

CAP. 7. LE DIAGNOSI E GLI ATTI CONTRO LA VITA NASCENTE

SCHEMA DEL CAPITOLO

Introduzione

1. Le diagnosi

1.1. Diagnosi prenatale

1.2. Diagnosi genetica

2. Atti contro la vita che nasce

2.1. L'aborto

2.1.1. Il fenomeno e il suo significato nella società attuale

2.1.2. La gravità dell'atto

2.1.3. Il nostro atteggiamento

2.1.4. Alle donne che hanno abortito

2.1.5. Una lettura obiettiva della legge

2.1.6. Aborto post natale

2.2. Pratiche abortive

2.2.1. Ru 486

2.2.2. La Pillola del giorno dopo (Norlevo)

2.2.3. EllaOne

2.2.4. Diversità tra Norlevo, ElleOne e Ru 486

2.2.5. I rischi dei contraccettivi

3. La depressione post-patum (psicosi puerale)

4. Atti a favore della vita: I metodi naturali della procreazione

Excursus: 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 53milioni di aborti.

A. Socci, nel testo *Il genocidio censurato. Aborto: un miliardo di vittime innocenti*⁴, sostiene nella IV° pagina di copertina che "il più grande genocidio del Novecento non è

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.

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”.

Socci, ha acquisito il dato, dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Approfondiamo le cifre.

Italia. Ogni giorno sono eseguiti circa 350 aborti; annualmente raggiungono i 130mila legali oltre quelli clandestini. Il totale di aborti in 36 anni (1978-2014) è di oltre 4 milioni e 550mila.

Dalla somma sono esclusi i dati riguardanti *l’abortività clandestina* e quella provocata dalle *pillole abortive*. Ogni anno, sono vendute 380mila confezioni di pillole, che con varie modalità bloccano il concepimento o evitano l’impianto dell’ovulo fecondato nell’utero materno. Ciò significa, che migliaia di futuri bambini pur non essendo nati, non sono registrati ufficialmente come aborti.

Europa. E’ consumato un aborto ogni 25 secondi, per un totale annuale di un milione e 220mila.

Nel 2014: Regno Unito 215.000, Francia 209.913, Romania 191.038, Germania 129.650, Spagna 84.985 (con un aumento dell’ 87% negli ultimi dieci anni). Nell’Est Europeo sono effettuati 103 aborti ogni 100 nati vivi. 1 aborto su 7 (14,2%) riguarda ragazze minori di 20 anni⁵.

Mondo. Alcuni casi emblematici.

La Cina, negli anni ’80 del XX secolo, avviò il programma di controllo delle nascite che impose il limite del figlio unico. “Chi viola queste regole” scriveva B. Cervellera, missionario del PIME e responsabile dell’agenzia giornalistica *Asia News*, “rischiava multe salatissime, aborto forzato anche al nono mese, infanticidio, distruzione della casa o requisizione dei beni”⁶. Gli effetti furono drammatici: “Lo stato si vanta dei successi raggiunti: 300 milioni di nascite in meno in 21 anni”⁷. Questa scellerata politica, fu premiata dalle Nazioni Unite nel 1993, assegnando al ministro cinese per la Pianificazione Familiare Q. *Xinzhong* il “premio per la popolazione”, accompagnato da un profondo apprezzamento del Segretario Generale dell’Onu.

La miopia di questa strategia, ha prodotto un pesante divario tra la popolazione in età produttiva e quella in età avanzata. Di fronte al rischio di giungere tra pochi anni al collasso del sistema economico, nel 2012 il governo cinese ha abolito la norma restrittiva.

In India, mancano all’appello 60 milioni di bambine.

Nel continente Africano si contano 5 milioni e mezzo di aborti ogni dieci anni; oltre due milioni nell’Africa Orientale.

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”⁸ o condiviso con motivazioni inaccettabili: “l’aborto è un bene sociale” affermò J. Gruber⁹;

⁵Dati del Rapporto: *L’aborto in Europa e Spagna*, Istituto Spagnolo di Politica Familiare – IPF.

⁶B. CERVELLERA, *Missione Cina*, Ancora, Milano 2003, pg. 140.

⁷*Missione Cina*, op. cit., pg. 143.

⁸*Il genocidio censurato*, op. cit., pg. 10.

⁹“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:

“normalizziamo l’aborto” propose la femminista americana K. Pollitt¹⁰; facciamolo diventare una pratica online si legge nel sito internet di R. Gomperts¹¹.

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

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

1. Le diagnosi

1.1. DIAGNOSI PRENATALE

La maggioranza delle donne gravide¹² ritengono un loro diritto sottoporsi allo *screening prenatale* per accertare se il feto è affetto da malformazioni, dimenticando che la prassi medica lo consiglia alle gravide oltre i 35 anni di età, a chi proviene da famiglie con precedenti di alterazioni cromosomiche o genetiche, oppure a chi detiene indici di rischio elevato evidenziato dal *duo-test* o dal *tri-test*, o per anomalie fetali riscontrate ecograficamente, oppure per la presenza di malattie infettive (*citomegalovirus, parvovirus B19* ...), o dopo aver generato figli con gravi patologie. “Al di fuori di queste indicazioni mediche”, sottolinea il cardinale D. Tettamanzi, “il ricorso alla diagnosi non validamente motivato diventa almeno problematico sotto il profilo morale”¹³.

La donna, a volte, non percepisce la valenza etico-morale del gesto. Anzi, la cultura dominante le fa credere che rifiutando lo *screening* non compie il suo dovere di madre, perciò è soggetta al rimprovero della società. L’opinione della Chiesa, riassunta nel *Catechismo della Chiesa Cattolica*, è opposta a questa visione: “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 (...) non deve equivalere a una sentenza di morte”¹⁴.

Alcune donne, appresa l’anomalia del feto anche lieve, praticano l’interruzione della gravidanza, invece di intervenire con buon successo a livello farmacologico con medicinali assunti dalla madre, oppure agendo direttamente sul feto.

A volte, l’esito dello *screening*, scatena nella futura mamma meccanismi che travolgono anche le migliori intenzioni, dovendo scegliere se accogliere il

il cosiddetto Obamacare (Tempi it. 11 dicembre 2014).

¹⁰ “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).

¹¹ “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”.

¹² In Italia oltre il 70% delle gravidanze hanno un decorso fisiologico normale.

¹³ D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2000, pg. 305.

¹⁴ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2227.

nascituro con probabili anomalie o ricorrere all'aborto. Ad esempio, negli Stati Uniti, a seguito dei risultati degli *screening*, 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.

Emblematico, fu l'aborto praticato nel maggio 2007 all'ospedale Careggi di Firenze, ad una donna alla 22° settimana di gravidanza. Pochi giorni prima, fu comunicato alla futura mamma che il figlio, probabilmente, era affetto da atresia esofagea¹⁶. La donna, senza ulteriori accertamenti, interruppe la gravidanza; inseguito si accertò l'inesistenza della malformazione.

La costante diffusione di questa pratica che racchiude evidenti significati eugenetici, infatti, il più delle volte, tende alla soppressione del feto e non alla cura, è dovuta a numerosi motivi: la medicalizzazione della gravidanza, il timore dei ginecologi di ripercussioni medico-legali, il business, l'ideologia del benessere fisico ad ogni costo e le campagne finanziate da alcune regioni.

E' urgente regolamentare l'accesso agli *screening* prenatali, come pure costituire centri di consulenza scientificamente attendibili ed intellettualmente onesti, per consentire alle donne di manifestare le loro preoccupazioni e liberarsi da paure immotivate anche a causa di gravidanze a volte trascurate.

La maggioranza delle donne fanno in media cinque ecografie in luogo delle tre consigliate, mentre solo il 30% delle gravide partecipa ai corsi di preparazione al parto, perciò molte giungono in sala parto con informazioni errate, dolorose fantasie, stato emotivo gravato dalla paura e dall'ansia¹⁷.

Ogni *screening* dovrebbe essere deciso nel corso di una consulenza con il ginecologo e preceduto da una chiara informazione, infatti tutte le tecniche di diagnosi, escluso l'esame radiografico che permette la visualizzazione di anomalie scheletriche e l'ecografia che visualizza le strutture fetali, portano con sé fattori di rischio.

Esaminiamo le più comuni:

-*Cordocentesi o funicolocentesi*, puntura ecoguidata per il prelievo di sangue dal cordone ombelicale; rischio: 1% - 4%. E' eseguita solitamente dalla 18 settimana di gestazione.

-*Amniocentesi*, prelievo di 15-20 ml. di liquido amniotico in cui sono presenti cellule fetali di sfaldamento; rischio 0,5%-1,9%. E' eseguita solitamente tra l'11 e la 25 settimana di gestazione.

-*Fetoscopia*, immissione del fetoscopio nell'utero per osservare la conformazione somatica o per il prelievo di sangue del feto o di tessuti fetali; rischio: 2%-8%. E' eseguita solitamente tra il 5 e 6 mese di gestazione.

¹⁵ Cfr.: D.I. BROMAGE, *Journal of Medical Ethics*, 2006, pg. 2.

¹⁶ "L'Atresia esofagea è una malformazione congenita dell'esofago che colpisce 1 bambino su 3500 nati vivi e si determina tra la 3a e la 5a settimana di vita del feto. Le cause di questo "errore" nello sviluppo embrionale sono, ad oggi, sconosciute" (www.atresiaesofagea.it).

¹⁷ Si pensi all'ingiustificata crescita dei parti cesarei; l'Italia con la Grecia e la Turchia ha 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 e dannosi per la salute della donna e del feto. Negli ospedali pubblici i parti cesarei sono il 29% mentre nelle cliniche private il 44%.

-*Placentocentesi*, prelievo di sangue fetale con puntura della placenta dal piatto coriale; rischio: 7%-10%. L'esame, potrebbe ripetersi varie volte, essendo il sangue fetale, a volte, inquinato da quello materno. E' eseguita solitamente nel 4 o 5 mese di gestazione.

-*Villocentesi o biopsia dei villi coriali*, prelievo di tessuto placentare (chorion) per via transcervicale o transaddominale: rischio 4%-7%. E' eseguita solitamente tra la 9 e 11 settimana di gestazione.

-*Embrioscopia*, osservazione diretta dell'embrione mediante fibre ottiche: rischio 1% - 3%. E' eseguita solitamente nel primo trimestre di gravidanza.

Il rischio che supera il 5%, ammoniva il cardinale Tettamanzi, "è inaccettabile, non solo da un punto di vista etico, ma anche da un punto di vista deontologico"¹⁸.

Anche l'aborto terapeutico, previsto dalla legislazione¹⁹, si configura come un delitto contro la vita.

Ai ginecologi sono richieste l'onestà intellettuale e il rigore morale nella prescrizione e nella pratica delle tecniche d'indagine e dei procedimenti diagnostici non del tutto immuni da rischi per il nascituro. Vanno eseguiti a beneficio del feto; non possono essere ritenuti "l'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 ad un'azione cattiva: non è illecito soltanto compiere un'azione cattiva, ma è illecito prestare la cooperazione ad essa"²⁰.

Nel passato la coppia pregava Dio affinché il figlio nascesse sano, mentre oggi, le assicurazioni, si esigono dal medico, anche se la garanzia totale non potrà offrirla nessuno.

La maternità che preveda un nascituro con malformazioni non può essere abbandonata alla solitudine poichè la nuova vita cambierà radicalmente il futuro della coppia²¹. Di conseguenza, si comprende la gravità dell'atteggiamento di chi fornisce la notizia superficialmente o all'esterno di una significativa relazione ginecologo-genitori. Si consiglia, affinché l'informazione sia obiettiva, corretta e completa, che non sia comunicata da chi in futuro potrebbe anche eseguire l'atto di interruzione della gravidanza. Come pure serve non solo enfatizza ciò che il

¹⁸ D. TETTAMANZI, *Bio-etica. Nuova sfida per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 1987, pg. 69.

¹⁹ Cfr.: Legge 194/78, art. 6.

²⁰ *Manuale di bioetica*, op. cit., pg. 362.

²¹ *Una testimonianza:*

"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 cambiata 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).

bambino non è ('non è normale'), creando un immaginario falsato, ma evidenzia invece quello che è e quanto può dare. B.Haring così riassume il colloquio tra il consulente 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"²². Una comunicazione corretta, completa e positiva può dunque "fare la differenza".

