

CAP. 7. GLI SCREENING E GLI ATTI CONTRO LA VITA NASCENTE

SCHEMA DEL CAPITOLO

Introduzione

1. *Screening prenatale: l'esame da superare per nascere*
 2. *Aborto: Una strage inarrestabile*
 - 2.1. *Gli aborti nel mondo e in Europa*
 - 2.2. *Gli aborti in Italia*
 - 2.3. *La gravità dell'atto*
 - 2.4. *L'atteggiamento di chi difende la vita*
 - 2.5. *Alle donne che hanno abortito*
 - 2.6. *Pena Canonica*
 - 2.7. *Obiezione di Coscienza: un "diritto" che si vorrebbe negare*
 - 2.8. *Una lettura "obiettiva" della legge*
 - 2.9. *Aborto post natale*
 - 2.10. *La battaglia a favore della vita prosegue*
 3. *Ru 486: La pillola che non può essere addolcita*
 4. *"Norlevo" e "ElleOne": Uccidono l'ovulo fecondato*
 - 4.1. *"Norlevo" o "Pillola del giorno dopo"*
 - 4.2. *"ElleOne" o "Pillola dei cinque giorni"*
 - 4.3. *Contraccettivi e rischi*
 5. *La depressione post-patum (psicosi peurerale)*
 6. *Atti a favore della vita: I Metodi Naturali della Procreazione*
- Exkursus: 1. Le donne eroiche che non hanno abortito*
2. I nati prematuri

Introduzione

"Un grido è stato udito in Rana, un pianto e un lamento grande: Rachele¹ piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più"².

Il versetto del profeta Geremia è ripreso dall'evangelista Matteo per introdurre l'infanticidio ordinato da Erode per "tutti i bambini di Betlemme e del suo territorio dai due anni in giù"³, dopo aver appreso dai Re Magi la nascita di Gesù.

Questo grido apre la nostra riflessione sui metodi che anche oggi ricopiano le stragi "contro gli innocenti"; infatti, ogni anno nel mondo sono perpetrati oltre 54milioni di aborti.

A. Socci, nel testo *Il genocidio censurato. Aborto: un miliardo di vittime innocenti*⁴,

¹ Rachele, figlia minore di Labano e moglie di Giacobbe piange gli uomini di Efrain, Beniamino e Manasse massacrati o deportati dagli Assiri.

² LIBRO DEL PROFETA GEREMIA, 31,15.

³ VANGELO DI MATTEO, 2,17.

⁴ Piemme, Casale Monferrato (Al) 2006.

sostiene nella IV° pagina di copertina che “il più grande genocidio del Novecento non è avvenuto in guerra, nei gulag o nei campi di sterminio” ma “è una strage di cui nessuno parla di oltre un miliardo di vittime innocenti dovute all’aborto”.

Ma questo fenomeno, osserva amaramente Socci, “nonostante le sue colossali dimensioni, il più vasto olocausto della storia umana, è totalmente e sistematicamente rimosso da tutta la società contemporanea”⁵ o condiviso con motivazioni inaccettabili: “l’aborto è un bene sociale” affermò J. Gruber⁶; “normalizziamo l’aborto” propose la femminista americana K. Pollitt⁷; facciamolo diventare una pratica online si legge nel sito internet di R. Gomperts⁸.

Non possiamo infine scordare anche la trasformazione di alcune tecniche contraccettive in atti di contragestazione che ampliano la spirale di morte.

Dalle brevi osservazioni esposte deve rin vigorirsi l’impegno dei cristiani e non solo, ad essere “paladini della vita”, soprattutto oggi, superando l’atteggiamento rinunciatario che ha assalito molti come osservato da papa Francesco al termine dell’ Angelus domenicale del 4 febbraio 2018, 40° Giornata Nazionale per la Vita. Disse il Papa: “...esprimo il mio apprezzamento e incoraggiamento alle diverse realtà ecclesiali che in tanti modi promuovono e sostengono la vita, in particolare il Movimento per la Vita, di cui saluto gli esponenti qui presenti, non tanto numerosi. E questo mi preoccupa; non sono tanti quelli che lottano per la vita in un mondo dove ogni giorno si costruiscono più armi, ogni giorno si fanno più leggi contro la vita, ogni giorno va avanti questa cultura dello scarto, di scartare quello che non serve, quello che dà fastidio”.

Dunque, il Pontefice, richiamando i cattolici è preoccupato dell’indifferenza e lo ha affermato evidenziando l’esigua presenza in piazza san Pietro dei componenti dei vari Movimenti per la Vita ma, soprattutto, rammaricandosi che “non sono tanti quelli che lottano per la vita”.

Per questo, anche oggi: “Rachele piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più”.

1.Screening prenatale: l’esame da superare per nascere

Gli “screening prenatali” verificano la presenza di patologie, di malformazioni o di anomalie del feto.

Oggi, nel nostro Paese, la maggioranza delle donne gravide reputano “loro

⁵ *Il genocidio censurato, op. cit.*, pg. 10.

⁶ “L’aborto è un bene sociale” perché ha fatto “risparmiare al governo americano oltre 14 miliardi in welfare fino al 1994”. Come? Impedendo la nascita dei “bambini emarginati”, cioè coloro che sarebbero probabilmente diventati criminali o poveri che il governo avrebbe dovuto mantenere. Queste affermazioni sono state scritte da Jonathan Gruber, meglio conosciuto come l’architetto della riforma sanitaria di Obama: il cosiddetto Obamacare (Tempi it. 11 dicembre 2014).

⁷ “Dobbiamo parlarne, e dobbiamo farlo in modo diverso. Non come qualcosa che tutti giudichiamo negativamente e che ci fa scuotere tristemente la testa [...]. Dobbiamo parlare dell’aborto come di un evento comune, perfino normale nella vita riproduttiva delle donne, e non solo delle moderne donne statunitensi, ma delle donne nella storia e in tutto il mondo” (“*Libere di abortire*” in INTERNAZIONALE, novembre 2014).

⁸ “Hai una gravidanza indesiderata? Questo servizio di aborto farmacologico on line aiuta le donne ad avere accesso all’aborto sicuro, tramite pillola, al fine di ridurre il numero di morti causate invece dall’aborto non sicuro”.

diritto” sottoporsi allo screening, scordando che la prassi medica lo consiglia a chi ha più di 35 anni, oppure a donne soggette a rischi particolari⁹.

“Al di fuori di queste indicazioni - rilevava il cardinale D. Tettamanzi - il ricorso allo screening diventa problematico sotto il profilo morale”¹⁰ non essendoci motivazioni e perché la donna, il più delle volte, non percepisce le valenze etiche di questo percorso. Inoltre, la cultura dominante, “colpevolizza la donna” convincendola che rifiutando lo screening non compie il suo dovere di madre, perciò è soggetta al “rimprovero della società”. Ciò alimenta un “pietismo umanitario” che indica l’eventuale aborto una “dolorosa necessità”.

L’opinione della Chiesa Cattolica (e non solo) “è opposta”.

Nel “Catechismo della Chiesa Cattolica” si afferma: “La diagnosi prenatale è moralmente lecita, se rispetta la vita e l’integrità dell’embrione e del feto umano ed è orientata alla sua salvaguardia o alla sua guarigione (...). Ma essa è gravemente in contrasto con la legge morale quando contempla l’eventualità, in dipendenza dai risultati, di provocare un aborto. Una diagnosi attestante l’esistenza di una malformazione o di una malattia ereditaria non deve equivalere a una sentenza di morte”¹¹. Pure il Comitato Nazionale per la Bioetica è dello stesso parere: “I programmi di screening genetici prenatali possono essere considerati quando non si traducono in automatismi di eugenetica negativa”¹².

Dunque, l’obiettivo degli screening, deve essere “preventivo” e “curativo” e mai soppressivo di una vita. Ma, la quotidianità, insegna che alcune donne, appresa l’anomalia anche lieve del feto, praticano l’aborto, anziché intervenire terapeuticamente per correggere o curare disfunzioni, poiché i progressi della scienza stanno individuando trattamenti per numerose patologie prenatali¹³.

A volte, l’esito dello screening, scatena nella futura mamma che attraversa un periodo di notevole stress con elevate attese, meccanismi che travolgono anche le migliori intenzioni, dovendo scegliere, spesso sprovvista di adeguate conoscenze per obiettare o per dubitare, se accogliere il nascituro con “probabili” anomalie o ricorrere all’aborto¹⁴. Un dato importante: solo il 4% degli screening

⁹ Se i test sierologici sul sangue materno (Bitest/Tritest) sono positivi. Se la donna ha contratto infezioni rischiose per il feto (rosolia, toxoplasmosi, citomegavirus...). Se ecograficamente sono evidenziate anomalie fetali. Se sono stati generati figli con patologie rilevanti. Se parenti soffrono di malattie probabilmente riconducibili all’aspetto genetico-ereditario.

¹⁰ D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2000, pg. 305.

¹¹ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2227.

¹² COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Diagnosi prenatali*, Roma 1996, n. 10.

¹³ Ad esempio, la trasfusione intrauterina intravascolare presenta tassi di successo del 90%, la cistocentesi del 82%, l’amnioinfusione del 53%.

¹⁴ L’aggettivo “probabile” è d’obbligo come dimostra la testimonianza di Marina Corradi, opinionista del quotidiano *Avvenire*. “Aspettavo la terza figlia e il medico mi ordinò un’ecografia precoce, indicandomi anche lo specialista cui rivolgermi. Mi ritrovai in uno studio privato a Milano. L’ecografista esaminò a lungo, attentamente, le immagini in bianco e nero sullo schermo. Mi chiese la data d’inizio della gravidanza, poi me la chiese ancora. Infine aspettò che mi sedessi davanti a lui e serio in volto mi disse: ‘Signora, se la data che lei mi riferisce è esatta, qualcosa non va. L’embrione è troppo piccolo, inoltre nell’immagine c’è - e indicò un punto nella lastra, per me indistinguibile - questa piccola area non regolare’. Io, avevo il cuore che batteva impazzito. ‘Signora - proseguì il medico, cortese - lei ha già due figli e non è più giovanissima, è sicura di volere portare avanti questa gravidanza?’. Io ero ammutolita. Non mi aveva fatto una diagnosi chiara, ma quel ‘qualcosa non va’ era più minaccioso di una diagnosi. I centimetri non tornavano, l’immagine non era ‘giusta’. Uscii piangendo da quello studio, ma già in auto, guidando verso casa, mi prese una reazione istintiva di grande rabbia: quello era già nostro figlio, ‘giusto’ o ‘sbagliato’ che

manifestano gravi compromissioni del feto. Ma, ad esempio negli Stati Uniti, a seguito degli screening prenatali è negata la vita al 43% dei feti con “palato fesso” e al 64% di quelli con “piede torto”, nonostante entrambe le situazioni siano curabili¹⁵.

Il costante incremento degli screening prenatali racchiude evidenti significati “eugenetici”¹⁶, come affermato da papa Francesco. “Quando ero ragazzo la maestra ci insegnava storia e ci diceva cosa facevano gli spartani quando nasceva un bambino con malformazioni: lo portavano sulla montagna e lo buttavano giù per curare la ‘purezza della razza’. E noi rimanevamo sbalorditi: ‘Ma come si può far questo, poveri bambini!’. Era un’atrocità. Oggi facciamo lo stesso. Voi vi siete domandati perché non si vedono tanti nani per la strada? (...) Lo dico con dolore. Il secolo scorso tutto il mondo era scandalizzato per quello che facevano i nazisti per curare la purezza della razza. Oggi facciamo lo stesso, ma con guanti bianchi”¹⁷. E, il Papa, ha totalmente ragione, poiché il più delle volte si tende alla soppressione del feto e non alla cura, istigati dall’ideologia del completo benessere fisico del figlio o dai ginecologi per timore di ripercussioni medico-legali. Emblematica fu la condanna nel giugno 2018 dell’ “Aulss 4 del Veneto Orientale” al risarcimento di 500mila euri ad una donna poiché il figlio nacque affetto dalla Sindrome di Down per colpa, secondo i giudici, di un ginecologo che non volle sottoporre il feto ad amniocentesi e villocentesi. Nella sentenza, la donna, fu qualificata vittima di un “danno esistenziale”. Per i giudici, avrebbe potuto condurre una vita serena invece è costretta all’infelicità per lo “scorretto” comportamento medico. Giustificazione non condivisa dal Papa: “I figli si ricevano come vengono, come Dio li manda, come Dio permette”¹⁸.

Inoltre, le metodiche diagnostiche, si semplificato sempre di più. Un esempio è il test sul “DNA fetale” effettuabile dal 2015 anche se le Linee guida appaiono intransigenti: “La facilità di accesso al test mediante un prelievo ematico non deve rappresentare un incentivo ricorso inappropriato alle indagini prenatali”¹⁹. Il bersaglio del test è l’individualizzazione della Trisomia 21 cioè la Sindrome di Down. Non a caso, simultaneamente con “i nani” citati dal Papa, oggi nascono rispetto al passato pochi bambini affetti da questa patologia, facendosi strada la “mentalità Islandese” dove il 100% dei feti Down sono abortiti. Mentre, la scienza, come affermato dalla dott.ssa Rosa Anna Vacca ricercatrice del

fosse sarebbe venuto al mondo. Pochi mesi dopo nacque una bambina bella e sanissima. Con che brivido ancora oggi guardo nostra figlia e ripenso: ‘mio Dio, se avessi dato retta a quel medico che evidentemente, con tutta la sua scienza si era sbagliato, che errore avrei commesso!’ ” (AVVENIRE.IT, 31 agosto 2017).

¹⁵ Cfr: D.I. BROMAGE, *Prenatal diagnosis and female abortion: a case study in medical law and ethics*, in JOURNAL OF MEDICAL ETHICS, 12 (2016), pp. 143-150

¹⁶ Il vocabolo “eugenetica” ha origine dal termine greco εὐξενέτης ed è composto di due parti: εὐ (bene, buono) e γένος (razza). Significa: “buona razza”.

L’eugenetica, è la disciplina che si prefigge di “perfezionare” la specie umana, manipolando i geni o incrociando selettivamente le razze migliori per scegliere i caratteri più favorevoli in funzione di una programmazione sociale.

¹⁷ PAPA FRANCESCO, *Discorso alla delegazione del Forum delle Associazioni Familiari*, 16 giugno 2018.

Lo stesso episodio era stato ricordato dal Pontefice nell’Omelia della Concelebrazione Eucaristica a San Giovanni Rotondo il 17 marzo 2018.

¹⁸ *Discorso alla delegazione del Forum delle Associazioni Familiari*, op. cit.

¹⁹ Dal Protocollo.

Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), sta compiendo straordinari progressi anche nella cura della Trisomia 21. La dott.ssa Vacca, trovandosi coinvolta “in prima persona” nella problematica avendo partorito il terzo figlio affetto da Sindrome di Down, focalizzò i suoi studi su questa patologia conseguendo notevoli risultati^{20/21}.

Pertanto è urgente e irrimandabile “regolare” l’accesso agli screening prenatali, come pure costituire Centri di Consulenza scientificamente attendibili e intellettualmente virtuosi che consentano alle donne di manifestare le loro preoccupazioni, scaricando paure immotivate anche a causa di gravidanze a volte “trascurate”. Meno del 50% partecipa ai “corsi di preparazione al parto”; di conseguenza, parecchie future mamme, varcano la sala parto con informazioni errate, preoccupanti fantasie, stati emotivi gravati dalla paura e dall’ansia che privano il parto della profonda emozione, trascendenza e bellezza che dovrebbe rivestire²².

²⁰ “ ‘Era il 26 marzo 2004, giorno del mio compleanno e la sua nascita non fu un momento facile (...). Enrico aveva varie sofferenze e non apriva nemmeno gli occhi. Ma appena l’ho chiamato per nome mi ha guardata. È stato un segno fortissimo per me ma sapevo che la strada sarebbe stata in salita ma dentro di me sentivo che dovevo lottare per lui. L’arrivo di Enrico - prosegue - mi ha messo in forte discussione come ricercatrice. Da quel momento mi sono concentrata sulle alterazioni delle funzioni mitocondriali causate proprio dal Cromosoma 21, in più volevo capire quali meccanismi biochimici fossero bloccati, impedendo, quindi, il buon funzionamento di queste centraline energetiche delle cellule’.

Il mondo della ricerca non le fu accanto e le risorse finanziarie finirono, ma lei non si arrese. ‘Un giorno un caro amico mi segnalò un articolo di giornale nel quale si parlava di Jérôme Lejeune, medico francese e della sua causa di beatificazione’. Per Rosa Anna si aprì, finalmente, uno spiraglio: la fondazione Lejeune, infatti, ha tra le sue finalità quella di finanziare progetti di ricerca sulla Trisomia 21 e la ricercatrice inviò il suo studio in valutazione e, il suo progetto, fu scelto e finanziato permettendogli di farlo conoscere con la prospettiva di portarla a un livello tale da essere riconosciuta nel suo valore e poter offrire ai genitori, che ricevono una diagnosi prenatale di Sindrome di Down, un’alternativa all’aborto, talvolta unica via indicata. ‘Più di qualche mamma - afferma - venendo a conoscenza della mia ricerca, ha deciso di non abortire’.

E poi una conclusione personale: ‘Uno scienziato, secondo me, nel suo lavoro ha la dimostrazione scientifica dell’esistenza di Dio’ ”

(<http://www.famigliacristiana.it/articolo/rosa-anna-vacca-grazie-a-mio-figlio-il-cromosoma-21-fa-meno-paura-a-tutti.aspx>).

²¹La testimonianza di una madre con una figlia affetta dalla Trisomia 21: “ ‘La mia vita è profondamente arricchita da mia figlia... lei ha questo modo unico di tirarmi su di morale; dai mamma, mi dice, stai su. Andrà tutto bene. Poi mi fa uno dei suoi sorrisi sfacciati... Megan (così si chiama la figlia) mi ricorda il valore di rimanere bambini nell’approccio alla vita. Non puerile, ma innocente e per i cristiani la fede dei bambini è una delle migliori. La fede di un bambino non mette in dubbio qualsiasi cosa, come quella cinica degli adulti, la fede di un bambino ha fiducia e crede. Mia figlia vede poi la bellezza intorno a sé, vede il divertente e il buono in ogni circostanza. Lei non giudica, ma è veloce nel riprendere qualcuno se è sgarbato o se vede un atto scortese’. ‘Un giorno’, ricorda la donna, ‘una parrucchiera sbagliò tagliandole un ciuffo di capelli e Megan cominciò a piangere. La parrucchiera mortificata abbracciò la ragazzina scusandosi. Megan, immediatamente, si asciugò le lacrime e disse: Non preoccuparti, è nel passato, ti ho già perdonato. Meno di un minuto era passato e per lei quello sbaglio non c’era già più. Quanto sarebbe più facile la vita se fossimo capaci di vivere così! Spesso penso quanto sarebbe migliore il mondo se tutti potessimo avere questo modo di guardare la vita; io ho imparato così a essere positiva, grata e buona. E oggi, come mia figlia, assaporo ogni momento con cui Dio mi benedice’ ” (Riportata da Adrian Warnock, medico e scrittore inglese, in LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANO, 25 agosto 2017).

²² Non possiamo tralasciare un breve accenno al “parto cesareo”. L’Italia con la Grecia e la Turchia mantiene la media più alta, il 35% (un bambino su tre) contro il 12% di Svezia, Danimarca, Olanda in linea con le “raccomandazioni” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità che invitano a non oltrepassare il 15%. Parecchi sono atti medici inutili essendo assenti le motivazioni per procedere con tale metodologia, cioè il prevenire situazioni critiche o rischiose per la salute della donna e del feto. Negli ospedali pubblici del nostro Paese i parti cesarei sono il 29% mentre nelle strutture private il 44%.

Lo screening “quando è esente da rischi sproporzionati per il bambino e per la madre ed è ordinato a rendere possibile una terapia precoce o anche a favorire una serena e consapevole accettazione del nascituro è moralmente lecito”²³. Va concordato con il ginecologo per stabilire “le domande” cui ricercare risposte e preceduto da un’accurata informazione sui benefici e sui rischi, poiché tutte le tecniche di diagnosi comportano minacce di abortività o di danni al feto. Sono esenti da rischi il citato “test sul DNA”, “l’esame radiografico” che identifica anomalie scheletriche e l’ “ecografia” che individualizza l’età gestazionale e di conseguenza la maturità del feto, la localizzazione placentare, l’idrocefalia, l’anencefalia e le malformazioni renali e della colonna vertebrale.

Il “criterio” che deve indirizzare gli screening prenatali è quello del “rapporto tra benefici e rischi”. Affermò san Giovanni Paolo II: “Quali saranno, dunque, i criteri ai quali s’ispirerà il sanitario desideroso di conformare la propria condotta ai fondamentali valori della norma morale? Egli dovrà innanzitutto valutare attentamente le eventuali conseguenze negative che l’uso necessario di una determinata tecnica d’indagine può avere sul concepito ed evitare il ricorso a procedimenti diagnostici circa la cui onesta finalità e sostanziale innocuità non si possiedono sufficienti garanzie. E se, come spesso avviene nelle scelte umane, un coefficiente di rischio dovrà essere affrontato, egli si preoccuperà di verificare che esso sia compensato da una vera urgenza della diagnosi e dall’importanza dei risultati con essa raggiungibili in favore del concepito stesso”²⁴.

Le tecniche “più comuni” di screening.

