

***ATTI DEL CONVEGNO SULLA MODIFICA E REVISIONE DELLA
LEGGE 194/78, DELL'11 DICEMBRE 2015 CHE HA VISTO LA
PARTECIPAZIONE DI ESPERTI DEL SETTORE AL FINE DI
APPROFONDIRE LA TEMATICA E PROPORRE NUOVE
SOLUZIONI***

La L.194/78 UNA LEGGE DA RIVEDERE E MODIFICARE.

INTRODUZIONE

Sen. Domenico Scilipoti Isgrò.

Grazie a tutti coloro che sono intervenuti a quest'incontro. Ci riuniamo di mattina, in un giorno feriale e il fatto che siate così numerosi – oltre a costituire un elemento di grande conforto per tutti noi e per le idee che vogliamo rappresentare nella nostra azione politica – dimostra che il tema che tratteremo è molto sentito. Insomma, valeva la pena prenderla quest'iniziativa così *imprudente*. Dico *imprudente* perché parlare di aborto non è politicamente corretto e non lo è da molti anni a questa parte.

Intorno alla legge 194 del 1978 – questo è l'oggetto specifico dell'incontro di oggi - si è creata, nel corso degli anni, una specie di *cortina del silenzio*, come se ci si dovesse rassegnare al fatto che una legge dello Stato codifichi il diritto all'eliminazione di un essere umano, senza neanche porsi qualche domanda, senza sviluppare nessun ragionamento. E' proprio questo l'obiettivo che intendiamo perseguire, da legislatori e da cittadini: porci delle domande, suscitare delle reazioni, concorrere a determinare un dibattito. Non è possibile che si parli di aborto solo per commentare una volta all'anno i dati ministeriali sull'applicazione della legge 194 e sul numero di aborti praticati ogni anno in Italia o per sollevare polemicamente – e di tanto in tanto – il tema dell'obiezione di coscienza a quella legge, senza dire una sola parola sulle conseguenze che essa ha avuto ed ha sul piano più generale.

Intanto, è bene dire le cose come stanno.

La legge 194 del 1978 – purtroppo approvata con il concorso determinante di Ministri e parlamentari cattolici – costituisce l'esempio più evidente di quella teoria del *male minore* e del compromesso, che inquina la coscienza collettiva e destabilizza intere società. Sulla scia dell'approvazione della legge sul divorzio – facendo propri i desiderata di quell'ideologia che ha scambiato la libertà con il desiderio, erede del movimento del '68 e che è diventata egemone - si approvarono norme che hanno contribuito all'uccisione, ogni anno, in Italia, di quasi due milioni di bambini per aborti più o meno nascosti: 100mila ufficiali (con il sostegno ed il finanziamento dello Stato); centinaia di migliaia di vittime della Norlevo (il pesticida del giorno dopo), della pillola dei 5 giorni dopo, della Ru486 e di altre forme di aborto chimico; 140mila aborti procurati dalla legge sulla fecondazione assistita; 16mila che dalla stessa legge vengono ogni anno congelati; 850mila bambini uccisi per l'uso della spirale; 220mila uccisi a causa della pillola EP!

Penso che su questi dati debbano far riflettere tutti, cattolici e laici, credenti e gnostici. Anche gli atei, dovrebbero dedicare la loro attenzione a queste conseguenze, a questi numeri, perché incidono sull'umana realtà. Abbiamo concorso a determinare un'ecatombe di vite, che è perfettamente in linea con quella concezione eugenetica di origine malthusiana, dispensata per alcuni decenni dal sistema delle Nazioni Unite – assecondata dal Parlamento europeo e dalle altre organizzazioni internazionali – che si basa sulla cosiddetta *salute riproduttiva delle donne* e sul conseguente *controllo delle nascite*. Una *truffa ideologica* bella e buona, di stampo omicidiario nei confronti della vita nascente, che ha la sua spiegazione in quella teoria dello *sviluppo sostenibile*, che indica nella cosiddetta *bomba demografica* il problema principale del nostro mondo. Così si distruggono le società. Il sistema bancario, le speculazioni internazionali e le crisi economiche sono gli *orpelli* di questo armamentario e danno solo il *colpo finale*.

Lo affermo senza infingimenti e in apertura di quest'incontro, che ho fortemente voluto: la battaglia contro l'aborto, per affermare la sacralità della vita umana, dal concepimento alla morte naturale – che vogliamo condurre senza riserve e senza condizioni – è una battaglia centrale. Siamo consapevoli che si può vincere – e forse questa vittoria la vedranno i figli dei nostri figli – sul piano culturale e, quindi, politico, se di pari passo si difendono e si affermano principi che sono *scritti nell'anima di ciascun essere umano*, come diceva Papa Benedetto XVI. Principi superiori a qualsiasi norma approvata dagli uomini e che se fossero proposti e seguiti con convinzione, potrebbero far comprendere quanto sia deleterio per

la vita dell'essere umano, *annacquare le coscienze, rendere l'uomo schiavo di se stesso e rinunciare a distinguere il bene dal male.*

All'inizio di quest'incontro, ho incontrato una persona che non conoscevo. Mi ha detto due parole che mi hanno fatto riflettere: "Senatore, la legge sull'aborto dev'essere abrogata. Sarà una battaglia impopolare in questo momento, ma è quello che occorre fare. Con coraggio e con determinazione".

Chi mi conosce sa, che personalmente amo molto le posizioni coraggiose e mi ha molto colpito questo richiamo che mi è stato fatto. Il tema che trattiamo questa mattina merita di non essere trattato in maniera tiepida. Abbiamo il dovere di risvegliare le coscienze di tutti, con coraggio – appunto. Magari ricevendo gli strali di coloro che neanche accettano di ragionare sul tema dell'aborto, perché lo considerano un diritto, una conquista di civiltà. Io penso che se la nostra civiltà deve prevedere la soppressione della vita umana e si deve fondare su questo, è una civiltà già morta, che ha decretato la sua fine.

Vi invito a discutere di questo tema con la massima libertà e ringrazio fin d'ora tutti coloro che prenderanno la parola nella discussione, consapevole come sono che solo attraverso il confronto delle posizioni e la sintesi che ne può derivare, saremo in grado di comprendere quale strada intraprendere.

PREFAZIONE

Dott.ssa VIRGINIA LALLI

Il convegno-dibattito si è svolto con un approccio multidisciplinare sul tema aborto.

Quando venne promulgata la L.194 nel 1978, i fautori si ripromisero di verificarne successivamente l'andamento e l'effettività anche nella parte preventiva affinché la legge non divenisse un mero mezzo di contraccezione.

Questa verifica auspicata si realizza oggi con questa iniziativa del senatore Domenico Scilipoti Isgrò.

Infatti l'aborto denominato dalla L.194/78: interruzione volontaria di gravidanza (IVG), evoca un processo tecnico-medico disciplinato dalla legge nella scelta della sola donna.

Tuttavia l'aborto coinvolge la donna in relazione con altri. Nell'esperienziale emotivo del vissuto dell'aborto sono implicati infatti anche l'uomo in quanto padre, i nonni, i fratelli e le sorelle del bambino abortito.

Nella fattispecie aborto vi è non solo una componente emotiva ma anche un conflitto di coscienza presente nel vissuto delle donne come si potrà leggere nelle relazioni della psicologa Mariannina Amato e dell'osteopata Salvatore Oliverio. Tali conseguenze post-aborto provocano infatti anche somatizzazioni.

Come riporta l'avvocato Pietro Guerini nella sua relazione, dall'esperienziale del vissuto delle donne nel post-aborto, esse hanno riportato conseguenze psicologiche e psichiatriche. Viene meno quindi un caposaldo che sta a fondamento della L.194 secondo la quale l'aborto tutela la salute delle donne.

Inoltre la L.194 sancisce una discriminazione tra bambini sani e malati. Il concepito sano, secondo la legge, può essere abortito dal terzo mese mentre il concepito malato anche oltre il terzo mese pertanto ha meno tutela. Soprattutto passa il messaggio che il bambino malato non è degno di vivere e di ricevere cure. Come se il bambino malato debba essere identificato solo con la sua malattia e non abbia niente altro da offrire. Pertanto come riporta il dott. Giuseppe Noia si è scatenata una fobia del bambino malato che ha portato ad aborti anche di bambini che spesso avrebbero potuto essere curati e guariti.