Infine dobbiamo rammentare che le previsioni, a volte, fortunatamente, non si realizzano o sono meno drammatiche di quelle prospettate²³.

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"²⁴.

Il dramma della nascita di un figlio diversamente abile ha alle spalle una lunga storia. Pur suscitando preoccupazioni, angosce e anche vergogna, pochi nel passato sceglievano di abortire poichè predisposte alla difesa della vita. Migliaia di famiglie, viceversa, hanno agito coraggiosamente per superare i problemi; associandosi, combattendo ed ottenendo positivi risultati che mitigano i disagi e l'emarginazione. La legge quadro sull'handicap, la scuola aperta a tutti, la normativa contro le barriere architettoniche, la presenza dei diversamente abili nei settori societari..., sono ottimi risultati²⁵.

²² B. HARING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976, pg. 277.

²³ Questa testimonianza è un esempio per le coppie che vivono l'angosciante attesa di un figlio che potrebbe nascere con delle malformazioni.

"Malformazione cerebrale compressa. Una diagnosi atroce sempre, ma ancor di più sconvolgente quando è comunicata ad 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 ad 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 2009, la situazione non sarebbe potuta apparire più preoccupante. Ricorda ancora 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 pre-natale non avrebbe potuto parlare, oggi bisogna sentirla come chiacchiera; non sta zitta un minuto' " (AVVENIRE, 4 febbraio 2013, pg. 13).

²⁴ 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.

²⁵ Due testimonianze

Una lettera di una mamma rivolta a tutti i genitori di bambini "diversi".

"Recentemente abbiamo fatto alcuni incontri che mi hanno ispirato per scrivere questo post che è qualcosa che spero tutti leggano. E' un messaggio che non riguarda solo Jameson, ma tutti i bambini che vengono presi in giro e beffeggiati per la loro diversità; inoltre sono abbastanza sicura che i loro genitori si sentano come me.

Voglio iniziare dicendo che io non ho nulla contro questi bambini, o contro i loro genitori. Capisco che può essere estremamente imbarazzante quando il vostro bambino prende in giro un altro bambino. Ma spero che la prossima volta che questo accade i genitori possano fare di più. Perché anche se non mi offendo, sarei una

bugiarda se dicessi che non fa male. Lo fa. Fa male vedere mio figlio essere preso in giro, sapendo che questo farà parte del suo mondo per il resto della sua vita.

A questo punto verrebbe da chiedersi che cosa è successo per farmi scrivere queste parole. Non è successo nulla che non fosse già successo prima e che purtroppo accadrà di nuovo.

Ci siamo recentemente trasferiti in una nuova città e la figlia più grande va alla scuola di primo grado. La seconda settimana hanno aperto le porte della scuola per visitarla ed incontrare le maestre. Tutti siamo stati riuniti in mensa per ascoltare il discorso di apertura e di benvenuto. Mentre stavamo camminando tra la mensa affollata siamo stati subito accolti da un ragazzino che ha indicato Jameson, ha dato una gomitata a sua madre e ha detto che sembrava buffo. Non abbiamo dato peso alla cosa e abbiamo continuato a camminare attraversando la caffetteria in cerca di un posto per sedersi. Poco dopo due bambine con la loro madre si sono sedute di fronte a noi. Una bambina ci guarda, si rivolge a sua madre e dice: 'Ha un aspetto spaventoso', e indica Jameson. Sua madre le dice che non è bello da dire, e si volta.

Lo scorso fine settimana, nel negozio di alimentari con i miei due figli, una madre e suo figlio stanno camminando verso di noi. Vedo lo sguardo del ragazzino; gli sorrido. Comincia a ridere, e dice a sua mamma, 'Guarda mamma, che bambino buffo'. Guardo la madre e lei non riesce nemmeno mettere insieme una parola, rimane lì con la mascella spalancata. Come genitore mi sono trovata in situazioni nelle quali mio figlio ha fatto o ha detto qualcosa di inappropriato, quindi capisco l'imbarazzo. Capisco anche che questi bambini non sono da biasimare. Pensate, insegniamo loro dalla nascita a identificare le cose diverse dal gruppo. Si mettono un po' di blocchi rossi insieme, e se ne nasconde uno verde, poi si dice loro di cercare quello verde, il diverso. Si scelgono le forme che funzionano solo se infilate attraverso il buco giusto. Non entrerà mai la forma di un piolo rotondo in un buco quadrato. Il primo passo è sbagliato. E' bene notare le differenze. Ecco come identifichiamo una cosa dall'altra. Insegniamo ciò che è da insegnare e ciò che non è. Ma questi sono oggetti. Possiamo individuare e scegliere quello giusto, quello che si adatta meglio, ma non possiamo fare questo con le persone, con i bambini.

Come madre di un bambino che ha un aspetto diverso questo è il mio appello per voi: Se sei il genitore e tuo figlio dice ad un altro bambino che sembra ridicolo o spaventoso, non puoi semplicemente raccontargli che 'Questa non è una bella cosa da dire'. Hai ragione, non è carino, ma semplicemente dicendo questo fai in modo che si isoli mio figlio. La prossima volta fai seguire questa affermazione con: 'Sono sicuro che lui è un ragazzo molto bello, andiamo a incontrarlo'. Per favore, vieni a presentarti e a chiedere il nome di mio figlio. Vi assicuro che non morde! Mio figlio è proprio come il tuo, può essere dolce, amorevole, arrabbiarsi ed essere manesco. E vi assicuro, io sono come voi, io sono un genitore e sto imparando questo con lui. Se il vostro bambino è curioso e non dice nulla ma nota che lui è diverso; per favore, presentatevi a noi, chiedeteci i nostri nomi! Includete il mio bambino nel vostro mondo. Te lo prometto, non fa paura, è solo un ragazzino.

A tutti i genitori dei bambini là fuori che già fanno questo, e per quelli che hanno volutamente fatto qualcosa per illuminare la giornata di Jameson: Grazie. Dal profondo del mio cuore, grazie. Posso onestamente dire che ricordo vividamente ogni incontro in cui uno sconosciuto ha fatto uno sforzo cosciente per conoscere Jameson e per includerlo nel proprio mondo. Il mio bambino di sei anni mi stupisce quando gli sento raccontare un ricordo di quando aveva tre anni, quindi sono sicura che anche Jameson ricorda". (Tratta dal blog di AliceAnn).

Una lettera di una mamma di un figlio Down al Direttore di Avvenire.

"Gentile direttore, un famoso scienziato, professore a Oxford, ha dunque sostenuto che la scelta di mettere al mondo un bambino down è 'immorale'. Forse il professor Richard Dawkins dovrebbe ragionare un po' sul significato del termine morale. Forse avrebbe potuto dire che è una scelta poco pratica, che è una scelta coraggiosa, che è una scelta impopolare e che può provocare perciò sorpresa in chi la apprende. Ma perché immorale? Devo credere che mio figlio, con la sua sola esistenza, costituisca una sfida alla morale comune? Magari ai pregiudizi sì, sicuramente. Ma non vedo come possa essere ritenuto 'immorale' e quindi ingiusto, indegno di esistere. Forse il professor Dawkins non ha mai conosciuto un bambino o una persona Down da vicino. Avranno sicuramente limiti cognitivi, impacci nella comunicazione, ma hanno certamente una marcia in più per quanto riguarda la capacità di amare.

Mio figlio ha una dedizione totale alle persone che si prendono cura di lui, una sensibilità fuori dal comune quando noi, parenti 'normali', stiamo male e una carica di vitalità e ottimismo che infonde attorno a sé e che difficilmente conoscono le persone cosiddette normodotate. Parlo da mamma che non ha potuto decidere se essere mamma o no di un bimbo così. Parlo da persona che si considera libera da schemi ideologici e anche religiosi. Se avessi avuto la possibilità di scegliere, anch'io avrei scelto per l'aborto, ma a posteriori posso

1.2.LA DIAGNOSI GENETICA

La possibilità della trasmissione di patologie ereditarie induce alcune coppie a rivolgersi ai consulenti genetici per acquisire informazioni particolareggiate o per sottoporsi alla diagnosi genetica che spesso prosegue con quella pre-natale.

Le consulenze pongono alcuni interrogativi etici. Mentre è corretto che la coppia ad alto rischio sia aiutata a comprendere i pericoli della procreazione, la situazione diventa problematica quando s'intende conoscere, senza valido motivo, come si svilupperà la vita del concepito.

Le malattie provocate da modifiche del patrimonio genetico, possono essere ereditarie e si suddividono in cromosomiche, monogeniche e multifattoriali.

-Le cromosomiche scaturiscono dall'alterazione del numero e della struttura dei cromosomi; generalmente non sono ereditarie e possono provocare la sindrome di Down, quella di Klinefelter e di Turner.

-Le monogeniche sono dovute ad errori d'informazione in un singolo gene; solitamente sono ereditarie e possono determinare l'emofilia e la talassemia.

-Le multifattoriali derivano da geni alterati, ereditarie in piccola parte, possono causare l'idrocefalia, la spina bifida e alcune forme di tumori.

2. Atti contro la vita che nasce

2.1.ABORTO

L'aborto è l'uccisione deliberata e diretta di un essere umano nella prima fase della vita, quindi un omicidio²⁶, o meglio un "figlicidio", anche se autorizzato

dire che mi sarei persa qualcosa di unico, qualcuno di veramente grande. Siamo ancora purtroppo schiavi di pregiudizi ancestrali nei confronti della diversità. E siamo anche schiavi di una società che ci vuole tutti perfetti, tutti efficienti e produttivi. Ma chi li conosce da vicino sa che anche Down è possibile, è vitale, è efficiente. È bello, a modo suo.

Mio figlio non sarà di certo una cima, ma a nove anni legge, scrive e si orienta perfettamente nello spazio. Sa prepararsi la colazione, fa il letto, passa l'aspirapolvere... Purtroppo non è facile crescerlo in un mondo come questo, in cui la diversità continua e continuerà a far paura, per il solo fatto che non la si conosce, in un mondo in cui bisogna sempre primeggiare ed essere veloci. Lui non è veloce, no. Sto scrivendo un libro, direttore, questo è il passo in cui descrivo uno dei momenti più significativi del rapporto con mio figlio: 'Anche martedì scorso siamo stati per un bel po' occhi negli occhi. Ci siamo messi sdraiati sull'asciugamano, con la sabbia che ci veniva addosso da mille parti: acquattati tutt'e due sotto lo stesso fazzoletto, con le teste accanto. Ci schermavamo così dal sole, complici di quel momento magico. Provavo ad addormentarlo raccontandogli la fiaba dei musicanti di Brema, che sa a memoria. Ma a ogni verso, a ogni parola, con l'inflessione della voce cercavo in realtà di farlo ridere e lui di risposta si sbellicava come un matto. Occhi negli occhi. Quegli occhi piccoli, dal taglio orientale, sanno ridere da pazzi e ti travolgono con la loro ilarità. In quel momento mi adorava e io lo adoravo. A un certo punto, a forza di ridere e di non smettere mai di guardarci, mi sono commossa, e mi sono scese le lacrime, proprio come una cretina, sotto quel fazzoletto. Nascosta agli occhi indiscreti della gente, ma nuda ai suoi, così docili e pieni di amore. Sono veri e propri attimi di eternità, in cui il cuore mi si allarga e avverto tutta la pienezza di senso della nostra esistenza. Juri sa essere questo: amore allo stato puro. Incondizionato. Totale' ". Sara Bisanti (AVVENIRE, 1 settembre 2014).

²⁶ 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. Bisogna chiamare l'omicidio con il suo nome: l'omicidio è omicidio".

e tutelato dalla legge.

Questa discutibile legalizzazione mostra che nei confronti di chi non ha voce poichè piccolo, debole, fragile ed indifeso, è “la forza che prevale sul diritto” e non viceversa; è il potere di vita e di morte su un altro essere umano!

2.1.1.IL FENOMENO E IL SUO SIGNIFICATO NELLA SOCIETA' ATTUALE

Le forme di aborto sono diverse e con responsabilità etiche differenti.

-*L'aborto spontaneo* è la perdita del feto durante le prime venti settimane di gravidanza; si verifica per cause indipendenti dalla donna.

Essa è colpevole unicamente quando questo fatto è determinato dalla sua negligenza: fatiche eccessive, attività rischiose, abusi d'alcool o di fumo...