-*Amniocentesi*. “Consiste nel prelievo transaddominale di liquido amniotico verso la 16° settimana di gestazione allo scopo di coltivare le cellule di desquamazione della cute e delle mucose fetali in esso sospese e ottenere la costituzione cromosomica del prodotto del concepimento”²⁵. Dall’esame del corredo cromosomico s’identificano le eventuali anomalie dei cromosomi. Dai dati enzimatici, si stabilisce se il feto presenta anomalie dovute a mutazioni dei singoli geni, quindi la presenza di malattie citogeniche, biochimiche e molecolari. Altre patologie diagnosticabili, oltre il mongolismo e la Sindrome di Down, sono la fibrosi cistica, la distrofia muscolare di Duchenne, la Sindrome della X fragile. Il rischio dell’esame è tra lo 0,5% e l’1,9% anche se il 2% delle amniocentesi si concludono con un aborto spontaneo nella seconda o terza settimana successiva all’indagine.

-*Cordocentesi o funicolocentesi*. Puntura transaddominale ecoguidata per il prelievo di 1-3 ml di sangue fetale dal funicolo ombelicale. Il rischio è tra l’1% e il 4% ed è eseguita solitamente alla 18° settimana di gestazione. Consente lo studio dei parametri ematologici fetali ed evidenzia la presenza di agenti infettivi.

-*Fetoscopia*. Immissione del fetoscopio nell’utero per osservare la conformazione somatica del feto o per prelievi bioptici di cute o parenchima epatico. Il rischio è tra il 2% e l’8% ed è eseguita solitamente alla 18° settimana di gestazione.

-*Placentocentesi*. Prelievo di sangue fetale dal piatto coriale mediante la puntura della placenta per eseguire esami genetici. Il rischio è tra il 7% e il 10% e l’esame

²³ GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Evangelium vitae*, Città del Vaticano 1995, n. 63.

²⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai Movimenti per la Vita*, 4 dicembre 1992.

²⁵ F. MANTEGAZZA, *Tecnologie per la diagnosi prenatale*, MEDICINA E MORALE, 1982/1, pg. 73.

potrebbe ripetersi più volte essendo il sangue fetale spesso inquinato da quello materno. E' eseguita solitamente tra la 16° e la 20° settimana di gestazione.

-*Villocentesi o prelievo dei villi coriali*. Avviene mediante una cannula inserita nel canale cervicale o un ago introdotto per via transaddominale. Il rischio è tra il 4% e il 7% ed è eseguita solitamente tra la 9° e l'11° settimana di gestazione. E' possibile individuare più accuratamente l'assetto cromosomico fetale ed eventuali patologie genetiche del feto.

-*Embrioscopia*. Osservazione "diretta" del feto mediante fibre ottiche. Il rischio è tra l'1% e il 3% ed è eseguita solitamente nel primo trimestre di gravidanza.

Il rischio che supera il 5%, ammoniva il cardinale D. Tettamanzi, "è inaccettabile, non solo da un punto di vista etico, ma anche da un punto di vista deontologico"²⁶.

Ovviamente, gli esami prenatali, detengono innegabili aspetti positivi poiché mostrando tempestivamente una "situazione di fatto", consentono di intervenire immediatamente sul feto ed evitare di giungere in alcuni casi alla tragicità dell'aborto. Quindi, il punto fondamentale, è il procedere con responsabilità, professionalità, rigore e onestà morale nella prescrizione e nella pratica di procedimenti diagnostici che nella quasi totalità non sono immuni da rischi.

Riassumendo. Vanno eseguiti "sempre" a beneficio del feto e non possono trasformarsi nell' "anticamera" dell'aborto nel caso di responso sfavorevole. "Il medico che è chiamato a prestare la sua opera professionale commetterebbe un'azione illecita qualora fosse certo in anticipo che questa sua opera verrà ad essere un atto preparatorio all'aborto. Qui ricorre la cooperazione a un'azione cattiva: non è illecito soltanto compiere un'azione cattiva, ma è illecito prestare la cooperazione ad essa"²⁷.

Il timore di una coppia che si esprime con alcune domande al ginecologo: "Come nascerà il nostro bambino? Sarà sano o avrà delle anomalie?", è una preoccupazione più che legittima. E, mentre nel passato, i genitori pregavano Dio affinché il figlio nascesse in buona salute, oggi le assicurazioni si esigono dal medico anche se "la garanzia totale" non potrà offrirla nessuno.

Esaminiamo ora una criticità: *la maternità che preveda un nascituro con accentuate malformazioni*.

Per alcuni, l'aborto come conseguenza, è "un diritto", anzi "un dovere"; in altre parole: "un'azione inevitabile".

Il famoso genetista M. Mac Intryge affermò: "al fine di prevenire la nascita di un bambino terribilmente difettoso e la distruzione emotiva ed economica della famiglia, l'aborto è la migliore tra le due scelte infelici"²⁸.

H. D. Aiken del Dipartimento di Filosofia della Brandeis University di Waltham nel Massachusetts sostenne che "il diritto alla sopravvivenza biologica è interamente dipendente dalla capacità dell'individuo in questione di condurre, con l'aiuto di altri, una vita umana. Ciò significa che nelle circostanze dove non esiste possibilità di una vera vita umana, il diritto alla sopravvivenza biologica o fisica

²⁶ D. TETTAMANZI, *Bio-etica. Nuova sfida per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 1987, pg. 69.

²⁷ E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, Vol. I, Vita e Pensiero, Milano 1996, pg. 362.

²⁸ M. MAC INTRYGE, *Professional responsibility un prenatal genetic evaluation*, in BIRTH DEFECTS ORIG. ART., Series 8, 1972, pg. 35.

perde la sua ragione d'essere e quindi la pietosa interruzione di questa vita è accettabile o forse anche obbligatoria. Va riconosciuto ai genitori di accettare l'onere di curare un figlio che non ha la capacità di godere pienamente una vita umana, ma quando tale cura danneggia seriamente il benessere di altri questo diritto deve cedere il posto ad altre più forti esigenze²⁹.

Noi rifiutiamo queste posizioni, poiché il feto anche "difettoso", è un essere umano e come tale ha un diritto inalienabile alla vita. Ammonì la "Congregazione per la Dottrina della Fede": "Si deve affermare che mai alcuna ragione può conferire oggettivamente il diritto di disporre della vita altrui anche in fase iniziale; e, per quanto concerne l'infelicità futura del bambino, nessuno, neppure il padre o la madre, può sostituirsi a lui, neanche se è ancora allo stato embrionale, per preferire a suo nome la morte alla vita (...). La vita, infatti, è un bene troppo fondamentale perché possa essere posta a confronto con certi inconvenienti, benché gravissimi"³⁰.

Ma attenzione. In questa situazione drammatica, mamma e papà, non devono essere abbandonati alla solitudine³¹ e all'isolamento poiché la nuova vita muterà radicalmente il loro futuro³². Una provocazione del moralista F. Canova: "La comunità cristiana dovrebbe impegnarsi per iscritto, qualora la famiglia non potesse inseguito provvedere al proprio figlio minorato che la parrocchia tutta assumerebbe il compito di sostenerlo e di assisterlo"³³.

La maggioranza delle coppie soprattutto giovani, il più delle volte, sono propense all'aborto. Di conseguenza, si comprende la gravità dell'atteggiamento di chi fornisce la notizia superficialmente o all'esterno di una significativa relazione ginecologo-genitori dove si avvii un colloquio comprensibile, continuativo ed esaustivo per la coppia. Si consiglia, affinché l'informazione sia obiettiva, che non sia comunicata da chi potrebbe anche eseguire l'atto d'interruzione della gravidanza. Come pure non vanno enfatizzate prevalentemente o unicamente le fragilità del futuro bambino determinando un immaginario falsato, ma è importante

²⁹ Citazione in A. SERRA, *Problemi etici della diagnosi prenatale*, MEDICINA E MORALE, 1982/1, pp. 52-53.

³⁰ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, Città del Vaticano 1974, n. 14.

³¹ Cfr. CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Il diritto a nascere*, 1972; CONSIGLIO PERMANENTE DELLA CEI, *Aborto e legge di aborto*, 1975; CONSIGLIO PERMANENTE DELLA CEI, *Comunità cristiana e accoglienza della vita umana nascente*, 1978.

³² Una testimonianza sulla solitudine che la coppia spesso deve affrontare.

"La nostra terza figlia è affetta dalla Sindrome di Down e dal momento in cui è nata la nostra vita è cambiata profondamente sia sul piano sociale che su quello affettivo- sentimentale.

Quali difficoltà abbiamo dovuto affrontare?

L'impreparazione: quando nasce un figlio 'diversamente abile' si è completamente impreparati; si sa che capita, ma si pensa sempre che interessi gli altri.

La completa ignoranza sulla malattia: non avevamo la minima idea su cosa comportasse l'essere down.

Gli aiuti sono stati pochi e rapidi: presto ci siamo ritrovati da soli con l'indirizzo e il numero di telefono di un'associazione.

Per noi la vita è cambia totalmente, e dopo un certo numero di anni, possiamo affermare che è cambiata 'in meglio'. La nostra bimba, oggi ormai cresciuta, si è rivelata un dono di Dio e ci ha aiutato a comprendere le reali priorità della vita. Ci riempie inoltre con l'affetto e spesso non ci accorgiamo delle sue differenze. Ma non per tutti è così!" (*Dal materiale predisposto dall'Ufficio per la Pastorale della Salute della Diocesi di Milano per la "Giornata Mondiale del Malato 2012"*).

³³ F. CANOVA, *L'aborto da un punto di vista medico*, in AA VV, *Si o no all'aborto?* Paoline, Alba (Cn) 1976, pg. 77.

evidenzia anche "il positivo" della nuova creatura. B. Haring così riassume il colloquio tra il ginecologo e la coppia. "Il modo giusto di dare l'informazione sarebbe quello di far capire che per loro non si tratta di una decisione neutra ma di una dalle più gravi conseguenze che coinvolge i più alti valori umani"³⁴. Una comunicazione obiettiva, completa e positiva, dunque, "fa la differenza", come pure è doveroso un sostegno psicologico, sociale e anche spirituale che dovrà protrarsi nel tempo.

Infine, non possiamo scordare che "le previsioni", a volte, fortunatamente, non si realizzano com'è accaduto a Marina Corradi, o sono meno drammatiche di quelle prospettate³⁵. Ma purtroppo "la gran parte dei centri favoriscono o nulla fanno per far sì che la coppia eviti l'aborto; la mentalità circostante sollecita, dal canto suo, verso l'aborto la volontà della donna con una specie di pressione sociale; su questo fatto esistono tante testimonianze anche se difficilmente riducibili a dati numerici. Si tratta della mentalità che antepone la 'qualità della vita' intesa in senso di salute fisico-psichica al rispetto della vita in sé considerata"³⁶.

Il dramma della nascita di un figlio diversamente abile ha alle spalle una lunga storia. Pur suscitando preoccupazioni, angosce e anche vergogna, poche donne nel passato abortivano. Migliaia di famiglie hanno agito coraggiosamente per superare i problemi; associandosi, combattendo e ottenendo positivi risultati che mitigano in parte i disagi. La "Legge-quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" (Legge 104/92), l'introduzione nella scuola del docente di sostegno (cfr. Legge 517/77), la normativa che disciplina l'accessibilità e l'abbattimento delle barriere architettoniche (cfr. Legge 13/89), la presenza dei diversamente abili nei settori societari..., sono ottimi risultati.

Da ultimo la nostra attenzione si sposta sulla "Diagnosi Genetica Preimpianto" (PGD) nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

E' una pratica "problematica" per varie motivazioni. Dall'approssimazione dei risultati agli effetti collaterali che potrebbero ostacolare lo sviluppo

³⁴ B. HARING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976, pg. 277.

³⁵ Una testimonianza di speranza per le coppie che vivono l'angosciante attesa di un figlio che potrebbe nascere affetto da imperfezioni. "Malformazione cerebrale compressa. Una diagnosi atroce sempre, ma ancor di più sconvolgente quando è comunicata a una mamma in gravidanza. Il bambino che si sta formando dentro di lei probabilmente non riuscirà né a camminare, né a parlare. Forse non riuscirà neppure a sopravvivere. Cosa pensa una giovane donna sdraiata sul lettino accanto al monitor? Quando quest'annuncio è comunicato a una donna gravida, nove volte su dieci, segue l'irreparabile scelta dell'aborto. Ma L. ha fatto subito un altro pensiero: 'Voglio che la mia gravidanza vada comunque avanti'. Oggi, a tre anni di distanza da quell'ecografia, la piccola B, non solo ha quasi completamente superato il suo problema, ma parla e cammina come qualsiasi altra bambina della sua età. Eppure, in quel dicembre, la situazione non sarebbe potuta apparire più preoccupante. Ricorda la mamma: 'Quando B. è nata era una bambina diversa, ma noi le abbiamo voluto bene e poi mostrava una vitalità sorprendente. Non era ancora la fine dell'incubo ma solo il primo bagliore di speranza che attraversava la spessa coltre di preoccupazione in cui fino a quel momento eravamo vissuti tutti'. Una tenue luce che è stata sufficiente per permettere di superare i tanti interventi di neurochirurgia cui B. è stata sottoposta. Quattro nei primi sei mesi di vita perché era necessario, ridurre poco alla volta, la grande ciste che aveva schiacciato il cervello. Poi sono servite stimolazioni continue e frequenti interventi di fisioterapia. E conclude la mamma: 'Lei che secondo la diagnosi prenatale non avrebbe potuto parlare, oggi bisogna sentirla come chiacchiera; non sta zitta un minuto' " (AVVENIRE, 4 febbraio 2017, pg. 13).

³⁶ E. SGRECCIA, *Liceità e limiti della diagnosi prenatale*, in ATTI CONVEGNO A.N.M.I.R.S., *Problematiche etiche, psicologiche e medico legali della diagnosi prenatale*, Milano 26 febbraio 1998, pg. 24.

dell'embrione, o eliminare quelli sani, o diminuire le probabilità di esito positivo dell'impianto, infatti "tutte le manipolazioni realizzate nella fase pre-impianto implicano una serie di complicazioni cosiddette epigenetiche, per cui alcune condizioni mal formative non nascono intrinsecamente all'embrione, ma sono dovute proprio alla manipolazione nelle fasi prima dell'impianto"³⁷.

In Italia, la PGD, è autorizzata dalla legge 40/2004 ("Norme in materia di procreazione medicalmente assistita") esclusivamente per finalità diagnostiche e terapeutiche, "volte alla tutela della salute e dello sviluppo dell'embrione stesso, qualora non siano disponibili metodologie alternative" (art. 13, comma 2). E' comunque vietata "ogni forma di selezione a scopo eugenetico, ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche" (art. 13, comma 3b).

Ma, nonostante la "chiarezza della legge", purtroppo dobbiamo segnalare "costanti abusi" perpetuati con l'autorizzazione di Tribunali o Corti Internazionali che interpretano "creativamente" la normativa.

Perché? "Perché la diagnosi pre-impianto sottende in realtà una grande menzogna culturale, che cioè dell'embrione prima degli otto giorni si possa fare quello che si vuole. Il dogma culturale generale è stato quello di spostare l'inizio della vita umana dal concepimento all'impianto"³⁸. E noi affermiamo: intromettersi nel destino di una creatura per poi sbarazzarsene se è portatrice d'imperfezioni è il peggio che si possa fare!

Concludiamo con alcuni numeri.

Il registro delle interruzioni di gravidanza a seguito dei risultati degli screening prenatali non esiste. Possediamo unicamente alcuni numeri presenti nelle Relazioni Annuali al Parlamento del Ministro della Salute sull'applicazione della legge 194.

Nei testi sono evidenziati le cifre di aborti precedenti alla 12° settimana di gestazione e quelli dopo la 12° settimana che potrebbero corrispondere, in parte, alle interruzioni della gravidanza a seguito di esiti dubbiosi degli screening. Nel 2016 sono stati 4.500, il 5,3% del totale degli aborti di quell'anno.

2.Aborto: una strage inarrestabile

2.1.GLI ABORTI NEL MONDO E IN EUROPA

L'aborto è l'uccisione di un essere umano nella prima fase della vita, quindi un "omicidio" o meglio un "figlicidio materno", poiché la madre, la prima responsabile dell'incolumità del figlio, è la mandante. E' "il potere" di vita e di morte su un futuro

³⁷ Da un'intervista al dottor Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, *AVVENIRE, E' vita*, 18 giugno 2015.

³⁸ Dall'intervista al dottor Giuseppe Noia. Cfr. nota precedente.

uomo!

Inoltre, l'interruzione volontaria della gravidanza, autorizzata e tutelata da una opinabile normativa, evidenzia che "la forza" prevale sui "diritti" di chi non ha voce essendo piccolo, debole, fragile e indifeso.

Abbiamo intenzionalmente usato i vocaboli "omicidio" e "figlicidio", poiché come ammonì san Giovanni Paolo II nel Messaggio per la XIII° Giornata Mondiale per la Pace: "Restaurare la verità significa innanzitutto chiamare con il loro nome gli atti di violenza, quali che siano le forme che assumono", mentre la cultura attuale abbindola con termini ingannevoli.

Ad esempio, la parola "aborto" sta scomparendo lasciando spazio all'espressione "interruzione volontaria della gravidanza". E' "una sostituzione tutt'altro che innocente; è un modo elegante per creare una cortina fumogena attorno alla tragica realtà in questione. 'Interruzione' è un termine per nulla drammatico. S'interrompe una conversazione, una trasmissione televisiva per riprenderla poco dopo, e il carattere omicida dell'azione si dissolve dietro un termine pacifico e innocente"³⁹. Lo stesso vale per la conclusione della vita, dove si stanno trasformando "il suicidio assistito" e l' "eutanasia", cioè l'uccisione intenzionale di un malato in "aiuto medico alla morte", pur consapevoli che "aiutare a morire" significhi invece alleviare il dolore al morente, sostenerlo e confortarlo nella sofferenza e accompagnarlo nel cammino al destino eterno.

Attenzione. Le manipolazioni del linguaggio con il trascorrere del tempo modificano anche il "modo di pensare"!

Esaminiamo alcune cifre di questo "genocidio censurato" come fu definito da Soggi, premettendo che a "livello planetario" è in corso "un agguerrito combattimento nei confronti della vita", soprattutto quella nascente e quella terminale, che spesso ha come bersaglio il costante impegno della Chiesa Cattolica a favore di quelli definiti da papa Francesco: "scarti della società". Pertanto, questa Istituzione, è frequentemente e pesantemente osteggiata e avversata a livello nazionale e internazionale⁴⁰.

L'ONU con le sue Agenzie: dall' "United Nations Population Fund" (Unfpa)⁴¹ all' "UN Women"⁴², è il capofila della "battaglia", non sprecando occasione per inserire "il diritto all'aborto" in Convenzioni o in Direttive che pur non avendo valore vincolante per i singoli Stati, sono sempre ampie giustificazioni per indurre a legiferare sull'argomento.

³⁹ L. CICCONE, *La vita umana*, Ares, Milano 2000, pg. 102.

⁴⁰ Cfr. E. ROCCELLA – L. SCARAFFIA, *Contro il cristianesimo. L'ONU e l'Unione Europea come nuove ideologie*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2005; A. TORNIELLI – L. FRANZAGA, *Attacco alla Chiesa*, Gribaudi, Milano 2006.

Interessante è il rapporto di sedici pagine diffuso il 5 febbraio 2014 dal "Comitato per i Diritti del Fanciullo delle Nazioni Unite" in cui si critica la Santa Sede perché non usa sempre un linguaggio "gender inclusive" ma parla di "complementarietà" del ruolo maschile e femminile. Si richiede "con urgenza di rivedere la sua posizione sull'aborto e di modificare il canone 1398 del Codice di diritto canonico relativo all'aborto, allo scopo di precisare le circostanze in cui l'aborto è permesso". E, infine la pretesa a "garantire agli e alle adolescenti l'accesso alla contraccezione" (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/VAT/CRC_C_VAT_CO_2_16302_E.pdf)

⁴¹ Agenzia delle Nazioni Unite che gestisce i fondi economici per le popolazioni povere.

⁴² Agenzia delle Nazioni Unite per la parità di genere e i diritti delle donne.

E come dimenticare “il ricatto” ai Paesi del Terzo Mondo?

Molti, esigono come compensa a sussidi economici, la pianificazione di politiche famigliari che comprendano contraccezione e aborto. E' il caso, ad esempio, di varie fondazioni filantropiche (Bill & Melinda Gates Foundation”, Marie Stopes International”⁴³, Nike Foundation, Atlantic Philantropies, Open Society Foundations...). E che dire delle “pressioni” e delle “imposizioni” delle varie Istituzione e Organizzazioni nei confronti dei Paesi più poveri del mondo?

Fantapolitica? Da centinaia di articoli presenti sul web sembrerebbe di no.

Da quanto affermato è innegabile che potenti ed influenti organizzazioni internazionali, think tank, gruppi ambientali e nazioni ricche promuovono agende a favore dell'aborto, imponendo politiche di controllo delle nascite ai Paesi in via di sviluppo. Consapevolezza espressa anche da papa Francesco: “non mancano pressioni internazionali sui Paesi in via di sviluppo che condizionano gli aiuti economici a determinate politiche di 'salute riproduttiva' ”⁴⁴. Una metodologia ritenuta dal Pontefice retrograde: “non è progressista pretendere di risolvere i problemi eliminando una vita umana”⁴⁵.

MONDO

Cina e India.