Insomma la L.194/78 offre la soluzione aborto come ricetta facile mentre invece essa ha ricadute personali, sociali e spirituali assai gravi.

Non considerare le alternative all'aborto o ritenerle limitative della libertà di scelta di abortire porta invece a una limitazione: quella di escludere l'opzione di portare a termine la gravidanza come riporta la relazione della dott.ssa Virginia Lalli.

In questa deriva di antinatalismo a livello internazionale come sottolinea il giornalista Danilo Quinto si è arrivati a teorizzare un diritto di aborto. In realtà la nuova frontiera del diritto riguarda invece i diritti del concepito. Oggi, secondo le nuove conoscenze scientifiche, è pacifico che la vita inizia dal concepimento. Sono inoltre molti gli studiosi della vita prenatale che considerano questa una fase della vita di ciascuno.

Il presente lavoro vuole essere così una riflessione imparziale, serena e non ideologica ma professionale e scientifica sul tema aborto. L'aborto allora è attuale o anacronistico?

MOTIVAZIONI A SOSTEGNO DEL TESTO DEL DDL ABROGATIVO DELLA L. 194/78 REDATTE DAL SUO ESTENSORE

A prescindere da ogni considerazione medica e teologica , ciascuno di noi esiste in presenza di due condizioni oggettive: il concepimento e l'assenza di eventi letali durante la gravidanza e l'aborto volontario rappresenta l'evento letale casisticamente più ricorrente.

Da ciò consegue che i 6 milioni di aborti praticati in Italia dall'entrata in vigore della legge 194 nel 1978, secondo i dati ministeriali ufficiali, si sono tradotti nella soppressione di 6 milioni di individui e che la legalizzazione dell'aborto volontario si traduce nella legalizzazione della soppressione di individui.

La legalizzazione dell'aborto volontario, secondo taluni, sarebbe una conseguenza della visione liberale dello Stato.

In realtà , storicamente , la prima nazione che ha operato tale legalizzazione è stata nel 1921 l'URSS , che non è ricordata propriamente come un esempio di uno Stato liberale ma come l'esperienza madre di regimi che si sono ispirati ad un'ideologia che è stata non solo la negazione della libertà politica, come tutte le dittature, ma pure di quella economica e di quella religiosa, in termini di divieto di intraprendere attività di lavoro autonomo, di essere proprietario di immobili e di professare pubblicamente la propria fede.

Se spostiamo l'analisi storica al nostro paese, la legge 194, che è entrata in vigore nel 1978 riscuotendo alla Camera 310 voti favorevoli e 296 contrari, ha conseguito almeno il 70% dei voti a sostegno dal vecchio PCI , nelle cui liste erano stati eletti alle politiche del 1976 228 deputati.

In occasione del referendum del 1981, la sontuosa campagna dei NO ben difficilmente fu finanziata dal Partito Radicale, che nella legislatura 1976-1979 contava 4 deputati e in quella 1979-1983, 15 deputati e 3 senatori ed aveva quindi potuto usufruire di entrate statali decisamente ridotte.

Il comitato contrario all'abrogazione, in realtà e come noto, beneficiò della consistenza economico-organizzativa del PCI .

Quando il nostro comitato, che ho fondato nel 2009 con un fine abrogazionista-referendario, manifesta, viene contestato da gruppi dichiaratamente riconducibili al mondo femminista e neo-comunista.

In vista della nostra “ 9 ore nazionale di preghiera contro l'aborto e la 194” del 13 giugno del 2015, versione nazionale della 9 ore regionale che organizziamo il primo sabato dei mesi dispari di fronte a 20 ospedali, il sindaco di Bologna Merola del Partito Democratico e sottolineo democratico, chiese pubblicamente al prefetto locale di emettere un'ordinanza che vietasse ogni manifestazione all'esterno di ospedali, centri di accoglienza e campi rom (non naturalmente all'esterno di fabbriche , scuole, banche).

Prc e Sel (partito della nostra Presidente della Camera) sono andati oltre , chiedendo espressamente nei loro siti cittadini che ci venisse impedito fisicamente di pregare.

Quindi, la prima linea dell'abortismo, sia storicamente che ai nostri giorni, è rappresentata non da liberali cultori di una laicità dello Stato ritenuta come baluardo del rispetto delle opinioni di ciascuno, ma da soggetti e gruppi oggettivamente riconducibili a livello storico ad una esperienza politica liberticida e a partiti che si ispiravano ad essa.

Per quale motivo la legalizzazione dell'aborto volontario ha contaminato lo Stato liberale ?

¹ Avvocato Pietro Guerini. Fondatore e presidente del Comitato abrogazionista NO194.

Tale contaminazione è stata resa possibile dalla circostanza pacifica che questa forma di Stato , sicuramente la migliore , ancorché perfettibile , si traduce non nel governo del popolo ma degli elettori . A titolo di esempio , lo spaventoso debito pubblico che il nostro paese ha accumulato soprattutto negli anni 70 e 80 è stato reso possibile dall'assenza di organismi rappresentativi delle generazioni future di nostri connazionali, quelle che oggi pagano quella politica dissennata.

Buona parte delle leggi , in materia economica , fiscale e di lavoro , entrano in vigore a seguito di un contrattazione tra le parti sociali (es. sindacati da una parte, confindustria, confcommercio, confartigianato dall'altra).

La legge 194 non sarebbe mai entrata in vigore se fosse stato consultato un ipotetico sindacato dei concepiti , che elettori non sono, i cui interessi vitali sono stati lesi in modo radicale dagli interessi di comodo degli elettori .

E le tesi con le quali s'intende nobilitare e giustificare questi interessi di comodo sono agevolmente confutabili.

A) La prima , classica , è quella secondo cui la 194 avrebbe sconfitto la piaga dell'aborto clandestino.

Va premesso che i dati, ufficiosi come inevitabile in presenza di un fenomeno clandestino, stimano 30-50.000 aborti clandestini costanti ogni anno da decenni, anche per eludere i pochi limiti che la legge prevede per le pratiche abortive , ad esempio dopo il terzo mese , e per un costume diffuso presso le donne straniere .

In ogni caso il disvalore sociale di una condotta (che nella fattispecie si traduce nella soppressione di milioni di esseri umani) non si elimina o riduce con l'avvenuta sua legalizzazione, se fosse legalizzata la rapina, non verrebbe in alcun modo esclusa o attenuata la gravità di tale delitto.

Lo Stato tutela la vittima non l'autore di tali condotte.

Al rapinatore si riconosce senz'altro il diritto di essere difeso in un processo, di impugnare una sentenza di condanna, di ottenere una misura alternativa alla detenzione dopo il passaggio in giudicato della condanna medesima, sussistendone i presupposti in concreto, ma il soggetto tutelato è il rapinato, in caso contrario non si svolgerebbe neppure un processo.

Nel caso dell'aborto volontario avviene il contrario, gli autori hanno la totale impunità, le vittime nessun diritto.

Per quale motivo in molti considerano normale la legalizzazione dell'aborto volontario e sarebbe ritenuta scandalosa la legalizzazione della rapina?

Semplicemente perché ciascuno di noi può essere vittima di una rapina ma nessuno di noi può essere vittima di un aborto.

B) Una seconda tesi a sostegno della 194 è quella secondo cui a seguito dell'entrata in vigore della legge sarebbe calato il numero degli aborti.

In realtà è diminuito il numero delle gravidanze, per un più massiccio utilizzo dei mezzi di contraccezione e dei preservativi e perché sono mancati 6 milioni di individui , almeno 4 milioni e mezzo di quali avrebbero in questi anni potuto fare o far fare dei figli ma la percentuale di aborti sulle gravidanze totali oscilla costantemente tra il 20 ed il 25 % .

C) Una terza ragione giustificativa della legge adottata è quella secondo cui attraverso essa si vorrebbe garantire alla donna il diritto di scongiurare la paternità del proprio figlio da parte di un carnefice che le ha rese vittima di una violenza sessuale.

A prescindere dalla profonda marginalità casistica di tali ipotesi, da un lato, una violenza non ne giustifica una ulteriore, più grave e per giunta commessa ai danni di un totale innocente, dall'altro, per apprendere quanto sia non accettato un figlio che al 50% discende da un genitore detestato occorre solo consultare un campione di donne separate e divorziate, che di regola adorano i loro figli.