-*Aborto indiretto*: potrebbe avvenire quando una donna gravida si scopre malata tumorale e deve sottoporsi a cicli di chemioterapia antitumorale non dilazionabili nel tempo, oppure ad interventi chirurgici per gravidanze ectopiche o per asportare un cancro uterino.

Riferendosi al principio etico del duplice effetto, la gestante può procedere nella cura anche se rischiosa per il feto. Occorrono però alcune condizioni: la terapia deve essere finalizzata alla rimozione della malattia della madre; non può prevedere l'uccisione diretta del feto; la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.

-*L'aborto terapeutico* presenta invece una situazione eticamente inaccettabile. Infatti, "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"²⁷.

In questo caso, il fine buono, cioè la salvezza della madre, è raggiunto utilizzando un mezzo iniquo: l'uccisione del feto.

-Sono gravemente immorali e condannabili *l'aborto diretto e volontario e quello selettivo o eugenetico*. In questi atti vi è una drammatica aggravante rispetto ad altri delitti: la vittima è una creatura indifesa e l'uccisione è richiesta da colei che l'ha chiamata alla vita.

L'aborto legale 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".

La legge, approvata nel maggio 1978, fu predisposta culturalmente dall'avvento della rivoluzione sessuale e dal movimento femminista, ergendola ad emblema intoccabile dell'autodeterminazione della donna ("l'utero è mio e me lo gestisco io"), anche se non si gestisce unicamente il proprio destino ma anche quello di un'altra creatura, e fu sbandierata come segno di libertà femminile. Determinante fu il contributo del partito Radicale, che inseguito si fece paladino della rogazione internazionale sulla pena di morte e dei diritti dei carcerati. La normativa fu confermata, inoltre, dal referendum del 17 maggio 1981, quando il 70% degli italiani scelsero "l'aborto di Stato".

La legge autorizza l'interruzione della gravidanza entro 90 giorni dal concepimento²⁸ e anche dopo, in caso di rischio per la vita della madre o di

²⁷ E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1986, pg. 205.

²⁸ L'articolo 4 dimostrare 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

malformazioni del nascituro che potrebbero determinare un pericolo per la salute fisica e psichica della donna.

L'intervento avviene mediante "tecniche strazianti per il feto" quali l'aspirazione²⁹, il raschiamento della parete dell'utero³⁰, l'avvelenamento³¹, l'induzione di contrazioni per espellere il feto, l'isterotomia o il taglio cesareo.

Di fronte ai dati riportati in precedenza è inevitabile chiedersi come sia possibile in Italia la presenza di molteplici situazioni di "grave pericolo" per cause attinenti ad una gravidanza in corso.

Alcuni ritengono che queste cifre siano conseguenza della diminuzione degli aborti clandestini; una spiegazione non veritiera non potendo fornire numeri reali, essendo l'atto "clandestino" (dal latino *clandestinus*) "un'azione nascosta". Inoltre, si ha l'impressione, che la piaga dell'aborto clandestino continui, poichè varie donne per quella che è definita l'"onorabilità sociale", oppure per evitare procedure burocratiche, continuano a rivolgersi a strutture prive dei requisiti per praticare l'aborto. Di conseguenza, quale credibilità posseggono le cifre fornite dal Ministero della Salute: 300mila aborti clandestini annuali alla fine degli anni '70 del XX secolo e di 15/20mila nel 2014? Dunque, legalizzando l'aborto, non è scomparso l'aborto clandestino.

A riguardo del numero degli aborti totali, osservava C. Casini: "Gli aborti non sono diminuiti dall'introduzione della legge 194. Confrontando l'anno 1983 con il 2013, a causa della denatalità si rileva infatti 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"³².

Alla conclusione della mancata eliminazione o diminuzione di molto degli aborti clandestini è giunta anche un'inchiesta pubblicata sul quotidiano Repubblica il 23 maggio 2013³³. Il fine dell'inchiesta che era di colpevolizzare i "medici obiettori" con casi fuori luogo³⁴ e affermando che le donne devono "migrare da una regione

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".

²⁹ Si utilizza un potente aspiratore introdotto mediante un tubo di gomma nell'utero; si maciulla il feto e lo si aspira.

³⁰ Si introduce nell'utero un cucchiaino ricurvo che taglia a pezzi il feto.

³¹ Si introducono nel sacco amniotico delle sostanze saline tossiche che bruciano la pelle del feto e lo avvelenano.

³² ZENIT.ORG, 9 dicembre 2014.

³³ M. NOVELLA DE LUCA, *194, così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino*, 23 maggio 2013, in inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/aborti_obiettori_di_coscienza-59475182/

³⁴ Si parla di Alem, minorenni, che ha abortito da sola perché non voleva che i genitori lo sapessero e perché in ospedale non l'hanno voluta perché minorenni; cosa c'entrano gli obiettori? L'ospedale, senza l'autorizzazione del Giudice tutelare evidentemente non poteva effettuare un aborto. Si parla di un'altra ragazzina che ha abortito da sola perché "è troppo povera per avere un altro figlio"; cosa c'entrano gli obiettori? Si parla della triste vicenda di un "fantomatico e anonimo" ginecologo, obiettore di coscienza, che aveva convinto una donna che voleva abortire a partorire e a vendere il bambino ... Non poteva mancare, inoltre, l'intervento di Silvana Agatone, presidente della Laiga (Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della Legge 194/1978) che ricorda il caso di una donna nigeriana giunta in ospedale in condizioni gravissime, infatti il ricorso all'aborto clandestino delle donne nigeriane è altissimo; ma cosa

all'altra", anche se le ultime statiche disponibili parlavano di aborti al 90% eseguiti su donne residenti nella stessa Regione. Sono riportate anche cifre sull'abortività clandestina così commentate da De Luca: "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 soltanto sul tasso di abortività delle donne italiane (6,9 per 1000) 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 poi i dati Istat ad esempio si vede con chiarezza quanto gli aborti spontanei sono aumentati, passando dai 55mila casi degli anni Ottanta, ai quasi ottantamila di oggi. E secondo molti studiosi questa impennata altro non è che il ritorno dell'aborto clandestino 'mascherato', esattamente come avveniva prima della legge, quando le donne dopo aver tentato di 'fare da sole' arrivavano in ospedale con emorragie e dolori, e i medici per salvarle completavano gli aborti, registrati come 'spontanei'".

Quindi, la causa principale di un alto numero di aborti, potrebbe essere l'identificazione della "legalità" con la "legittimità morale". "Come potrebbe la legge permettere un atto immorale?", si chiedono molti. Alla stessa conclusione pervenne un'editoriale di *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 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"³⁵.

Inoltre, la donna, si sente autorizzata a decidere in piena autonomia e come ritiene più idoneo la sorte del concepito. Ogni scusante, anche quelle sociali ed economiche sono sufficienti per abortire, escludendo totalmente dalla decisione il padre, cioè il ruolo maschile nel processo della generazione ed ovviamente il feto.

2.1.2.LA GRAVITÀ DELL'ATTO

Sulla gravità morale dell'aborto, il Magistero della Chiesa, si è espresso ripetutamente.

L'enciclica *Evangelium vitae* riassume le varie condanne: "...dichiaro 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

c'entrano gli obiettori di coscienza? Ma tutto serve a calunniare i medici che affermano il loro diritto a curare, e non a uccidere.

³⁵ CIVILTÀ CATTOLICA, 21 febbraio 1981, pg. 2.

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 Chiesa³⁶.

Questa dichiarazione, per il suo contenuto e per le sue caratteristiche formali, è “*infallibile e irreformabile*”, cioè vincolante per il cristiano, come sottolineato per questi pronunciamenti dalla “Nota Dottrinale illustrativa della formula conclusiva della *Professio Fidei*”³⁷.

La condanna dell’aborto e della sua legalizzazione non è un’opinione unicamente cattolica; vari *laici* si affiancarono alla Chiesa in questa comune battaglia. Affermò U. Bobbio: “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”³⁸.

2.1.3.IL NOSTRO ATTEGGIAMENTO

Da un punto di vista religioso la Bibbia non fornisce, al riguardo, insegnamenti particolari ma evidenzia le basi fondamentali ed imprescindibili cui riferire le nostre azioni: *la dignità dell'uomo, la protezione della vita dell'innocente, il comandamento dell'amore*. Gesù ha mostrato particolare predilezione per i piccoli, affermando che a loro dobbiamo il massimo rispetto poiché saranno i primi ad entrare nel Regno dei Cieli³⁹. E si è violentemente scagliato contro chi scandalizza un piccolo.

Ma il Cristo ammonisce anche i Maestri della legge dichiarando che la sola condanna è insufficiente: “Voi caricate sugli uomini pesi difficili da portare, ma personalmente non li toccate nemmeno con un dito”⁴⁰.

Per questo dobbiamo chiederci *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” dal momento che possiamo confrontarci con donne che abortiscono superficialmente, forse sono al terzo o quarto aborto⁴¹, ma anche con madri, sposate o non, con grosse difficoltà che vivono dilemmi angosciosi, e per loro la gravidanza è motivo d’angustia e di immensa sofferenza. Occorre ergersi a paladini della vita non unicamente a parole ma concretamente, ponendosi a fianco delle madri in difficoltà per donare loro l’amore e il coraggio per affrontare una gravidanza.

Il cristianesimo presenta come modello per ogni mamma la Madonna, colei che nel periodo della gravidanza sperimentò difficoltà fisiche, psicologiche

³⁶ *Evangelium vitae*, op. cit., n.62.

³⁷ Cfr.: CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Nota Dottrina illustrativa della formula conclusiva della Professio Fidei*, 29 giugno 1998.

³⁸ CORRIERE DELLA SERA, 8 maggio 1981, pg. 8.

³⁹ Cfr.: VANGELO DI MARCO, 9,33-37.

⁴⁰ VANGELO DI LUCA 11,46.

⁴¹ Dalla relazione al Parlamento riguardante l’aborto del Ministro della Salute nel 2013 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.

e sociali. Anche il concepimento, annunciato dall'angelo, avvenne in condizioni umanamente difficili da comprendere: "Non temere, Maria, perché hai trovato grazia presso Dio. Ecco, concepirai un figlio, lo darai alla luce e lo chiamerai Gesù"⁴². 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"⁴³. Dopo il parto, Maria, fu costretta a fuggire in Egitto per salvare la vita del bambino Gesù e lì visse per un po' di tempo da profuga.

Alle future mamme nell'angoscia dobbiamo consigliare le istituzioni che le sosterranno e le assisteranno: i *Centri di Aiuto alla Vita*, i *Movimenti per la Vita*, i *Consultori Familiari di ispirazione cattolica*.

In Italia operano oltre 345 *Centri di Aiuto alla Vita* che, in 30 anni, hanno aiutato a nascere 160mila bambini; 10mila nel solo 2014. Un vero dono alla vita e all'Italia che invecchia!

Il 78% delle donne soccorse avevano già ottenuto il certificato per abortire; ma l'incontro con questi enti e l'impegno dei volontari, hanno consentito loro di concludere serenamente la gravidanza. Queste associazioni hanno ideato anche il *Progetto Gemma* per l'adozione a distanza di madri a rischio di aborto. Forniscono loro, nell'anonimato e con riservatezza, per 18 mesi (gli ultimi sei mesi di gravidanza e il primo anno di vita del bambino), somme di denaro ed aiuti concreti. Il *Progetto Gemma* ha accompagnato oltre 15mila mamme. Noi possiamo contribuire offrendo del tempo come volontari, oppure economicamente "adottando" una mamma.

Altra alternativa all'aborto è la possibilità di partorire in ospedale "anonimamente", ed abbandonare il neonato alla struttura sanitaria che provvederà alla cura⁴⁴. Norma che rischia di essere abolita dal Parlamento con un emendamento alla legge 184/1983 (sull'adozione) con il prevedibile rischio dell'aumento degli aborti e degli infanticidi.

Non dimentichiamo, infine, le "culle per la vita" che si stanno aprendo in vari luoghi del nostro Paese.

Dobbiamo, inoltre *vigilare* ed esigere che gli aspetti definiti "positivi" della legge 194, cioè i "filtri" previsti, ma poco attuati, siano rispettati ed ampliati. Ciò dovrebbe svolgersi nei consultori pubblici e in alcune strutture socio-sanitarie. E' loro obbligo "far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza"⁴⁵.

