

Il documento del Gruppo salute riproduttiva Usciamodalsilenzio.org

Parliamo di salute riproduttiva a partire dalla consapevolezza che la libertà di disporre del proprio corpo, è alla base di tutte le libertà e della libertà di tutti e che la potenzialità generativa delle donne non può essere motivo di riduzione della libertà di disporre di sé.

L'autodeterminazione, parola d'ordine degli anni 70, faceva riferimento alla libertà di abortire senza mettere a rischio salute e vita, e di assumere i contraccettivi per liberare la sessualità da gravidanze non volute. Da allora molto è cambiato e il ruolo della medicina nella riproduzione e nelle nostre vite si è radicalmente modificato, spesso senza lasciare il tempo perché i cambiamenti fossero tempestivamente riconosciuti, i nodi critici valutati, le conseguenze sociali accompagnate, così che oggi la sfida riguarda la ricerca di un faticoso equilibrio fra le libertà individuali e gli sviluppi bio-tecnologici che promettono risposte a ogni desiderio. E' su questo terreno che ha messo radici una diversa percezione dell'inizio della vita, utilizzata per tentare di ricondurre le donne sotto il controllo di un patriarcato che ha preso il volto dello stato, della scienza, della chiesa.

Nel 1975 sono stati istituiti i consultori pubblici, che continuavano, almeno idealmente, la pratica e la riflessione avviata nei primi anni '70 dai consultori autogestiti e dai centri per la medicina della donna del movimento femminista, nati dall'esigenza di tenere insieme una dimensione di servizio e uno spazio di riflessione collettiva su di sé, la valorizzazione del sapere che nasceva dall'esperienza e il confronto, quand'era il caso, con il sapere bio-medico. I servizi facevano riferimento ad un modello di gestione della salute caratterizzato da una composizione multidisciplinare degli operatori e da un approccio non direttivo, potenziato dalla partecipazione e dalla presa di coscienza delle e degli utenti attraverso l'istituto della "gestione sociale" prevista dalle leggi regionali. Negli anni che sono seguiti l'attività dei consultori si è progressivamente aperta a pratiche e temi non previsti all'origine finché cambiamenti sia dei consultori che dell'utenza hanno messo a rischio, e talvolta compromesso, la qualità delle prestazioni, già penalizzata da una pesante riduzione delle risorse stanziare.

Abbiamo dunque affrontato il tema della salute riproduttiva a partire dalla realtà dei consultori e dell'applicazione della 194 per formulare proposte operative di minima, ferma restando la necessità di proseguire nella riflessione sui cambiamenti in corso e nella sperimentazione di pratiche innovative per rispondere alle nuove domande. Per essere soggetti e non oggetto della politica come dell'intervento bio-medico dobbiamo tenere vivo il rapporto con chi opera nelle strutture sanitarie, vigile la critica su chi, governando, favorisce o impedisce la realizzazione di un diritto attraverso il servizio pubblico.

I consultori

Con la legge-quadro n° 405 del 29/7/1975, sono stati istituiti i consultori pubblici, che avrebbero dovuto aprire su tutto il territorio nazionale, con un rapporto di uno ogni 20.000 abitanti. I consultori pubblici hanno una distribuzione assai disomogenea anche all'interno di una stessa area geografica e gestioni diversificate (per es l'ASL "città di Milano" ha scelto di creare percorsi protetti con prestazioni gratuite per l' IVG ed il controllo post, per le ragazze sotto i 22 anni, per le visite preconcezionali, per la gravidanza ed il controllo post).

Nell'impossibilità di negare l'opportunità di abortire gratuitamente e in modo sicuro, i consultori, sprezzantemente definiti "abortifici" sono diventati il bersaglio preferito di chi persegue una politica di dissuasione dall'aborto con ogni mezzo: l'intimidazione ("l'aborto è un piccolo omicidio"), la richiesta di inserimento di volontari contrari all'aborto, la proposta di farne un "filtro" obbligatorio per le donne che vogliono abortire, la ritorsione nei confronti delle lavoratrici che non sarebbero sufficientemente avverse alla scelta di interrompere una gravidanza.

Noi pensiamo invece che ai consultori vadano restituite le condizioni materiali, di lavoro, organizzative, perché donne e uomini abbiano un luogo di informazione, aiuto, confronto sui temi della sessualità e della riproduzione e, più in generale, della salute delle donne nelle diverse fasi della vita; perché chi vi opera possa proseguire nel lavoro di apprendimento e formazione; e perché si aprano all'intervento e alla riflessione sui cambiamenti sopraggiunti e non sempre maturati in questi ultimi anni. Il riconoscimento della responsabilità maschile e della disparità fra uomini e donne nel mettere al mondo permette di pensare i consultori, rivolti all'origine prevalentemente alle donne, come luoghi aperti a entrambi i sessi.