D) L'ultimo argomento ricorrente è quello che si appella alla tutela della salute della donna per la quale la 194 opererebbe.

In realtà, la gravidanza non è una malattia ed è sempre più remota l'ipotesi che il suo completamento possa incidere sulla vita della donna, si parla di un caso ogni 25.000 gravidanze, ipotesi che pur è sottratta dalla nostra iniziativa referendaria, se è vero che la gestante in tal caso poteva abortire anche prima dell'entrata in vigore della 194, che vogliamo abrogare, per la ricorrenza della causa di giustificazione dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.

La salute della donna, piuttosto, risente spesso negativamente dell'interruzione di gravidanza, tanto che diverse vittime di questa pratica vengono ricoverate nei reparti di psichiatria di nostri ospedali.

5) E' stato accertato che in diversi paesi i sostenitori delle tesi giustificative ora esposte vengono finanziati dalle lobbies delle strutture sanitarie e delle case farmaceutiche.

Il che non è certo sorprendente.

E' stato calcolato che il costo minimo di un aborto in Italia è pari ad € 1.500 , somma che moltiplicata per 6 milioni di interruzioni volontarie di gravidanza ufficiali dal 1978 porta ad un totale di 9 miliardi di euro , 18.000 miliardi di vecchie lire spese dalla Stato , perché anche una donna milionaria ha il diritto di farsi pagare l'aborto dai contribuenti, per garantire la soppressione di nostri simili e connazionali.

Si parla tanto di "spending review" , di revisione di spesa, queste dovrebbero essere le risorse oggetto di prioritario risparmio da parte dello Stato.

Le femministe durante le loro contestazioni alle nostre manifestazioni gridano " Ma quale Stato , quale Dio , del mio corpo decido io " , si decidono loro , ma quando passano alla cassa paga lo Stato (noi tutti) , il che è contraddittorio e ingiustificato.

Tanto più, sempre sul piano economico, in considerazione delle sue crescenti difficoltà a garantire l'adempimento delle obbligazioni verso i lavoratori che hanno versato nel corso della loro carriera i contributi mediante il pagamento delle pensioni.

Meno giovani significa meno lavoratori, meno contribuenti e meno risorse statali.

E quanto siano notevoli gli interessi economici che caratterizzano la legalizzazione dell'aborto è attestato anche dallo scandalo che ha coinvolto negli USA in questi mesi la Planned Parenthood, organizzazione abortista finanziata dallo Stato che lucrava sugli organi dei feti abortiti.

6) Ecco che, a fronte di questo aberrante fenomeno, ho costituito da solo nel 2009 un comitato, denominato NO194, che ha avuto i suoi primi aderenti dopo oltre due mesi.

Il nostro unico fine è l'abrogazione referendaria della legge 194, fermi restando il caso limite indicato del grave pericolo di vita della madre che porti a termine la gravidanza [già tutelato prima dell'entrata in vigore della legge], in essa contemplato all'art. 6 lettera a), ed il trattamento sanzionatorio (che non può essere introdotto mediante i quesiti referendari , necessariamente abrogativi), disciplinato dagli artt. 17 18 e 19 della stessa 194, la cui portata si estenderebbe dall'1% al 99% dei casi.

Certo, abbiamo grosse difficoltà in termini sia di finanziamento, non potendo usufruire dell'appoggio di partiti rappresentati in parlamento, che di accesso ai media, che si occupano di noi assai poco e, di regola, solo per descriverci come degli estremisti cattolici, ma oggi, dopo molto lavoro, contiamo oltre 15.000 iscritti, in buona parte divenuti tali mediante il nostro sito www.no194.org.

E' vero, si è già svolto un referendum nel 1981 con esito negativo, ma oggi le condizioni sono ben diverse in quanto i cittadini tendono a sottrarsi alle direttive dei partiti e, a maggior ragione in un'epoca con ampia diffusione della rete , ragionano in modo autonomo , anche a superamento della tradizionale distinzione cattolici-laici, tanto che un buon numero di nostri iscritti si dichiara non credente.

Abbiamo un buon radicamento sul territorio ed un'attività ricca, che ci ha concesso di distinguerci come l'unica forza movimentista dell'area pro life italiana, consapevoli che la sola possibile distinzione giuridica che può essere effettuata è tra tutela del diritto di scelta della donna e salvaguardia del diritto di nascita delle concepite e dei concepiti, senza una terza via, frutto solo di scelte diplomatiche molto diffuse nel paese di Machiavelli.

A tale nostro fine, quello del riconoscimento del diritto di nascita dei concepiti, previa abrogazione referendaria della 194, se ne ricollegano altri due.

Il primo è quello di fornire un contributo per incrementare il livello di civiltà del nostro paese, in passato culla del diritto, affermando in esso un vero Stato liberale, che, in assenza del diritto di nascita dei cittadini, presupposto per l'esercizio di tutti gli altri diritti, è uno Stato anacronisticamente liberale.

Il secondo fine accessorio, considerate le tesi storico-ideologiche sovra esposte e quanta ideologia intrinseca ci sia, a titolo di mero esempio, nel ritenere normale la soppressione di un individuo durante la gravidanza e scandalosamente inaccettabile il semplice rimprovero ad un cane che abbaia indisturbato da ore senza che nessuno lo zittisca, in termini di animalismo , femminismo , disprezzo verso la sacralità della vita e ateismo militante, è quello di favorire un processo di decomunizzazione del nostro paese dal punto di vista legislativo, politico e culturale.

Avv. Pietro Guerini–Presidente nazionale comitato NO194 e omonima associazione
no194@hotmail.it www.no194.org

DOTT. GIUSEPPE NOIA²

DOVE VA L'EUGENISMO?

La terapia fetale: dove è possibile curare e dove bisogna accompagnare.

Introduzione

Una delle più grandi preoccupazioni dell'umanità nel contesto storico degli ultimi 30 anni è stato ed è giustamente il problema socio-ambientale. “Una focalizzazione delle energie umane”, si invoca, “deve farsi con urgenza perché il fattore ecologico A (=ambientale) è prelazionale per il destino dell'uomo ed indifferibile nel doverlo affrontare nelle sue molteplici conseguenze”. Nel contesto generale attuale, però, colpisce fortemente la dicotomia culturale per cui i problemi dell'ecologia esterna dell'uomo polarizzano la nostra attenzione mentre quelli dell'ecologia interna dell'uomo vengono relegati nella intimità personale.

Questa sorta di schizofrenia psicosociale sembra cavalcare l'onda delle grandi separazioni dell'uomo che ha caratterizzato il secolo precedente. In particolare la separazione tra ciò che è di assoluta importanza nell'economia di tutto l'uomo e ciò che invece, pur importante, non è il *centro* della storia dell'uomo. Il riferimento di questa regressione antropologica riguarda il cosiddetto genocidio censurato (Antonio Succi, 2006): secondo l'OMS (dati del 1997) vengono praticati 53 milioni di aborti nel mondo annualmente.

Se si considera che negli ultimi 30 anni l'aborto è stato inserito nei Paesi democratici, e molto prima nell'Unione Sovietica, nella Germania Nazista e in molti Paesi dell'Est, si supera facilmente il miliardo di vite indifese sopresse. Di questo non ci si rende pienamente conto forse per un fenomeno di rimozione collettiva. “Da tempo non si rendevano più conto di ciò che poteva avere di morale o di immorale la vita che conducevano, perché era quella del loro ambiente. La nostra epoca, senza dubbio, per chi ne leggerà la storia fra duemila anni, sembrerà immergere certe coscienze, tenere e pure, in un ambiente vitale che apparirà allora mostruosamente pernicioso e dove esse si ritrovavano a loro agio” (Marcel Proust ne “Le temp retrouvé”).

Il riferimento ai 5 milioni di aborti volontari che sono stati effettuati nel nostro Paese in base alla legge 194 viene da sé. Infatti quando parliamo della legge 194, partiamo da questo dato storico italiano che ci induce a riflettere sulla grande sconfitta del cuore e della ragione dell'uomo non solo nel nostro Paese ma anche a livello planetario. *Del cuore*: perché sempre più si evidenzia la incredibile “mutazione antropologica” dell'essere madri; *della ragione*: perché “il delitto è diventato un diritto”(San Giovanni Paolo II°); in definitiva perché assistiamo a una sconfitta delle ragioni del cuore e delle ragioni della ragione e l'umanità sembra sprofondare sempre più in una sorta di povertà storica e di regressione di civiltà.