Costituiti come luoghi di accoglienza, di sostegno e di dissuasione, spesso si sono mutati per la carenza di risorse e per la presenza di operatori non obiettori, in "fabbriche dell'aborto", ammettendo ogni scusante della donna, mentre medici, infermieri, psicologi... dovrebbero operare insieme per "prevenire" l'aborto. La vigilanza va attuata anche nei riguardi degli "aborti tardivi" vietati dall'articolo 7, "quando sussista la possibilità di vita autonoma del feto",

⁴² VANGELO DI LUCA 1,30.

⁴³ VANGELO DI MATTEO, 1,19.

⁴⁴ L'anonimato è in vigore dagli inizi del ventesimo secolo per permettere alle donne di partorire assistite, a casa o in ospedale, sostituendo le cosiddette "ruote degli esposti". E' tutelata dal comma 7 dell'articolo 28 della legge sull'adozione del 1983, dal D.P.R. 3 novembre 2000, art. 30, comma 1, dal codice della Privacy del 2003.

⁴⁵ Legge 194/78, art. 2.

solitamente dopo la ventiduesima settimana.

Un altro impegno riguarda il *livello culturale* per neutralizzare la pressante campagna massmediatica che sta modificando nella coscienza del popolo italiano un'azione negativa, in atto neutro o anche positivo essendosi formata, 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"⁴⁶.

-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, poichè l'aborto non riguarda unicamente la coscienza 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"⁴⁷.

-Chiesa e Stato. 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 sta nel fatto che l'aborto non è unicamente un peccato, ma un atto omicida perciò contrario al "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...".

2.1.4.ALLE DONNE CHE HANNO ABORTITO

"La Chiesa è contro il peccato, ma non si scaglia contro i peccatori"⁴⁸, disse l'11 febbraio 2008 il cardinale J. Lozano Barragan a seguito di un increscioso episodio avvenuto al Policlinico Federico II di Napoli.

San Giovanni Paolo II nell' *Evangelium vitae* si rivolse alle donne che hanno abortito con toni paterni: "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"⁴⁹.

E 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

⁴⁶ BENEDETTO XVI, *Udienza al Movimento per la Vita*, 12 maggio 2008.

⁴⁷ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 19.

⁴⁸ LA REPUBBLICA, 14 febbraio 2008, pg. 8.

⁴⁹ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 99.

disagio psichico sperimentato frequentemente dalle donne che hanno fatto ricorso all'aborto volontario, rivela la voce insopprimibile della coscienza morale, e la ferita gravissima che essa subisce ogni qualvolta l'azione umana tradisce l'innata vocazione al bene dell'essere umano, che essa testimonia⁵⁰.

L'aborto, dunque, suscita nella donna una profonda sofferenza spirituale e psicologica, *la sindrome post-abortiva* o *lutto post-aborto*, che può manifestarsi immediatamente dopo l'interruzione della gravidanza, oppure presentarsi dopo vari anni⁵¹. La dottoressa C. Baccaglino, psicoterapeuta e presidente del

⁵⁰ BENEDETTO XVI, *Ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita*, 26 febbraio 2011.

⁵¹ *La testimonianza di una giovane*

“Quando, entrando in classe, incrociai il suo sguardo per la prima volta, rimasi senza parole. Non avevo mai visto degli occhi azzurri e affascinanti come i suoi. I suoi capelli biondi e il suo sorriso dolce e ribelle insieme, non lasciavano trasparire quasi mai la rabbia e la sofferenza che si portava dentro. Ma niente mi avrebbe preparato ad aiutarla nel suo evento più doloroso. Era primavera e la vita, oltre a sbocciare nei campi, aveva iniziato a sbocciare anche dentro di lei.

Un giorno mi confidò questa sua situazione, insieme alla marea di problemi familiari che pesavano sulle sue giovanissime spalle. Io cercai di aiutarla come potevo e la misi in contatto con persone specializzate a star vicino ad un'adolescente 'in attesa'. La pregai di andare all'appuntamento che le avevo procurato. Avrei fatto qualsiasi cosa per darle un valido aiuto nella decisione che doveva prendere. E la decisione era importante: far fiorire il fiore che aveva in grembo o chiudersi alla vita, illudendosi così di evitare tanti altri problemi.

Dopo una settimana, mi disse: 'Ho fatto tutto prof. Sono andata fuori città e ho fatto. La mia mamma mi ha accompagnata'. Non ho detto niente. L'ho solo guardata come si guarda un vaso fragile che non sopporterebbe ulteriori scossoni; cercavo di farle capire che io le volevo ancora bene. Nella mia vita, ogni volta che mi sono avvicinata a donne che avevano abortito, ho toccato con mano il dolore. Per questo mi sembrava così strana l'apparente tranquillità di questa ragazzina.

Passarono i mesi ed a scuola la vedevo serena, allegra... come sempre, insomma. Almeno sembrava. Un giorno, in rete, leggo una discussione sull'aborto, dove lei sta intervenendo. Scrive con rabbia; difende la libertà di scelta e, contro di lei, intervengono coloro che sono contrari all'aborto. Quella discussione mi fa vedere il suo dolore. La sua apparente grinta e sicurezza nell'argomentare, ai miei occhi, sono solo meccanismi di difesa di una creatura che non vuole pensare il peggio di se stessa e non vuole più star male come un cane. Prendo l'occasione per scriverle in privato e in privato lei mi risponde. Una ragazzina, un'adolescente, una mia alunna, mi ha spiegato l'aborto meglio di tante relazioni e libri che ho letto in questi anni.

'Prof... proprio perché so cos'è l'aborto, mi girano le balle a sentire certi discorsi in rete. L'aborto è un trauma, uno shock per chi lo vive, un qualcosa di buio e orribile che ti trascini dietro a vita... è la consapevolezza di non aver dato l'opportunità di vivere a tuo figlio... è un rimorso a vita... un flagello... eppure spesso... molto spesso... è l'unico spiraglio di luce in fondo ad un tunnel buio.. o in altri casi, come nel mio, è imposto.

Non dico che questo sia giusto.. o tanto meno sia giustificato.. ma non si ha nessun diritto di parlare di certe cose così... come si potrebbe parlare di un 'no alla tav'.

Mi sembra altrettanto futile, sciocco, egocentrico e anche poco rispettoso nei confronti di chi gli è stato imposto (nel bene o nel male che sia) un dolore di questo livello... tutto qua.Si... cinque mesi fa è successo, prof.

Però cerco di essere una persona forte ... e non si sa per quale motivo riesco a sorridere anche adesso... forse più per dare forza a chi ho intorno e si preoccupa per me, che non per darla a me... non è facile... ma per sfortuna o per fortuna, da questa vita, quel poco che ho imparato è che non sempre è tutto facile e giusto, anzi!

E ho anche imparato che i calci sulle gengive, quando li prendi, il dolore lo senti tu... e chi ti è vicino può solo compatirti e starti ancora più vicino... ma per quanto lo faccia con amore, è chi sta male che deve stringere i denti e andare avanti. Non posso negare che ho ancora nella testa gli occhi dei dottori, delle persone che sapevano; occhi di 'pena'.

Ricordo le urla di dolore e quella donna che mi stava vicino e gridava 'Stiamo perdendo troppo sangue!' e continuava a ripeterlo...Ricordo le lacrime negli occhi di mia madre e le parole balbettate di mio padre, che a stento tratteneva le lacrime... ricordo di aver sentito il calore delle mie sorelle... ricordo gli incubi che ho

Movimento per la Vita di Ravenna annota: “Possiamo paragonare l’IVG (aborto) ad una mina che dopo essere stata innescata è gettata nell’oceano. Questa mina può rimanere inattiva per svariati anni, può esplodere dopo brevissimo tempo, può 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”⁵².

Di “lutto post-aborto” ne tratta anche B. Foa, psicologa clinica e counselor, nel testo “Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l’aborto del figlio”⁵³, offrendo un percorso terapeutico scientificamente validato per affrontare una sofferenza ancora troppo taciuta⁵⁴.

Questa fragilità della donna richiede la nostra fraterna e comprensiva vicinanza!⁵⁵

tutt’ora... ricordo quanto è stato amaro il boccone da mandare giù quando io ero in ospedale e la persona che diceva di amarmi era lontana e mi chiamava da una discoteca... ricordo la mente confusa durante l’operazione e lo strazio come se fossi carne da macello... ricordo quel bacio affettuoso sulla fronte che mi diede il chirurgo dopo l’operazione... ricordo il sangue che colava... ricordo il mio stomaco stringersi fino a quasi non farmi respirare, ogni volta che avrei voluto piangere; ma non l’ho fatto per non creare disagio a nessuno.

Ricordo l’emorragia e ricordo di aver ricordato tutto quello che aveva passato mia mamma con la sua malattia; e questo mi dava forza.

Ma forse la cosa di cui ho avuto più ‘paura’ è stata quella voce... quella notte... pochi giorni dopo l’operazione. Ero nel mio letto... dormivo... mi sono svegliata di soprassalto... ero stata svegliata da una voce che mi aveva chiamata ‘mamma’.. e io mi sono svegliata con naturalezza come se tutto ciò fosse reale...problemi mentali!? fantasia!? subconscio?! immaginazione?! Non lo so.. so solo che io parlo con lui ogni giorno ... e se è vero che esiste qualcosa.. beh, quel qualcosa mi sta dando forza’ ”. Per tutti gli approfondimenti, visitare www.intemirifugio.it (M.C. CORVO, *Zenit.org*, 23 giugno 2014).

⁵² IL TIMONE, 86/2009, pg. 27.

⁵³ Ed. Effatà, Cantalupa (To) 2014.

⁵⁴ Alla domanda: “*Come si manifesta lo stress post-aborto?*”. Così risponde la dottoressa 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! Il vissuto di Annie, una delle protagoniste del libro, aiuta bene a chiarire questo aspetto: ‘Mi sembra di vivere due vite parallele, una normale, in cui vado a lavorare, accudisco la casa, curo marito e figli, e l’altra piena d’orrore, di sensazioni di vuoto che cerco di staccare dal resto della mia vita. Ma entrambe queste vite sono inquinate dal malessere di aver perso un figlio per colpa mia. Il male che ho dentro è diventato anche male fisico’. Tutte le madri che vengono a cercare aiuto per elaborare il lutto 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)” *Fonte: vitanascente.blogspot.it*

⁵⁵ Un associazione che propone percorsi per sanare le ferite delle donne che hanno abortito è la “Vigna di

Proponiamo alcuni studi internazionali che espongono un notevole incremento dei disturbi psichici e dei rischi per la salute di queste donne.

*La ricerca dell'*Elliot Institute for Social Sciences Research* di *Springfiel (Illinois – USA)*, giunse alle seguenti conclusioni:

-il 90% delle donne che hanno abortito soffre di danni psichici nella stima di sé;

-il 50% inizia o aumenta il consumo di bevande alcoliche e/o quello di droghe;

-il 60% è soggetta ad idee di suicidio;

-il 28% ammette di aver tentato di suicidarsi;

-il 20% soffre di gravi sintomi di *stress* post-traumatico e il 50% in modo meno grave;

-il 52% ha rancore o avverte sentimenti di odio nei confronti di chi gli ha "consigliato l'aborto".

*L'*equipe* del *Suicide anonymous* di *Cincinnati (Ohio – USA)*, coordinata da *M. Uchmann*, si occupò per due anni e mezzo di oltre 4000 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 partorienti⁵⁶.

L'aborto, a volte, instaura sfiducia e diffidenza anche tra marito e moglie, estendendosi al rapporto con i figli, che inconsciamente, potrebbero frapporre delle barriere verso colei che ha tolto la vita ad un loro fratello.

Chi procura l'aborto incorre nella scomunica *latae sententiae*⁵⁷, vale a dire con effetto automatico e simultaneo all'atto. Questa può essere revocata dal vescovo o dai suoi delegati dopo che la donna ha manifestato un sincero pentimento ed assunto il proposito, per quanto possibile, di fare ammenda della colpa.

Sono coinvolti nella scomunica, oltre la donna, anche "coloro che con comune deliberazione criminosa concorrono al delitto"⁵⁸, cioè gli operatori sanitari.

Il cardinale D. Tettamanzi motiva le ragioni della grave pena per i fautori dell'aborto. "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 (*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

Rachele" (www.vignadirachele.org)

⁵⁶ Per approfondire la tematica invitiamo a consultare il sito: <http://www.uccronline.it/2010/04/22/studi-scientifici-dimostrano-lesistenza-della-sindrome-post-aborto-pas/>, che riporta dettagliatamente 19 studi scientifici internazionali.

