborto non venga provocato "da persone prive delle competenze necessarie o in un ambiente privo dei *minimal medical standards*" [1] per fare di esso un'esperienza sicura (ma poi che significa "esperienza sicura"?), sono trascorse la tarda mattinata del primo e del secondo giorno. Il direttore generale della *International Planned Parenthood Federation*, Gill Greer, e il direttore del *Department of Reproductive Health and Research* della Organizzazione Mondiale della Sanità, Paul Van Look hanno presieduto le sessioni dedicate alla questione internazionale, rinforzando negli addetti ai lavori la convinzione che l'obiettivo sanitario di ridurre la mortalità materna, su cui vi è universale consenso, coincide con quello di espandere l'accesso all'aborto nel mondo. L'attenzione dei convenuti è stata così convogliata sul terribile impatto che l'*unsafe abortion* ha sulla vita e sulla salute delle donne, come pure sull'economia sanitaria internazionale, e dunque sulla necessità di garantire a fasce di donne sempre più estese l'accesso al meno rischioso e meno costoso *safe abortion*. Akinrinola Bankole, direttore dell`*International Research* presso il Guttmacher Institute, ha evidenziato che il trattamento delle complicazioni post-abortive comporta per la sanità internazionale una spesa decisamente superiore rispetto al costo di un aborto sicuro, mentre Brookman Amissiah, vice-presidente Ipas per l`Africa, ha disegnato il ritratto di quelle donne che costituiscono la categoria più vulnerabile e a rischio: donne povere, giovani, sopravvissute a violenze sessuali, hiv-positive o

[1] Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, WHO, Geneva, 1992, p. 12.

rifugiate. Presentato l'aborto come una realtà di fatto, comune ed inevitabile[2], si è sostenuto che ad ogni donna e società può essere offerto soltanto il rimedio di praticarlo in condizioni di sicurezza tecnica ed economica. Si è in questo modo aperta la strada all'invito di Luisa Cabal, del *Centre for Reproductive Rights*, e di Stephanie Schlitt, di *Amnesty International*, a considerare l'aborto sicuro come un trattamento sanitario necessario[3], da accordare e garantire ad ogni donna in ogni parte del mondo, perchè ogni tipo di discriminazione in tema di salute possa dirsi finalmente abolita, e dunque come un bene che occorre universalmente riconoscere in quanto tale.
Impostata così la questione, l'assemblea ha potuto rivolgere la propria attenzione a quella che la dottoressa Beverley Winicoff ha per l'occasione definito "la più importante rivoluzione medica dopo la pillola contraccettiva": l'aborto farmacologico. La Winicoff, dopo aver illustrato il risparmio di tempo e di denaro che l'aborto clinico consente rispetto all'aborto chirurgico, ha sottolineato l'importanza della diffusione di questo nuovo prodotto con l'entusiasmo di chi, dopo 25 anni di *Program Director for Reproductive Health* presso il *Population Council*, ha fondato nel 2003 la Gynuity Health Projects, un'organizzazione avente l'obiettivo di permettere a tutti l'accesso ai frutti della scienza medica e dei suoi progressi, e dunque anche al mifepristone, farmaco inserito nella lista dei farmaci essenziali dalla World Health Organisation nel 2005, in quanto essenziale per la promozione dell'aborto. Sull'onda di questo entusiasmo, la relatrice non ha nascosto la sua speranza che presto infermiere, ostetriche e farmacisti possano essere autorizzati a fornire il mifepristone direttamente alle donne, incurante del fatto che esso, a differenza degli altri farmaci elencati tra gli indispensabili per l'umanità, non solo sia accompagnato dalla specifica richiesta di "stretta supervisione medica", ma sia anche contraddistinto da un limite di utilizzo piuttosto inusuale in ambito tecnico-scientifico, limite segnalato in questi termini: "nelle nazioni dove è consentito dalla legge e culturalmente accettabile"[4] (WHO, 2005 e 2007). A proposito di quest'ultimo limite, le dottoresse Kamini Rao e Gloria Asare hanno suggerito di estendere i confini della scienza sia puntando sull'addestramento della classe medica, infermieristica ed accademica del terzo mondo, sia inserendo l'aborto clinico e la contraccezione di emergenza tra gli obiettivi scientifici della professione medica, in modo da costruire, come è avvenuto in India, alleanze sempre più forti, e da rendere professionisti e paesi sempre più aperti a ricevere i benefici di questo farmaco.
Ann Furedi, direttore della *British Pregnancy Advisory Service*, e Cecile Wijsen, ricercatrice della *Rutgers Nisso Groep*, nel corso di un seminario sull'attuale atteggiamento europeo in materia di gravidanza ed aborto, si sono invece confrontate con le "stonature" che stanno emergendo nel Regno Unito e in Olanda. Sebbene infatti tali Paesi vantino rispettivamente la più antica e la più permissiva delle leggi dell'Europa occidentale in materia di aborto, essi non solo non sembrano essere riusciti a ridurre il ricorso all'aborto, ma anzi presentano un incremento di questo fenomeno, sollevando perplessità e ripensamenti in merito ai reali effetti della legalizzazione. Se Wijsen ha cercato di interpretare questo dato attribuendo la crescita degli aborti alla parallela crescita di immigrazione nel suo paese, Furedi ha preferito accostarsi a questa realtà ridefinendola in altri termini, e presentandola come il segno