Il contesto scientifico e socio-antropologico

“I cambiamenti nel mondo che ci circonda aumentano in grandezza ed in velocità, ma la nostra percezione di questi cambiamenti riesce sempre meno a mantenere il passo e se la realtà dei tempi moderni non ti ha confuso le idee vuol dire che sei male informato”. (Egon Diczfalusy, 1994).

Questa prima affermazione di un padre della ginecologia europea mette bene in evidenza il grande problema di come approcciare e approcciarsi alla verità sulla persona umana. La grande distinzione che si può evocare è che, nella fretta della acculturazione moderna, **l'informazione crea confusione** poiché non

² Dott. Giuseppe Noia. Ginecologo. Docente di medicina dell'età prenatale.

si hanno i criteri di riferimento valoriali e poiché vi è una netta distinzione fra l'informazione e la conoscenza.

I comportamenti sociali spesso confondono l'“essere informati” su un problema... con il “conoscere” quel problema. Le diversità fra l'informazione e la conoscenza si fondano su due considerazioni che riguardano il *metodo* e il *merito*. Il primo aspetto si desume dal fatto che dinanzi ad una pletera di modalità informative (internet, stampa, televisione, ecc...) la conoscenza dei problemi è epidermica e parcellare. L'informazione non soffre l'impegno analitico perseverante e applicativo del tempo. È un *fast-food* culturale che vive quasi solamente il presente, senza radici nel passato o proiezioni nel futuro. La conoscenza, invece, si pone completamente all'opposto ed è il frutto di metodologie rigorose che abbisognano di tempo e di verifiche per poter produrre idee di spessore culturale dignitoso.

Per quanto riguarda il merito l'informazione sembra abbracciare poliedricamente tutto e la conoscenza riesce con difficoltà a seguire velocemente questa polifagia culturale. Inoltre spesso la conoscenza, pur con le più buone intenzioni, sviluppa una parte del tutto, si iperspecializza e non interagisce con gli altri saperi della vita dell'uomo, vedi la filosofia, la teologia e la bioetica.

Questa dicotomia metodologica e comportamentale del nostro tempo fa sì che cogliamo aspetti di pronunciamenti della vita umana fortemente schizofrenici. “Il nostro tempo ci fa constatare quotidianamente una forma di schizofrenia culturale, dove accanto a proclami di diverso tipo sulla difesa della dignità degli esseri umani e delle figure più deboli sul piano psico-sociale troviamo altrettanti proclami e battaglie in favore della libertà incondizionata e individuale di ogni scelta, spesso accompagnata da una assoluta indifferenza dinanzi alla vita debole e alla sua sacralità.”

Nella metafora dell'esistenza umana troviamo molte similitudini tra l'embrione e la famiglia: la solitudine scientifica, giuridica, politica e psico-sociale che accompagna l'embrione è la stessa solitudine che accompagna l'istituto familiare; così come l'embrione si pone sempre più come “segno di contraddizione”, nell'ultimo decennio anche l'istituto familiare è salito agli onori della cronaca come campo di opposte fazioni e contraddizioni per la famiglia e sulla famiglia.” (G. Noia, Recensione del libro “Le pillole che uccidono” di Baldini e Carbone, Civiltà Cattolica)

“Come mai questa società è così schizofrenica? Siamo ormai alla deriva? Sì, siamo alla deriva, prima ancora che morale, alla deriva della ragione, quando si delega al lecito legale il lecito morale. Come esiste una **logica della scienza**, esiste pure una **logica della vita**. La prima è evidente, quando dice per esempio che una pietra attirata dalla forza di gravità al centro della terra non può muoversi verso l'alto. L'altra è più difficile da capire, ma altrettanto inesorabile come la prima: dichiara che azioni eticamente sbagliate, anche se appaiono utili, alla fine conducono alla rovina. Mentire può recare vantaggio una, dieci, cento volte; alla fine stronca ciò su cui poggia la vita: nella propria interiorità il rispetto di se stessi, nel rapporto con gli altri la fiducia; è un danno senza rimedio.” (Romano Guardini, 1949).

Questa affermazione esprime la devastante manipolazione culturale che è stata operata negli ultimi cinquant'anni intorno alla vita umana. Se riflettiamo su quello che è avvenuto nel rapporto tra diritto naturale e fecondità si possono cogliere otto grandi separazioni. Le prime quattro avvenute sul piano scientifico-biologico e le seconde sul piano antropologico e psico-sociale.

Una prima separazione è quella che è avvenuta quando **la fecondità è stata separata dalla sessualità**. Nella vita affettiva degli esseri umani la pillola estroprogestinica ha permesso una scelta di vita sessuale separata dalla possibilità di concepire. Non è qui il dato di riflessione etico-morale, bensì la constatazione oggettiva di come la pillola ha influenzato i comportamenti affettivi e sessuali. Una seconda separazione è avvenuta con la fecondazione extra-corporea: tutte le metodiche hanno permesso concepimenti al di fuori del corpo della donna: **la fecondità è stata separata dalla corporeità**. Una terza forma di separazione è avvenuta con la clonazione: la fecondità, essendo possibile senza l'utilizzo del gamete maschile, è stata separata dalla germinalità. Infine con la recente creazione di chimere umane **la fecondità è stata separata dalla integrità genetica di specie**.

Sul piano antropologico e psico-sociale, invece, **la fecondità è stata separata dall'accoglienza della vita del figlio** con il riconoscimento giuridico negli ultimi ottant'anni dell'aborto chirurgico e negli ultimi trenta delle pillole abortive. La possibilità di sperimentare sugli embrioni o, in caso di gravidanze plurime, di effettuare la riduzione degli stessi (modalità occisiva di 3/4 embrioni in caso di gravidanze esageme o pentageme) esprime un secondo tipo di separazione: **fecondità separata dal concetto di**

eguaglianza e dignità di tutti gli esseri umani. L'eugenismo della diagnosi prenatale, il feticidio selettivo e la diagnosi pre-impianto evidenziano un terzo tipo di separazione: **la fecondità separata dalla "normalità del figlio"** in virtù della sindrome del feto perfetto che ha creato la "cultura dello scarto" con discriminazioni fortemente selettive sui feti malformati, malati o con handicap evidenziabili prenatalmente. L'ultima forma di separazione classificativa vede la **fecondità ormai separata dalla umanità**: un animalismo eco-ambientale sempre più forte ha fatto perdere la centralità antropologica della preziosità dell'essere umano. Recenti episodi ben conosciuti con forte rilevanza sui media hanno espresso chiaramente quanto sia importante opporsi alle stragi delle querce (Firenze) e all'avvelenamento degli orsi della Marsica (L'Aquila). Poca risonanza, però, o riflessione provocatoria viene offerta dinanzi all'olocausto censurato di 53 milioni di aborti annuali nel mondo.

L'embrione quindi è veramente segno di contraddizione: tutte le frontiere della scienza ormai si pongono come sfide bioetiche perché girano intorno all'embrione cosificato come oggetto in tante tecnologie (FIVET - ICSI, staminali embrionali, clonazione, crioconservazione degli embrioni, diagnosi preimpianto, diagnosi prenatale, riduzione embrionaria, feticidio selettivo). Restituire i diritti all'embrione con evidenze scientificamente fondate significa restituire alla comunità umana una riflessione che poggia sulla "evidence based medicine" delle interazioni fisiologiche e patologiche tra madre ed embrione sin da subito. Infatti la relazione biologica-anatomica e psicodinamica, nel periodo prenatale, fonda non solo il presente del nuovo individuo, ma anche il futuro del suo benessere psicofisico. In una società di separazioni, quindi, uno sguardo scientificamente onesto nell'universo della vita prenatale ci aiuta a riflettere sulla relazione per eccellenza, la relazione madre-figlio, e ci stimola a riconsiderare la verità ontologica della persona umana.