⁵⁷ CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1398.

⁵⁸ CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1329, par. 1.

d'aborto contraddice gravemente un aspetto fondamentale e irrinunciabile della missione della Chiesa, quello di porsi al servizio della vita nascente⁵⁹.

Non darò mai ad una donna un rimedio abortivo".

La frase, tratta dal Giuramento di Ippocrate, è in forte contraddizione con la Legge 194/78, anzi stravolge la finalità della scienza medica non più promovendo la vita ma provocando la morte. Di fronte al dramma di coscienza della maggioranza degli operatori sanitari, la legge prevede all'articolo 9 "l'obiezione di coscienza" per il personale sanitario. Il suddetto articolo afferma che il personale obiettore non è tenuto agli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 7, e quindi è esentato non solo dall'intervento chirurgico, ma anche da tutte le procedure di certificazione e autorizzazione che portano all'aborto.

L'obiezione è un "obbligo" per chi ama la vita e ne rispetta la sacralità, anche se oggi, pure questo diritto, è sotto attacco da alcune amministrazioni regionali (ad esempio Lazio) o comuni (Torino⁶⁰) che obbligano anche i medici obiettori ad attestare e certificare lo stato di gravidanza della donna; prescrivere i contraccettivi d'emergenza e applicare sistemi contraccettivi meccanici (IUD, c.d. "spirale"), con la scusante dell'emergenza di alcune strutture sanitarie con un "eccesso" di obiettori, penalizzando coloro che richiedono l'interruzione della gravidanza. Affermazione falsa, poichè ogni ginecologo non obiettore non è sottoposto a ritmi di lavoro intollerabili, praticando mediamente 1,4 aborti ogni settimana come afferma "La Relazione ministeriale sulla attuazione della legge 194 per il 2013". Nel 1988 la percentuale era di 3,3 aborti a settimana, quindi molto più alta. E anche i dati riguardanti i "tempi di accesso" confermano questi numeri. Dunque, l'attacco all'obiezione, non ha nessun fondamento organizzativo ma unicamente ideologico capitanato da lobby abortiste.

Non possiamo scordare, nell'ottobre del 2010, la battaglia di alcune lobby abortiste capitanate dall' "International Planned Parenthood Federation European Network" (Ippf), contro la libertà di coscienza presso il Consiglio d'Europa. Ma l'Organismo europeo riaffermò chiaramente il diritto all'obiezione di coscienza.

2.1.5. UNA LETTURA OBIETTIVA DELLE LEGGE

La legge 194 si definisce a tutela della maternità, quindi si potrebbero negare quasi tutti gli aborti, poichè i requisiti per "interrompere la gravidanza" sono il rischio per la vita della madre oppure condizioni incompatibili con la prole.

Perciò, per la legge 194, tutti i bambini "hanno il diritto di nascere", anche i portatori di handicap.

Eloquente fu la sentenza 14488/04 della Corte di Cassazione che negò ad una coppia un risarcimento miliardario richiesto ad un ginecologo che non informò i genitori sul rischio che il bambino potesse nascere affetto da talassemia maior.

Evidenziamo alcuni passaggi della sentenza.

"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,

⁵⁹ Nuova bioetica cristiana, op. cit., pp. 293-294.

⁶⁰ Provvedimento del 27 luglio 2014.

non permettono alla gestante di praticare l'aborto". L'aborto "non è l'esercizio di un diritto della gestante, ma un mezzo concesso per tutelare la sua salute e la sua vita, sopprimendo un altro bene giuridico protetto". E dato che 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 Corte di Cassazione sentenziò, dunque, l'illegalità dell'aborto poiché il feto è malato. Ma nella quotidianità la condotta è differente; molti medici che volevano rispettare la legge⁶¹ sono stati denunciati e condannati!

⁶¹Per approfondire l'argomento

Così una legge ha ridotto gli aborti e salvato i bambini.

“ ‘Texas House Bill 2’. È il titolo della legge firmata dal governatore repubblicano Rick Perry Il 18 luglio 2013 dopo un dibattito infuocato terminato ai tempi supplementari.

Con un discorso di 11 ore ininterrotte pronunciato in piedi, la deputata democratica Wendy Davis era riuscita a fare superare i tempi utili per la votazione. Quello sforzo è servito ad assicurarle la candidatura a sfidante democratico per la carica di governatore. Ma dalle parti del grande Stato del Sud gli uomini sono uomini e così il governatore Perry ha usato i suoi poteri per aprire una sessione supplementare. In un clima che è stato una vera e propria bolgia, dove attiviste abortiste richiamate dalla multinazionale dell'aborto Planned Parenthood gettavano dall'alto sulla platea dei parlamentari ogni sorta di oggetti, contenute a stento dalle forze dell'ordine e fronteggiate da silenziosi ed espressivi pro-life che recitavano il rosario, la legge è finalmente stata approvata. L'ha difesa con le unghie e con i denti la relatrice repubblicana Jodie Laubenberg che per 36 ore non ha mollato il proprio presidio perché venissero respinti tutti i tentativi di annacquare la legge fino al colpo di scena, quando ha risposto a chi le mostrava cruccette di ferro insanguinate, mostrando un paio di scarpine da neonato.

I punti qualificanti della legge sono cinque: l'aborto è proibito dalla 20^a settimana dalla fecondazione, a meno che non sia presente una condizione che secondo un ragionevole giudizio medico può portare alla morte della donna o ad un 'danno fisico sostanziale ed irreversibile di una funzione corporea maggiore diversa dalla condizione psicologica'. L'aborto farmacologico tramite webcam è proibito perché deve essere presente fisicamente il medico. La somministrazione di farmaci abortivi deve seguire lo schema approvato dalla Fda (7 settimane di gestazione per la Ru-486). I medici abilitati ad eseguire gli aborti possono farlo solo se ottengono privilegi di ricovero con un ospedale posto entro 30 miglia dalla struttura abortiva dotato di servizio ginecologico. Le strutture abortive devono dotarsi entro il 1 settembre 2014 degli standards richiesti ai centri ambulatoriali chirurgici.

Sono soprattutto le ultime due misure ad avere scatenato le ire del fronte abortista perché, stante il sistema americano, esse rappresentavano un colpo mortale per molte cliniche per aborti che, sebbene siano solo il 19% delle strutture abortive, eseguono il 63% degli aborti con un carico medio annuale di oltre 2042 aborti per struttura. Il titolo della legge è 'Circa la regolazione delle procedure, dei fornitori e dei servizi abortivi; sulla comminazione di sanzioni'. Non si tratta di una legge abolizionista, la cosa è preclusa dalle sentenze della corte suprema Usa, ma, come dice il titolo della legge, di una regolazione delle procedure, una regolazione in senso restrittivo tra le più stringenti del Paese.

Il governatore del Texas è considerato dai pro-life americani un eroe, nel 2013 è stato oratore principale alla marcia per la vita del Texas, evento organizzato da 56 associazioni pro-life. Quest'anno è stata la volta di Gregg Abbott, avvocato generale dello Stato, che ha costruito la difesa della legge dagli attacchi legali forsennati lanciati dagli abortisti. Il governatore Perry è stato anche premiato al Congresso Nazionale pro-life di Grapevine del 27 giugno 2013. Accennavamo ai ricorsi degli abortisti. Sono stati numerosi e articolati. In primo grado hanno trovato una sponda favorevole nel giudice distrettuale Lee Yeakel che ha dato loro ragione sia sui privilegi di ricovero, sia sull'adeguamento agli standards chirurgici, da lui giudicati incostituzionali. In entrambi i casi la Corte d'Appello del 5° circuito ha rovesciato il giudizio mantenendo in vigore la legge.

Un aspetto delle sentenze emesse dai giudici della Corte d'Appello merita di essere sottolineato, soprattutto se lo confrontiamo con la debordante interferenza della magistratura Italiana con i processi legislativi: i giudici, hanno detto, non devono mettere in discussione la bontà degli strumenti messi in atto dal legislatore per perseguire dei fini legittimi, essendo sufficiente che il percorso adottato dal legislatore abbia 'una base

2.1.6. 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 sostenevano la liceità della soppressione del neonato con le stesse motivazioni con cui è giustificato l'aborto. Di conseguenza, secondo loro, facendo proprio il pensiero di P. Singer (uno dei padri dell'università di *Melbourne*) e dell'editore della rivista (il docente universitario J. Savulescu), non vi sono ragioni morali d'impedimento all' "aborto post natale".

I due autori si domandano: "nei Paesi dove è permesso l'aborto perché non consentire anche l'infanticidio dato che né il feto né il neonato hanno ancora lo status morale di persona", "sono privi di quelle caratteristiche che giustificano il diritto alla vita" poiché, per un minimo di due settimane dopo la nascita, il bambino non presenta nessun elemento di autocoscienza.

Di conseguenza, dato che "l'adozione non è sempre nel loro interesse, si può concludere che l'aborto post-nascita (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 i difetti del bambino o 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.

razionale'. Altro elemento da valutare con attenzione è come il legislatore e la difesa processuale della legge sia stata condotta utilizzando uno degli argomenti chiave di sempre degli abortisti: la protezione della salute della donna. Se nelle aule di tribunale l'argomentazione fosse stata quella di ostacolare l'accesso all'aborto per difendere la vita del bambino, sarebbe stata arrostita sul fuoco delle sentenze della Corte a Suprema Usa che in *Roe vs Wade* aveva stabilito il principio del diritto all'aborto come espressione del diritto di privacy che può essere compresso soltanto se lo Stato dimostra di avere un "interesse impellente", criterio la cui stringenza è stata ridotta nella sentenza *Casey* in cui è il ricorrente ad essere obbligato a dimostrare che la legge pone un "peso indebito" al suo diritto di privacy.

Ma Gregg Abbott è un pro-life e non è uno sprovveduto e per questo ha impostato la propria strategia sulla difesa della salute della donna, non esitando ad usare in aula persino una pubblicazione della National Abortion Federation che avvalorava i suoi argomenti, sottraendoli al sospetto di partigianeria pro-life. È possibile che gli abortisti ricorrano alla Corte Suprema, ma si tratta per loro di un rischio. La Corte si è già pronunciata in senso favorevole alla legge nel respingere un ricorso d'urgenza e un'eventuale conferma potrebbe aprire la strada a una serie di leggi analoghe in altri Stati a maggioranza repubblicana.

Quali sono gli effetti della legge? Le cliniche per aborti si sono ridotte da 41, prima della presentazione della legge, a 33 nei mesi della sua discussione, a 22 dopo la sua approvazione, a 7 (un'altra clinica della Planned Parenthood è in costruzione) dopo l'entrata in vigore, grazie alla decisione della Corte d'Appello del 2 ottobre, dell'obbligo di adeguamento ai centri chirurgici che richiede spese per milioni di dollari reputati economicamente insostenibili dai proprietari delle cliniche che hanno chiuso. Da uno studio pubblicato sulla rivista *Contraception* da autori abortisti gli aborti si sono ridotti del 13,2%, ma ora che l'ultima misura della legge è entrata in vigore portando alla chiusura di altre 15 cliniche, tutto fa pensare che il numero di aborti subirà un'ulteriore contrazione. Al minore numero di aborti corrisponde un incremento dei bambini da 377.445 nel 2011 i nati sono cresciuti nel 2013 a 394.993 (+ 17.548). Si tratterà di bambini che gli abortisti considerano di seconda e terza scelta perché non sono planned (pianificati), non sono wanted (voluti), non sono timed (al momento giusto), ma si tratta "solo" di bambini saved.

(RENZO PUCETTI, *La Nuova Bussola Quotidiana*, 7 ottobre 2014).

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 trasformano l’amore, la tenerezza e la dolcezza che circonda ed implora il neonato nell’atto più indegno che dei genitori possano compiere; negare il diritto alla vita al loro figlio.

2.2.PRATICHE ABORTIVE

2.2.1.RU 486

Il 31 luglio 2009, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), autorizzò la commercializzazione della *RU 486* definita dal famoso genetista J. Lejeune “*pesticida umano*” e da molti “*kill pill*” (la pillola killer).