Cina. Negli anni '80 del XX secolo, le autorità cinesi, imposero il “Programma di Controllo delle Nascite” che obbligava il “figlio unico”. “Chi viola queste regole” scriveva B. Cervellera, missionario del PIME e responsabile dell’agenzia giornalistica Asia News, “rischia multe salatissime, aborto forzato anche al nono mese, infanticidio, distruzione della casa o requisizione dei beni”⁴⁶. Gli effetti furono drammatici. “Lo stato si vanta dei successi raggiunti: 300 milioni di nascite in meno in 21 anni”⁴⁷.

La “miopia” di questa strategia provocò un catastrofico divario tra la popolazione in età produttiva e quella in età avanzata. Di fronte al rischio di collasso del sistema economico in pochi anni, nel 2012 il governo abolì la norma restrittiva, e nei primi mesi del 2018, la “pianificazione familiare” uscì definitivamente dalle competenze del Partito.

La possibilità di partorire più figli aprì la strada alla Fecondazione Medicalmente Assistita quasi sempre anticipata dalla PGD. Oggi, questa tecnica, ha superato in Cina a livello numerico gli Stati Uniti ed è in costante crescita. Ad esempio, il Peking University Third Hospital di Pechino, ogni anno esegue più interventi della Gran Bretagna.

India. E' drammatico il report del governo indiano che indica milioni di bambine, ogni anno, abortite o abbandonate immediatamente dopo la nascita. Ciò mostra che le piccole sono ritenute una “maledizione” per le famiglie e sono generate fino a quando “non arriva il figlio maschio”. Sebbene banditi ufficialmente sono ancora

⁴³ “Marie Stopes International fornisce servizi di contraccezione e di aborto sicuro a milioni di donne e famiglie in tutto il mondo”. Dal home page della Fondazione: <https://www.mariestopes.org/>.

⁴⁴ PAPA FRANCESCO, Enciclica *Laudato sii*, n. 50.

⁴⁵ PAPA FRANCESCO, Esortazione Apostolica *Evangelii gaudium*, n. 214.

⁴⁶ B. CERVELLERA, *Missione Cina*, Ancora, Milano 2003, pg. 140.

⁴⁷ *Missione Cina*, op. cit., pg. 143.

assai diffusi i test per la determinazione del sesso del nascituro e il feticidio femminile è radicato su vasta scala.

EUROPA

E' "consumato" un aborto ogni 25 secondi, per un totale annuale di un milione e 220mila⁴⁸.

Tre casi emblematici: Inghilterra, Francia, Islanda.

Inghilterra. Nonostante cifre nefaste al male non si pongono limiti. A cinquant'anni dall'approvazione della legge abortista, si vorrebbe eliminare il "previo consenso di due medici" che devono accordarsi che il proseguo della gravidanza mette a rischio la salute fisica e psichica della donna. L'assenza di questo parere è reato. E come scordare lo scandalo della "Marie Stopes International" che approfittava della fragilità psicologica delle donne in gravidanza per convincerle ad abortire, aumentando così il profitto delle proprie cliniche?

Francia. Nel Paese, patria della "liberté, égalité, fraternité", le strategie a favore dell'aborto riguardano sia l'aspetto funzionale, sia quello culturale.

Per quanto riguarda "l'aspetto funzionale", nel gennaio 2015, nell'ambito della legge socialista di "modernizzazione della sanità", fu soppressa la settimana di riflessione precedente la sospensione della gravidanza ed estese la facoltà di praticare l'aborto chimico anche alle ostetriche, mentre quelli chirurgici possono essere eseguiti in "centri sanitari" esterni alle strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda "l'aspetto culturale", nel dicembre 2014 il Parlamento votò una risoluzione che proclamò l'aborto un "diritto costituzionale". E, nel dicembre 2016, fu approvata una legge per sanzionare chi propone scelte alternative all'aborto come "delitto d'impedimento all'interruzione volontaria della gravidanza". Inoltre, fu censurata la presenza sul web dei siti delle associazioni pro-life. Un preoccupante attentato al diritto d'informazione e una inaccettabile limitazione alla libertà d'espressione che prevede una multa di 30mila euro o due anni di carcere.

L'Islanda, si propone, il primo Stato del "Down Syndrome free", dove non nasceranno più bambini affetti dalla Sindrome di Down. Nel 2017, in un Paese di circa 400mila abitanti, sono venuti al mondo solo 2 bimbi con Trisomia 21. Miracolo? No, come documentato dal programma televisivo "Le lene" in un reportage del febbraio 2018. Le donne sono costrette a abortire quando scoprono che il feto è down. E, altri Paesi con capofila la Germania e la Danimarca, hanno intrapreso il medesimo percorso.

E' la realizzazione del "sogno eugenetico" ricordato precedentemente da papa Francesco. Un "sogno" che abolisce il limite, elimina la malattia, rifiuta il diverso. Pericolosamente e velocemente questa "peste" si sta diffondendo anche

⁴⁸ Alcuni numeri del 2017.

REGNO UNITO 215.000. 8.894.355 aborti dal 1967 anno in cui il Parlamento di Londra approvò l' "Abortion Act". "Ciò significa", scrisse Lord F. Alton, "una morte ogni tre minuti; 20 vite sopresse ogni ora" (*Dati Catholic Herald 2017*).

FRANCIA 209.913. GERMANIA 129.650. SPAGNA 84.985 (con un aumento dell' 87% negli ultimi dieci anni). Nell'EST EUROPEO sono effettuati 103 aborti ogni 1000 nati vivi. 1 aborto su 7 (14,2%) riguarda adolescenti con meno di 20 anni (Dati del Rapporto: *L'aborto in Europa e Spagna*, Istituto Spagnolo di Politica Familiare – IPF).

in Italia come scrisse Lucetta Scaraffia, membro del Comitato Nazionale di Bioetica. "Certe mamme e papà ai giardinetti anche in Italia, guardano male i genitori di chi ha la sindrome di Down, colpevolizzandoli, come se quella visione potesse turbare i loro figli. E' una cosa molto cattiva e molto brutta"⁴⁹.

2.2.GLI ABORTI IN ITALIA

L'aborto è autorizzato in Italia dalla legge 194/78 dal titolo drammaticamente beffardo: "*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*".

Così commentò questa intitolazione il cardinale G. Biffi: "Ho subito ammirato la raffinata ipocrisia dell'intitolazione. Essa mette in primo piano un valore indiscusso e un programma da tutti condivisibile, quale la 'tutela della maternità' (che però nell'attuazione sarebbe stata avvertita fatalmente come una preoccupazione secondaria), e per indicare un'azione da sempre percepita nella coscienza comune come abietta ed esecrabile si è utilizzata una perifrasi costruita con parole in se stesse innocenti: gravidanza - volontà - interruzione. Una coraggiosa schiettezza, senza 'laici' bigottismi, avrebbe dovuto preferire la denominazione più perspicua e più 'onesta' che sarebbe: 'Norme che regolano l'aborto volontario e il suo pubblico sovvenzionamento' "⁵⁰.

Il Decreto Legislativo approvato il 15 aprile 1978 dalla Camera dei Deputati (308 voti a favore e 275 contrari) e il 18 maggio dal Senato (160 voti a favore e 148 contrari), divenne legge dello Stato il 22 maggio con la firma del Presidente della Repubblica Giovanni Leone e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

La legge fu predisposta culturalmente e sociologicamente dalla Rivoluzione del '68', dal deterioramento etico-morale del Paese avviato nel 1974 con il Referendum riguardante il divorzio, dal Movimento Femminista che eresse l'aborto a emblema dell'autodeterminazione della donna sul proprio corpo ("l'utero è mio e me lo gestisco io") e dal Partito Radicale, che inseguito con evidenti contraddizioni, si fece paladino della rogazione internazionale sulla pena di morte e sui diritti dei carcerati.

Il "fronte abortista" sostenne che la normativa avrebbe prodotto tre risultati: la diminuzione degli aborti, la sconfitta degli aborti clandestini, la socializzazione del problema. Il primo obiettivo, come dimostrano le cifre ferme al 2016: 5.789.130 aborti in trentotto anni, non fu conseguito. Sul secondo, è utopistico fornire numeri reali, essendo l'atto "clandestino" un'azione nascosta o segreta. Il terzo scopo fu raggiunto ma in negativo, riducendo la percezione della coscienza morale, o meglio, come scrisse G. Ferrara: "l'aborto da 'legale' è diventato 'legittimo' e moralmente indifferente"⁵¹.

La legge 194 fu confermata dal Referendum del 17 maggio 1981, quando il 68% degli italiani divennero paladini dell'aborto e solo il 32% si schierò a difesa della vita, dell'uomo e della ragione.

La norma autorizza l'interruzione della gravidanza entro 90 giorni dal

⁴⁹ CORRIERE DELLA SERA, 21 febbraio 2018, pg. 17.

⁵⁰ G. BIFFI, *Memorie e digressioni di un cardinale cittadino*, Cantagalli editore, Siena 2001, pg. 381.

⁵¹ IL GIORNALE, 15 gennaio 2008, pg. 3.

concepimento⁵² e, anche dopo, di fronte a rischi per la vita della madre o malformazioni del nascituro che determinano pericoli per la salute fisica o psichica della donna.

Le modalità di aborto sono varie e con responsabilità etiche differenti. Esaminiamole.

-Aborto spontaneo. E' la morte del feto entro la ventesima settimana di gravidanza. Si verifica solitamente per cause indipendenti dalla donna. Essa è colpevole unicamente quando questa morte è determinata dalla sua negligenza: fatiche eccessive, attività rischiose, abusi d'alcool o di fumo...

-Aborto indiretto. Si potrebbe avere, ad esempio, quando una donna gravida scopre di essere affetta da tumore uterino e deve sottoporsi a cicli di chemioterapia non rimandabili, oppure ad intervento chirurgico per asportare il cancro. Riferendoci al principio etico del "duplice effetto", la gestante può procedere nella cura anche se rischiosa per il feto. Vanno osservate delle condizioni: la terapia finalizzata alla rimozione della patologia della madre; non può essere preventivata l'uccisione diretta del feto; la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.

-Aborto terapeutico. Presenta una situazione eticamente inaccettabile poiché "non si agisce sulla malattia in atto, ma s'ipotizza la soppressione del feto sano per evitare l'aggravamento o il pericolo di vita della madre; è un'azione su ciò che è sano (il feto) per prevenire una malattia o il rischio di morte"⁵³. In questo caso, il fine buono, cioè l'indennità della madre si consegue con un mezzo iniquo: l'uccisione del feto.

-Sono severamente condannabili l'aborto diretto e volontario e quello selettivo e eugenetico.

L'intervento avviene, inoltre, mediante "tecniche strazianti per il feto": l'aspirazione⁵⁴, il raschiamento della parete dell'utero⁵⁵, l'avvelenamento⁵⁶, l'induzione di contrazioni o l'isterotomia.

La Relazione del Ministro della Salute 2016 al Parlamento

La legge 194 contempla all'articolo 16 che il Ministro della Salute presenti annualmente al Parlamento una Relazione "sull'attuazione della legge e i suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione". I dati sono forniti dalle Regioni, raccolti dal Sistema di Sorveglianza operante presso l'Istituto Superiore di Sanità ed elaborati dall'ISTAT, ufficializzando il numero degli aborti eseguiti

⁵² L'articolo 4 dimostra "l'ampia permissività" della legge: "La donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto e la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni d'anomalie o di malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico o ad una struttura socio-sanitaria a ciò stabilita dalla Regione o ad un medico di fiducia".

⁵³ E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1986, pg. 205.

⁵⁴ Con un potente aspiratore introdotto nell'utero si sbriciola il feto e lo si aspira.

⁵⁵ Si introduce nell'utero una "curette" (strumento chirurgico a forma di anello) che stacca l'embrione dall'utero e nelle fasi più avanzate riduce a pezzi il feto.

⁵⁶ Si immettono nel sacco amniotico sostanze saline tossiche che bruciano la pelle del feto e lo avvelenano.

nelle strutture sanitarie pubbliche o convenzionate.

Il Rapporto 2016 esordisce enfaticamente affermando: “Per il terzo anno di seguito il numero totale delle IVG è stato inferiore a 100.000, più che dimezzato rispetto ai 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. E considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, per la prima volta il valore scende sotto a 60.000: la riduzione dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.7%, passando da 234.801 a 59.423 nel 2016”.

Osservazioni.

1.E' assente ogni riferimento alle “Pillole abortive” (di cui tratteremo inseguito). Anticipiamo unicamente che nel 2016 sono state vendute 404.121 confezioni composte da “Ulipristal acetato” (ElleOne) o da “Levonorgestrel” (Norlevo), prodotti che il più delle volte evitano l'impianto dell'ovulo fecondato nell'utero. Pertanto, migliaia di bambini non nati, non sono registrati ufficialmente come aborti.

2.Si è incrementato il numero di donne che procedono all' IVG nella fascia d'età compresa tra i 35 e i 44 anni. Sono donne che abortiscono prevalentemente nell'ambito matrimoniale e, a volte, professionalmente affermate. Questo dato è in contraddizione con un'affermazione della Relazione: “le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e i loro comportamenti sul controllo della fecondità”. A nostro parere, l'incremento d'età, denota che l'edonismo, l'autoaffermazione personale e professionale prevalgono sull'amore e sul dono.

3.Si affrontano marginalmente gli “aborti clandestini”.

Questo è positivo poiché si supera il qualunquismo delle cifre ISTAT che identificano gli aborti clandestini del 2016 tra i 10mila e i 13mila. Si ha l'impressione, però, che questa “piaga” perduri. Infatti, molte donne, prigioniere della cosiddetta “onorabilità sociale”, oppure per evitare procedure burocratiche, perseverano nel rivolgersi a strutture prive dei requisiti per praticare l'aborto. Alla nostra conclusione giunse anche un' inchiesta pubblicata sul quotidiano “La Repubblica” il 23 maggio 2013⁵⁷. La finalità del giornalista era la colpevolizzazione dei “medici obiettori”, citando episodi fuori luogo e affermando che le donne devono “migrare da una regione all'altra”. Ma ciò che a noi interessa è l'obiettiva affermazione sull'abortività clandestina. “Come si fanno a calcolare i numeri di un fenomeno clandestino? Con quali parametri? Da anni ormai nella relazione al Parlamento sulla legge 194, si cita una stima di 15/20mila aborti illegali, un numero calcolato unicamente sul tasso di abortività delle donne italiane e sottostimato per stessa ammissione del ministero. Molti altri elementi però portano almeno al raddoppio di quella cifra, facendo salire la quota delle interruzioni di gravidanza clandestine a 40/50mila l'anno. (...) Analizzando i dati ISTAT si nota l'incremento degli ‘aborti spontanei’. A detta di molti, questa impennata altro non è che il ritorno dell'aborto clandestino ‘mascherato’, esattamente come prima della legge 194, quando le donne dopo aver tentato di

⁵⁷ M. NOVELLA DE LUCA, *194, così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino*, 23 maggio 2013: http://repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/aborti_obiettori_di_coscienza-59475182/

‘fare da sole’ arrivavano in ospedale con emorragie e dolori, e i medici per salvarle completavano gli aborti, registrati come ‘spontanei’⁵⁸. Una conclusione è indiscutibile: legalizzando l’aborto non è scomparso quello clandestino con numeri che nessuno possiederà mai.

4. Nel valutare i fattori che riducono le IVG si evidenziano la diminuzione delle donne in età fertile e l’incremento della sterilità nelle coppie. Elementi che ovviamente modificano “il numero” delle gravidanze e, di conseguenza, il ricorso alla IVG. Ma, il dato, non dimostra assolutamente la “diminuzione percentuale” degli aborti⁵⁹.

5. Si riporta il consistente incremento del ricorso all’aborto da parte delle “donne immigrate”⁶⁰.

6. La Relazione nota la diminuzione degli “obiettori” nei Consultori ma non ricerca le cause e non propone soluzioni.

7. Nella Relazione, e di questo diamo atto di obiettività al Ministro, si sfatano le fake news sulla carenza dei ginecologi “non-obiettori”. Scrive B. Lorenzin. “C’è stato un aumento in numero assoluto dei ginecologi non obiettori, negli ultimi due anni, e una sostanziale stabilità del numero dei non obiettori nel corso dei quasi 40 anni di applicazione della legge, a fronte di un più che dimezzamento delle IVG. A conferma di ciò, i dati suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi una parte dei non obiettori viene assegnata ad altri servizi”.

A fronte dei 5.789.130 aborti legali operati in Italia dal 1978 al 2016 (**oggi potremmo aver raggiunto i 6.000.000**) una domanda è d’obbligo: *com’è possibile nel nostro Paese la presenza di milioni di situazioni di “grave pericolo” per cause attinenti a una gravidanza in corso?*

Una causa potrebbe essere l’identificazione della “legalità” con la “legittimità morale”. “Come può la legge autorizzare un atto immorale?”, si chiedono molti. A questa conclusione pervenne già nel 1981 un editoriale di “La Civiltà Cattolica”. “Legalizzare l’ interruzione della gravidanza significa per moltissime persone, che non distinguono facilmente ciò che è morale e ciò che è legale, che l’aborto ormai si può fare, che è lecito anche moralmente se la legge

⁵⁸ 194, così sta morendo una legge. In Italia torna l’aborto clandestino, op. cit.

⁵⁹ Osservava C. Casini: “Gli aborti non sono diminuiti dall’introduzione della legge 194. Confrontando l’anno 1983 con il 2016 si rileva che le donne in età fertile sono diminuite del 32%, ragion per cui ogni dato sul numero di aborti per essere efficace deve essere letto all’interno del crollo demografico che ha significativamente ridotto le donne feconde” (ZENIT.ORG, 9 dicembre 2016).

⁶⁰ A questo proposito, monsignor G. Perego, arcivescovo di Ferrara e presidente emerito della Fondazione Migrantes, ha affermato al 37° Convegno dei Centri di Aiuto alla Vita svoltosi a Milano nel novembre 2017. “(Le immigrate) Vivono l’inferno prima di sbarcare in Italia. Secondo le nostre statistiche subiscono in media dai 4 agli 8 stupri durante il viaggio, di cui 2 di gruppo. E restano incinta contro la loro volontà e per lunghissimi periodi rimangono nei centri di prima accoglienza”. Di conseguenza, gli aborti, il più delle volte, sono compiuti solo con farmaci e lontano dagli ospedali. L’appello di monsignor Perego: “quello che invece dovrebbe fare il governo è concedere immediatamente il permesso di protezione sociale per le donne incinte, non importa se d’un mese appena o di quattro o di sei. È una condizione di fragilità estrema e di bisogno di cui dobbiamo farci carico subito e che non può aspettare”.

lo permette. Ciò equivale a generare una spinta incontenibile verso il ricorso all'aborto anche di fronte a piccole difficoltà che ogni gravidanza normale comporta. In concreto, quindi, la legalizzazione dell'aborto conduce inesorabilmente ad un abbassamento della coscienza morale e ad un ineluttabile aumento della pratica abortiva. E tutto ciò, senza raggiungere mai - come documenta l'esperienza - il fine di estirpare la piaga dell'aborto clandestino”⁶¹.

Inoltre, la donna, si ritiene autorizzata a stabilire in totale autonomia e come reputa più idoneo la sorte del concepito. Ogni “scusante” è sufficiente per abortire, escludendo dalla scelta, nella maggioranza dei casi, il padre, cioè il ruolo maschile nel processo della generazione ed ovviamente il feto.

Da ultimo, non possiamo scordare la pressante campagna massmediatica che sta, come già accennato, trasformando nella coscienza del popolo italiano un'azione negativa, in atto neutro o anche positivo essendosi plasmata, come ricordava Benedetto XVI al Movimento per la Vita, “una mentalità di progressivo svilimento del valore della vita. Da quando in Italia fu legalizzato l'aborto ne è derivato un minor rispetto per la persona umana, valore che sta alla base di ogni convivenza, al di là della fede professata”⁶².

Molti italiani, il 17 maggio 1981, affermarono: “L'aborto è un fatto di coscienza: io non lo farei mai, ma devo rispettare la libertà altrui”.

Dichiarazione viziosa, poiché l'aborto non riguarda unicamente la libertà della donna ma il diritto alla vita di un altro essere umano di cui siamo responsabili, essendo ogni uomo “il guardiano di suo fratello, perché Dio affida l'uomo all'uomo”⁶³. Di conseguenza, la vita di un innocente, supera la questione “privata” assumendo un'ampia “dimensione sociale”.

Inoltre, per la mentalità comune, è legittimo che la Chiesa condanni l'aborto ma lo “Stato laico” ha l'obbligo di legalizzarlo. L'errore del ragionamento riguarda il fatto che l'aborto non è unicamente un peccato, ma un atto omicida, perciò contrastante con il “bene comune”. E nessuna società civile può legalizzare “l'omicidio di Stato”. L'articolo 2 della Costituzione Italiana, dichiara: “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali...”. Ciò significa che lo Stato deve intervenire per evitare abusi sulle persone che vivono particolari situazioni di vulnerabilità e di fragilità; dunque le più bisognose di tutela giuridica.