Inoltre in relazione alla legge 194 l'articolo 6 ruota tutto intorno alla salute psichica della madre, in un orientamento però dove la presenza del figlio con malformazioni costituirebbe un motivo di grande impatto sull'integrità psicologica materna. Ecco perché è bene rivisitare gli elementi soggettivi della relazione: il protagonismo biologico dell'embrione-feto e la sua relazionalità biologica e psicodinamica con la madre. Attraverso un processo di maieutica riflessiva e riflettendo sulla meravigliosa complessità della simbiosi materno-fetale avremo elementi scientificamente fondati per capire qual è il vero impatto sulla salute psichica della donna. **La conoscenza porterà sempre più consapevolezza che la diade prenatale non è la madre contro il figlio bensì la madre con e verso il figlio.**

L'embrione come protagonista relazionato

"L'embrione è un attivo orchestratore del suo impianto e del suo destino" (Editoriale del British Medical Journal, novembre 2000).

Uno degli aspetti che più evidenziano questa capacità manageriale dell'embrione nell'ambito di quelle che sono le relazioni con la madre "sin da subito" è l'imprinting genomico che consiste nell'inattivazione epigenetica di uno degli alleli di un gene generando quella che si definisce "espressione monoallelica". Da un punto di vista evuzionistico l'imprinting genomico si è selezionato in alcuni mammiferi in quanto indispensabile per la regolazione del conflitto tra geni paterni e geni materni nell'assegnazione delle risorse materne a beneficio dello sviluppo dell'embrione (*growth promoters*) piuttosto che della vita riproduttiva della madre (*growth suppressors*) -> *teoria di Kinship*. (Murphy K and Jirtle RL, BioEssay 2003).

Come ha brillantemente dimostrato Anthony R. Isles (Early Human Development, 2005) l'imprinting genomico esprime tutta la gamma di interazioni madre-embrione nella costituzione della placenta e per la crescita in utero non fermandosi però a questo perché alla base dell'imprinting sono correlate espressioni geniche sia del comportamento materno che del comportamento del neonato. Sulla scia di questi studi si è cercato di correlare l'imprinting con alcune patologie della gravidanza e Mc Minn ha evidenziato come, con tecniche di microarray, vi sia una relazione tra l'imprinting genomico di espressioni placentari sbilanciate e la restrizione della crescita intrauterina (FGR). In questo lavoro si sostiene che sei geni "imprinted" sono espressi differenzialmente nella placenta di donne con FGR, con un aumento dell'espressione di PHLPPA2 associato ad una diminuita espressione di MEST, MEG3, GATM, GNAS e PLAGL1 (McMinn J et al, Placenta 2006).

A differenza dell'espressione biallelica, l'espressione di un singolo allele può comportare conseguenze dannose per la salute dell'embrione e per il suo corretto sviluppo. Molti geni coinvolti nell'imprinting genomico sono stati identificati proprio per la loro associazione con patologie specifiche della crescita quali la sindrome di Beckwith-Wiedemann, e con disordini neurologici come le sindromi di Prader-Willi e di Angelman.

Inoltre si può ragionevolmente ipotizzare che i geni 'imprinted' possano essere oncogeni o geni coinvolti nella soppressione del processo neoplastico. La crescita atipica del tumore è infatti caratterizzata oltre che da mutazioni genetiche anche da modificazioni epigenetiche, quali ad esempio la metilazione del DNA.

La conoscenza completa dei meccanismi di controllo della crescita cellulare mutuata dagli studi sull'embriogenesi costituisce pertanto una base di informazioni utile per affrontare studi in altri settori, quali l'oncologia.

Queste considerazioni si legano molto bene con ciò che ha dimostrato Helen Pearson con la sua affermazione: "*Your destiny from day one*" (Nature 2002-418:14,15), "Il tuo destino dal giorno uno". Tutti questi dati sono la punta di un iceberg di una letteratura che enfatizza il protagonismo biologico dell'embrione e che possono sinteticamente essere compendiate in cinque caratteristiche:

- a) **La sua identità umana** (46 cromosomi)
- b) **La sua individualità e unicità** (sequenze ALU)
- c) **La sua autonomia biologica** (lo shift metabolico energetico)
- d) **L'assunzione del piano programma genomico** (imprinting genomico, polarizzazione, assializzazione)
- e) **Il "cross-talk"** (mirato all'impianto e alla tolleranza immunologica)

Brevi considerazioni all'interno di queste caratteristiche, evidenziano subito le "relazioni" fisiologiche e patologiche tra la madre e l'embrione:

- a) Nella definizione della identità umana la sincaria è la relazione fondamentale, ma essa è stata preceduta dalla singamia e il tutto è un insieme di relazioni biogenetiche per cui si costituisce il nuovo essere umano durante *un processo e non in un solo momento*;
- b) L'unicità delle sequenze ALU fanno sì che la specificità delle sequenze definisca il nuovo individuo come unico e irripetibile anche in funzione di calcoli matematici di *improbabilità* di assemblaggio genomico assimilabile, talmente alti da confermare il concetto precedente, e ciò fonda anche la sua individualità;
- c) Senza una relazione di supporto nutrizionale (elementi di metabolismo anaerobico forniti dal pabulum endotubarico) l'embrione, privo fino all'impianto di fonti energetiche ossigenative, non avrebbe avuto alcuna possibilità di sopravvivenza; *la sua capacità autonoma di operare uno shift del metabolismo aerobico a quello anaerobico esalta una autonomia biologica che permette non solo di sopravvivere, ma di moltiplicarsi, di differenziarsi e di assumere e dirigere il piano-programma genomico scritto durante la sincaria*.
- d) Inoltre la capacità di sopravvivenza nell'organismo materno dipende dalla soppressione dell'interazione immunologica materno-fetale (Medawar, 1953). Ognuno di noi, infatti, da embrione, possiede il 50% di patrimonio genetico del proprio genitore maschile e quindi candidato ad essere rigettato; *ma il processo di identificazione durante questa relazione "di tipo biologico-biochimico" non è solo importante ai fini dell'impianto, ma come hanno giustamente sottolineato gli autori dell'editoriale del British Medical Journal (novembre 2000), determina le condizioni che avranno conseguenze*

anche dopo l'impianto: nella vita prenatale fino alla nascita, nella prima infanzia, nell'adolescenza e nella vita adulta.

- e) Il colloquio incrociato (“cross talk”) tra embrione e madre spiega l’affermazione del fatto che esso è un direttore d’orchestra non solo del suo impianto, ma anche del suo destino futuro. L’adeguatezza della preparazione dell’impianto avviene all’interno di un pabulum di scambi di messaggi fra i due attori. Nello stadio fra 2 e 8 cellule molte citochine (Human Reproduction online 2002) vengono prodotte dall’embrione non solo finalizzate a progettualità di crescita, ma anche come messaggeri di una comunicazione sempre più complessa e numerosa, da far affermare a Wegmann TG (1984) che “l’embrione è immerso in un mare di citochine da lui stesso prodotto”. “L’impianto è un paradosso di biologia cellulare” (P. Bischof et al, Human Reproduction Update, 1996).

Se non fosse avvenuto quel processo di riconoscimento che permette a ciascun embrione di essere trattato come un trapianto semi-allogenico non si sarebbe ottenuta neppure quella trofoblastizzazione placentare da cui dipende la vita successiva prenatale. La relazionalità dei primi otto giorni esprime un progetto biologico finalizzato a produrre un vero e proprio “cervello placentare”, in cui coesistono le produzioni di neuroromoni, neuro peptidi, neuro steroidi e neurotrasmettitori.

È quindi molto difficile non ipotizzare che dei fattori ambientali di tipo farmacologico-ormonale, nella fase endotubarica (vedi pillola del giorno), non possano influenzare la preparazione dell’impianto e, nei fatti, intercettarlo e provocare l’aborto precoce.

L’azione del levonorgestrel sulle integrine comporta modificazioni biochimiche dell’endometrio che ostacolano l’impianto (JD Wang e coll, Proceeding of the International conference on reproductive health, 1998); I cambiamenti dell’espressione citochinica nella tuba di Fallopio influenzano lo sviluppo embrionale attraverso una alterazione del milieu peri-impianto (HZ Li e coll, Molecular Human Reproduction 2004, 10; 7, 489; A Christow e coll, Molecular Human Reproduction 2002, 8; 4, 333-340). “Non possiamo concludere che la pillola per la contraccezione d’emergenza non impedisca mai la gravidanza dopo la fecondazione” (Trussel J e coll, Contraception 2006, 72 (2), 87-89).