L’autorizzazione fu emessa al termine delle sperimentazioni avviate nel 2005 presso alcune aziende sanitarie dell’Emilia Romagna, della Toscana, delle Marche e del Piemonte, arruolando 2293 donne, alcune però furono vittime di gravi effetti collaterali. Ad esempio, una donna, dopo aver assunto la seconda pillola ritornò in ospedale per setticemia, altre subirono rischi abortendo prive di adeguata assistenza sanitaria, alcune dovettero ricorrere inseguito all’aborto chirurgico.

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”, composta da 600 milligrammi di *mifepristone*, uccide il feto; “la seconda”, da 400 milligrammi di *misoprostol*, provoca le contrazioni affinché il feto sia espulso. Tuttavia il 5-8% delle donne sono costrette a ricorrere all’intervento chirurgico essendo l’aborto incompleto.

In Italia, per il momento, il procedimento si svolge in ospedale.

Nei Paesi esteri, la donna si reca in farmacia, acquista questo veleno e a casa esegue l’aborto nella più disperata indifferenza e solitudine.

Osservazioni sulla *RU 486*.

-Rischiosa per la salute della donna.

La *RU 486* ha causato gravi effetti collaterali e provocato dei morti.

Ventisette, sono quelle denunciate alla comunità scientifica, ma se ne sospettano molte di più. In Italia la prima vittima fu all’ospedale “Martini” di Torino, dove una donna di 37 anni, dopo la somministrazione del *misoprostol* per l’eliminazione del feto ebbe una grave crisi cardiaca con esito fatale, nonostante i tentativi dei medici di salvarla.

I gravi effetti collaterali e i decessi furono segnalate dalla stessa industria produttrice del farmaco, la francese *Exelgyn*, e documentati da riviste scientifiche internazionali.

Uno studio pubblicato da “*The Annals of Pharmacotherapy*” (febbraio 2008) che analizzò i disturbi collaterali provocati dalla Pillola su 607 donne, segnalò 237

emorragie e 66 infezioni a volte accompagnate da choc settici; altre subirono interventi d'urgenza per gravidanze extrauterine; unicamente il 30% non ebbero "incidenti di percorso".

Per questo, negli Stati Uniti, la *Food and Drug Administration*, (l'Agenzia del farmaco) impose l'applicazione di una "banda nera" sulle confezioni del medicinale.

I dati, inoltre, indicano che la Pillola ha un'incidenza di mortalità dieci volte superiore rispetto all'aborto chirurgico (aborto chirurgico: 1 morto su 1 milione; aborto chimico: 1 morto su 80.000).

-L'inganno per la donna.

La Pillola, fu presentata dai mezzi massmediatici e da alcune forze ideologiche e politiche come un aborto "semplice" rispetto al tradizionale non richiedendo l'intervento chirurgico. Quindi, un procedimento indolore, anzi quasi "dolce", nascondendo volutamente i rischi e le controindicazioni.

-La medicalizzazione della nascita.

I farmaci che quotidianamente assumiamo hanno ottenuto, terminata una lunga e complessa fase di sperimentazione clinica, l'autorizzazione dall'AIFA per la commercializzazione. E il farmaco, lo utilizziamo per prevenire una patologia, per curare una malattia oppure per alleviare i dolori.

L'autorizzazione dell'AIFA per la *RU 486* mostra che nella nostra società si fa strada il convincimento che la gravidanza non è un momento lieto e naturale per la donna, ma una malattia.

Ciò modifica il significato della maternità, e la commercializzazione della *RU 486* ostenta l'esordio di questo cambiamento culturale.

Inoltre, la finalità di ogni farmaco, è la cura o la guarigione, non la soppressione della vita.

-La somministrazione in ospedale, in regime di ricovero.

La delibera AIFA per la commercializzazione della *RU 486* impone alla donna di assumere il farmaco in ospedale dove rimarrà ad attendere "l'espulsione del feto". Ma il passaggio dalla somministrazione ospedaliera alla prescrizione per l'acquisto della Pillola in farmacia è breve, infatti l'espulsione del feto potrebbe richiedere un lungo periodo, anche venti giorni. Inoltre, la Costituzione Italiana proibisce la coartazione al ricovero ospedaliero, tranne che per le situazioni previste dalla legge.

Di conseguenza, una donna potrebbe assumere la Pillola in ospedale e dimettersi, terminando l'aborto a casa, in viaggio, in ufficio..., dove capita, nell'assoluta e agghiacciante solitudine, con rischi anche mortali.

La decantata privatezza radicale dell'operazione abortiva tende a trasformarsi in un'amara sensazione di abbandono e di solitudine.

-RU 486 e Legge 194/78.

La *RU 486* viola la Legge 194/78 in due articoli.

L'impossibilità, per mancanza di tempo, di offrire alla gravida una "pausa di riflessione" di sette giorni da quando richiede la pratica dell'aborto (cfr.: art. 4) e l'intervento praticato unicamente in strutture pubbliche, in regime di ricovero (cfr.: art. 8) se l'intervento non fosse praticato totalmente in ospedale..

Ma pur volendo cancellare ogni traccia, rimane indelebile l'uccisione di un

uomo!

2.2.2. PILLOLA DEL GIORNO DOPO (NORLEVO)

La pillola del giorno dopo, comunemente chiamata *Norlevo*, fu presentata ed è commercializzata come un “contraccettivo d'emergenza”⁶², da assumere entro e non oltre 24 ore a seguito di un rapporto sessuale ritenuto presumibilmente fecondante, per bloccare l'inizio di una gravidanza.

Nel bugiardino sul farmaco si legge: “la contraccezione d'emergenza è un metodo di emergenza che ha lo scopo di prevenire la gravidanza in caso di rapporto sessuale non protetto (...). Non c'è alcuna componente ormonale estrogenica (...). Il farmaco possiede una sostanza appartenente ad un gruppo di farmaci chiamati progestinici”.

Affermazioni volutamente ambigue essendo differente la realtà scientifica. La pillola, contiene prodotti chimici ormonali costituiti sia da estrogeni che da estrogeno-progestinici (in particolare il levonorgestrel farmaco potenzialmente abortivo) che rendono irrealizzabile l'annidamento dell'embrione nella parete uterina, cioè il prosieguo della fecondazione, poichè il farmaco interviene a fecondazione avvenuta. Affermano M. L. di Pietro e R. Minacori che “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 un nuova vita umana”⁶³. Ammonisce J. Scotson: “È fondamentale essere precisi quando si usano parole e frasi (...). Contraccezione significa ‘contro la concezione’, ciò che impedisce che si verifichi la fecondazione. Lo scopo dell'utilizzo delle pillole contraccettive post-coitali è quello di prevenire l'annidamento e l'ulteriore sviluppo del concepito e di procurare un aborto chimico. Non si può impedire ciò che è già avvenuto, e quindi l'uso del termine ‘contraccezione d'emergenza’ per l'aborto precoce è errato”⁶⁴.

Convinti, come già affermato, che la gravidanza inizi con la fecondazione e non con l'impianto della blastocisti nella parete uterina, risulta

⁶² Contraccezione d'emergenza.

L'OMS afferma che la contraccezione d'emergenza o post-coitale si riferisce a metodi contraccettivi che possono essere utilizzati per prevenire la gravidanza nei primi giorni dopo il rapporto (WHO MEDIA CENTER, *Emergency contraception, Fact sheet*, n. 244, luglio 2012 in <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>: “*Emergency contraception, or post-coital contraception, refers to methods of contraception that can be used to prevent pregnancy in the first few days after intercourse*”).

La definizione è tuttora oggetto di discussione in ambito scientifico e bioetico.

La Società Italiana della Contraccezione (S.I.C.), in “Position paper sulla contraccezione per via orale” del 6 giugno 2011, puntualizza che “la contraccezione d'emergenza viene definita come “metodica contraccettiva” poiché può solo prevenire e non interrompere una gravidanza già in atto (...) “metodica di supporto” in quanto il suo utilizzo non è da considerarsi come metodo contraccettivo abituale o di prima scelta, ma solo quando altri metodi non siano stati del tutto o correttamente utilizzati”.

⁶³ Cfr.: M. L. DI PIETRO, R. MINACORI, *La “contraccezione d'emergenza”*, “Medicina e Morale”, n. 1, 2001, pp. 11-39

⁶⁴ Cfr.: J. SCOTSON, *Emergency Contraception. Use of the Term is Erroneous*, *BMJ* 1995, n. 311, pp. 762-763.

chiaro che l'azione antinidatoria della pillola è un evidente aborto provocato chimicamente nei confronti di un embrione fecondato. Di conseguenza, è improprio, presentarla come un contraccettivo!

Eticamente, l'uso del preparato, assume la stessa gravità morale dell'aborto, essendo questa una pratica abortiva anche se compiuta omettendo le procedure tradizionali; quindi in aperto contrasto con la corretta applicazione della legge 194/78.

Inoltre, e questo è poco sottolineato, la “pillola del giorno dopo”, potrebbe procurare gravi conseguenze al fisico della donna: dalla nausea all'emicrania, da lancinanti dolori alla pancia alla mancanza di appetito, fino ad un disordine nel ciclo mestruale.

Il 26 settembre 2000 il Ministro della Sanità, professor U. Veronesi, firmò il Decreto per la commercializzazione del *Norlevo*, disinteressandosi della natura abortiva; anzi comunicò che il *Norlevo* “non svolge alcuna funzione abortiva nell'impedire l'impianto dell'ovulo fecondato o nel blocco dell'ovulazione”⁶⁵. Secondo Veronesi, il farmaco opera precedentemente all'instaurarsi della gestazione perciò, a suo giudizio, è scorretto parlare di aborto dove non è mai sussistita una gravidanza.

La *Pontificia Accademia per la Vita* espresse un parere opposto⁶⁶. Nella comunicazione si evidenziò che il *Norlevo* non è un farmaco contraccettivo ma abortivo; il contraccettivo rimanda alle tecniche che impossibilitano il concepimento, mentre l'abortivo a quelle che bloccano con mezzi chimici il prosieguo di una gravidanza. Dunque, il *Norlevo*, sopprime l'embrione nel suo sviluppo, prima che la donna possa accorgersi della sua presenza dall'assenza del ciclo mestruale.

2.2.3.ELLEONE

Negli Stati Uniti, la *Food and Drug Administration* (FDA), autorizzò nel 2008 la commercializzazione di un nuovo “abortivo di emergenza” a lunga durata di azione, a base di *ulipristal acetato* (*Ella*).

Nel bugiardino, descrivendo gli effetti della pillola, si parla di semplice effetto antiovulatorio. Di parere opposto è il ginecologo R. Puccetti: “Questo farmaco non è un contraccettivo d'emergenza, è un abortivo. E' in grado di modificare l'endometrio per rendere più difficile l'annidamento dell'ovulo fecondato. Ma se a livello scientifico è ancora dibattuto l'effetto antinidatorio della pillola del giorno dopo, la potenzialità abortiva di EllaOne è certa”⁶⁷.

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

In Italia la registrazione presso l'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) terminò l'8 novembre 2011 e il farmaco fu posto in commercio nell'aprile 2012. Per l'acquisto si dovranno seguire quattro indicazioni. La non ripetibilità della

⁶⁵ Cfr.: *Comunicato stampa* 231 del 29.9.2000.

⁶⁶ Cfr.: *Comunicato stampa sulla cosiddetta Pillola del Giorno dopo*, 31.10.2000.

⁶⁷ AVVENIRE, 1 marzo 2012, pg. 1.

ricetta; l'obbligatorietà della presentazione di un test di gravidanza negativo basato sul dosaggio dell'*Hcg beta* (essendo controindicata per le donne in gravidanza); l'attivazione da parte della Ditta produttrice di un registro delle eventuali gravidanze durante l'assunzione del medicinale; l'inserimento nell'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo per le sospette reazioni avverse.

ElleOne, la pillola dei cinque giorni, va assunta entro 120 ore da un rapporto sessuale ritenuto presumibilmente fecondante, per bloccare il prosieguo della gravidanza.

Nel gennaio 2015, su richiesta della Ditta produttrice, l'EMA ha sdoganato questo prodotto a "farmaco da banco" senza necessità di prescrizione medica. Anche l'AIFA, si è adeguata agli altri Paesi, pur potendo resistere al discutibile diktat europeo, ignorando totalmente il parere di "non cedere sull'obbligo della ricetta", stilato dal Consiglio Superiore di Sanità a seguito di una richiesta di approfondimento tecnico sollecitata dal Ministro della Sanità. Ora, una donna maggiorenne, può acquistare il farmaco anche nelle "parafarmacie", mentre per le "minorenni" resta confermato l'obbligo di prescrizione medica e la vendita è autorizzata unicamente presso le farmacie.