Una donna che intende abortire quali procedure deve seguire? Un iter veloce, quasi banale. Si rivolge ai consultori familiari pubblici, o alle aziende sanitarie, oppure a un medico di fiducia. E' sottoposta a una rapida visita ginecologica, e “dovrebbe” essere informata delle alternative per “superare le cause che inducono all'interruzione della gravidanza” come evidenziato dal titolo della legge: “Norme per la tutela sociale della maternità...”. Utilizziamo il verbo al condizionale (dovrebbe) poiché spesso ciò non avviene. Solitamente, il medico, gli consegna unicamente il documento che l'autorizza ad effettuare, dopo sette giorni, l'intervento chirurgico. La gravida firma inoltre alcuni documenti di consenso informato, spesso privi di informazioni sugli eventi avversi e sulle

⁶¹ LA CIVILTÀ CATTOLICA, Quaderno 3050 del 21 febbraio 1981, pg. 2.

⁶² BENEDETTO XVI, *Udienza al Movimento per la Vita*, 12 maggio 2008.

⁶³ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 19.

possibili complicanze, ed è “pronta” per la “gratuita” interruzione della gravidanza. Non è così ad esempio in Spagna e in Inghilterra, dove la quasi totalità degli aborti, avviene in strutture private e a pagamento.

2.3.LA GRAVITA' DELL'ATTO

Sulla gravità etico-morale dell'aborto, il Magistero della Chiesa, si è espresso ripetutamente⁶⁴.

L'enciclica *Evangelium Vitae* riassume le varie condanne: “...dichiaro - afferma san Giovanni Paolo II - che l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave in quanto uccisione deliberata di un essere innocente. Tale affermazione è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta e trasmessa dalla dottrina della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario ed universale. Nessuna circostanza, nessuna finalità, nessuna legge al mondo potrà mai rendere lecito un atto che è intrinsecamente illecito, perché contrario alla legge di Dio, scritta nel cuore di ogni uomo, riconoscibile dalla ragione stessa e proclamata dalla Chiesa”⁶⁵.

La gravità della legalizzazione dell'aborto, fu ribadita anche da un editoriale di “La Civiltà Cattolica” pubblicato il 20 maggio 1978, due giorni dopo l'approvazione del Decreto Legislativo da parte del Senato, confrontando questo provvedimento con la tragica uccisione di Aldo Moro e della sua scorta. “Certo, la terribile e sconvolgente vicenda dell'on. Moro e della spietata uccisione della sua scorta hanno attirato l'attenzione di tutti in maniera così forte che gli altri problemi sono passati in secondo piano; ma se si riflette più profondamente si rileva che quanto avviene al Senato in questi giorni con l'approvazione definitiva della legalizzazione dell'aborto è più grave, sotto il profilo generale e per quanto riguarda il futuro non solo immediato, ma anche lontano del nostro paese, di quanto avvenne il 16 marzo in via Fani. Qui fu commesso un delitto orrendo, ma non fu intaccato il principio del diritto alla vita e alla libertà. Invece, con l'approvazione della legge sull'aborto, per la prima volta nella storia del nostro Paese viene intaccato il principio del diritto alla vita, cioè il principio fondamentale sul quale si regge non solo la vita sociale, ma anche l'ordinamento giuridico italiano”⁶⁶.

Rileviamo, infine, che la condanna dell'aborto non fu un'opinione unicamente “cattolica”. Vari laici si affiancarono negli anni 80' del XX secolo alla Chiesa Cattolica nella comune battaglia a favore della vita. Affermò U. Bobbio filosofo, giurista e senatore a vita: “Vorrei chiedere quale sorpresa ci può essere nel fatto che un laico consideri come valido in senso assoluto, come un imperativo categorico, il ‘non uccidere’. E mi stupisco a mia volta che i laici lascino ai credenti il privilegio e l'onore di affermare che non si deve uccidere”⁶⁷.

⁶⁴ Cfr.: CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, 1974; CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione* 1987, CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Chiarificazione della Congregazione sull'aborto procurato*, 2009.

⁶⁵ *Evangelium vitae*, op. cit., n.62.

⁶⁶ LA CIVILTÀ CATTOLICA, Quaderno 3070 del 20 maggio 1978, pg 313.

⁶⁷ CORRIERE DELLA SERA, 8 maggio 1981, pg. 8.

2.4.L' ATTEGGIAMENTO DI CHI DIFENDE LA VITA

Il Vangelo non fornisce insegnamenti specifici ma evidenzia le basi fondamentali e imprescindibili per chi "protegge la vita": la dignità e la sacralità della persona, la difesa dell'innocente, il comandamento dell'amore. Il Signore Gesù, inoltre, mostrò un'immensa predilezione per i piccoli, affermando che a loro dobbiamo il massimo rispetto. Si scagliò, inoltre, contro chi li avrebbe scandalizzati⁶⁸. Ma, il Cristo, ammonì anche i Maestri della Legge dichiarando che unicamente condannare è insufficiente: "Voi caricate sugli uomini pesi difficili da portare, ma personalmente non li toccate nemmeno con un dito"⁶⁹.

Ebbene, quali alternative offrire alla donna intenzionata a sopprimere la vita che porta nel grembo?

E' ingenuo e semplicistico limitarsi ad affermare che "la vita è sacra" e "non va soppressa" poiché potremmo confrontarci con donne che abortiscono "superficialmente"⁷⁰, ma anche e prevalentemente con madri, sposate o non, che vivono angosciati dilemmi, e per loro la gravidanza è motivo d'immensa sofferenza.

Occorre ergersi "paladini della vita" non unicamente a parole ma concretamente, ponendosi a fianco delle madri in difficoltà donandogli amore e coraggio per affrontare la gravidanza.

Il cristianesimo presenta come modello per ogni mamma la Madonna, colei che nel periodo della gravidanza sperimentò difficoltà fisiche, psicologiche e sociali. Il concepimento, annunciato dall'angelo, avvenne in condizioni umanamente enigmatiche: "Non temere, Maria, perché hai trovato grazia presso Dio. Ecco, concepirai un figlio, lo darai alla luce e lo chiamerai Gesù"⁷¹. Di conseguenza entrarono in crisi i rapporti con Giuseppe, e lo sposo che "era giusto e non volendo ripudiarla, decise allora di licenziarla in segreto"⁷². Dopo il parto avvenuto in condizioni disagiate⁷³, la Sacra Famiglia fu costretta a fuggire in Egitto⁷⁴ per tutelare la vita del bambino Gesù e lì vissero per un periodo da profughi.

Alle future mamme nell'angoscia, poiché a volte quando si è gravide si perde il posto di lavoro (molti datori esigono dalla lavoratrice l'interruzione della gravidanza), non si possiedono i soldi per giungere alla fine del mese e forse neppure un uomo al proprio fianco, dobbiamo consigliare le istituzioni che le sosterranno e le assisteranno, in particolare *il Movimento per la Vita*⁷⁵.

Il "Movimento per la Vita Italiano" (MPV) è la Federazione degli oltre seicento movimenti locali presenti su tutto il territorio nazionale e svolgono varie attività di

⁶⁸ Cfr. VANGELO DI MATTEO, 18,6-7.

⁶⁹ Cfr. VANGELO DI LUCA, 14,46.

⁷⁰ Dalla relazione al Parlamento sulla legge 194 del Ministro della Salute. Nel 2016 si evidenzia: 19-20% di donne che abortiscono per la seconda volta, 5-6% abortiscono per la terza volta, 2-3% abortiscono per la quarta volta, 1-2% abortiscono per la quinta volta.

⁷¹ VANGELO DI LUCA, 1,30.

⁷² VANGELO DI MATTEO, 1,19.

⁷³ Cfr. VANGELO DI LUCA, 2,6-7.

⁷⁴ Cfr. VANGELO DI MATTEO, 2,13-23.

⁷⁵ Cfr. www.mpv.org

aiuto e di accompagnamento.

- 331 *Centri di Aiuto alla Vita* (CAV) rispondono in modo concreto alle necessità delle donne che vivono una gravidanza difficile o inattesa. Con l'opera di centinaia di volontari, dal 1975 hanno aiutato a nascere circa 150mila bambini. Un autentico dono alla vita e all'Italia che invecchia. E, "nessuna mamma - sostengono - ha mai rimpianto la scelta di far nascere il bambino che aspettava".

- *Progetto Gemma* che offre ad una futura mamma un sostegno economico che le può consentire di portare a termine con serenità il periodo di gestazione, accompagnandola poi nel primo anno di vita del bambino.

- *Culle per la vita*, cioè la moderna riedizione delle "Ruote degli esposti", presenti in vari luoghi del nostro Paese, rappresentano un'alternativa per tutte quelle donne che non vogliono o non possono recarsi in ospedale a partorire.

- *Sos Vita* è un servizio telefonico per comprendere e sostenere donne e coppie che si trovano ad affrontare una gravidanza difficile da accogliere e difficile da vivere⁷⁶.

Altra alternativa all'aborto è la possibilità di partorire in ospedale "anonimamente" e abbandonare il neonato alla struttura sanitaria che provvederà alla cura⁷⁷.

Noi, possiamo contribuire, offrendo del tempo come volontari, oppure economicamente.

Di fronte a "prassi sbrigative" di Consultori e Aziende socio-sanitarie, dobbiamo anche "vigilare" ed "esigere" che gli aspetti definiti "positivi" della legge 194, cioè i "filtri" previsti, ma poco attuati come ammesso anche dalla Relazione 2016 del Ministro della Salute, siano rispettati e ampliati. Frequentemente i "consultori" costituiti come luoghi di accoglienza, di sostegno e di dissuasione, si sono mutati per la carenza di risorse e per la presenza di molti operatori non obiettori, in "fabbriche dell'aborto".

Eppure, l'articolo 5 della legge, non lascia spazio ad interpretazioni ambigue o ideologiche.

"Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, *di esaminare* con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito:

-le possibili soluzioni dei problemi proposti,

-di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza,

-di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre,

-di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto".

Dunque, un lavoro d'équipe, per scongiurare l'aborto.

⁷⁶ www.sosvita.it, 800813000

⁷⁷ Cfr. Legge 198/1983, art. 28, comma 7; D.P.R. 3 novembre 2000, art. 30, comma 1; Codice della Privacy 2003.

La “vigilanza” va attuata anche nei riguardi degli “aborti tardivi” come previsto dall’articolo 7 della 194. “Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto (...), il medico che esegue l’intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto”. Solitamente ciò avviene dopo la ventiduesima settimana.

2.5.ALLE DONNE CHE HANNO ABORTITO

L’aborto, implica alla donna, inestimabili sofferenze e incommensurabili devastazioni psicologiche avendo reciso un legame profondo e ancestrale, oltre che una relazione intensissima tra madre e figlio instaurata fin dal concepimento. Avviene quanto accade di fronte alla morte di una “persona cara”. Si spalanca una ferita profonda e permanente che raggiunge l’apice di fronte alla morte di un figlio sia piccolo sia adulto. “E’ come se il tempo si fermasse e si apre una voragine che inghiottisce il passato e anche il futuro”⁷⁸. Per questo, un notevolissimo numero di donne, si chiedono insistentemente e disperatamente: “*dov’è il mio bambino?*”. E, ovviamente, sono insufficienti le banali affermazioni: “non pensarci più”, o “dimentica”, oppure “la vita continua”. E’ la cosiddetta “Sindrome Post-Abortiva” che “ferisce” circa il 60% delle donne che hanno interrotto la gravidanza. Può manifestarsi immediatamente dopo l’aborto oppure presentarsi a distanza di mesi o di anni. E, tanti, hanno ancora il coraggio di affermare che una finalità dell’IVG è la salvaguardia della “salute mentale” della donna.

Di fronte a queste tragedie personali, San Giovanni Paolo II, si rivolse alle donne che hanno abortito paternamente e amorevolmente. “Un pensiero speciale vorrei riservare a voi, donne che avete fatto ricorso all’aborto. La Chiesa sa quanti condizionamenti possono aver influito sulla vostra decisione, e non dubita che, in molti casi, si è trattata di una decisione sofferta, forse drammatica. Probabilmente la ferita nel vostro animo non si è ancora rimarginata. In realtà, quanto è avvenuto è stato e rimane profondamente ingiusto. Non lasciatevi prendere però dallo scoraggiamento e non abbandonate la speranza. (...) Se ancora non l’avete fatto, apritevi con umiltà e fiducia al pentimento. Il Padre di ogni misericordia vi aspetta per offrirvi il suo perdono e la sua pace nel sacramento della riconciliazione. Vi accorgete che nulla è perduto e potrete chiedere perdono anche al vostro bambino, che ora vive nel Signore”. E conclude: “Aiutate dal consiglio e dalla vicinanza di persone amiche e competenti, potrete essere con la vostra sofferta testimonianza tra i più eloquenti difensori del diritto di tutti alla vita”⁷⁹.

Papa Benedetto XVI, evidenziò che il disagio più profondo è procurato alla donna dalla “voce della coscienza” che la società post-moderna vuole tacitare, ma drammaticamente risuona nel suo cuore, ricordandogli di aver negato a suo figlio il diritto alla vita. “La tematica della sindrome post-abortiva, vale a dire il grave disagio psichico sperimentato frequentemente dalle donne che hanno fatto ricorso all’aborto volontario, rivela la voce insopprimibile della coscienza morale, e la

⁷⁸ PAPA FRANCESCO, *Udienza Generale del 24 giugno 2015* sulle ferite che colpiscono la famiglia.

⁷⁹ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 99.

ferita gravissima che essa subisce ogni qualvolta l'azione umana tradisce l'innata vocazione al bene dell'essere umano, che essa testimonia⁸⁰.

LA SINDROME DA STRESS POST-ABORTO

La dott.ssa C. Baccaglino, psicoterapeuta, ha equiparato l'IVG a una "mina" che dopo essere stata innescata è gettata nell'oceano⁸¹.

La dott.ssa B. Foa, psicologa clinica e counselor, nel testo "Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l'aborto del figlio"⁸², propone un percorso terapeutico scientifico per affrontare una sofferenza "ancora troppo taciuta"⁸³.

Anche a Simona Ventura, conduttrice televisiva e showgirl che abortì in giovane età, la ferità "rimase aperta" per decenni⁸⁴.

Da ultimo, non possiamo scordare i riscontri scientifici presenti in numerosi studi internazionali che testimoniano che la sindrome post-abortiva non solo procura profonde depressioni ma anche pensieri suicidi⁸⁵.

⁸⁰ BENEDETTO XVI, *Ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita*, 26 febbraio 2011.

⁸¹ "Questa mina - afferma Baccaglino - può rimanere inattiva per svariati anni oppure esplodere dopo brevissimo tempo, può ovviamente anche non esplodere. Però una 'piccola' mina può affondare anche una grossa nave! Uscendo dall'esemplificazione, la 'mina' cioè l'aborto, vaga nel 'mare' che è l'inconscio, l'ostacolo su cui può detonare è la percezione dell'interruzione stessa. Infatti, la donna può rimuovere, può anche negare, mediante meccanismi di difesa, quanto è accaduto, però può anche recuperare la percezione cosciente dell'interruzione avvenuta, evidenziando il bisogno di elaborazione del lutto" (IL TIMONE, 8/2009, pg. 27).

⁸² Ed. Effatà, Cantalupa (To) 2014.

⁸³ Alla domanda: "Come si manifesta lo stress post aborto?", così risponde la dott.ssa Foa. "Per quello che ho potuto constatare, la donna dopo l'intervento abortivo non rimane più la stessa. Necessariamente si deve incassare un colpo enorme: un trauma. Il trauma è tale che si vive una sorta di schizofrenia tra due diverse rappresentazioni del sé: l'immagine che si aveva della propria persona prima dell'evento aborto, e l'immagine nuova di sé, che non corrisponde più a quella precedente all'aborto, e che è, di fatto, quella reale. La donna, dopo aver compiuto una scelta decisiva, pensa, erroneamente, di poter andare avanti come se l'evento aborto non fosse mai accaduto. Ma la coscienza, prima messa a tacere, si rifà viva. Infatti è proprio la morte del figlio che rende la donna consapevole del fatto che in precedenza il bambino era vivo; e che era un bambino, non un girino".

"Tutte le madri che vengono a cercare aiuto per elaborare il lutto - prosegue la psicologa clinica - soffrono di quella che è stata individuata come la sindrome da stress post aborto (PSA). Questa sindrome è caratterizzata dalla presenza di numerosi sintomi e può essere classificata tra i disturbi post traumatici da stress (PTSD), dove lo stress è evidentemente determinato dall'avvenuta interruzione di gravidanza. Il trauma è una situazione di impotenza, è una circostanza in cui la violenza d'impatto dell'evento esterno è tale da causare una lacerazione di quella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi. Questo porta ad una scissione psichica, depressione, ansia, pianto continuo, incapacità a concentrarsi, umore irritabile, pensieri negativi, abuso di sostanze (sonniferi, ansiolitici, antidepressivi, droghe, alcol)" (*Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l'aborto del figlio*, op. cit., pg. 83).

Il vissuto di Annie, una delle protagoniste del libro, chiarisce questo aspetto: "Mi sembra di vivere due vite parallele, una normale, in cui vado andavo a lavorare, accudivo la casa, curavo marito e figli, e l'altra piena d'orrore, di sensazioni di vuoto che cercava di staccare dal resto della mia vita. Ma entrambe queste vite erano inquinate dal malessere di aver perso un figlio per colpa mia. Il male che avevo dentro era diventato anche male fisico" (*Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l'aborto del figlio*, op. cit., pg. 86).

⁸⁴ "Ho avuto il primo rapporto sessuale a 19 anni e sono rimasta incinta e ho abortito. Feci quel gesto ed è rimasta una ferita sempre aperta. Lui (il mio compagno) era un amore, ma non l'ha mai saputo, non gliel'ho mai detto. Perché? Perché era una scelta mia e non era un suo diritto saperlo. Ma quella decisione mi ha procurato delle conseguenze psicologiche per anni ed è stato molto difficile superarle" (IL MESSAGGERO.IT, 26 giugno 2018).

⁸⁵ Riportiamo alcuni studi rimandando per maggiori approfondimenti al sito internet: <https://www.uccronline.it/2010/04/22/studi-scientifici-dimostrano-lesistenza-della-sindrome-post-aborto->

ASCOLTO E PERDONO

Questa “fragilità” della donna richiede la nostra fraterna e comprensiva vicinanza come pure l’indicare luoghi per “sanare le ferite”.

Un ambiente affinché le donne “ritrovino serenità” è “La Vigna di Rachele”⁸⁶, un’istituzione presente in 40 Paesi. In Italia ha sede a Bologna e propone un itinerario psico-spirituale. Afferma la coordinatrice e formatrice Monika Rodman Montanaro affiancata dal direttore spirituale padre Frank Pavone che nel 2013, ricevuto da papa Francesco, ebbe il suo incoraggiamento e la sua approvazione. “L’aborto è un’esperienza traumatica ma il mondo cattolico spesso tratta questo tema solo come un peccato che richiedere il perdono sacramentale. In questo modo però si rischia di non riuscire a ricevere totalmente la Grazia di Dio perché alla base c’è anche un trauma. E qui subentra l’aspetto psicologico”. “La Vigna di Rachele” è dunque “un modello psico-spirituale per lenire le ferite che derivano dall’esperienza dell’aborto. Il programma offre l’opportunità di esaminare l’esperienza dell’aborto, identificare il modo in cui la perdita ha toccato la donna nel passato e nel presente, e aiutare a rendersi conto di ogni conflitto irrisolto con cui molti individui combattono dopo l’aborto”.

Il percorso è composto da un ritiro spirituale di tre giorni che include la presenza continua di sacerdote e psicologa. “Ascolto” e “accoglienza” sono due parole chiavi dell’itinerario. “La Vigna” propone una varietà di esercizi che

pas/

La ricerca dell’Elliot Institute for Social Sciences Research di Springfield (Illinois - USA), giunse alle seguenti conclusioni.

- Il 90% delle donne che hanno abortito soffre danni psichici nella stima di sé;
- il 50% incomincia o aumenta il consumo di bevande alcoliche e/o quello di droghe;
- il 60% è soggetta ad idee di suicidio spesso legate a date speciali: anniversario dell’aborto, data presunta del parto...;
- il 28% ammette di aver tentato di suicidarsi;
- il 52% ha rancore o avverte sentimenti di odio nei confronti di chi gli ha “consigliato l’aborto”.

L’equipe Suicide anonymous di Cincinnati (Ohio - USA), coordinata da M. Uchmann, si occupò per due anni e mezzo di oltre 4.000 tentativi di suicidi di donne; oltre la metà erano reduci dall’aborto.

Lo studio STAKE, condotto per quattordici anni in Finlandia, arruolando tutte le donne che avevano interrotto la gravidanza, mostrò in queste una mortalità tripla e un tasso di suicidiarietà sette volte superiore alle partorienti.

Lo studio della dott.ssa Priscilla Coleman della Bowling Green State University. Intervista online a 987 donne che hanno chiesto cure post-abortiono.

**I°domanda: “Aspetti positivi dell’esperienza dell’aborto”.*

Tutte le donne hanno riferito di non aver avuto alcun beneficio personale dall’esperienza ma solo un “dolore straziante” che ha fatto sorgere in molte il desiderio di aiutare altre donne dedicandosi al volontariato nei gruppi pro-vita. Altre hanno affermato che il trauma dell’aborto le ha indotte ad approfondire l’aspetto spirituale della loro vita. “L’unica cosa positiva che mi ha portato l’aborto è che alla fine mi ha messo in ginocchio davanti a Dio”, è stata la risposta di più donne.

**II°domanda: “Aspetti negativi dell’esperienza dell’aborto”.*

La maggioranza delle donne hanno descritto una complessa costellazione di conseguenze negative centrate sulla vita persa. Ne è conseguito: depressione, senso di colpa, odio verso se stesse, dipendenze, comportamenti autodistruttivi, ansia e pensieri suicidari. Il 67,5% si sono rivolte a psicologi o psichiatri; il 51% hanno utilizzato farmaci per la loro salute psicologica. 49 donne hanno espresso la mancanza di desiderio di continuare a vivere.

