

LETTERA A GLI ALTRI/LA SOTTOSEGRETARIA RISPONDE AD UN NOSTRO ARTICOLO SULLA RU486

Aborto farmacologico non sono una teocrate, applico solo le regole

di **Eugenia Roccella**

Caro direttore, ho letto con divertimento l'articolo di Monica Micheli sulla mia "visione celeste"; una visione che però, quando si traduce in politica, sfocerebbe in una "teocrazia autoritaria". Un po' come accade con il comunismo, la cui visione utopica ugualitaria assume poi sempre la concreta forma storica del regime illiberale. Ho apprezzato il tono della Micheli perché ormai, nell'assenza di uno spazio di dibattito sul post femminismo, i temi che toccano la maternità e la paternità, le relazioni tra i sessi, il corpo, sono spesso appiattiti su un'unica visione, nient'affatto celeste, molto ideologica e poco dialogica. Già sentirmi dire che forse (forse) sono "addirittura" in buona fede è confortante. Ma al di là della teologia femminista, e di altro su cui mi piacerebbe assai discutere, mi spetta in primo luogo il compito di spiegare perché e come, sulla pillola abortiva, sono intervenuta come sottosegretaria alla Salute.

L'aborto farmacologico è una procedura lunga, che prevede la somministrazione di una prima sostanza (la vera e propria Ru486) con cui l'embrione dovrebbe morire, e un secondo farmaco, con cui si provocano le contrazioni che portano all'espulsione dell'embrione. Al quindicesimo giorno è necessario poi che la donna si ripresenti in ospedale per controllare che l'utero sia effettivamente vuoto e non ci siano rischi. L'opportunità del ricovero non è un'invenzione fantasiosa del Ministero, ma l'indicazione fornita dalla massima autorità sanitaria italiana, il Consiglio superiore di sanità, con tre pareri, ampiamente corredati di letteratura scientifica, espressi in anni diversi (2004, 2005, 2010), e richiesti da ministri diversi. Il livello di rischio, ha detto e ripetuto il Ciss, è uguale tra metodo chirurgico e metodo farmacologico, solo se, nel secondo caso, la donna resta in ospedale "fino ad aborto completato", cioè in genere tre giorni. Le linee guida del Ministero non potevano certo ignorare il parere

del Consiglio superiore di sanità, e mi chiedo in base a quali valutazioni le regioni (del resto solo due) che hanno scelto il day hospital abbiano deciso che i propri funzionari sono scientificamente più competenti e attendibili dei membri del Ciss.

Non ho mai minacciato di "punire in caso di disobbedienza" le regioni che non seguono l'indicazione del ricovero ordinario, come scrive Monica Micheli. Ho invece sottolineato che la pratica di alcune medici di incoraggiare le dimissioni volontarie delle donne (non quindi in regime di day hospital, ma di ricovero ordinario) sia scorretta anche dal punto di vista amministrativo: esistono problemi per quanto riguarda i codici (in particolare i codici diagnostici su cui si basano i rimborsi) che il Ministero non può evitare di segnalare alle regioni, proprio perché poi non nascono difficoltà: ricordo che su irregolarità amministrative per la Ru486 ci sono ancora procedimenti giudiziari aperti. Potrei entrare nei dettagli tecnici, spiegando per esempio che firmare le dimissioni volontarie significa sollevare da ogni responsabilità l'ospedale e rinunciare a proseguire il trattamento; o spiegare che non esiste un codice per registrare un aborto interrotto a metà, e che c'è il rischio di contare un aborto due volte o di rimborsare una degenza che non c'è mai stata. Ma basta ricordare che sono le regioni stesse a effettuare i rimborsi, e dunque non ci possono essere "minacce" ministeriali in questo campo.

C'è invece, molto concreta, la preoccupazione del Ministero di perdere i buoni risultati conseguiti dall'Italia in trent'anni di applicazione della legge. Siamo, in Europa, l'unico paese in cui da molti anni le interruzioni volontarie di gravidanza continuano a scendere; abbiamo il minor tasso di aborti tra le minori, bassissime percentuali di recidive, una raccolta dati completa e puntuale. Il timore è che un uso poco attento della Ru486 produca smagliature nel sistema (in altri paesi le donne che non si presentano alla visita finale di controllo sono il 30% e anche più), un allentamento della vigilanza sanitaria, delle buone pratiche, e alla fine una minore tutela della salute femminile.