Queste osservazioni sono suffragate ampiamente da tanti altri studi che dimostrano come la cosiddetta “contraccezione d’emergenza” sia in effetti un metodo di abortività precoce. I dati della tabella 1 sono oltremodo dimostrativi di come l’efficacia preventiva (=abortiva precoce) del Levonorgestrel raggiunga l’80% nel gruppo di pazienti globalmente inteso e l’85% nel gruppo delle pazienti che avevano avuto il rapporto sessuale un giorno prima o dopo la prevista ovulazione.

Tabella 1

Gravidanze attese e osservate quando il rapporto sessuale avviene nel giro di 1 giorno in più o in meno rispetto alla prevista ovulazione dopo assunzione di Levonorgestrel

	Popolazione studiata (n°974 pazienti)	Donne che hanno avuto un rapporto sessuale 1+/- giorni della prevista ovulazione (n°243)
Gravidanze attese	75	33
Gravidanze osservate	11	4
Efficacia preventiva	85%	88%

Lancet 1998; 352:428-33

In un altro lavoro di Von Hertzen et al (Lancet :36;1803-10 Dec.2002) il tasso di diminuzione di gravidanza era dell'82% se il Levonorgestrel veniva preso entro le 72 ore dopo il rapporto sessuale e del 62% se veniva preso fra 72 e 120 ore dopo il rapporto.

Una ulteriore osservazione tra mentalità contraccettiva e abortività precoce e tardiva deriva dai dati di tipo epidemiologico pubblicati recentemente. I tassi di abortività volontaria nel Regno Unito e in Svezia non sono diminuiti nonostante l'enorme diffusione della contraccezione di emergenza sia avvenuta negli ultimi dieci anni . La tabella 2 mostra chiaramente quanta continuità di idee e di prassi ci sia tra contraccezione e aborto.

Tabella 2

Abortion rates in UK and Sweden after easy access to emergency contraception

- In the UK, **“despite clear increase in the use of emergency contraception, abortion rates. They have risen from 11/1000 women aged 15-44 in 1984 (136.388 abortions) to 17.8/1000 in 2004 (185.400 abortions).”**
(Glasier A.. Emergency contraception. Is it worth all the fuss? *BMJ* editorial 2006;333:561).
 - **“Similarly, increased use of emergency contraception in Sweden has not been associated with a reduction of abortion rates.”** (Ibid)
(Tyden T et al. No reduced number of abortions despite easily available emergency contraceptive pills. *Lakartidningen*. 2002 Nov 21;99(47):4730-2)
- Teenage abortion rates are rising, from 17/1000 in 1995 to 22.5/1000 in 2001. A total of 5665 abortions were performed on teenage girls in 2001.**
(Edgardh K . Adolescent sexual health in Sweden. *Sex. Transm. Inf.* 2002;78;352-356)

Che la contraccezione non induca una diminuzione dell'aborto lo si rileva anche dalle agenzie di diffusione nel mondo delle varie forme di contraccezione. Il periodico dell'Alan Guttmacher Institute for Planned Parenthood Federation of America, istituzione statunitense che promuove campagne a favore della contraccezione e dell'aborto, ha riconosciuto che “in sei paesi come Cuba, Danimarca, Paesi Bassi, Stati Uniti, Singapore e Repubblica di Corea, il numero degli aborti e l'uso della contraccezione sono aumentati in modo simultaneo” (C. Marston, J. Cleland, *Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence*, in “International Family Planning Perspectives”, Mar 2003, 29 (1), 6-13).

L'aborto quindi diventa quasi un naturale prolungamento della contraccezione. Altre evidenze derivano dalla letteratura seguente:

- A. su 10.000 donne che chiedevano di abortire il 57.5 % usava un metodo contraccettivo durante il mese nel quale si era verificata la gravidanza (J. *Suadean et al*, 1996)
- B. Su 315 donne nel quale il metodo contraccettivo ha fallito il 52% ha chiesto l'aborto (V. *Rash et al*, 2002)
- C. Su 3.516 donne danesi il 51% che usa metodi contraccettivi rifiutano una gravidanza non pianificata e chiedono l'aborto (Rash et al., 2001)
- D. La contraccezione non evita il ricorso all'aborto chirurgico (L. T. Strauss et al., 2002).

Nel nostro Paese circa 30 anni fa, con l'avvento della legge 194, nei Consultori pubblici di 3 regioni in particolare (Puglia, Umbria e Liguria) l'aforisma: “Più contraccezione, meno aborti” ha spinto le amministrazioni locali a diffondere, in maniera capillare, l'uso della pillola contraccettiva nelle utenti, giovani e meno giovani. L'idea era che la prevenzione dell'aborto si potesse attuare più con rimedi farmacologici che non con strategie educative ai valori della affettività e della sessualità.

Il risultato è ben evidente nella *tabella 3*: non solo il tasso di abortività si pone tra i più alti d'Italia ma soprattutto il tasso di ripetizione dell'abortività volontaria è tra i più alti d'Italia e d'Europa, e proprio in quelle tre regioni dove maggiore era stata la diffusione di questa “supposta” metodologia preventiva.

Tabella 3



La relazione biologica e psicodinamica con la madre

Sulla base, quindi, della programmazione genetica c'è una prima fase di relazionalità biologica, ormonale, immunologica già nel periodo intratubarico (primi 5 giorni) e nei primissimi giorni di vita intrauterina. Tale interazione però è così fondante ai fini dell'impianto che determina anche il tipo di trofoblastizzazione successiva. Recenti studi hanno validato che in una condizione di inadeguato apporto nutrizionale (legato a incapacità della placenta) con conseguente basso peso alla nascita vi sono problematiche consequenziali nella prima infanzia, nell'adolescenza e nella vita adulta.

Nella prima infanzia si evidenzia il cosiddetto fenomeno del "catch up growth", caratterizzato da una obesità del periodo della prima infanzia in cui all'insulino resistenza e all'aumentata produzione di insulina si accompagna un sistema di IGF attivato ed azione Insuline Like dei frammenti IGFBP-3. Dai dati di Jaquet et al. del 2005 un **aumentato rischio di sindrome metabolica** si verificherebbe nei soggetti nati piccoli per l'età gestazionale (2,3% nei soggetti SGA, contro lo 0,4% dei soggetti AGA) e questo fenomeno abbraccerebbe anche la fase adolescenziale fino a 22 anni.

Il problema dell'*obesity rebound* renderebbe ragione anche di una prevalenza del 4,2% (aumentata) di sindrome metabolica e si correlerebbe al fatto che essa si verificherebbe in adolescenti con policistosi ovarica nel 37% dei casi. *Nel 4% dei feti a termine con peso inferiore ai 2400g si verificherebbero anche, nella fase infantile e adolescenziale, una precoce androgenizzazione con adrenarca prematuro nel 5% e policistosi ovarica nel 10% dei casi (Ergaz et al. 2005; Zukauskaitė et al. 2005).* Una metanalisi degli ultimi quindici anni correla il basso indice corporeo con il pubarca prematuro. (Ibanez et al.).

Infine, un recente lavoro di Godfrey KM (Placenta, 2002) porta consistenti dimostrazioni sia nell'animale sperimentale che nell'umano che il basso peso alla nascita dovuto ad una insufficienza del supplemento materno attraverso la placenta può essere la base di malattie metaboliche e cardiovascolari della vita adulta. *Come si può dedurre, quindi, la relazione biologica, biochimica, ormonale e immunologica fonda il futuro del benessere psicofisico del nuovo essere umano. Tale relazionalità continua anche dopo l'impianto, con una serie di circuiti cellulari anatomici e psicodinamici.*

È conosciuto popolarmente l'effetto protettivo che la presenza della gravidanza (e quindi del figlio) comporta in relazione alla prevalenza dei tumori della mammella (l'allattamento è uno dei principali fattori di protezione) ma non meno importante è la gravidanza come elemento terapeutico in presenza di endometriosi. ***Recenti contributi sul traffico cellulare di cellule staminali dal figlio alla madre hanno mostrato come cellule staminali del figlio dopo aver attraversato la placenta possano andare a colonizzare organi materni e, differenziandosi in cellule tiroidee o epatociti, hanno capacità di riparare eventuali danni materni (Bianchi D et al, 2000): è il caso di affermare che se la madre dona la vita al figlio anche il figlio dona la vita alla madre.***

La ricchezza di connessioni relazionali si esprime anche nella partecipazione della madre allo sviluppo neuro-sensoriale e neuro-comportamentale del figlio.