**III°domanda: “Perché avete abortito?”.*

Per libera scelta: 13,3%

Per soddisfare la richiesta del partner o per paura di perderlo: 58,3%

A seguito di pressioni: 28,4%

⁸⁶ www.vignadirachele.org

consentono all'anima di esprimere il lutto e il dolore. "Questi aiutano a mettere in comunicazione i partecipanti con la propria voce interiore, tra di loro, e con l'amore e la compassione di Dio. Gli esercizi del ritiro aiutano i partecipanti ad accettare il perdono per se stessi e gli altri"^{87/88}.

RISCHI FISICI

La legge 194 menziona ripetutamente il "diritto delle donne ad abortire" ma non accenna al "diritto all'informazione", e di conseguenza al conoscere che l'IVG potrebbe provocare degli eventi avversi seri: da emorragie a gravi infezioni, dall'infertilità permanente a eventuali parti prematuri.

L'argomento che per i "pro-choice" è una fandonia dei "pro-life", è trattato nel testo della dott.ssa Lorenza Perfori "Per la salute delle donne"⁸⁹, che riporta gli

⁸⁷ ALETEIA, 16 settembre 2015.

⁸⁸ Più significativa di mille parole è la testimonianza di Tina.

"Ero una donna di 29 anni cresciuta con valori cristiani, ma... come si dice 'cattolica ma non praticante'. Avevo un matrimonio alle spalle che ritenevo noioso ed un figlio che era la gioia della mia vita. Molto in carriera, molto capace nel lavoro, sempre elegante ed affascinante per il modo esterno, ricca... di buona famiglia... Vivevo in un piccolo centro ed abbastanza in vista... ma senza Gesù. Ho conosciuto un uomo al di fuori del matrimonio, più grande di me, medico estetista che ha portato a mille la mia vanità. Sono letteralmente impazzita, facevo cose da pazzi pur di vederlo e stare con lui, mi meravigliavo di me stessa per quanto ero capace di fare il tutto bene e di nascosto. Ho iniziato un gioco pericoloso che è sfociato in una gravidanza. Ero nel panico, sentivo questo piccolo frutto dentro di me di un falso amore. Parlai con lui, non mi credeva... Pensai lo tengo, sarà il fratello del mio bambino e crescerà con lui e terrò il segreto... Ma un'amica mi disse: 'Cosa fai, come crescerà, come potrai nascondere il padre, come potrai tenere il segreto, come sarà se lo dici (vivo in un piccolo centro), la tua vita sarà stroncata... come sarai vista dalla società... che ne sarà della tua carriera appena iniziata... come potrai dire questo a tuo figlio? Sai, loro (i cattolici) dicono che appena concepito è già vita, ma non è vero niente, è solo un pezzo di niente, una cosa deforme che fino al terzo mese non ha vita né significato come essere vivente, non è niente. Vieni qua, ti organizzo tutto io, amica mia, anche gratis!'. Sono nel pallone... come un automa vado... lo faccio... ! Mi trovo in una stanza con altre donne, mi vergogno da morire... pero finisce presto... mi addormentano, il medico si chiama Nicola come mio figlio. Mi sveglio e sono tanto coccolata dall'amica e dal padre del mio bambino appena perso. Senza accorgermene la mia vita diventa una valanga di divisioni e dolori: divorzio, solitudine, inseguimento di debiti, fuga dal piccolo paese, solitudine... tanta solitudine. Alla sfrenata ricerca di amore, di falso amore fino all'accettazione di tutto pur di non stare sola.

Il mio caro figlio, lo porto con me, fa parte della mia solitudine, vivo per lui. Dio mi vuole bene, mi prende per i capelli, mi mette davanti un percorso di vita nuova, un marito, l'annullamento, un'altra figlia, un altro figlio acquisito, la mia vita si riempie di amore... ma resta costante un senso di vuoto che mi accompagna, di poca autostima che mi fa accettare tanti compromessi di vita pur di avere amore. Non penso mai al mio gesto..., lo nascondo a me stessa..., non potevo fare altrimenti... è passato! Non influenza la mia vita! Negli anni le mie sorelle e i miei fratelli mi confessano tutti di aver avuto un aborto... non ho il coraggio di dire anche io! Ma Dio ha sempre più misericordia di me, mi prende per mano e mi porta a fare dei percorsi per conoscerlo sempre di più, un crescendo verso di lui tramite la Madonna, tramite tante persone che mi parlano di Lui... Un sacerdote mette un avviso in chiesa: 'Ritiro della Vigna di Rachele'... mi fermo, lo leggo. Ho vergogna di parlarne ma esce tutto il mio dolore accumulato per 23 anni, esce la parte di me morta con quel terribile gesto. La mia maternità mancata ed amputata. Faccio il ritiro, finalmente chiedo il perdono... Il mio cuore straziato finalmente può urlare, ha diritto ad urlare il dolore di non aver potuto difendere la vita, di non aver potuto difendere il mio amore di madre. Finalmente capisco quanto il mio gesto ha determinato le scelte della mia vita portandomi quasi sul baratro del cinismo. Ma con Gesù ed il percorso fatto alla 'Vigna di Rachele', rinasce in me la speranza, rinasce in me il diritto di conoscere e ricevere ed essere degna dell'amore di Gesù, posso finalmente curare le ferite e vederle rimarginate. Posso amare i miei figli senza sensi di colpa. Posso amare il mio Michele sapendo che è lì e prega per me, mi segue come un angelo e so che un giorno lo riabbracerò nella luce del Signore. Ed ho la voglia di gridare al mondo: 'non fatelo' chiedete aiuto, cercate aiuto... non seguite satana... perché con questi innocenti morite anche voi e non c'è nulla di più orribile che morire restando in vita, nelle mani del maligno!' (www.vignadirachele.org).

⁸⁹ Edizioni ProVita.

“alti rischi” supportati da un’ampia documentazione scientifica⁹⁰.

Da ultimo rammentiamo che delle IVG ebbero e hanno come epilogo la morte della donna; evento accennato anche nella Relazione del Ministro della Salute⁹¹.

Secondo i dati dell’OMS le morti conseguenti all’aborto sono il 7,9% sul totale della mortalità materna, cioè 193mila decessi annuali. Ma i numeri appaiono sottostimati. Per la rivista scientifica settimanale “The Lancet” (ottobre 2017) i decessi sarebbero il 14,9% della mortalità materna.

LA SOFFERENZA DELL’UOMO

L’aborto “colpisce psicologicamente” anche l’uomo con reazioni negative simili a quelle riscontrate nella donna, anche se gli uomini sono più propensi a negare il loro dolore o a interiorizzare i loro sentimenti di perdita. “Gli uomini di solito soffrono in silenzio dopo un aborto. Per questo motivo, le loro richieste di aiuto spesso passano inosservate e non sono riconosciute da coloro che li circondano”⁹². Si stima che 4 uomini su 10 sono colpiti da sintomatologie varie: depressione, sensi di colpa, ansia, aggressività, autoisolamento, disturbi sessuali. Il fenomeno, velato in Italia, è molto considerato all’estero⁹³.

Perché l’uomo? “Per il maschio contribuire al concepimento di un figlio significa vivere il nucleo centrale della virilità, dell’essere davvero uomo... L’aborto vanifica questa esperienza interrompendo, spesso in modo definitivo, il passaggio alla maturità”⁹⁴.

Infine, l’aborto, può instaurare sfiducia e diffidenza anche nel rapporto madre-figli. Inconsciamente, potrebbero frapporre delle barriere verso colei che

⁹⁰ Intervista alla dott.ssa Lorenza Perfori.

Da dove nasce l’esigenza di realizzare questa sorta di vademecum per le donne sui danni dell’aborto?

“Dal fatto che questo tipo di informazione non c’è. Quando una donna si reca presso le strutture sanitarie per chiedere di abortire, non le viene detto nulla sulle ripercussioni che questa pratica può provocarle. Non se ne parla in ambito sanitario, ma nemmeno a livello politico: c’è un velo ideologico su questo tema. Per sopperire a una mancanza, dunque, ho realizzato questo opuscolo in cui riepilogo tutte le conseguenze a cui la donna può andare incontro quando si sottopone all’aborto volontario”.

Quali sono queste conseguenze?

“Ce ne sono alcune che danneggiano la salute fisica ed altre la salute psichica. Conseguenze che gravano sul fisico sono comuni a entrambe le procedure abortive, quella medica (con la pillola) e quella chirurgica, ossia emorragia e infezioni. Ci sono poi complicazioni legate esclusivamente all’aborto chirurgico: danno cervicale, perforazione uterina, complicazioni legate all’anestesia. Ed altre conseguenti solo all’aborto medico: dolore forte e prolungato, che dura diversi giorni dopo l’assunzione della pillola, flusso emorragico abbondante, maggiore sia in quantità che in durata rispetto a quello provocato dall’aborto chirurgico, nonché la sepsi”.

Secondo lei perché non si parla di questi temi?

“Perché parlarne metterebbe in discussione la pratica dell’aborto e la legge 194, la quale è stata approvata con l’obiettivo dichiarato di curare la salute psichica della donna che si trova ad avere una gravidanza indesiderata. Se invece venissero mostrati a quella stessa donna i rischi sulla sua salute che l’aborto comporta, cadrebbe il castello ideologico su cui è stata costruita la 194” (<https://lorenzaperfori.weebly.com/i-miei-articoli/aborto-le-conseguenze-di-cui-nessuno-parla>).

⁹¹ “Si ricorda che purtroppo l’interruzione volontaria di gravidanza, come tutti gli interventi sanitari e il parto, non è esente da rischio di complicanze fino al possibile decesso”.

⁹² V. RUE, *The effects of abortion on men*, ETHICS & MEDICS, 21 (4) 1996, pg. 3.

⁹³ Per approfondimenti: A. VANNI, *Lui e l’aborto. Viaggio nel cuore maschile*, San Paolo, Milano 2013; www.menandabortion.info

⁹⁴ A. VANNI, *Lui e l’aborto*, VITA PASTORALE, n. 7, luglio 2013, pg. 54.

ha rinnegato la vita a un loro fratello.

2.6. LA PENA CANONICA

Chi procura l'aborto incorre nella "scomunica latae sententiae", cioè automaticamente, e rappresenta la pena maggiore prevista dalla legge della Chiesa⁹⁵.

Fino all'apertura dell' "Anno Santo della Misericordia" (8 dicembre 2015) la scomunica era revocata unicamente dal vescovo o dai suoi delegati, dopo che la donna aveva manifestato un sincero pentimento e assunto il proposito, per quanto possibile, di fare ammenda della colpa. Al termine del Giubileo Straordinario (20 novembre 2016), papa Francesco, conferì a tutti i sacerdoti la facoltà di assolvere le donne che hanno abortito. Ecco le motivazioni del Pontefice: "Affinché nessun ostacolo s'interponga tra la richiesta di riconciliazione e il perdono di Dio: concedo d'ora innanzi a tutti i sacerdoti, in forza del loro ministero, la facoltà di assolvere quanti hanno procurato peccato di aborto"⁹⁶. Il Papa, dopo aver affermato che "l'aborto è un grave peccato, perché pone fine a una vita innocente"⁹⁷, dichiarò: "con altrettanta forza, tuttavia, posso e devo affermare che non esiste alcun peccato che la misericordia di Dio non possa raggiungere e distruggere quando trova un cuore pentito che chiede di riconciliarsi con il Padre. Ogni sacerdote, pertanto, si faccia guida, sostegno e conforto nell'accompagnare i penitenti in questo cammino di speciale riconciliazione"⁹⁸.

Sono coinvolti nella scomunica, oltre la donna, anche "coloro che con comune deliberazione criminosa concorrono al delitto"⁹⁹, cioè gli operatori sanitari.

Il cardinale D. Tettamanzi motiva le ragioni della grave pena canonica. "Chi nel Battesimo e nella fede è stato introdotto nel mistero della Chiesa, sa che questa col ricorso alla scomunica prende dolorosamente atto che un suo fedele, per la gravità del peccato commesso, si è autoescluso dalla piena comunione con lei e lo aiuta sulla via del pentimento e del ritorno a Dio e alla comunità dei fratelli. Per questo, il significato autentico della scomunica, può essere compreso solo alla luce della dimensione ecclesiale del peccato del cristiano: questi è membro del Corpo di Cristo e con il suo peccato non solo offende Dio Padre, ma anche insieme 'ferisce' la Chiesa santa di Dio, come scrive il Concilio Vaticano II (cfr. *Lumen gentium* 11). E con l'aborto da parte del cristiano siamo di fronte ad una ferita ecclesiale non certo secondaria. Senza dire che il cristiano che è colpevole d'aborto contraddice gravemente un aspetto fondamentale e irrinunciabile della missione della Chiesa, quello di porsi al servizio della vita nascente"¹⁰⁰.

⁹⁵ CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1398.

⁹⁶ PAPA FRANCESCO, Lettera Apostolica *Misericordia et misera* (2016), n. 43

⁹⁷ *Misericordia et misera*, op. cit., n. 43

⁹⁸ *Misericordia et misera*, op. cit., n. 43

⁹⁹ CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1329, par. 1.

¹⁰⁰ *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pp. 293-294.

2.7.OBIEZIONE DI COSCIENZA: UN “DIRITTO” CHE SI VORREBBE NEGARE

“Non darò mai ad una donna un rimedio abortivo”.

La frase, tratta dal Giuramento di Ippocrate, è in lampante contraddizione con la Legge 194 poiché stravolge la finalità della professione sanitaria.

Di fronte al “dramma di coscienza” della maggioranza degli operatori sanitari, la normativa autorizza all’articolo 9 “l’obiezione di coscienza”, esentando tutti gli operatori sanitari non solo dall’intervento chirurgico ma anche dalle procedure di certificazione e d’autorizzazione che portano all’aborto previsti dagli artt. 5 e 7¹⁰¹.

“L’obiezione”: per chi ama la vita, per chi svolge la professione sanitaria come servizio alla vita, per chi rispetta la sacralità della vita è “un obbligo”, anche se oggi, questo “diritto” riconosciuto a livello internazionale e nazionale è continuamente “sotto attacco” come dimostrano alcuni inquietanti episodi.

Nel giugno 2014, la Giunta Regionale del Lazio guidata da N. Zingaretti, impose a “tutti i medici” di partecipare “all’iter abortistico”, cioè alle procedure e alle attività specificamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza. Decisione confermata dal TAR del Lazio nell’ottobre 2014.

Nel luglio dello stesso anno, medesimo provvedimento fu adottato, non si comprese secondo quali competenze, dalla Giunta Comunale di Torino guidata da P. Fassino.

Ma, il Piemonte, non si accontenta ed ecco il 3 luglio 2018 una Delibera del Consiglio Regionale (Presidente S. Chiamparino) dal titolo: “Indirizzi e criteri per garantire l’effettivo accesso alle procedure per l’interruzione della gravidanza”. Alcuni passaggi in contraddizione con l’articolo 9 della legge 194. “Nel caso in cui permanessero zone con una concentrazione di obiettori di coscienza superiore al 50 per cento, le ASL e le ASO possono bandire concorsi riservati a medici specialisti che pratichino IVG”. “Tutte le prestazioni e le attività erogate nei consultori familiari non possono essere soggette a obiezione di coscienza, come da articolo 9 della legge 194/1978”. Non è chiaro a cosa si riferisce poiché la legge afferma esattamente il contrario.

E come scordare “il colpaccio” dello Zingaretti, poi fallito per numerose proteste, riguardante un concorso indetto dall’ospedale San Camillo di Roma nel febbraio 2017 riservato unicamente “a due medici ginecologi non-obiettori”.

Infine, nel luglio 2018, il Tribunale di Genova condannò il ginecologo del policlinico san Martino, Salvatore Felis, a nove mesi di carcere e altrettanti d’interdizione dai pubblici uffici poiché si rifiutò, essendo obiettore, di eseguire un’ecografia a una donna che si era sottoposta ad aborto farmacologico. Da notare che immediatamente dopo la denuncia dalla donna che aveva abortito senza conseguenze, la direzione dell’ospedale avviò un’inchiesta interna per verificare la correttezza del comportamento del dottor Felis, determinando l’

¹⁰¹ “Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l’interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza. (...) L’obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza, e non dall’assistenza antecedente e conseguente all’intervento” (*Legge 194/78, articolo 9*).

“irreprensibilità dell’atteggiamento del medico” e attribuendo il disagio dell’ecografia a problemi organizzativi interni.

Ma, il diritto all’obiezione di coscienza degli operatori sanitari italiani, fu varie volte contestato anche a livello europeo e internazionale con la finalità di “tirare le orecchie all’Italia”. Nell’ottobre del 2010 alcune lobby abortiste capitanate dall’ “International Planned Parenthood Federation - European Network” (IPPF EN), presentarono un ricorso contro la libertà di coscienza al “Consiglio d’Europa” che però riaffermò chiaramente questo diritto. Sempre l’ IPPF EN nel 2012 depositò un “reclamo collettivo” (87/2012) contro l’Italia presso il “Comitato Europeo dei Diritti Sociali” del Consiglio d’Europa, ma il 30 aprile 2014 l’Organismo, preso atto delle relazioni e delle audizioni italiane, adottò una risoluzione di chiusura del caso. Nel 2013 il sindacato Cgil (Confederazione Generale Italiana del Lavoro) presentò nuovamente un “reclamo collettivo” fallito miseramente nell’ottobre 2015 con l’archiviazione. E, per concludere, il 28 marzo 2017, il richiamo all’Italia dal “Comitato dei Diritti Umani” dell’Onu sulla presunta difficoltà ad abortire nel nostro Paese dovuta alla scarsità di medici non obiettori¹⁰².

Ma, realmente, in Italia è “problematico abortire” poichè i medici non obiettori sono sottoposti “a superlavoro” a causa dei tanti colleghi obiettori e le donne sono costrette a viaggi anche all’estero o a lunghe attese? I numeri

¹⁰² Il documento Onu al n. 16 così si espresse: “Il Comitato è preoccupato per le difficoltà segnalate nell’accesso all’aborto legale a causa dell’elevato numero di medici che si rifiutano di effettuare aborti per motivi di coscienza, nonché per la distribuzione degli stessi in tutto il Paese, la cui risultante è un numero significativo di aborti clandestini in corso”. Al numero 17 seguono i consigli: “Lo Stato dovrebbe adottare misure necessarie per garantire il libero e tempestivo accesso ai servizi abortivi legali sul suo territorio prevedendo un sistema di riferimento efficace per le donne che sono in cerca dei servizi abortivi”.

Da notare che l’Italia per l’ONU è un “sorvegliato speciale”. In un file riguardante il nostro Paese si legge: “In practice, however, the situation is very different, and it varies considerably from one region of the country to another. The conscience clause is partially responsible for many of the difficulties in availability of services. Moreover, a major reason is the strong influence of the Holy See. When Law No. 194 was approved, the Holy See immediately issued a warning that any person performing an abortion and any woman obtaining an abortion would be excommunicated. Owing to the political pressure exerted by the Catholic Church on members of the Christian Democratic Party and the fear of some physicians that their medical practice would consist largely of the performance of abortions, nearly 70 per cent of the physicians in Italy and a majority of other health-care professionals have invoked the conscience clause. The situation is more dramatic in southern Italy, where in some regions the proportion of physicians resorting to the conscience clause exceeds 90 per cent. In many smaller hospitals, there are no personnel willing to perform an abortion”.

(“L’obiezione di coscienza è parzialmente responsabile di molte delle difficoltà nella disponibilità dei servizi abortivi. Inoltre, una delle ragioni principali [che rende l’accesso all’aborto difficoltoso] è la forte influenza della Santa Sede. Quando la legge n. 194 fu approvata, la Santa Sede immediatamente avvertì che qualsiasi persona che avesse effettuato un aborto e ogni donna che avesse abortito sarebbero state scomunicate. A causa della pressione politica esercitata dalla Chiesa cattolica sui membri della Democrazia Cristiana e del timore di alcuni medici che la loro pratica medica sarebbe consistita per la gran parte delle prestazioni nel praticare aborti, quasi il 70 per cento dei medici in Italia e una maggioranza di altri operatori sanitari hanno invocato l’obiezione di coscienza. La situazione è più drammatica nel sud Italia, dove in alcune regioni la percentuale di medici che ricorrono all’obiezione di coscienza supera il 90 per cento. In molti ospedali più piccoli non c’è personale disposto a eseguire un aborto. A causa della elevata percentuale di ginecologi che sono obiettori di coscienza e la mancanza di strutture ospedaliere, in alcune zone d’Italia il ritardo tra l’emissione di un certificato e l’intervento è di almeno tre settimane”).

Concretamente la colpa è totalmente dei cattolici e della Chiesa poiché esercita un suo diritto legittimo come quello della “scomunica”.

dimostrano “incontrovertibilmente” il contrario.

Abortire in Italia non è per nulla complesso come affermato nella citata Relazione 2016 del Ministro della Salute.

Più precisamente. Se ogni ginecologo non obiettore nel 1983 praticava 3,3 aborti a settimana, nel 2016 a suo carico se ne contavano 1,6 a settimana: sempre troppi, poiché parliamo di vite uccise, ma è falsa la scusante del superlavoro.