2.2.4.DIVERSITA' TRA NORLEVO, ELLEONE E RU 486

Il Norlevo e l'ElleOne bloccano l'annidamento dell'embrione nell'utero cioè non permettono la sua crescita, quindi è un aborto, mentre la RU 486 è un aborto che si attua entro la settima settimana non chirurgicamente ma farmacologicamente.

Osservava san Giovanni Paolo II: "Forse, questo fenomeno linguistico è esso stesso sintomo di un disagio delle coscienze. Ma nessuna parola vale a cambiare la realtà delle cose: l'aborto procurato è l'uccisione deliberata e diretta, in ogni modo sia attuata, di un essere umano nella fase iniziale della sua esistenza, compresa tra il concepimento e la nascita"⁶⁸.

Un episodio ambiguo.

Nel mese di aprile 2014, cinque associazioni d'ispirazione cattolica, Giuristi per la vita, Farmacisti cattolici, Forum delle famiglie, Ginecologi cattolici e Pro Vita, si rivolsero al "Tar del Lazio" poichè il 17 dicembre 2013 l'AIFA accolse la richiesta dell'azienda produttrice del Norlevo, la francese "HRA Pharma", di eliminare dal "bugiardino" l'avvertenza sulla sua potenzialità abortiva.

Il 30 maggio 2014, il Tar, con un linguaggio burocratese chiuse il contenzioso affermando il non effetto abortivo della "pillola del giorno dopo": "Non sussistono, sotto il profilo del fumus, i presupposti per l'accoglimento della proposta istanza cautelare avuto presente, in linea con quanto evidenziato dalle resistenti amministrazioni, che recenti studi hanno dimostrato che il farmaco Norlevo non è causa di interruzione della gravidanza".

L'acquisto della *pillola del giorno dopo* e dell'*ElleOne* è in costante crescita. Secondo i dati del Ministero della Salute, le vendite sono aumentate negli ultimi cinque anni del 59% attestandosi a 356mila confezioni annuali,

⁶⁸ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 58.

ponendosi fra i primi cinque farmaci più venduti in Italia con un fatturato di circa 13milioni di euro. Il 55% delle acquirenti hanno un'età compresa tra i 14 e i 20 anni⁶⁹, e vi ricorrono con la convinzione di assumere un *innocuo farmaco*, mancando la consapevolezza d'imbottirsi di una "bomba ormonale" le cui conseguenze sulla propria fertilità sono valutabili unicamente nel lungo periodo⁷⁰.

L'unica percorso per interrompere questo crinale pericoloso sta nell'intervento delle famiglie, che dovrebbero, con serietà, educare i figli all'affettività, a vivere positivamente le relazioni con l'altro sesso e al rispetto di se stesse. Come pure gli operatori sanitari, dovrebbero tra i loro ruoli sentirsi investiti di questo compito educativo, anche se può procurare incomprensioni e forse "provvedimenti disciplinari" dimenticando, come abbiamo già sottolineato in precedenza, che il Codice deontologico medico 2014 afferma all'articolo 22 che il medico "non è obbligato" a prescrivere un farmaco in contrasto con la propria deontologia e coscienza. Di conseguenza, un ospedale deve garantire l'erogazione di farmaci legali, ma il medico può prescriberli unicamente se in accordo con la sua coscienza morale e professionale⁷¹.

⁶⁹ Una testimonianza.

"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. Beatrice".

⁷⁰ "Ho visitato una ragazza che l'ha usata più volte e che per un mese intero non è riuscita a nutrirsi. Non solo, un dosaggio ripetuto innalza il rischio di trombosi (*Testimonianza della dott.ssa Rita Polo*, *Tempi.it*, 6 novembre 2014).

⁷¹ Per approfondire l'argomento.

Le evidenze della scienza e le conseguenze per l'obiezione

"Quando una donna ha un rapporto non protetto nel giorno che precede l'ovulazione (quello più fertile e con la massima frequenza di rapporti) e il giorno dopo ovula, può concepire entro 24 ore dall'ovulazione, essendo l'uovo disponibile per 24 ore. Il concepimento può avvenire quindi entro due giorni da quel rapporto. Sorge dunque un quesito: se EllaOne può essere assunta con efficacia costantemente superiore all'80% fino a cinque giorni dopo quel rapporto, e cioè fino a quattro giorni dopo l'ovulazione (avvenuta nel giorno successivo al rapporto), e tre giorni dopo il concepimento che ne fosse seguito, come può invocarsi un effetto anti-ovulatorio?

Eppure l'Ema (European Medicines Agency, l'ente regolatorio europeo), l'Aifa (l'ente omologo per l'Italia) e le più note Società Scientifiche sostengono che questi farmaci agiscono soltanto prevenendo l'ovulazione. Non si può mentire su queste tematiche: è in gioco il rispetto per la vita umana dal suo inizio, valore cardine della nostra civiltà, fondamento della Costituzione e delle nostre leggi, della stessa 194 all'articolo 1 e, prima ancora, della legge 405/75 che alla 'tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento' finalizza la procreazione responsabile. Disinformare su questi temi significa impedire alle singole persone di operare scelte libere proprio in quanto informate, calpestare la libertà professionale dei medici, negare ai politici la possibilità di legiferare in base a conoscenze documentate e ai giudici la possibilità di giudicare rettamente. Mentire su questi temi è ancora più grave se a farlo è chi, per mandato, questa conoscenza dovrebbe invece garantire.

I contraccettivi d'emergenza non prevengono l'ovulazione: quando vengono assunti nei giorni più fertili del ciclo mestruale, essi impediscono l'annidamento del figlio che fosse concepito. I giorni più fertili sono il giorno che precede l'ovulazione, il precedente, e il giorno stesso dell'ovulazione. In essi è massima anche la

frequenza dei rapporti sessuali e soprattutto di quelli non protetti. Ne deriva che il massimo numero di concepimenti consegue a rapporti che si verificano proprio in questi giorni. Un contraccettivo di emergenza che impedisce il manifestarsi di gravidanze con un'efficacia che va dal 65% del Norlevo (Levonorgestrel, Lng) all'80-85% di EllaOne (Ulipristal Acetato, Upa) dovrebbe avere il suo massimo di efficacia se assunto dopo i rapporti che avvengono nei giorni più fertili. La letteratura medica ci dice, però, che sia Norlevo sia EllaOne, quando vengono assunti nei giorni più fertili del ciclo, non hanno più alcun effetto sull'ovulazione: la loro efficacia è invece dovuta a un effetto antiannidamento. Vediamo nel dettaglio.

I dati scientifici mostrano che il Norlevo (la 'pillola del giorno dopo') può inibire la liberazione dell'uovo soltanto quando viene assunto nel primo dei giorni fertili (prima che i livelli di Lh inizino a crescere). Assunto successivamente, nei giorni pre-ovulatori più fertili, Norlevo consente l'ovulazione ma impedisce la formazione di un buon corpo luteo: la ghiandola che deriva dal follicolo che ha liberato l'uovo e che prepara l'endometrio (il terreno fertile dentro l'utero) a ospitare il figlio. La donna ovula e può concepire, ma l'endometrio non consentirà all'embrione di annidarsi. Il Norlevo assunto prima dell'ovulazione ha, quindi, un effetto prevalentemente post-concezionale.

Complessivamente EllaOne (la 'pillola dei cinque giorni dopo'), assunto nel periodo fertile del ciclo, inibisce o ritarda l'ovulazione in una percentuale di casi inferiore al 60%. In oltre il 40% dei casi invece la donna ovula e può concepire. Sono i dati (Brache 2010) ai quali tutti fanno riferimento. Se però analizziamo l'azione del farmaco nelle diverse fasi del periodo fertile vediamo che la sua efficacia, come per Norlevo, è del 100% solo quando viene assunto nel primo dei giorni fertili (prima che Lh inizi ad aumentare). Quando viene assunto successivamente la sua efficacia decresce fino quasi ad annullarsi (8%) 1-2 giorni prima dell'ovulazione, nel momento del picco di Lh, e cioè nei giorni più fertili del ciclo. In questi giorni, anche se la donna ingerisse EllaOne già durante il rapporto sessuale, il farmaco agirebbe come un placebo, senza alcuna efficacia sull'ovulazione, che seguirebbe entro due giorni come previsto da madre natura. Conseguentemente, il concepimento potrebbe avvenire. La gravidanza tuttavia, anche in caso di concepimento, non comparirebbe perché EllaOne agisce in modo praticamente identico alla Ru486 usata per l'interruzione della gravidanza, della quale anzi sembra essere ancora più efficace. EllaOne, infatti, impedisce l'azione del progesterone, l'ormone che – come dice il nome – favorisce la gestazione, ostacolandone il normale effetto di preparazione dell'endometrio all'annidamento. Questi dati sono ampiamente riportati nella letteratura medica, ma Ema e Aifa li ignorano, limitandosi a recepire le considerazioni dell'azienda produttrice. Peraltro c'è discordanza anche all'interno dei documenti ufficiali dell'Ema, che Aifa passivamente si limita a recepire senza adeguatamente verificarli. Nella documentazione su EllaOne, per esempio, è scritto che «i dati farmacodinamici mostrano che anche quando viene assunto nell'imminenza dell'ovulazione, Ulipristal Acetato è in grado di ritardarla in alcune donne». In alcune donne: l'8%, come già visto, mentre tutte le altre donne (il 92%) che assumono il farmaco in quei giorni, i più fertili, ovulano regolarmente e possono concepire.

La contraccezione d'emergenza viene prescritta a seguito di rapporti non protetti avvenuti nei giorni fertili, quando il muco cervicale lascia entrare gli spermatozoi. Quando la donna ovula non vi sono ostacoli al concepimento. Se le gravidanze attese non compaiono è dunque perché questi farmaci impediscono l'annidamento del figlio in utero.

Da ultimo una considerazione sull'obiezione di coscienza. A nostro avviso la mancata prescrizione dei contraccettivi di emergenza dovrebbe essere considerata, più che un gesto di obiezione, un atto di pieno ossequio alla legge. Come già ricordato, lo Stato italiano attraverso le sue leggi nel definire gli aspetti della procreazione responsabile la finalizza esplicitamente alla «tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento» (legge 405/1975). La tutela della salute della donna e del figlio che potrebbe essere generato è ribadita anche nella legge 194/1978 che, pur consentendo l'aborto in casi che dovrebbero essere eccezionali, proclama la tutela della vita umana dal suo inizio. Tutela della «vita umana», e non solo della gravidanza, che l'Organizzazione mondiale della sanità – riduttivamente e strumentalmente – pretende inizi dall'impianto in utero. La tutela del concepito, infine, è esplicitamente ribadita anche nel primo articolo della legge 40/2004, in un passaggio mai modificato dalle sentenze della Corte Costituzionale. In questo contesto, non si vede come al medico possa essere richiesto di prescrivere farmaci che agiscono o possano agire dopo il concepimento.

Disinformare il medico sul reale meccanismo d'azione di questi farmaci al fine di estorcerne la disponibilità a prescriberli è molto grave, soprattutto se a farlo è chi, per mandato istituzionale o accademico, ha il compito di tutelarne e promuoverne libertà e professionalità nell'interesse della salute e della vita.

(F. M. BOSCIA, G. L. GIGLI, B. MOZZANEGA, Avvenire.it, 15 ottobre 2014)

2.2.5. I RISCHI DEI CONTRACCETTIVI

I contraccettivi, a volte, possono produrre gravissimi effetti collaterali. Una nuova conferma l'ha fornita il "British Medical Journal" del maggio 2015 riportando 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 fanno uso del contraccettivo, allo scopo di verificare l'effettivo aumento del "rischio di trombosi" legato appunto a questo prodotto. I dati dimostrano "che l'assunzione dei contraccettivi orali di 'terza generazione' aumenta di quattro volte il rischio di sviluppare coaguli di sangue rispetto al resto della popolazione femminile che non ne fa uso. Anche le donne che utilizzavano quelle di 'seconda generazione' presentano, rispetto alla popolazione che non prende la pillola, un rischio di 2,5 volte superiore di sviluppare trombosi venose". Dunque, tutte le pillole contraccettive presentano quindi potenziali rischi anche molto gravi. "Ma quelle di 'terza generazione', lanciate negli anni Ottanta e 'preferite' da un terzo delle donne che utilizzano la pillola (perché rispetto alle precedenti riducono alcuni effetti collaterali come l'aumento di peso o il mal di testa), secondo i ricercatori dell'ateneo su 10.000 donne causano ogni anno fino a 14 episodi di trombosi in più rispetto alla popolazione non esposta al farmaco"⁷². Nel mondo il totale delle donne che assumono questi contraccettivi è circa 100milioni.