· Il colloquio di accoglienza, qualunque sia il motivo per cui ci si rivolge a un consultorio, rappresenta uno dei nodi critici del servizio. Noi pensiamo che esso può essere effettuato solo dal personale assunto e qualificato per svolgere il proprio ruolo, unico in grado di garantire il "rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti" (art 1 legge 405), nonché la loro privacy, a differenza delle associazioni di volontariato orientate al convincimento ideologico e che pertanto devono restare esterne al consultorio. Il colloquio inoltre non dovrà assumere la forma del "filtro obbligatorio" quando riguardi la certificazione per IVG, che ora passa dal consultorio in una percentuale ridotta di casi (circa il 30%) salvo che per le donne straniere (il 65% a Milano) la cui maggioranza è in Italia irregolarmente pertanto senza la possibilità di accedere agli aiuti per la maternità, sia pubblici

che di associazioni quali il "movimento per la vita". Un'ampia letteratura scientifica documenta peraltro che nei percorsi sanitari gli obblighi sono improduttivi rispetto ai fini che si dichiara di voler raggiungere e favoriscono comportamenti a rischio; nel nostro caso l'aborto clandestino.

- Un'adeguata assistenza, per essere di buona qualità, deve garantire la continuità di cura, una progettualità che non sia continuamente messa a rischio (come nel caso dei progetti a termine), condizioni di lavoro serene e stabili, tempi destinati al confronto multiprofessionale e all'apprendimento dal lavoro svolto.

- L'elevata presenza di donne straniere nel nostro paese rende necessario una presenza stabile di mediatrici linguistico-culturali per facilitare l'accesso e migliorare l'utilizzo dei servizi da parte dell'utenza straniera e per rendere i servizi appropriati alle diverse esigenze. Questa figura, oggi inserita attraverso progetti a termine, ha bisogno di un riconoscimento giuridico che garantisca stabilità e continuità al servizio.

- I criteri di valutazione della qualità del servizio e della prevenzione non possono basarsi esclusivamente sul numero delle prestazioni (equiparando merci e servizi e riducendoli a una logica puramente aziendale) ma devono utilizzare strumenti quali l'appropriatezza, l'esito degli interventi, la soddisfazione delle e degli utenti etc. E' necessario riconoscere che i consultori svolgono un ruolo che non è e non può essere, per le sue caratteristiche, svolto da altri soggetti: ospedali, medici di base, cliniche e studi privati, ecc. Essi occupano un segmento del mercato sanitario "poco attraente" per gli altri operatori, ed è proprio per questo che dovrebbe essere maggiormente sostenuta la loro presenza e il loro sviluppo, soprattutto se l'intenzione è quella di spostarsi da un "sistema sanitario" ad un "sistema di salute" fondato sulla prevenzione, l'ascolto, la vicinanza al cittadino e alle sue domande in continuo trasformarsi.

- Per questi motivi il consultorio deve essere un luogo aperto e gratuito. La compartecipazione alla spesa sanitaria (il "ticket") scarica sul cittadino parte del costo della sanità generato dalla inefficienza del Sistema Sanitario e da quello della raccolta delle risorse senza intaccare l'inappropriatezza delle prestazioni. Risulta tanto più odioso quando riguarda servizi il cui ruolo fondamentale dovrebbe essere la prevenzione, non ultima quella delle gravidanze non volute, da favorire anche attraverso la distribuzione gratuita di contraccettivi, preservativi e "pillola del giorno dopo".

- L'accesso a informazioni chiare e accessibili sui servizi esistenti è uno degli elementi fondamentali per tradurre in realtà i diritti collegati alla salute riproduttiva. Chiediamo che si investano risorse per la pubblicazione e soprattutto la diffusione di opuscoli multilingue. Valorizzare le caratteristiche dei consultori (accoglienza, approccio olistico alla salute, responsabilizzazione, prevenzione, multidisciplinarietà) permetterebbe di ridurre la ospedalizzazione

e la medicalizzazione di eventi fisiologici con ricadute positive sulla spesa sanitaria

In Sintesi: rilancio dei consultori, garantendo le professionalità e gli spazi resi necessari dai cambiamenti sociali e comportamentali:

- o Accesso per donne e uomini
- o Gratuità
- o Mediazione linguistico-culturale
- o Multidisciplinarietà
- o Continuità della cura per gli utenti, stabilità per chi vi lavora
- o Nessuna forma di "trattamento obbligatorio" per chi chiede l'interruzione di gravidanza

L'interruzione volontaria di gravidanza

La legge 194 del 1978, esito della mediazione fra le forze politiche dell'epoca e avversata da chi vedeva nell'obbligo della certificazione medica una limitazione alla libertà della donna, ha tuttavia garantito l'accesso gratuito all'IVG, obbligato le strutture pubbliche ad applicare la legge e permesso un uso sostanzialmente positivo della legge: di questo sono testimonianza la riduzione del numero degli aborti sia legali che illegali.