Già alla fine del terzo mese il feto è in grado di discriminare cambiamenti nella composizione del liquido amniotico su base olfattiva poiché già a 7-8 settimane assoni ascendenti penetrano nel bulbo olfattivo e dal bulbo raggiungono alcune zone del sistema nervoso centrale che influenzano i comportamenti futuri come l'alimentazione e la sessualità (Varendi H et al., 1996; Yamatani H et al., 2004).

Anche l'orientamento post-natale è condizionato dallo sviluppo dell'**olfatto**. In un lavoro recente di Benassi et al (Biomed Ateneo Parmense 2004) e Doty R.L. (Esperienza, 1996) si dimostra che, sulla base del riconoscimento dell'odore del liquido amniotico, il neonato è in grado di riconoscere la propria madre, così come tale memoria olfattiva prenatale potrà condizionare molti nostri comportamenti anche nella vita adulta (Schaal B et al, 1998).

Anche le esperienze **gustative** prenatali influenzano i gusti futuri (Schaal et al., Chem Senses 2000). Una nota esemplificazione presentata dagli autori precedenti metteva in evidenza come una bambina indiana, adottata da una coppia parigina a tre mesi, mostrasse, allo svezzamento, una particolare preferenza per il riso al curry, molto diffuso in India. Iniettando una sostanza dolce nel liquido amniotico si osserva ecograficamente un aumento del ritmo di deglutizione, mentre con l'inoculo di una sostanza amara, la deglutizione rallenta (Mistretta CM et al, Br Med Bull, 1975).

L'organo della **vista** si completa morfologicamente a 24 settimane e se noi effettuiamo con una intensa fonte di luce un fascio luminoso sull'addome materno, un'importante reazione motoria fetale evidenzia sperimentalmente la funzione visiva prenatale (Graven SN, Clin Perinatol 2004).

La relazionalità relativa al senso dell'**udito** è stata studiata moltissimo, e vede nel riconoscimento della voce materna l'aspetto più esaltante delle relazioni psico-dinamiche (Klopfenstein D, Rev Fr Gynecol Obstet, 1993) fino al punto che si può dimostrare la percezione da parte del feto delle caratteristiche ritmico-intonative di un discorso materno (Damstra, Wijmenga SM, Midwives Chron, 1991). Il feto ha una sua precipua reazione motoria violenta dinanzi a stimoli sonori improvvisi (Bauer R et al, Biol Neonate, 2001) e sono ormai molti anni che Zimmer et al (1982) ha dimostrato come musiche veloci molto ritmate (Rock, Beethoven) portino a movimenti bruschi del feto ed accelerazioni del battito cardiaco, mentre musiche lente e dolci (come Vivaldi e Mozart), causano movimenti calmi di tipo natatorio e rallentamento della frequenza cardiaca fetale. Secondo Olds C (1985) ci sarebbe, durante l'esperienza musicale del feto, una percezione di ciò che è il vissuto della madre durante l'ascolto di un brano.

Infine lo sviluppo della **sensibilità tattile**, pur vedendo presenza di fibre nocicettive già all'ottava settimana, matura con connessioni che si *completano* alla decima settimana attraverso le fibre C. Esse raggiungono il midollo e la produzione di sostanza P con i suoi specifici recettori nei gangli posteriori e nei corni dorsali midollari tra 12 e 16 settimane (Mrzljak 1998, Chamay 1983). I recettori cutanei del tatto si distribuiscono dalla zona periorale (7 settimane) al viso/palmo delle mani/pianta dei piedi (11 settimane) e alla parte prossimale degli arti e del tronco (15 settimane). A 20 settimane in tutte le superfici cutanee e mucose del corpo fetale sono presenti i recettori cutanei (Balmaan 1980).

Lo sviluppo della sensibilità tattile si relaziona a tutto il grande capitolo del dolore fetale, i cui indicatori sono stati ormai validati sia a livello anatomico, che a livello fisiologico/ormonale e comportamentale: *dimostrazione di recettori anatomici, di neurotrasmettitori sia a livello centrale che periferico, immissione di sostanze ormonali come endorfine, cortisolo e catecolamine dopo uno stimolo doloroso e reazione motoria del feto dopo puntura con ago già evocabile a 8 settimane (Hamond I 1996) o modificazione della frequenza cardiaca nei tracciati cardiocografici (Noia 1985).*

Varie evidenze, inoltre, dimostrano che nello sviluppo neuro-sensoriale del feto vi è una intensa partecipazione materna e che i canali di comunicazione sono fortemente biunivoci. Proprio questa relazionalità madre-feto, quindi, sta alla base della percezione sia della presenza che dell'assenza del figlio. (J.P Relier 2001, K.J.S. Anand 2000, A.T. Bhutta 2002, T.F. Oberlander 2002).

Tale percezione, però, non è, come i più pensano, di tipo **biologico sensoriale**, ma esiste anche una percezione **psicologico-spirituale** della presenza del figlio. Più in particolare, mentre la prima segue un canale percettivo di incremento esponenziale man mano che il bambino cresce e aumenta il livello di relazionalità biologico-sensoriale per il suo incremento ponderale (quindi segue una legge di gradualità), la percezione psicologico spirituale segue invece la legge del “tutto o nulla”: la presenza del figlio viene avvertita come un tutt'uno di presenza, indipendentemente dalle sue dimensioni.

Questa affermazione la si desume dalle esperienze osservative, ormai cronicamente acquisite, di come moltissime madri riescono a fare una corretta diagnosi di sesso del proprio bambino senza l'ausilio dell'ecografia o dell'amniocentesi; è esperienza comune, inoltre, che molte donne fanno autodiagnosi di gravidanza e subito dopo ne hanno conferma con il test. Infine è mia esperienza personale, in più di 20 gravidanze gemellari, che la diagnosi di gemellarità fatta dalla paziente si basa su una “diversità percettiva” che esse riferivano in relazione alla gravidanza attuale, gemellare, prima ancora di fare qualsiasi esame ecografico o ormonale e senza avere eventi di gemellarità nella famiglia o essersi sottoposte a stimolazioni ormonali della ovulazione.

Questa serie di evidenze dimostra come i canali di percezione psicologico-spirituale non seguano gli stessi canali della percezione biologico sensoriale. ***Il dato conclusivo è quindi che, quando la donna percepisce l'assenza, percepisce la perdita della presenza del figlio e questa percezione non è equiparabile alle dimensioni dell'embrione, poiché è indipendentemente, quindi, dal peso in grammi e dalla lunghezza in centimetri.*** La percezione psicologico-spirituale, quindi, è difficilmente anticipabile: ne consegue che il concetto di proporzionalità traumatica (piccolo embrione=piccolo trauma) è solo un fenomeno culturale proiettivo, utilizzando una proporzionalità matematica tra le dimensioni dell'embrione e l'entità del trauma psicologico, ma, nell'esperienza osservazionale e soprattutto nell'esperienza delle donne, non esiste.

Quella classe medica che, magari in buona fede, propone tutta una serie di anticipazioni di test invasivi e non invasivi di diagnosi prenatale (la villocentesi al posto dell'amniocentesi, il bitest al posto del tritest, la nuchal translucency al posto dei soft markers dopo la 13^o settimana) nell'ottica di poter effettuare una diagnosi il più presto possibile e favorire una scelta di interruzione volontaria più precoce possibile. Tale tentativo di diminuire il trauma dell'interruzione, si scontra con l'evidenza della sofferenza psicologica delle donne, per il fatto che ***non esiste alcun test predittivo così precoce da anticipare la percezione psicologica della presenza del figlio. Si può interrompere una percezione biologico-sensoriale, ma non si può né eliminare né anticipare la percezione psicologico-spirituale.***

Questo è dimostrato anche dal fatto che il tempo di elaborazione e sedimentazione del lutto dopo un aborto spontaneo precoce (8-9 settimane) è temporalmente equiparabile alla elaborazione e sedimentazione del lutto di donne che hanno perso i propri mariti (studi sulla vedovanza). È ovvio che se i canali di comunicazione sono così forti si può dimostrare che il feto, una volta acquisiti i recettori cutanei per la sensibilità nocicettiva (dolorifica) e possedendo già da 8 settimane le terminazioni nervose della sensibilità dolorose che portano la percezione del dolore sino al talamo, *senta il dolore fisico* come ampiamente dimostrato dal prof. Hanand e dagli studi nei feti prematuri.