Il carico di lavoro, pur non omogeneo in tutte le regioni, è di 0,4 aborti a settimana in Valle D’Aosta, 0,5 in Sardegna, 1,8 in Lombardia, 3,0 in Puglia, 3,1 in Toscana, 3,8 in Lazio, 4,1 in Umbria, 4,7 in Molise, 6,3 nelle Marche, 7,5 in Veneto, 8,5 in Emilia-Romagna, 18,2 in Sicilia.

E, qui, è opportuna una precisazione. A pagina 11 della seconda edizione della “Guida Tecnica e Procedurale per l’Aborto Sicuro” pubblicata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità si legge: “In base allo stadio della gravidanza, l’aborto richiede mediamente da 3 a 10 minuti per essere completato”¹⁰³. Sommando venti/trenta minuti per le attività preparatorie e successive, un medico può eseguire circa due aborti all’ora. Un ginecologo lavora 38 ore alla settimana per 44 settimane, cioè 1.672 ore annuali. Nel 1982 ai 1.400 ginecologi non obiettori era corrisposto un carico di 234.593 aborti, pari a 168 aborti all’anno per ciascuno. Nel 2016 con circa 95.000 aborti, il carico annuale di ogni ginecologo non obiettore fu di 68 aborti.

Per quanto riguarda le strutture, prendendo come esempio la Lombardia, una regione da decenni guidata dal Centro-destra che ha sempre rispettato il diritto della donna ad abortire, si praticano interruzioni della gravidanza in 62 delle 97 aziende sanitarie con reparto di ostetricia, pari al 63,9% di tutte le strutture. Questi sono i numeri; il resto è chiacchericcio!

2.8. UNA LETTURA OBIETTIVA DELLA LEGGE

Alcune premesse.

-La legge 194 si definisce a “tutela della maternità”, quindi si potrebbero negare la maggioranza degli aborti motivati dalla “probabile malformazione del feto”, poiché tutti i bambini “hanno il diritto di nascere”, anche i portatori di handicap, “non essendoci un diritto a non nascere se non sani”.

-Generalmente, equivoche ed ambigue sono nella maggioranza delle situazioni le “giustificazioni” della donna. “Serio pericolo per la sua salute psichica (e quando si mette di mezzo la psiche tutto è legittimato); condizioni economiche, o sociali o familiari...; previsioni di anomalie o malformazioni...”.

-Cosa procura l’aborto? Sopprime un “altro bene giuridico protetto”.

Di fronte all’intersecarsi di questi elementi, chiarificatrici furono due sentenze della Corte di Cassazione: la 14488/04 e la 25767/15.

La sentenza 14488/04 negò a una coppia un risarcimento miliardario esigito dal ginecologo che non informò i genitori sul rischio che il bambino potesse nascere affetto da talassemia major.

Alcuni passaggi della sentenza.

¹⁰³ Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*, gennaio 2014, pg. 28

"L'interruzione volontaria della gravidanza è finalizzata solo ad evitare un pericolo per la salute della gestante, serio o grave. La sola esistenza di malformazioni del feto, che non incidano sulla salute o sulla vita della donna, non permette alla gestante di praticare l'aborto". L'aborto, prosegue la Corte di Cassazione, "non è l'esercizio di un diritto della gestante, ma un mezzo concessole per tutelare la sua salute e la sua vita, sopprimendo un altro bene giuridico protetto". E poiché il nostro ordinamento non prevede l'aborto eugenetico, non è ammissibile che il "concepito malformato possa, una volta nato, richiedere il risarcimento del danno per la vita ingiusta che egli ha avuto in conseguenza del comportamento omissivo o errato del medico nei confronti della propria genitrice, per mancata o errata informazione".

La sentenza 25767/15 riguardò una coppia che denunciò i medici e la "ASL di Lucca" al fine di ottenere un risarcimento per la figlia nata Down non essendo stati avvertiti dai sanitari di questa probabile patologia.

Alcuni passaggi della sentenza.

I giudici pongono come premessa un'affermazione perentoria: "non c'è diritto a non nascere se non sani". Poi continuano: "il supposto interesse a non nascere mette in scacco il concetto stesso di danno", tanto più che di esso si farebbero interpreti unilaterali i genitori, e "l'ordinamento non riconosce il diritto alla non vita". Ciò è differente dal diritto all'interruzione delle cure che rientra nella sfera di autodeterminazione della persona. "Altresì la madre, anche ove potesse dimostrare la sua irrevocabile decisione all'interruzione della gravidanza, potrebbe avere riconosciuto unicamente il danno per sé e non per il nato", essendo "improponibile il confronto tra vita, malattia e non vita", con ciò venendo meno al dettato costituzionale che ritiene tutte le esistenze ugualmente degne, anche quelle dei disabili. Inoltre, il preteso risarcimento "acquisterebbe il valore suppletivo del necessario sostegno affidato dalla legge alla solidarietà generale". Infine, afferma la Cassazione, la "patrimonializzazione dei sentimenti in una visione risarcitoria" è inquietante poiché aprirebbe la strada a derive eugenetiche estranee alla nostra cultura.

2.9.ABORTO POST-NATALE

La rivista "Journal of Medical Ethics" pubblicò nel febbraio 2012 un articolo dal titolo "*After-birth abortion: why should the baby live?*" ("L'aborto post-natale: perché il bambino deve vivere?") di Alberto Giubilini e di Francesca Minerva, ricercatori italiani emigrati in Australia presso la "Monash University" di Melbourne, "tempio" della bioetica utilitarista.

I due ricercatori sostennero la liceità della soppressione del neonato con le stesse motivazioni con cui si giustifica l'aborto. Di conseguenza, facendo proprio il pensiero di P. Singer¹⁰⁴ (uno dei "padri" dell'università di Melbourne) e J.

¹⁰⁴ Non tutti conoscono il pensiero di P. Singer che riassumiamo con due brevi periodi presenti in un suo testo.

"Se mettiamo da parte gli aspetti emotivamente toccanti ma strettamente irrilevanti di uccidere un bambino, potremo vedere che le motivazioni che abbiamo per non uccidere le persone non si applicano ai neonati" (pg. 24).

Savulescu¹⁰⁵ (editore della rivista), non vi sono motivazioni etiche che vietano l' "aborto post-natale".

I due autori si interrogarono. "Nei Paesi dove è permesso l'aborto perché non consentire anche l'infanticidio poiché né il feto né il neonato hanno ancora lo status morale di persona", essendo "privi di quelle caratteristiche che giustificano il diritto alla vita", dal momento che, secondo loro, per circa due settimane dopo la nascita, il bambino non presenta nessun elemento di autocoscienza. Di conseguenza, dato che "la nascita non è sempre nel loro interesse, si può concludere che l'aborto post-nascita (cioè l'uccisione di un neonato) è ammissibile in tutti i casi in cui l'aborto lo è: inclusa l'ipotesi in cui il bambino nasca disabile". Quindi, alcuni neonati vivranno, altri no, e le problematiche psicologiche o economiche che devono affrontare la madre o la famiglia, sono motivazioni sufficienti per giustificare questo infanticidio anche quando il neonato è sano. Si esprimono Giubilini e Minerva: "Se i criteri come i costi sociali, psicologici ed economici per i potenziali genitori sono buone ragioni per avere un aborto anche quando il feto è sano, se lo status morale del neonato è diverso da quello del bambino e se non ha alcun valore morale il fatto di essere una persona potenziale, le stesse ragioni che giustificano l'aborto dovrebbero anche giustificare l'uccisione della persona quando è allo stadio di neonato".

"Inorridisce" che questi due ricercatori trasformino l'amore, la tenerezza e la dolcezza che implora e circondano un neonato nell'atto più indegno che dei genitori possano compiere; negare il diritto alla vita al loro figlio già nato.

Su quali basi Giubilini e Minerva giustificano l'infanticidio? Riferendosi a Michael Tooley che dagli anni 70' del XX secolo difese a livello etico e intellettuale questa orribile prassi¹⁰⁶.

2.10.LA BATTAGLIA A FAVORE DELLA VITA PROSEGUE

Oggi per molti, ritenere che sopprimere la vita umana ai suoi inizi è "un male", reputare che la vita vada difesa sempre e comunque e la morte procurata è da scoraggiare ed evitare, è una modalità eversiva di pensare. In altre parole: un politically incorrect.

Esageriamo? Crediamo proprio di no. Ciò è confermato da disgustosi episodi avvenuti negli ultimi anni. Noi evidenzieremo unicamente i più recenti.

Il 18 maggio 2017 all' "Università Roma Tre" fu annullato l'incontro di Gianna Jessen con gli studenti programmato da alcuni mesi. Motivo? La Jessen è sopravvissuta a un aborto salino.

A Roma, un maxi manifesto di ProVita esposto nell' aprile 2018 sulla facciata di un palazzo di via Gregorio VII, raffigurante un feto di undici settimane

"Se il feto non ha lo stesso diritto alla vita di una persona, ci sembra allora che non lo abbia neanche il neonato, e che la vita di un neonato abbia così meno valore di quello che ha la vita di un maiale, di un cane o di uno scimpanzè..." (pg. 92) (*Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1979).

¹⁰⁵ È l'ideatore, fra l'altro, del controverso "obbligo morale" dei genitori di selezionare i propri figli, ad esempio attraverso la diagnosi genetica preimpianto, per favorire quelli che potrebbero usufruire di una vita migliore.

¹⁰⁶Cfr. M. TOOLEY *Abortion and Infanticide*, Oxford, University Press 1983.

con alcune didascalie che illustravano la presenza del cuore e di tutti gli organi vitali già attivi in quel momento della gestazione, fu coperto “rapidamente” dall’amministrazione capitolina guidata da V. Raggi, poiché delle realtà scientifiche inconfutabili furono ritenute lesive delle libertà individuali. Un gravissimo attentato alla libertà di pensiero, dato che la Costituzione Italiana all’articolo 21 afferma: “Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione”. Ma come sostiene un proverbio popolare: “Il diavolo fa le pentole ma non i coperchi”. L’intraprendenza censuratrice del sindaco Raggi provocò l’effetto opposto, infatti dai social moltissimi italiani conobbero l’iniziativa di ProVita. Una campagna pubblicitaria da milioni di euro “sponsorizzata” involontariamente dal Comune di Roma.

Sempre nella capitale, cinquanta cartelloni bifacciali affissi in vari punti della città nel maggio 2018 sparirono in 24 ore contenendo l’insopportabile scritta: “L’aborto è la prima causa al mondo di femminicidio”. A Perugia gli stessi manifesti furono imbrattati, mentre in altri comuni le amministrazione comunale li censurarono.

Potremmo raccontare decine di avvenimenti spiacevoli ma quello che vogliamo evidenziare è l’interpretazione di Armando Fumagalli, docente di cinema e spettacolo all’Università Cattolica di Milano. “E’ evidentissimo che l’opposizione a questi manifesti è puramente ideologica e totalmente irrazionale proprio perché semplicemente dicono una cosa vera, non costruiscono niente di finto o di volutamente provocatorio. Se provoca, è solo perché una verità è stata cancellata ideologicamente e non la si vuole vedere”¹⁰⁷.

Ebbene, in Italia, l’aborto oggi è “un dogma”, un argomento che proibisce ogni riflessione anche se supportata dalle evidenze scientifiche e dalla ragione. Questo delitto deve rimanere confinato nella coscienza individuale e non può assumere una valenza sociale, tanto meno politica, come avviene in altri Paesi. E, anche quando si tenta timidamente un confronto, si ha l’impressione che l’obiettivo è di mantenere posizioni equilibrate, quindi non conformi alla verità, per “non aprire”, si dice: “vecchie ferite”.

Eppure, il Signore Gesù, ci ammonisce: “Sia il vostro parlare sì, sì; no, no; il di più viene dal maligno”¹⁰⁸.

3.RU 486: La Pillola che non può essere addolcita

Il 31 luglio 2009, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), autorizzò la commercializzazione della *RU 486* definita dal famoso genetista francese J. Lejeune un “pesticida umano”.

Il nullaosta fu concesso alla conclusione delle sperimentazioni cliniche avviate nel 2005 presso alcune aziende ospedaliere arruolando 2.293 donne. Alcune però,

¹⁰⁷ A. ZAMBRATO, *La "guerra" per immagini che mette a nudo il totalitarismo*, in LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANO, 17 maggio 2018.

¹⁰⁸ VANGELO DI MATTEO, 5,37.

furono vittime di rischiosi effetti collaterali e altre dovettero ricorrere all'intervento chirurgico essendo l'aborto incompleto.

La *RU 486* fu ideata negli anni '80 del XX secolo dal medico francese E. Beaulieu. Procura l'aborto non chirurgicamente ma farmacologicamente assumendo "due pillole" entro la settima settimana di gravidanza.

La "prima pillola", uccide il feto, mediante "600 milligrammi di mifepristone", uno steroide sintetico che agisce bloccando l'azione del progesterone, l'ormone basilare della gravidanza. La "seconda pillola" composta da "400 milligrammi di misoprostol", predispone il collo uterino all'espulsione feto.

In Italia, per il momento, il procedimento si dovrebbe svolgere in ospedale anche se in alcune Regioni, prevalentemente amministrata dal centro-sinistra, si è adottata la prassi di far concludere l'iter abortivo all'esterno del complesso sanitario, poiché l'espulsione del feto potrebbe richiedere un lungo periodo. Inoltre, la normativa, proibisce il ricovero ospedaliero coatto e forzato tranne che per situazioni di pericolo per sé e per gli altri. Di conseguenza, una donna potrebbe assumere il "mifepristone" e il "misoprostol" in ospedale e dimettersi, terminando l'aborto a casa, in ufficio, in viaggio..., dove capita, nell'assoluta solitudine con gravi conseguenze fisiche e rischi anche mortali. E' ciò che avviene in vari Paesi dove la donna si reca in farmacia, acquista il "veleno" ed esegue da sé l'aborto. Ha affermato una donna: "contrazioni per dieci ore, sudorazione, grida: è stato psicologicamente spaventoso e fisicamente orribile", perché "nessuno mi aveva preparato a cosa stesse accadendo. Un dolore di 9 o 10 in una scala da 0 a 10"¹⁰⁹. E, l'aborto chimico, si sta diffondendo velocemente poiché comporta una notevole riduzione di costi rispetto all'aborto chirurgico.

La "kill pill", fu presentata dai massmedia, da alcune correnti ideologiche e forze politiche come un aborto "semplice" rispetto al tradizionale non richiedendo l'intervento chirurgico.

Assumere queste pillole, non è esattamente come prendere un' aspirina. Quindi, non un procedimento innocuo, ma zeppo di rischi e di controindicazioni. Infatti la *RU 486* ha prodotto non solo nell'iter sperimentale preoccupanti effetti collaterali ma ha causato vari decessi. Ventisette, sono quelli denunciati dalla comunità scientifica, ma noi ne sospettano molti di più poiché le statistiche sono bloccate al 2014, quando anche in Italia ci fu la prima vittima presso l'ospedale Martini di Torino. Una donna di 37 anni, dopo la somministrazione del misoprostol fu vittima di una pesante insufficienza cardiaca con esito fatale, nonostante i tentativi dei medici di rianimarla.

Effetti collaterali e decessi furono segnalati con evidente imbarazzo anche dall' industria produttrice del farmaco, la francese Exelgyn e documentati da riviste scientifiche internazionali.

Uno studio del 2009, pubblicato sulla rivista *Obstetrics & Gynecology*, analizzò i fattori di rischio su 22mila donne che avevano assunto la *RU 486* e 20mila sottoposte ad aborto chirurgico. Risultato: la *RU 486* aveva un rischio di complicanze quattro volte maggiori rispetto all'aborto chirurgico: 20% contro il

¹⁰⁹ Testimonianza dal Sito internet: "Live Action News".

5,6%.

Uno studio del 2010 pubblicato da *The Annals of Pharmacotherapy* analizzò 607 donne che avevano assunto la *RU 486*. Risultato: 237 emorragie, 66 infezioni spesso accompagnate da choc settici, 130 donne subirono interventi d'urgenza per gravidanze extrauterine; unicamente 180 non ebbero "incidenti di percorso".

A seguito di questi risultati, negli Stati Uniti, la "Food and Drug Administration" (Agenzia del farmaco), impose l'applicazione di una "banda nera" sulle confezioni del medicinale.

Avendo operando nel settore della sperimentazioni clinica per due decenni posso affermare con competenza che qualunque farmaco con alle spalle eventi avversi di questa gravità, sarebbe stato immediatamente ritirato dal commercio. Il superficiale sdoganamento della *RU 486* e il suo permanere sul mercato nonostante le nocività, ben evidenzia, e ci dispiace ribadirlo, la "natura ideologica" del comportamento dell'AIFA.

La decantata bonarietà dell'operazione abortiva si trasforma in un'amara sensazione d'isolamento e d'abbandono, e pur volendo "cancellare ogni traccia", rimane indelebile l'uccisione di un uomo.

4."Norlevo" e "ElleOne": Uccidono l'ovulo fecondato

"Boom di vendite di pillole abortive"; è ciò che apprendiamo dalla Relazione 2016 del Ministro della Salute. 189.589 le confezioni di *ElleOne* (145.101 nel 2015), 214.532 le confezioni di *Norlevo* (161.888 nel 2015). Totale: 404.121 (306.989 nel 2015). Il 55% delle acquirenti ha un'età compresa tra i 14 e 20 anni e ritiene questi farmaci innocui¹¹⁰.

Un percorso per interrompere questo nocivo crinale sta nell'intervento delle famiglie che devono educare i figli a vivere positivamente le relazioni con l'altro sesso mostrando il valore e la bellezza dell'affettività. E' inoltre impellente l'impegno degli operatori sanitari a formare le acquirenti "delle pillole", presentando la realtà scientifica e il pericoloso meccanismo d'azione di questi medicinali. Ma quello che dovrebbe essere un "dovere professionale", nel nostro Paese è ritenuto "un reato", come è accaduto a Margherita Ulisse, in servizio presso il pronto soccorso dell'ospedale di Voghera che nell'ottobre 2014 chiari a due adolescenti i danni fisici della "pillola del giorno dopo". Fu sospesa dall'Ente

¹¹⁰Scrive Beatrice "Leggendo alcuni forum in internet, frequentati soprattutto da ragazze, sono rimasta stupita nel constatare come sia pieno di giovani che assumono la 'pillola del giorno dopo' come se fosse una caramella. Ho letto di una che l'ha presa già per la seconda volta in tre mesi. Io resto senza parole... Grandi per fare sesso, ma con il cervello piccolo piccolo... Innanzitutto perchè non usano le precauzioni, secondo perchè assumono farmaci senza pensare a quello che comporta per il loro corpo, e terzo perchè se sono incinte allora esce la storia 'Ma sono troppo giovane...', e non si assumono le loro responsabilità. Mentre lo facevi non eri troppo giovane? Io non giudico nessuno, ma secondo me c'è qualcosa che non va nei ragazzi di oggi (non che abbia chissà che età). Io prima di avere rapporti mi sono sempre tutelata per non trovarmi in certe situazioni! Prima la testa e poi il resto...! Se non si vuole rischiare, se quella sera non puoi, non muore nessuno. Anch'io ho fatto il mio percorso, mi sono laureata, ma se fosse arrivato un bambino mi sarei assunta le mie responsabilità. Abortire ti distrugge psicologicamente, e se hai un pò di buon senso capisci che ci vogliono anni per riprendersi" (*Dal Forum: Al femminile*).

per l'illecito commesso.

Nel capitolo oltre che interessarci delle due Pillole porremo l'attenzione anche a due problemi concatenati: le controindicazioni dei contraccettivi e il loro impatto sull'aspetto ecologico.

4.1."NORLEVO" O "PILLOLA DEL GIORNO DOPO"

La "pillola del giorno dopo", cioè il *Norlevo*, fu presentata ed è commercializzata come un "contraccettivo d'emergenza", da assumere entro 24 ore a seguito di un rapporto sessuale ritenuto presumibilmente fecondante per bloccare l'avvio di una gravidanza.

Nel "bugiardino" del farmaco si legge: "Norlevo è un contraccettivo orale di emergenza (...). Il principio attivo è levonorgestrel (...). La contraccezione di emergenza è un metodo di emergenza che ha lo scopo di prevenire la gravidanza dopo un rapporto sessuale non protetto o in caso di mancato funzionamento di un metodo anticoncezionale (...). Norlevo agisce bloccando il rilascio dell'ovulo dalle sue ovaie. A volte non può impedire l'impianto nell'utero di un ovulo fecondato". L'ultima frase fu modificata dall'AIFA il 4 febbraio 2017 come risposta alle pressioni delle lobby abortiste con la seguente dicitura: "Il farmaco inibisce o ritarda l'ovulazione"¹¹¹.

Due osservazioni. Gli ambigui effetti del "levonorgestrel" e la scomparsa della frase incriminata.

Per quanto riguarda il "levonorgestrel", uno studio recente condotto da scienziati spagnoli guidati dal dottor Emilio Jesús Alegre del Rey (Dipartimento di Farmacia all'University Hospital di Puerto Real) e pubblicato dall' *European Journal of Clinical Pharmacy*¹¹², dimostra il potenziale effetto abortivo di questo ormone progestinico di seconda generazione. Ha affermato Alegre del Rey: "Abbiamo confrontato i dati provenienti da diversi studi che sono stati pubblicati, applicando ad essi un'analisi quantitativa. Il risultato mostra che nella metà dei casi in cui le gravidanze erano state impedito assumendo il levonorgestrel c'era stata la fecondazione, era stato concepito un embrione, ma il carico ormonale della pillola ha impedito all'embrione di continuare il suo processo di sviluppo cioè la sua vita"¹¹³. Anche altri due lavori scientifici sono giunti alla stessa conclusione¹¹⁴.