Alcuni effetti collaterali gravi portano anche alla morte. E di ciò, le prime ad esserne consapevoli sono le "Ditte farmaceutiche" per i risarcimenti che devono sborsare. Ad esempio, la "Bayer", ha già speso 1.6 miliardi di dollari per 6.800 persone gravemente lese e le famiglie di 100 donne decedute dopo aver assunto la "Yaz", oppure la "Merck & Co" che ha speso 100 milioni di dollari per risarcire 3.800 donne lese e 83 famigliari di morte a causa del "Nuvaring". Eppure, nonostante che tutti sappiano, la strage continua, anzi molti Paesi li consigliano per il controllo delle nascite; "non mancano pressioni internazionali sui Paesi in via di sviluppo che condizionano gli aiuti economici a determinate politiche di 'salute riproduttiva' "⁷³.

Papa Francesco, nell'enciclica "Laudato si", ha approfondito questa problematica anche nell' "aspetto ambientale" puntando l'attenzione sugli effetti dannosi ai "sistemi ormonali umani" (o sistema endocrino) provocati dalle sostanze chimiche nelle "riserve idriche" poiché molte ricerche scientifiche affermano che queste elementi chimici presenti nei contraccettivi e nelle pillole per il controllo delle nascite, stanno creando i cosiddetti pesci e fauna "intersessuale", e potrebbero minacciare seriamente la salute umana, la sessualità e le gravidanze⁷⁴.

⁷² B. FRIGERIO, *Tempi.it*, 1 giugno 2015.

⁷³ PAPA FRANCESCO, *Laudato si*, n. 50.

⁷⁴ Si rimanda per l'approfondimento dell'argomento al n. 50 e seguenti dell'enciclica "Laudato si"

3. La depressione post partum (Psicosi puererale)

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 puererale 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"⁷⁵.

⁷⁵ AVVENIRE, “Noi Genitori & Figli”, 6 marzo 2005, pg. 12.

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

I “Metodi Naturali della procreazione” o della fertilità, anche se poco conosciuti, sono ritenuti da molti inaffidabili e, soprattutto, limitativi della libertà e della spontaneità. Vogliamo con questa parte dimostrare il contrario!

I Metodi Naturali della procreazione “sono metodi che 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 una 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”⁷⁶.

Dunque, consentono alla donna di scoprire e conoscere il proprio corpo e le sue leggi tramite l'osservazione e, quindi, di consumare l'atto sessuale con consapevolezza nel periodo di non fertilità, rinunciandovi in quello fertile, se non desidera un concepimento. Permettono, inoltre, una corretta pianificazione familiare e il rispetto della natura dell'atto sessuale coniugale, pur chiedendo un'astinenza periodica. Costituiscono per la coppia uno strumento privilegiato per acquisire la consapevolezza del valore della fertilità e maturare, di conseguenza, scelte basate sulla condivisione, il rispetto reciproco e l'amore per la vita.

Diversamente dalla pillola e dai contraccettivi chimici o ormonali, non provocano effetti collaterali o negativi sulla salute della donna consentendo di salvaguardare intatto il ciclo ovulatorio. Di conseguenza, il desiderio di conoscenza dei metodi naturali, dovrebbero oltrepassare gli orientamenti etici-religiosi abbracciando quelli psico-pedagogici, sanitari ed ecologici. Alcune donne testimoniano di piacevoli sorprese avendo previsto la propria fertilità ed osservato gli eventi del proprio corpo, evitando il supporto di medici o di strumenti tecnologici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima nel 98% l'efficacia⁷⁷. I dati sono pubblicati anche in autorevoli studi statistici⁷⁸, mentre la relazione del febbraio 2012 dell' “Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro” (IARC) si conclude con un'inquietante osservazione: “I contraccettivi orali estroprogestinici aumentano il rischio di cancro al seno, alla cervice e al fegato”. Allarme non nuovo, già lanciato nel 2002 dal “Rapporto Women's Health Initiative”, che stabilì l'aumento del rischio di cancro in donne che usavano da oltre cinque anni la terapia ormonale sostitutiva.

Sulla validità dei Metodi Naturali la Chiesa si pronunciò per la prima volta il 29 ottobre 1951 nel discorso che papa Pio XII tenne al “Congresso dell'Unione Cattolica Italiane Ostetriche, quando affermò che questi metodi sono accettati dalla Chiesa per “seri motivi, come quelli che si hanno non di rado nella cosiddetta ‘indicazione’ medica, eugenica, economica e sociale. Se però non vi sono, secondo un giudizio ragionevole ed equo, simili gravi ragioni personali (...),

⁷⁶ Definizione O.M.S.

⁷⁷ Cfr.: *Adv. Contracept.* 10, 1994, pg. 195; *Contraception* 53, 1996, pp. 69-74; *Advances in contraception*, 15, 1999, pp. 69-83.

⁷⁸ Cfr.: *Studies in Family Planning*, 1987; *Family Planning Perspectives*, 1990; *Obstetrics and Gynecology*, 1990; J. TRUSELL ET AL., in *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 1991; *Statistics in Medicine*, 1991.

la volontà di evitare abitualmente la fecondità della loro unione, pur continuando a soddisfare pienamente la loro sensualità, non può derivare che da un falso apprezzamento della vita e da motivi estranei alle rette norme etiche⁷⁹. Troviamo altri riferimenti nell' enciclica "Humanæ Vitæ" del beato papa Paolo VI (parte seconda, paragrafo 16), nell' enciclica "Evangelium vitæ" di san Giovanni Paolo II (parte quarta, paragrafi 87 - 88) e nel "Vademecum per i confessori su alcuni temi di morale attinenti alla vita coniugale" (parte seconda, paragrafo 6).

Due sono i Metodi Naturali della Procreazione: il *Metodo Billing* e il *Metodo Sintotermico*.

-Il *Metodo Billing* indica in base alle caratteristiche del muco del collo dell'utero (o muco cervicale) che si modifica prima, durante e dopo l'ovulazione, il tempo fertile o infertile in ogni ciclo mestruale.

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

Essendo fondamentale la conoscenza di sé, l'utilizzo dei Metodi Naturali si apprende rivolgendosi a Centri di Consulenza⁸⁰.

Come si differenziano i Metodi Naturali della Procreazione dalla contraccezione? "Fra i Metodi Naturali e la contraccezione esiste una differenza di natura etica. Nella contraccezione l'uomo si fa padrone della propria natura, nei metodi naturali l'uomo si limita a far uso con intelligenza della propria natura, accogliendo il nesso fra unione e procreazione così come esso è stato posto dal Creatore, senza distruggerlo artificialmente e senza stringerlo ancora di più di quanto esso di fatto non lo sia. La norma, cui l'uomo in tal modo ubbidisce, non è di natura biologica ma di natura personalistica"⁸¹.

Un settore ostico, spesso chiuso al confronto, riguarda le sperimentazioni cliniche nei confronti delle donne in età fertile. La quasi totalità dei protocolli clinici pongono come criterio di inclusione l'uso dei contraccettivi: "se lei è in età fertile deve usare un metodo contraccettivo sicuro per tutto il tempo della sperimentazione". Alcuni Sponsor indicano anche le pratiche contraccettive da adottare.

Imporre l'uso del contraccettivo è eticamente scorretto; oltrepassa l'aspetto terapeutico ed evidenzia la sfiducia nella responsabilità della donna. Inoltre, il contraccettivo, soprattutto ormonale, potrebbe rendere inattendibili i risultati dello studio. E' fondamentale un' adeguata informazione per escludere la gravidanza nel corso della sperimentazione, e a volte, per un determinato periodo anche a ricerca conclusa. Andranno chiaramente evidenziati i rischi per il feto, evitando però "il ricatto" dei contraccettivi. Sarà la responsabilità della donna a stabilire le metodologie che riterrà più opportune adottare.

⁷⁹ http://w2.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1951/documents/hf_p-xii_spe_19511029_ostetriche.html

⁸⁰ Cfr.: www.confederazionemetodoinaturali.it.

⁸¹ R. BUTTIGLIONE, *Introduzione al 4° ciclo di catechesi*, in *Uomo e donna lo credò*, Città Nuova 1987, III.

Exkursus 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 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"⁸². 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.

⁸² Cfr.: 1 Libro dei Re 3,16-26.

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”.

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”⁸³.

Chiara Corbella Petrino, 28 anni, anche lei ha scelto di rinunciare a curarsi per far nascere il suo bambino.

E questa non era la prima volta che Chiara e il marito hanno dimostrato di amare la vita. Nel 2009 rimase incinta ma dalle ecografie fu diagnosticato al feto



un'anencefalia (malformazione congenita grave dove il nascituro appare privo totalmente o parzialmente dell'encefalo). Chiara e Enrico hanno accolto la nuova creatura e accompagnata nella sua vita terrena per solo 30 minuti; poi Maria Grazia Letizia morì.

Una seconda gravidanza ma dalle ecografie ci si accorse che il feto era senza gambe con malformazioni viscerali e incompatibilità con la vita. Accompagnarono

⁸³ Dal Blog di Giuliano Guzzo.

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 di gravidanza a Chiara fu diagnosticato un carcinoma alla lingua. La gravidanza continuò anche se grande era il rischio per la vita della mamma che solo dopo il parto si sottopone ad un intervento chirurgico e a cicli di chemioterapia. Ma Chiara non ce l'ha fatta, è morta 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).

Exkursus 2: I nati prematuri

Abbiamo già citato in precedenza che nel maggio 2007 all'ospedale Careggi di Firenze, fu praticato ad una donna alla 22° settimana di gravidanza, un aborto indotto. Pochi giorni prima, al termine di 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 malformazione.

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. Il piccolo di Firenze, 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 è 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 Careggi, al Corriere della Sera e al Foglio.

Un episodio analogo si verificò il 24 aprile 2010 all'ospedale di Cosenza. Un corpicino affetto da labiopalatoschisi sinistra completa (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 gravi episodi ci portano a trattare la tematica dei “nati prematuri”, sopravvissuti all'aborto, che in molti Paesi europei, forse anche in Italia, vengono abbandonati ogni giorno come “scarti”, dimenticando che ogni nato vivo ha diritto al rispetto della sua vita e alle cure, qualunque siano le circostanze della sua nascita .

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”⁸⁴. Quindi, l’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 feti nati vivi, l’articolo 7 della legge 194/78 obbliga il medico a adottare ogni idonea misura per salvaguardare la vita del neonato qualora sussista la possibilità di vita autonoma.

Il parto praticato 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. Ma, più breve è la durata della gravidanza, più piccolo e più fragile sarà il neonato.

La prima possibilità di vivere autonomamente la riscontriamo alla 22° settimana nella percentuale del 10% con un alto rischio di disabilità. Le probabilità di vita 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, possedendo lo stesso diritto alla cura di ogni persona in condizione di rischio, evitando però l’accanimento terapeutico. La decisione sulla tipologia delle cure o sulla loro sospensione, spetta al medico nel maggior interesse del neonato.

I progressi della medicina consentono oggi al feto una vita autonoma in anticipo rispetto al passato; per questo, la legge 194/78, dovrebbe essere aggiornata anticipando il termine ultimo dell’aborto terapeutico dalla 24° alla 22° settimana.

In Italia, ogni anno, 50mila bambini nascono prematuri; questa situazione comporta settimane di ansia per i genitori. Per questo concludiamo il capitolo con un messaggio di fiducia con la testimonianza di Francesca⁸⁵.

⁸⁴ Ed. Cantagalli, Siena 2011.

⁸⁵ “Mi chiamo Francesca, sono nata alla 24° settimana di gestazione a causa di una brutta infezione al liquido amniotico, il 9 novembre 2000. 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 cannuccia 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 atologia 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, giungo 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" (www.ventiquattrosettimane.it).