[2] "Aborto:un'esperienza universale" titola una diapositiva di Brookman Amissiah contenente questo messaggio: "donne di tutte le età e stili di vita abortiscono, la media mondiale è di circa un aborto per donna in età riproduttiva".
[3] La dottoressa Gloria Asare, del *Ghana Health Service*, ha definito l'aborto: "trattamento finalizzato a rimozione di gravidanza indesiderata".
[4] http://www.who.int/medicines/publications/EML15.pdf

di una crescente adesione da parte delle donne ai programmi di pianificazione familiare, di controllo delle nascite: l'aborto verrebbe accettato come decisione responsabile, anziché come frutto di una errata gestione di programmi, controlli e responsabilità. Lungi dal sostenere, con il padre dell'*Abortion Act*, che "l'aborto non deve essere considerato come un mezzo di contraccezione a lungo termine" (Lord Steel) e che è importante riconsiderare il valore e l'importanza sociale di una educazione all'etica ed alla responsabilità sessuale, la Furedi ha affermato con fierezza di essere "una fan della contraccezione di emergenza" e ha dichiarato che "il problema non è l'aborto: lo è piuttosto la gravidanza non voluta. L'aborto è la soluzione!". Ella ha quindi auspicato la legalizzazione e la diffusione di metodi definiti più sicuri, metodi così definiti forse solo perchè più sofisticati e nascosti, frutto di tecnologie più recenti o di più recenti scoperte farmacologiche.
Sempre su quest'onda, nel corso del seminario intitolato "Barriere legali ed etiche che limitano l'accesso all'aborto", il professor Dickens dell'Università di Toronto, appellandosi a quello stesso principio di tolleranza che indusse l'Organizzazione Mondiale della Sanità a riconoscere l'esistenza di un limite etico e legale nella somministrazione di farmaci abortivi a prescindere dalle loro più o meno gravi controindicazioni, ha voluto suggerire alcuni argomenti utili al fine di neutralizzare la clausola di coscienza soprattutto in quei paesi, come la Polonia, dove la presenza degli obiettori sta ostacolando la pratica dell'aborto.
Ma se l'aborto è un trattamento sanitario essenziale, come può un medico come Christine Kaseba-Sata, che ha pur mostrato di non ignorare il dramma personale che si svolge all'interno della relazione medico-paziente, deporre le responsabilità del camice, per concludere il suo intervento invitando i colleghi ad imbracciare le armi? "Possiamo vincere la guerra dell'aborto? Sì!": sono state le sue parole. L'aborto non è dunque solo argomento di scienza, ma anche di lotta. Ci sono parti in campo. L'assemblea che si è riunita a Londra, definita da Malcom Potts una grande famiglia orientata con tutte le sue forze a rendere l'aborto una pratica accessibile e sicura, ha individuato il proprio nemico in quel credo che non accetta alcun tipo di aborto, e che per questo motivo deve essere ritenuto responsabile della mortalità femminile conseguente all'aborto insicuro: "Non possiamo concedere alla religione di continuare a permettere che le donne muoiano!" (Kaseba-Sata). Con questo spirito, parte di questa grande famiglia si è riunita in un seminario, intitolato "L'influenza dell'Islam sull'accesso all'aborto", per mettere a punto una strategia capace di disarmare la cultura islamica ed esportare quanto prima anche nei paesi islamici la pratica dell'aborto. Il gruppo è poi riconfluito in sessione plenaria per ricevere ulteriori suggerimenti utili al fine di vincere l'opposizione, laddove non si riesca a imporsi democraticamente, con le sole armi della persuasione. Qui O'Brien, presidente dei *Catholics For a Free Choice*, ha proposto una sorta di decalogo, i cui comandamenti sono non poco istruttivi per l'opposizione. Egli ha infatti invitato a non perdere tempo dietro a quella larga fetta di oppositori che pretendono di essere considerati tali pur non presentando alcuna effettiva credenziale per meritarne l'appellativo, siano essi cattolici impegnati a conquistare con le piccole e grandi scelte quotidiane la nuova terra promessa dalla rivoluzione sessuale, siano essi associazioni ed organizzazioni che, pur vantando programmi, campagne ed idee alternative, impallidiscono alla sola domanda sulla loro effettiva consistenza: se, cioe`, "costituiscano una realta` o se esistano solo nell'immaginazione dei promotori". Il suo punto di vista è chiaro: "il potere può essere invertito perchè le affermazioni dell'opposizione non sono sostenute nemmeno dal suo stesso comportamento" (O'Brien). Per raggiungere lo scopo occorre affascinare la mente ed il cuore dell'opinione pubblica, ponendo attenzione

all’interlocutore, attenti a modulare la propaganda in modo da conquistare interlocutori di ciascuna religione o credo. Leslie Cannold, presidente della *Reproductive Choice Australia,* a sua volta ha suggerito di rispondere all’efficace “women centered strategy” - che ancora permette all’opposizione di resistere –, facendo sentire alle donne che esse sono messe non solo al centro delle cure e dell’assistenza di cui necessitano, ma anche del processo decisionale. Infine, ancor più concretamente Arnoldo Toruno, Barbara Hewson, Monica Roa, Getachew Bekele, Joanna Erdman e Giannina Paredes hanno offerto modelli di battaglie politiche vinte a suon di pance strumentalizzate e scomuniche, rispettivamente in Nicaragua, Irlanda, Colombia, Etiopia, Canada e Peru`.

A conclusione di questa conferenza cresce il timore che la mortalità materna, “una delle più trascurate grandi tragedie del nostro tempo” (Gloria Asare), stia diventando una delle più grandi tragedie strumentalizzate del nostro tempo.

Manuela Sina.