Per quanto riguarda la frase: "A volte (il Norlevo) non può impedire l'impianto nell'utero di un ovulo fecondato", è lo stesso discorso sviluppato precedentemente che approfondiamo con un'osservazione di M. L. di Pietro e R.

¹¹¹ Documento reso disponibile dall'AIFA il 26 maggio 2017.

¹¹² Cfr. ALEGRE DEL REY EMILIO J, FENIX CABALLERO SILVIA, DIAZ NAVARRO JORGE, RODRIGUEZ MARTIN ESTEBAN, *Post-fertilization effect of postcoital Levonorgestrel*, in EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL PHARMACY, Volume 17, Novembre-Dicembre 2015, pg. 6.

¹¹³ <http://www.prolife.it/2016/08/06/la-pillola-del-giorno-dopo-puo-causare-aborto-dalla-spagna-unaltra-conferma/>

¹¹⁴ Cfr. MIKOLAUCZYK R., STANFORD J, *Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action*. In FERTIL STERIL, Settembre 1988(3), pp.565-71. KANLENBOM C., STANFORD J, LARIMONE W., *Postfertilization effect of hormonal emergency contraception*, in ANN PHARMACOTHER, Marzo 2002, 36(3), pp. 465-70.

Minacori dell'Università Cattolica di Roma. "L'evidenza scientifica di tale effetto antinidatorio smentisce, quindi, la stessa terminologia utilizzata per definire l'utilizzo di dati prodotti: non si tratta di un meccanismo contraccettivo (l'inibizione del concepimento avviene solo in una piccola percentuale di casi), bensì di un meccanismo prevalentemente abortivo qual' è quello antinidatorio, che si estrinseca dopo l'avvenuta fecondazione, quando è già iniziato il processo di sviluppo di una nuova vita umana"¹¹⁵.

Ammonisce J. Scotson: "È fondamentale essere precisi quando si usano parole e frasi (...). Contraccezione significa 'contro la concezione', cioè impedisce che si verifichi la fecondazione. Mentre lo scopo di queste pillole è di prevenire l'annidamento e l'ulteriore sviluppo del concepito e quindi di procurare un aborto chimico. Non potendo impedire ciò che è già avvenuto, l'uso del termine 'contraccezione d'emergenza' è errato"¹¹⁶.

Anche noi siamo dello stesso parere, convinti che la vita umana ha origine nell'istante in cui l'ovulo femminile (oocita) s'incontra nell' ampolla della tuba di Falloppio con lo spermatozoo maschile. In quel preciso momento inizia il concepimento, poiché la fusione dei citoplasmi, generando lo zigote, segna un punto di non ritorno dato che i due patrimoni genetici intraprendono la costituzione di un nuovo individuo: l'embrione umano che si impianterà, se troverà le condizioni favorevoli, nell'utero materno. Afferma il professor F. Gilbert nel testo *Developmental Biology* (il manuale di biologia maggiormente diffuso nelle università americane giunto alla XVI° edizione): "Con la fertilizzazione inizia un nuovo organismo vivente. C'è un unico continuo processo dalla fertilizzazione allo sviluppo embrionale e fetale, alla crescita post natale, alla senescenza, fino alla morte"¹¹⁷.

Pertanto, non prevenendo l'ovulazione ma agendo sull'azione antinidatoria, l'assunzione della pillola è un evidente aborto provocato chimicamente nei confronti di un embrione fecondato. Perciò è improprio presentare il *Norlevo* come un "contraccettivo orale di emergenza"!

Inoltre, la "pillola del giorno dopo", potrebbe procurare conseguenze alla donna: dalla nausea all'emicrania, da lancinanti dolori alla pancia, fino ad un disordine nel ciclo mestruale.

4.2."ELLEONE" O "PILLOLA DEI CINQUE GIORNI"

Negli Stati Uniti, la "Food and Drug Administration" (FDA), autorizzò nel 2008 la commercializzazione di un nuovo "contraccettivo di emergenza" a lunga durata di azione, composto da *ulipristal acetato (Ella)*.

Nel bugiardino, descrivendo gli effetti del farmaco, si afferma che la pillola "è un contraccettivo destinato a prevenire la gravidanza dopo un rapporto sessuale non protetto o in caso di mancato funzionamento di un metodo

¹¹⁵ M. L. DI PIETRO, R. MINACORI, *La "contraccezione d'emergenza"*, MEDICINA E MORALE, n. 1, 2001, pg. 15.

¹¹⁶ SCOTSON, *Emergency Contraception. Use of the Term is Erroneous*, BMJ 1995, n. 311, pg. 762.

¹¹⁷ F. GILBERT, *Developmental Biology*, Sunderland 2000, pg. 185.

anticoncezionale”¹¹⁸. Di parere opposto è il ginecologo e bioeticista R. Puccetti. “Questo farmaco non è un contraccettivo d’emergenza, è un abortivo. E’ in grado di modificare l’endometrio rendendo impossibile l’annidamento dell’ovulo fecondato. Se a livello scientifico è ancora dibattuto l’effetto antinidatorio della ‘pillola del giorno dopo’, la potenzialità abortiva di *EllaOne* è certa”¹¹⁹.

ElleOne è composta da “Ulipristal Acetato”, una molecola della famiglia dei “Selective Progesterone Receptor Modulator”(SPRM), i modulatori selettivi del recettore progestinico, cioè la stessa classe a cui appartiene anche il “Mifepristone”, la prima pillola del processo RU 486. L’ “Ulipristal Acetato” e il “Mifepristone” presentano notevoli analogie sia strutturali, essendo la loro formazione chimica pressoché sovrapponibile, sia funzionale, condividendo uno spiccato effetto antiprogesterinico¹²⁰.

Un dato è ormai scientificamente acquisito. *EllaOne* assunta nel periodo fertile, inibisce o ritarda l’ovulazione in una percentuale di casi inferiore al 60%; ciò significa che in oltre il 40% dei casi la donna ovula e può concepire.

In Europa il farmaco fu approvato nel maggio 2009 dall’ “Agenzia Europea per i Farmaci” (EMA ora EMA) che lo commercializzò con il nome di *EllaOne* (HRA Pharma), invitando i medici alla prudenza nella prescrizione.

Nel gennaio 2015, su richiesta della Ditta produttrice, l’EMA sdoganò il prodotto insieme al *Norlevo* a “farmaco da banco” acquistabile da maggiorenni senza prescrizione medica. Anche l’AIFA, si adeguò agli altri Paesi nel marzo 2015 per *ElleOne* e nel marzo 2016 per il *Norlevo* pur potendo opporsi al diktat europeo, ignorando totalmente l’avvertimento di “non cedere sull’obbligo della ricetta” emesso dal Consiglio Superiore di Sanità a seguito delle richieste di approfondimento tecnico sollecitato dal Ministro della Salute.

Non possiamo inoltre scordare l’enorme giro di affari, facilmente calcolabile, che ruota attorno alla *ElleOne* e al *Norlevo*. Ogni confezione di *ElleOne* costa 26,90 euro, ciò significa che l’introito per RHA Pharma (che copre il 95% del mercato nazionale), nel 2016 fu di 5.099.944 euro. Mentre quello per il *Norlevo* di 5.777.910 euro.

Il pericolo maggiore è che adolescenti e giovani che Beatrice definiva: “grandi per fare sesso, ma con il cervello piccolo piccolo...”, utilizzino questi prodotti come sostitutivi della pillola anticoncezionale o del preservativo con tutte le conseguenze che ne derivano.

Alcuni affermano: “Più pillole, meno aborti”. Osservazione che non condividiamo poiché “non si può compiere il male per ottenere il bene”.

Noi riteniamo doveroso, anche se quello affermato fin qui fossero ipotesi o supposizioni, l’obbligo di procedere con la massima “cautela” e “precauzione”, seguendo la via più sicura e meno dannosa; l’unica scelta di fronte ad ogni dubbio soprattutto quando è il “gioco” la vita¹²¹.

¹¹⁸ Documento reso disponibile dall’AIFA il 1 dicembre 2017.

¹¹⁹ AVVENIRE, 1 marzo 2012, pg. 1.

¹²⁰ Cfr. B. MOZZANEGA, *Mifepristone e Ulipristal Acetato: gemelli diversi?* in NEWSLETTER DI SCIENZA & VITA, marzo 2012, n. 55, pp. 15-16.

¹²¹ Illuminante è questa osservazione di C. Casini: “Nel dubbio sulla vita bisogna scegliere la vita umana, cioè bisogna comportarsi come se la vita ci fosse fino a che non è rimosso l’ultimo dubbio. Quando avviene una catastrofe, un terremoto, un naufragio, una valanga, la ricerca dei naufraghi, dei sepolti dalle macerie e

Da ultimo una riflessione sull' "obiezione di coscienza" dei farmacisti alla vendita delle due pillole¹²².

Il diritto all'obiezione di coscienza fu sollecitato da papa Benedetto XVI ricevendo in udienza il 29 ottobre 2007 i partecipanti al "XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici". "Nell'ambito morale - affermò Benedetto XVI - la vostra Federazione è invitata ad affrontare la questione dell'obiezione di coscienza, che è un diritto che deve essere riconosciuto alla vostra professione, permettendovi di non collaborare, direttamente o indirettamente, alla fornitura di prodotti aventi come fine scelte chiaramente immorali, come ad esempio l'aborto e l'eutanasia".

Un progresso fu compiuto il 25 febbraio 2011, quando il Comitato Nazionale per la Bioetica si pronunciò favorevole all'obiezione di coscienza dei farmacisti, invitando il legislatore ad approvare celermente una norma, salvaguardando anche i diritti di chi acquista il prodotto¹²³.

Ma, anche in questo settore, fa da padrone "l'ambiguità", poiché questo diritto è già presente nei Codici Deontologici anche se non previsto da alcune normative vigenti. Per i medici di pronto soccorso e per i ginecologi, il Codice di Deontologia Medica afferma all'articolo 12 che il medico "non è obbligato" a prescrivere un farmaco in contrasto con la propria deontologia e con la propria coscienza morale e professionale. Di conseguenza, una struttura sanitaria, deve garantire l'erogazione di farmaci legali, ma il medico deve prescriberli unicamente se in accordo con i suoi valori di riferimento, i principi etici, la sua indipendenza intellettuale e la sua preparazione scientifica. Anche il Codice Deontologico dei Farmacisti all'articolo 3 stabilisce il diritto di agire "in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto della vita".

Cosa avviene nella quotidianità? Una prima chiarificazione l'abbiamo avuta nel giugno 2018, quando la Corte d'Appello di Trieste ha assolto la farmacista

dei dispersi deve continuare finché resiste il dubbio che qualcuno possa essere ancora in vita. Perciò il principio di precauzione risponde a coloro che dicono: 'sull'inizio della vita umana alcuni la pensano in un modo e altri in altri. Lasciamo liberi tutti di comportarsi secondo coscienza e non imponiamo per legge un certo comportamento a tutti'. In realtà è proprio questo ragionamento che impone a tutti ciò che alcuni pensano. Infatti quando si stanno svolgendo operazioni di ricerca dei dispersi e qualcuno pensa che siano tutti morti (cioè che non vi siano individui viventi) non per questo la collettività deve decidere di sospendere le ricerche. Ciò corrisponde alla accettazione collettiva (di tutti) di una opinione che è soltanto di alcuni. Ciascuno può decidere in coscienza per se stesso, ma non per gli altri. Il dubbio sull'esistenza di un altro non riguarda se stessi. La collettività, dunque, anche se fosse vero, il che non è, che vi è un dubbio sull'inizio della vita umana, dovrebbe affermare in linea pratica l'esistenza dell'uomo" (C. CASINI, *Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei*, Cantagalli, Siena 2014, pg. 37).

¹²² Da una ricerca della SWG apprendiamo che l'obiezione di coscienza è richiesta dal 18% dei farmacisti. Il 61% per motivi religiosi, il 53% per la pericolosità per la salute di chi assume questi prodotti e il 14% per entrambi i motivi.

¹²³ Questa è la motivazione della maggioranza dei componenti del Comitato Nazionale per la Bioetica: "Si è ritenuto che si potesse far risalire al farmacista un ruolo ritenuto riconducibile a quello degli operatori sanitari e che pertanto, in analogia a quanto avviene per altre figure professionali, dovesse necessariamente essere riconosciuta anche a questa categoria professionale il diritto all'obiezione. Il fatto che il farmacista svolga un ruolo 'meno diretto' rispetto a chi pratica clinicamente l'aborto non è stata ritenuta ragione sufficiente per invalidare l'argomento a favore della clausola morale, dato che la consegna del prodotto contribuisce a un eventuale esito abortivo in una catena di cause ed effetti senza soluzione di continuità".

Elisa Mecozzi operante a Monfalcone (Go) che nel 2013 si era rifiutata di vendere il *Norlevo* a una donna munita di ricetta. Ma accanto ad una assoluzione, molti farmacisti sono ancora sotto processo, e questi professionisti continuano ad operare in una ambigua “zona grigia” passibile di denunce. Non possiamo dimenticare, inoltre, le decine di farmacisti che hanno dovuto cambiare professione a seguito delle forti pressioni e anche minacce delle ditte farmaceutiche, o che non sono stati assunti, poiché opporsi alla vendita di questi farmaci, ovviamente, riduce il profitto.

Nell’ attesa che il legislatore legiferi (e ci auguriamo presto), il farmacista che ama e difende la vita, adotti la prassi dell’ “epikeia”; termine greco che significa letteralmente “equità”. E’ il principio interpretativo che non tiene conto di una legge quando nel singolo caso il suo adempersi risulti immorale. Dunque, l’ “epikeia”, offre la possibilità di rifiutare la collaborazione nelle azioni contrarie ai propri valori, accettando però la pena prevista per i trasgressori di una determinata norma. Caso emblematico fu la carcerazione negli anni ’60 del XX secolo di molti giovani che rifiutavano il servizio militare.

4.3.CONTRACCETTIVI E RISCHI

La contraccezione “dovrebbe” precludere “intenzionalmente” la gravidanza anche se frequentemente questo non avviene.

Ad esempio, una ricerca effettuata nel 2016 presso le cliniche inglesi della catena “British Pregnancy Advisory Service” (Bpas), mostrò che il 51% delle 60.600 donne che avevano abortito nel 2015 nelle oltre 40 cliniche del Gruppo, usavano una modalità di contraccezione¹²⁴.

Nel mondo 100milioni di donne si avvalgono della contraccezione con molteplici modalità: dal coito interrotto agli strumenti di barriera, dai mezzi ormonali (pillola, cerotto, anello vaginale...) alle Pillole (Norlevo, ElleOne). Ma poche sono coscienti che alcune metodologie potrebbero procurare devastanti effetti collaterali¹²⁵.

Tra i molteplici dati scientifici che giustificano la nostra affermazione soffermiamoci su quelli pubblicati dal *British Medical Journal* del maggio 2016 che riportò i risultati di una ricerca clinica condotta dall’ Università di Nottingham su un campione di 10.500 donne di età compresa fra i 15 e i 49 anni che utilizzavano regolarmente i contraccettivi. Lo studio evidenziò che l’assunzione di questi, soprattutto quelli orali di “terza generazione”¹²⁶, accresce di quattro volte il rischio di sviluppare coaguli di sangue con tutte le conseguenze, rispetto a chi non ne fa uso. Però, anche le donne che usufruiscono di quelli definiti di “seconda generazione”¹²⁷, presentavano rispetto alla popolazione che non se ne serve, un rischio di 2,5 volte superiore di essere vittime di trombosi venose.

¹²⁴ Cfr. Editorial, *Women cannot control fertility through contraception alone, says British Pregnancy Advisory Service*, in THE FARMACEUTICAL JOURNAL, 11 Jul. 2017.

¹²⁵ Per approfondire: R. PUCETTI, *I veleni della contraccezione*, ESD, Bologna 2013.

¹²⁶ Esempio: Etinelastradiolo + Desogestrel; Etinelastradiolo + Gestodene.

¹²⁷ Esempio: Estradiolo + Levonorgestrel (Fonte: SaPeRiDoc - Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva).

La ricerca puntò l'attenzione sull'aspetto ematico, ma tutti i metodi anticoncezionali o antifecondati, racchiudono rischi collaterali che posso procurare danni permanenti e anche la morte. Ne sono pienamente consapevoli le Ditte farmaceutiche obbligate a risarcimenti milionari. Ad esempio, la Bayer AG, ha erogato in dieci anni 1.6 miliardi di dollari a 6.800 persone gravemente lese (emboli, ictus, infarti) e alle famiglie di 100 donne decedute a seguito dell'assunzione delle pillole anticoncezionali "Yaz" e "Yasmin", le più utilizzate negli Stati Uniti, contenenti il pericoloso ormone sintetico "Drospinerolo". Pure la "Merck & Co" sborsò 100 milioni di dollari nel 2016 per risarcire 3.800 donne lese e 83 famigliari di morti a causa dell'anello vaginale "NuvaRing".

Eppure, nonostante che tutti sappiano, l'ecatombe continua!
Per questo dedicheremo l'ultimo capitolo del testo ai "Metodi Naturali della Procreazione" che non producono reazioni negative alla donna.

Un settore ostico, spesso chiuso al confronto, riguarda le sperimentazioni cliniche nei confronti delle donne in età fertile. La quasi totalità dei protocolli clinici pone come criterio d'inclusione l'uso dei contraccettivi: "se lei è in età fertile deve usare un metodo contraccettivo sicuro per tutto il tempo della sperimentazione". Imporre il contraccettivo è eticamente scorretto poichè oltrepassa l'aspetto terapeutico ed evidenzia la sfiducia nella responsabilità della donna. Inoltre, il contraccettivo, soprattutto ormonale, potrebbe rendere inattendibili i risultati dello studio. Dunque, mentre è fondamentale un' adeguata informazione per escludere la gravidanza nel corso della sperimentazione, e a volte, per un determinato periodo anche a ricerca conclusa, va evitando "il ricatto" dei contraccettivi. Sarà la responsabilità della donna stabilire le metodologie che riterrà più opportune adottare per non rimanere gravida.

Concludiamo con qualche accenno "all'ambiente".

Lo smaltimento delle sostanze presenti nei contraccettivi, e ovviamente anche in altri prodotti (pesticidi, cosmetici...), "inquinano" aria e acqua, due dei maggiori beni ambientali, con conseguenze sui "sistemi ormonali umani" (o sistemi endocrini) basilari per l'equilibrio fisiologico del corpo umano, per la regolamentazione della crescita, per il metabolismo e anche per lo sviluppo e la funzionalità sessuale. Ad esempio, alcune sostanze chimiche presenti nelle riserve idriche stanno mutando il sesso dei pesci (i cosiddetti pesci "intersessuali") e modificando la fauna con conseguenze anche sulla sessualità umana (sviluppo sessuale prematuro o irregolare) e sulle gravidanze. Alcune ipotesi, collegano, inoltre, la presenza degli ormoni sintetici nelle acque con le questioni di genere e di omosessualità¹²⁸.

Da qui, l'invito di papa Francesco nell'Enciclica "Laudato sii" a un "dibattito serio e onesto fra gli scienziati" sulla questione per evitare l'irreversibile¹²⁹.

¹²⁸ Cfr. PONTIFICIO CONSIGLIO GIUSTIZIA E PACE, *Terra e Cibo*, 2015, pg. 50.

¹²⁹ *Laudato sii*, op. cit, n. 61.

5. La depressione post partum (Psicosi peurerale)

La depressione post partum è un dramma che colpisce circa il 20% delle neo-mamme; 80mila donne italiane ogni anno sulle 550mila che partoriscono, e conduce alcune, affette da “psicosi peurerale grave”, come la cronaca ci documenta, a gesti estremi di infanticidio, aumentati dal 1993 del 41%. Dunque, una vera patologia, di cui si parla poco, ma che può essere intercettata e curata in tempo. Non solo: è provato scientificamente che i figli nati dalle 80mila madri depresse si porteranno dietro per il futuro una serie di disabilità anche gravi: il quoziente intellettivo sarà più basso di 5 punti, si ammaleranno 7 volte di più, nell'adolescenza e nell'età adulta avranno comportamenti più violenti...

Serve riconoscere, innanzitutto, che gli attori del parto-nascita sono due: la madre e il figlio, mentre spesso l'attenzione è rivolta unicamente al nascituro. Senza le dovute premure possono scatenarsi nella puerpera, bisognosa di calore, di cure e di attenzioni, sentimenti aggressivi e di invidia, e il ritorno a casa, che dovrebbe essere una festa, si trasforma in un incubo contrassegnato da ansia, lacrime ed insonnia.

I fattori che portano alla depressione sono di tipo sociale, familiare e genetico. Lasciamo la parola al professore A. Picano, psichiatra dell'azienda ospedaliera San Camillo di Roma e fondatore dell'associazione StraDe (Studio e trattamento della depressione).

"Quali sono le cause profonde di questi comportamenti?"

Le donne, in generale, pensano che mettere al mondo un figlio sia un fatto naturale. Infatti lo è, ma non altrettanto si può dire dell'accudimento: bisogna cioè imparare a gestire una creatura dipendente in tutto, senza autonomia.

La madre, inoltre, ha paura dell'imperfezione del figlio; nei casi di omicidio prevale un istinto primordiale negativo, un comportamento alterato ed isterico nei confronti del figlio: 'ucciderlo e farne uno nuovo'.