Da allora molto è cambiato: le caratteristiche della popolazione che chiede un'IVG, il modo di vivere la propria sessualità e di interrogarsi sul desiderio di avere un figlio, l'irruzione delle tecnologie riproduttive, l'apparente aumento dell'infertilità. Su questi temi alcune donne hanno molto riflettuto; senza tuttavia riuscire a sovrastare i proclami dei difensori di una "vita" messa in opposizione a chi la genera. Resta dunque una necessità di testimonianza collettiva delle diverse forme di sessualità, convivenze, scelte riproduttive, ma anche di contrasto verso chi non vuole vedere che il dramma di chi chiede un'IVG non sta nell'aborto ma nella difficoltà di abortire in tempi brevi e nel modo prescelto.

· Quando una donna chiede il certificato per l'interruzione di gravidanza in consultorio il colloquio ha una funzione di ascolto e rispetto della decisione presa dalla donna, di supporto e informazione quando vi siano

incertezze o l'impressione che la scelta dipenda da contingenze che possono essere risolte

- Deve essere garantita anche negli ospedali la presenza stabile di mediatrici linguistico-culturali, per garantire il diritto a una corretta informazione sulle procedure sanitarie e un consenso realmente informato ad esse

- Le strutture pubbliche devono garantire l'applicazione della legge: attuazione dell'IVG entro i sette giorni dalla certificazione medica, adozione delle metodiche meno rischiose dal punto di vista sanitario e preferite dalle donne, aborto medico -con la Ru486- o chirurgico, anestesia locale, epidurale, totale. Chiediamo l'introduzione anche in Italia della Ru486 e che la sua assunzione non sia vincolata al ricovero di tre giorni in ospedale.

- L'obiezione di coscienza, nei fatti sponsorizzata dallo stato, insieme alla mancata formazione professionale delle nuove generazioni di ginecologi sull'IVG, crea lunghe liste d'attesa, impedisce che l'interruzione sia svolta nella fase in cui l'intervento comporta minore rischio per la donna, aumenta il ricorso agli aborti clandestini. Nel rispetto della legge 194, a sette giorni dal rilascio del certificato che attesta la volontà di interrompere la gravidanza, l'intervento acquista carattere d'urgenza. E' compito delle Direzioni Sanitarie gli ospedali attrezzarsi per una corretta ed efficiente applicazione della legge.

- Dopo l'introduzione della legge 40 l'aborto terapeutico viene negato o reso difficoltoso (con rinvii da un ospedale all'altro), addirittura la legittimità vagliata caso per caso dai comitati etici (è il caso dell'Ospedale di Niguarda di Milano). L'indicazione all'aborto terapeutico viene dall'incontro fra indicazione medica e richiesta della donna e deve esserne garantita l'attuazione.

In Sintesi: il rispetto concreto della scelta delle donne in tema di IVG deve essere garantito da:

- o Mediazione linguistica culturale
- o Scelta della modalità dell'IVG: medico (Ru 486) o chirurgico
- o e della forma di anestesia in caso di aborto chirurgico
- o attuazione dell'IVG a 7 giorni dalla certificazione medica
- o garanzia di accesso all'aborto terapeutico

Sotto il titolo di "salute riproduttiva" trovano il loro posto molte altre questioni: dalla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse all'infertilità alla contraccezione, dall'assistenza alla gravidanza alle modalità del parto, dal puerperio alla menopausa. Non interessa qui elencare temi e soluzioni, sui quali peraltro esiste una ricca letteratura sia umanistica che scientifica. Ci preme tuttavia fare un cenno alla procreazione assistita, ultimo capitolo della progressiva riduzione della riproduzione a fatto biologico da tenere sotto controllo medico. Se, dal punto di vista di chi vuole accedervi, il ricorso alla procreazione assistita può non sembrare diverso dall'esecuzioni di esami, ecografie o amniocentesi, la creazione di embrioni in vitro, esterni in concreto alla decisionalità femminile, ha generato qualche inquietudine e un mostro: la legge 40.

E non è un'esagerazione parlare di legge-mostro, se si considerano i profili di incostituzionalità, le incongruenze di cui è costellata e la gravità delle scelte adottate in una materia la cui delicatezza avrebbe dovuto imporre un intervento di diritto "leggero", dal contenuto largamente condiviso. I danni derivanti dalla permanenza nel nostro ordinamento della legge 40 vanno ben oltre la insensata disciplina della procreazione assistita e stanno nei due pericolosi principi-guida della legge: l'aver attribuito valore preminente all'embrione-concepito rispetto al diritto alla salute della madre e l'aver prefigurato un unico modello di famiglia idoneo alla procreazione. Sono indicazioni culturali, oltre che giuridiche, il cui peso politico è evidente perché autorizzano a porre ogni giorno in discussione il modello di bilanciamento degli interessi posto a base della legge sull'IVG e perché negano la libertà di uomini e donne nelle scelte più intime e profonde della loro vita: è per questo che riteniamo imprescindibile la modifica della legge 40 nei suoi aspetti più nefasti.