Anche la madre si sente imperfetta, inadeguata di fronte al ruolo genitoriale cui è chiamata.

Cosa possono fare i parenti? Come intervenire quando i sintomi della depressione si manifestano?

E' importantissimo il supporto del marito: deve condividere il problema della gestione del figlio, non aspettarsi una mamma perfetta, non lasciarla sola, collaborare con lei nella gestione del piccolo.

Nella nostra società esiste la consapevolezza riguardo la depressione prima e dopo la nascita?

Purtroppo, nel nostro Paese, è poco presente la cultura della depressione. E' invece importante parlarne, discuterne, far comprendere alle famiglie che la depressione coinvolge i sentimenti delle mamme nei confronti del bambino appena nato. Ad esempio, il perfezionismo della madre va 'educato' in modo che possa amare il figlio senza condizioni, anche se non è perfetto"¹³⁰.

¹³⁰ AVVENIRE, “Noi Genitori & Figli”, 6 marzo 2005, pg. 12.

6. Atti a favore della vita: I Metodi Naturali della Procreazione

I “Metodi Naturali della Procreazione” o della fertilità, anche se poco conosciuti, sono valutati con pregiudizi e ritenuti da molti, anche medici, “inaffidabili”, ma soprattutto, limitativi della “libertà” in una società fortemente erotizzata, dove la sessualità, frequentemente, non è più il “linguaggio dell’amore” ma semplicemente una fonte di gratificazione fine a se stessa.

Il nostro è di conoscerli obiettivamente e di valorizzarli.

Così li definisce l’Organizzazione Mondiale della Sanità. I “Metodi Naturali della Procreazione si basano sulla conoscenza dei processi biologici per cui una gravidanza può essere ricercata o evitata grazie all’osservazione dei segni e dei sintomi della fase fertile del ciclo mestruale. Quando si vuole evitare la gravidanza ci si deve astenere dai rapporti sessuali durante la fase fertile del ciclo, quando la si ricerca si possono utilizzare con precisione i giorni fecondi”¹³¹.

Dunque, questi metodi, consentono alla donna di scoprire e di conoscere il proprio corpo e le sue leggi tramite l’osservazione e, quindi, di consumare l’atto sessuale con consapevolezza. Permettono, inoltre, alla coppia una corretta pianificazione familiare assumendosi “in prima persona” la responsabilità di ogni scelta pur richiedendo un’astinenza periodica. Costituiscono, inoltre, lo strumento privilegiato per acquisire la consapevolezza del valore della fertilità e maturare, di conseguenza, scelte basate sul dialogo, sulla disponibilità al confronto, sulla condivisione, sul rispetto reciproco e sull’amore per la vita dovendo interrogarsi di volta in volta sulle motivazioni che inducono ad aprirsi alla generazione della vita o a rinviare questa eventualità. Anche “la rinuncia al rapporto coniugale, motivata dall’esigenza di rinviare il concepimento, può essere vissuta come occasione importante per sviluppare una molteplicità di altre espressioni di amore, gesti di tenerezza, attenzioni reciproche, che hanno la potenzialità di arricchire di creatività e di novità la relazione di coppia, e di far crescere l’amore nella dimensione del dono di sé e dell’accoglienza totale reciproca”¹³².

Diversamente da “tutti i contraccettivi”, non provocano effetti collaterali o negativi sulla salute della donna, consentendo di salvaguardare intatto il ciclo ovulatorio. Alcune donne testimoniano di piacevoli sorprese avendo previsto la propria fertilità e osservato gli eventi del proprio corpo, evitando il supporto di medici o di strumenti tecnologici.

Di conseguenza, il desiderio di conoscenza dei “Metodi Naturali della Procreazione” che potremmo definire anche “ecologici”, dovrebbero oltrepassare gli orientamenti etici-religiosi o ideologici abbracciando quelli psico-pedagogici e sanitari.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità stima nel 98% l’efficacia¹³³. I dati

¹³¹ WORLD HEALTH ORGANISATION, *Guide to provision of services*, Geneve 1988, pg. 88.

¹³²ELENA GIACCHI, *Comporre l’amore e la trasmissione della vita*, <https://famiglia.chiesacattolica.it/comporre-lamore-e-la-trasmissione-della-vita/>

¹³³ Cfr.: *Adv. Contracept.* 10, 1994, pg. 195; *Contraception* 53, 1996, pp. 69-74; *Advances in contraception*, 15, 1999, pp. 69-83.

furono pubblicati in autorevoli studi statistici¹³⁴, ma ebbero scarsa risonanza mediatica essendo esente questa metodologia da interessi di business e di mercato.

Anche la Chiesa Cattolica li apprezza nelle finalità e nell'efficacia¹³⁵.

Tra i vari Metodi, noi puntiamo l'attenzione ed indichiamo il Metodo dell'Ovulazione Billing e il Metodo Sintotermico, che si basano su segni e sintomi di fertilità strettamente correlati all'andamento ormonale di ciascun ciclo mestruale della donna.

-Il *Metodo dell'Ovulazione Billing* indica in base alle caratteristiche del muco prodotto dal collo dell'utero per effetto della stimolazione degli ormoni ovarici e che si modifica prima, durante e dopo l'ovulazione, il tempo fertile o infertile in ogni ciclo mestruale.

Inoltre, questo Metodo, contribuisce all'identificazione precoce di eventuali anomalie del ciclo della donna dovute a patologie disendocrine o cervico-vaginali che possono comportare l'infertilità e, di conseguenza, la messa in atto di interventi terapeutici adeguati.

-Il *Metodo Sintotermico segnala*, ponendo attenzione alla combinazione di vari elementi derivanti dall'ovulazione (temperatura, tempo, muco...), il periodo fertile del ciclo mestruale. È il metodo che presenta maggiori elementi per identificare le due fasi.

Essendo fondamentale la conoscenza di sé, l'uso dei "Metodi Naturali della Procreazione" si apprende unicamente rivolgendosi a "Centri di Consulenza"¹³⁶.

Exursus 1: Le donne eroiche che non hanno abortito

L'amore per il figlio fino al sacrificio della vita dovrebbe essere la più alta caratteristica della donna. Abbiamo esempi di donne eroiche che in situazione di pericolo hanno rischiato la loro vita per salvare figli da incendi o da annegamenti. Tra i molti, mi colpì, l'azione edificante di Nera Ricci di 38 anni, che riconoscendo nel figlio Mattia di due anni il suo tesoro, fece di tutto per proteggerlo a seguito di una frana a Massa Carrara anche se non riuscì a salvarlo e neppure a salvare se stessa.

Ma la cronaca, non quella dei rotocalchi, testimonia che tante "mamme sconosciute" hanno prediletto il loro tesoro e non hanno abortito nonostante malattia anche gravi che le minacciavano; alcune sono morte, altre si sono curate

¹³⁴ Cfr.: *Studies in Family Planning*, 1987; *Family Planning Perspectives*, 1990; *Obstetrics and Gynecology*, 1990; *Am.J.Obstet.Gynecol*, 1991; *Statistics in Medicine*, 1991.

¹³⁵ Alcuni interventi del Magistero.

DISCORSO DI PAPA PIO XII al "Congresso dell'Unione Cattolica Italiane Ostetriche (29 ottobre 1951); CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, nn. 16 e 50; PAOLO VI, Enciclica *Humanae Vitae*, nn. 10-14 e 16; GIOVANNI PAOLO II, Esortazione Apostolica *Familiaris Consortio*, nn. 14 e 28-35; GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Evangelium vitae*, nn. 87-88; PAPA FRANCESCO, Esortazione Apostolica *Amoris Laetitia*, n. 222; CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2370, PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA FAMIGLIA, *Vademecum per i confessori su alcuni temi di morale attinenti alla vita coniugale*, Parte seconda, paragrafo 6.

¹³⁶ Cfr. www.confederazionemetodinaturali.it.

in seguito, ma tutte hanno privilegiato le creature che portavano nel cuore oltre che nel grembo.

Nell'Antico Testamento è narrato l'episodio del "giudizio di Salomone"¹³⁷. Il re Salomone per conoscere la madre di un bambino conteso da due donne, comandò di tagliare in due parti il neonato. Salomone identificò la mamma in colei che rinunciò al piccolo pur di salvargli la vita.

Questa è storia anche dei nostri giorni. Alle mamme eroiche che non hanno abortito vogliamo rendere il nostro omaggio, citandone alcune ben consci però, come affermato, che sono centinaia.

Santa Gianna Beretta Molla, medico pediatra milanese, madre di tre figli, nel 1961 al termine del secondo mese di gravidanza fu colpita da un fibroma all'utero. Non accettò l'asportazione per salvare la vita che portava in grembo, pur pienamente consapevole dei rischi. Il 21 aprile 1962 partorì Gianna Emanuela ma le sue condizioni di salute peggiorarono velocemente. Morì il 28 aprile offrendo la vita per la sua bambina. A chi gli consigliò l'aborto rispose con fermezza: "Abortire? Non lo permetterò mai; è peccato uccidere colui che porti in grembo".

Così la ricordò il cardinale C. M. Martini: "Donna meravigliosa amante della vita, sposa, madre, medico professionista esemplare offrì la sua vita per non violare il mistero della dignità della vita" (24 aprile 1994).



Rita Fedrizzi, già madre di due bambini, docente di lingue al liceo e, in precedenza, all'università di Bergamo abbandonata per dedicarsi maggiormente alla famiglia, nei primi mesi del 2004 scopre d'essere gravida ma anche malata di tumore. I medici la pongono di fronte ad un dilemma drammatico: o abortisce e si cura o è destinata alla morte. Rita, profondamente cristiana, non abortisce poiché quel feto è già suo figlio; lui nasce sano nell'ottobre 2004, mentre lei muore il 25 gennaio 2005.



Così la ricordò monsignor A. Maggiolini durante il funerale: "Quarantun anni, sportiva che si diverte soprattutto nello sci acquatico... sposa felice, madre di due bimbi. Nemmeno l'ombra di bigottismo. Una scioltezza che stupisce per la salute e la gioia che diffonde. Dopo aver scoperto di essere aggredita da un tumore che stava già degenerando in metastasi scopre di attendere un terzo bimbo. Si trova così di fronte a una decisione vertiginosa. Sarebbe forse possibile intervenire con una terapia la quale potrebbe essere efficace ma che certamente influirebbe sul nascituro mettendone a repentaglio la vita o la salute. Rita preferisce la soluzione radicale. Con la più disarmata delle semplicità comunica che non si presterà a lasciare che venga intaccata l'esistenza o la salute del figlio che porta in grembo".

¹³⁷ Cfr.: 1 Libro dei Re 3,16-26.

Veronica Giazzon, 36 anni, infermiera, amante del rugby, madre di una bambina, residente a Trebaseleghe, nel Padovano, sapeva bene che cosa rischiava, quando, a metà della seconda gravidanza, le diagnosticarono una forma aggressiva di leucemia. Sollecitò i medici a far nascere anticipatamente la bambina che portava in grembo, per iniziare subito le cure. La piccola Matilde nacque nel novembre 2013 e Veronica morì il 14 dicembre 2014. Il trapianto non era riuscito e le complicanze ebbero la meglio su quel fisico fortemente indebolito.



“Il tutto con una lucidità straordinaria, che l’ha assistita anche quando – come provano le sue parole su *Facebook* – sapeva di avere davanti l’ultima prova: ‘Non sempre la vita ci riserva solo belle sorprese. Da una settimana sono ritornata a Verona per ricaduta malattia. Ora di nuovo fuori gli artigli, bisogna lottare tutti insieme. Ci sarete vero? Ci conto. Vi voglio bene’. Ora, come poteva questa donna conciliare così l’amara consapevolezza di una vita che non ‘ci riserva solo *belle sorprese*’ con la voglia di tirare ‘*di nuovo fuori gli artigli*’? Rassegnarsi sarebbe stato normale, comprensibile, umano. Ma Veronica non era sola e, oltre che sulla vicinanza della famiglia, contava ed ha contato, fino all’ultimo, su quella più alta: quella della fede”¹³⁸.

Chiara Corbella Petrino, 28 anni, anche lei scelse di non curarsi per partorire il suo bambino. E questa non era la prima volta che Chiara e il marito dimostravano di amare la vita.

Nel 2009 rimase incinta ma dalle ecografie fu diagnosticato al feto una grave anencefalia. Chiara e Enrico accolsero la figlia e l’accompagnarono nella sua vita terrena per solo per 30 minuti; poi, Maria Grazia Letizia, morì.

Una seconda gravidanza. Dalle ecografie i genitori appresero feto era privo di gambe ed affetto da malformazioni viscerali incompatibilità con la vita. “Accompagnarono” anche il piccolo Davide Giovanni, così l’avevano chiamato, per il breve periodo che visse.

Infine una nuova gravidanza. Feto forte e sano ma al quinto mese a Chiara fu diagnosticato un carcinoma alla lingua. La gravidanza proseguì, anche se il rischio per la vita della mamma era notevole, però solo dopo il parto si sottopone all’ intervento chirurgico e a cicli di chemioterapia. Chiara non ce l’ha fatta. Morì il 14 giugno 2012 quando Francesco aveva compiuto da poco un anno.

“Alle mamme vorrei dire che conta il fatto di avere avuto il dono del figlio non il tempo che ci è riservato di stare con lui” (Chiara).

“Nel matrimonio il Signore ha voluto donarci dei figli speciali: ma ci ha chiesto di accompagnarli soltanto fino alla nascita, ci ha permesso di abbracciarli, battezzarli e consegnarli nelle mani del Padre in una serenità e in una gioia sconvolgente” (Chiara).

La diocesi di Roma nel luglio 2018 ha avviato il processo di beatificazione.



¹³⁸ Dal Blog di Giuliano Guzzo.

Exkursus 2: I nati prematuri

Nel maggio 2007 all'Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi di Firenze fu praticato ad una donna alla 22° settimana di gravidanza, un aborto indotto. Pochi giorni prima, conclusa un'ecografia, i medici avevano comunicato alla futura mamma che il nascituro, probabilmente, era affetto da atresia dell'esofago. I sanitari la invitarono a sottoporsi ad altri accertamenti, ma la donna rifiutò ed abortì supportata "dalla compiacenza" di uno psichiatra che gli fornì il certificato. Inseguito, si verificò l'assenza della presunta malformazione¹³⁹.

Il piccolo, chiamato Tommaso, nacque vivo e pesava 500 grammi. Dai giornali, abbiamo appreso che le cure furono prestate trascorsi venti minuti dalla nascita. "Siamo stati chiamati dall'ostetrica 20 minuti dopo la nascita del bambino e solo allora siamo intervenuti. Il piccolo fino a quel momento era rimasto privo di assistenza. Forse se non avessimo tardato sarebbe potuto sopravvivere", dichiarò il professor F. Rubaltelli, primario del reparto di terapia intensiva neonatale del Careggi¹⁴⁰.

Un episodio analogo si verificò anche all'Ospedale Civile SS. Annunziata di Cosenza. Un corpicino affetto da labiopalatoschisi sinistra (labbro leporino) fu abbandonato privo di assistenza in una stanza adiacente alla sala parto. A seguito della segnalazione del cappellano, i sanitari si attivarono ad assisterlo, ma dopo poco tempo morì per grave asfissia perinatale.

Questi ingiustificabili episodi ci impongono di trattare la tematica dei "nati prematuri", sopravvissuti all'aborto, che in vari Paesi europei, forse anche in Italia, sono spesso abbandonati come "scarti", scorando che ogni "nato vivo" ha diritto al totale rispetto della sua vita e alle cure, qualunque siano le circostanze della sua nascita. Ovviamente, molti "nati prematuri", non hanno nessun collegamento con un aborto.

Conosciamoli meglio.

Alla "sedicesima settimana" (quattro mesi) il corpicino del futuro neonato "è perfetto" e il feto si muove con agilità nel mondo acquatico del sacco amniotico e alla "ventesima settimana" (quinto mese) perfeziona i movimenti e gli impulsi dei nervi. Ad esempio, quando il pollice si avvicina alla bocca, immediatamente le labbra lo afferrano e la lingua pratica i movimenti di suzione. Inoltre, percepisce sensazioni sensoriali e fisiche come dimostrato dal neonatologo C. Bellieni nel testo: "Sento, dunque sono"¹⁴¹. Quindi, un eventuale aborto, gli procurerà un'immensa sofferenza, intuendo che colei che reputava la sua futura mamma lo sta per uccidere.

Quando il personale sanitario ha di fronte feto nati vivi, l'articolo 7 della legge 194 obbliga il medico a adottare ogni idonea misura per salvaguardare la vita del neonato qualora sussista la possibilità di vita autonoma.

I progressi della medicina consentono oggi al feto una vita autonoma in

¹³⁹ L' atresia dell' esofago è una malformazione che colpisce 1 bambino su 3.500 con gravità variabile. Si sospetta la presenza della patologia quando nell' ecografia non è visibile lo stomaco; ma questo organo è poco distinguibile in 1 feto su 100.

¹⁴⁰ Dichiarazione al CORRIERE DELLA SERA, 17 maggio 2007.

¹⁴¹ Ed. Cantagalli, Siena 2011.

anticipo rispetto al passato; per questo, la legge 194 dovrebbe essere “aggiornata”, anticipando il termine ultimo dell’aborto terapeutico dalla 26° settimana alla 23° o 22°.

Il parto che avviene prima del termine della 37° settimana dall’ultimo ciclo mestruale è definito a “pre-termine” ed il neonato “pre-maturo”, anche se è complesso accertare la corretta età del feto. Ovviamente, più breve è la durata della gravidanza, più piccolo e più fragile sarà il neonato e con maggiori rischi sia a breve che a lungo termine.

La prima possibilità di vita autonoma la riscontriamo alla 22° settimana nella percentuale del 10% con un alto rischio di disabilità. Le probabilità di sopravvivenza aumentano al 23% nella 23° settimana, al 39% nella 24°, al 52% nella 25° e ad oltre il 75% nella 26°.

Comunque, in ogni situazione, il neonato va rianimato, evitando però l’accecamento terapeutico. La decisione sulla tipologia delle cure o sulla loro sospensione, spetta al medico nel maggior interesse del neonato.

Nel mondo, ogni anno, nascono 13 milioni di bambini prematuri. In Italia 50 mila, spesso a causa dell’età avanzata della madre, o a seguito della Procreazione Medicalmente Assistita che avendo maggiori percentuali di parti gemellari, aumenta il rischio di venire alla luce prematuri.

Questa situazione comporta settimane di ansia per i genitori poiché al momento della nascita non esiste nessuna sicurezza sulla sopravvivenza.

Per questo voglio concludere con un messaggio di fiducia con la testimonianza di Francesca.

“Mi chiamo Francesca, sono nata alla 24° settimana di gestazione a causa di una brutta infezione al liquido amniotico. Una notte, la mia mamma, cominciò a sentire le contrazioni e si recò subito al pronto soccorso ginecologico. Le fu diagnosticata una dilatazione di circa un dito e le dissero che sarebbe stato molto difficile fermare il travaglio che era già in corso. La ricoverarono e le somministrarono subito Vasosuprina, per far cessare le contrazioni. I medici dissero che avrebbe partorito a breve e vista la mia bassa età gestazionale non sarei sopravvissuta.

La mia mamma strinse i denti e riuscì a resistere alle contrazioni per due giorni in modo da permettere al Celestone (un corticosteroide che permette la maturazione dei polmoni dei bimbi) di fare il suo effetto. Quando i medici e gli infermieri uscivano dalla stanza, la mia mamma aumentava fino a due/tre volte il flusso della flebo con la Vasosuprina, rischiando la tachicardia, ma riuscendo a resistere minuto dopo minuto, per due giorni.

Così venni al mondo, con la mia mamma spezzata da due giorni di dolori lancinanti; ero un ragnetto di 690 grammi tutto bluastro, mi portarono via dalla sala parto di corsa, non respiravo e non piangevo. L’unica cosa che funzionava, appena appena, era il cuore. Così mi ritrovai in un’incubatrice con una cannucchia nel naso che mi permetteva di respirare, con un ago in vena che mi nutriva e una serie di sonde che monitoravano il mio stato di salute. Il giorno dopo il primario disse ai miei genitori, che, nonostante le iniezioni di surfattanti, i polmoni non reagivano, e che essendo un caso di prematurità così spinto, se avessi continuato

ancora per un po' di tempo così, sarebbe stato molto difficile salvarmi. Le mie condizioni sembravano disperate, ma il giorno seguente i polmoni cominciarono a dare segni di funzionamento. Il mio peso scese fino a 550 grammi; respiravo con l'aiuto della macchina. Mi si era perforato l'intestino a causa della NEC (Enterocolite Necrotizzante), una patologia tipica dei prematuri che è causata dalla scarsa vascolarizzazione dell'intestino e mi misero un drenaggio per sfogare i gas nella pancia". Tralasciando altri mille problemi che Francesca dovette affrontare e superare, giungiamo alla conclusione.

"La mia degenza durò 133 giorni, di cui 50 intubati, il mio peso passò da 690 grammi alla nascita a 2.180 grammi alle dimissioni. Ho affrontato veramente di tutto, ma ce l'ho fatta".

E infine l'augurio di Francesca, una bella ragazza con i capelli biondi che oggi ha dodici anni, sta bene ed è felice di vivere: *"Mi auguro che la mia storia possa servire a qualcuno..... Spero che questo possa aiutare a sperare perché la luce in fondo al tunnel è sempre accesa"*¹⁴².

¹⁴² www.ventiquattrosettimane.it