In sintesi, quindi, potremmo affermare che dopo la 15^a settimana il feto possiede tutti gli elementi anatomici-fisiologici e centrali non solo per sentire il dolore, ma anche per sentirlo in maniera fortemente amplificata, non possedendo fino a 27 settimane il cosiddetto “pain modification system” (sistema di modificazione del dolore), che permette di modulare la sensazione nocicettiva. ***Se consideriamo che la maggior parte degli aborti tardivi vengono effettuati dopo la 16^a settimana, è ovvio pensare che oltre ad andare incontro ad un aborto volontario il feto muore con una sensibilità dolorosa dieci volte superiore.*** Come precedentemente ricordato, un insulto invasivo che oltrepassi la cute fetale, crea nel feto una brusca immissione di ormoni (endorfine, catecolamine, cortisolo) nel torrente circolatorio come risposta allo stress doloroso e sul piano vascolare una vasodilatazione a livello cerebrale.

E' stato proposto, da medici che praticano l'interruzione volontaria di gravidanza, alla luce di queste conoscenze, di effettuare analgesia a quei feti che dopo la 18^a settimana vanno incontro ad aborto volontario. Alle contestazioni di alcuni medici contrari a questa proposta è stato evidenziato che, anche negli animali da esperimento, che poi vengono sacrificati, si effettua una analgesia per evitare il dolore. ***Perché allora il cucciolo dell'uomo dovrebbe essere trattato diversamente dagli animali?*** Per chi, come il gruppo da me diretto, effettua metodiche diagnostiche e terapeutiche che debbono comportare passaggio attraverso l'addome o il torace fetale ai fini di salvare feti considerati inguaribili, è d'obbligo effettuare una analgesia fetale prima di ogni approccio invasivo.

Esiste poi quello che molti autori hanno chiamato "memoria del suffering": come nell'adulto anche nel feto il dolore fisico viene ricordato maggiormente quando è associato alla esperienza psicologica di dolore.

Numerose evidenze nell'animale sperimentale dimostrano che gli stress della madre, durante la gravidanza, causano disturbi comportamentali, nella prole, anche ad un lungo follow-up (Henry et al 1994, Weinstock et al 1997). L'azione secondo altri studi avrebbe una influenza diretta sullo sviluppo dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene del feto (scheider e moore, 2000). Nell'uomo una metanalisi di 51 lavori internazionali dal 1956 al 2001 effettuata da M. Zappitelli ha dimostrato una più alta prevalenza di ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) nei bambini di madri con insulti stressanti pre/per/post-natali.

Uno studio di Bracha del 1992 su 30 coppie di gemelli omozigoti ha dimostrato che i gemelli reagivano in maniera diversa allo stesso stress materno durante il secondo trimestre al punto che in 23 coppie su 30 si dimostrò nella vita post-natale che uno dei due gemelli era schizofrenico e l'altro normale. Uno degli elementi importanti di questa relazione tra stress materno e patologia fetale riguarda il dato biologico importante della influenza degli stress materni sulla migrazione neuronale verso la corteccia che avviene in maniera massiva tra il terzo e quinto mese di gravidanza, sostanzialmente tra la dodicesima e la ventiduesima settimana (R. O. Huttunen Niskanen 1978). Questi stress materni, qualora avvenuti in questo periodo particolare, possono influenzare molto più di quanto si creda la plasticità dello sviluppo, producendo complicanza a lungo termine nel neonato quali stress, tendenza alla patologia infiammatoria, alla patologia metabolica e ai disordini psichiatrici.

Tre piccole esemplificazioni, inoltre, dimostrano come i canali percettivi del feto siano intensi ma reali e in gran parte a tutt'oggi misconosciuti. I bambini concepiti dopo un aborto spontaneo intervistati nella vita post-natale tra i 6 e i 9 anni riferiscono di non essere amati per se stessi, ma per il fatto di considerarsi i sostituti del fratellino perduto ("replacement child sindrome", Poznasky 1972, Phypps 1995). Inoltre lo stress psicologico prima e dopo l'effettuazione dell'amniocentesi, nell'attesa del risultato, viene percepito dal feto come un blocco dei canali effettivi della madre verso di lui (the blocking channels sindrome, M.Cederholm 2001).

Tutte queste evidenze riportate fondano scientificamente lo spessore del rapporto simbiotico tra la madre e il feto e aiutano a comprendere quali siano le basi della omeostasi psicologica materna durante la gravidanza.

Esse quindi, rappresentano le premesse ineludibili per passare "dall'informazione" alla "conoscenza". In effetti sono i presupposti psico-biologici fondamentali perché si possa agire per operare un'azione dissuasiva dell'aborto volontario ed intuire quali corde relazionali si vanno a toccare quando parliamo della vita e della morte non solo del bambino in utero ma anche di tutto il progetto che la donna, la coppia, la famiglia, i fratellini e i parenti hanno costruito.

"Aspettiamo un bambino" è la frase ricorrente dinanzi al concepimento di un nuovo essere umano. Questa attesa caratterizza tutto l'universo di sentimenti ed affetti, criptici ed evidenti che traducono la frase suddetta in un'altra: "Aspettiamo la speranza, aspettiamo la novità, aspettiamo la gioia, aspettiamo la meraviglia e lo stupore di una nuova e irripetibile esistenza".

La salute psichica della donna

Nel 1969 R. Sinan affermava nel *New England Journal of Medicine*: “Non esiste alcuna indicazione psichiatrica inequivocabile per l’aborto” e F. Hyd, psichiatra, due anni dopo dichiarava su *Medical News Letter*: ”Ormai le vere motivazioni psichiatriche per l’aborto procurato sono praticamente inesistenti. La moderna terapia psichiatrica ha reso possibile ad ogni donna psicopatica di portare a termine una gravidanza”. Circa 10 anni dopo il Dott. Louis Hellmann (Columbia Women’s Hospital di Washington), dichiaratamente a favore dell’aborto, affermava che “la richiesta del permesso dello psichiatra per poter abortire era una presa in giro” (*Washington Post*, Nov. 25, 1971). R. Maddock e R. Sexton alcuni anni dopo cominciano ad aprire uno spiraglio su quale fosse il vero impatto sulla salute psichica della donna “quando le pazienti si presentano con problemi emotivi ed hanno alle spalle una storia di aborto terapeutico, la sequela emotiva conseguente dovrebbe venir considerata come l’evento che danneggia più di ogni altro la vita delle pazienti. Purtroppo esse non fanno mai questo tipo di associazione, dal momento che i conflitti più dannosi vengono sepolti nell’inconscio”. (R. Maddock e R. Sexton “The rising cost of abortion”, *Medical Hypnoanalysis*, 1980). Erano gli anni della domanda: “In che cosa consiste la sindrome post-abortiva?”

Tale sindrome è caratterizzata da un forte disagio psichico (comportamento di rifiuto, soppressione...) e dall’emozionalità nel periodo che segue l’intervento abortivo. Sembra essere il risultato di un meccanismo di difesa che dopo qualche anno non è più idoneo a controllare lo stato di instabilità emotiva che la donna si trova a fronteggiare. Secondo alcuni psichiatri è comparabile al quadro patologico dovuto allo stress post-traumatico (T. Keane *Am. Med News* 1988). Alcuni anni prima C. Hall affermava che “il trauma dell’aborto terapeutico può avere delle sequele importanti sul piano emotivo, poiché comporta forti implicazioni sociali, politiche, culturali e morali”. (C. Hall and S. Zisnok, “Psychological di stress following therapeutical abortion”. *The female patient* vol 8, Mar 1983).

Anche lo studio dell’Elliot Institute for Social Sciences Research riferisce alcune gravi conseguenze nelle pazienti che si sottopongono a interruzione volontaria: il 90% di queste donne soffre di danni psichici nella stima di sé; il 50% inizia o aumenta il consumo di bevande alcoliche e/o quello di droga; il 60% è soggetto a idee di suicidio; il 28% ammette di aver persino provato fisicamente a suicidarsi; il 20% soffre gravemente di sintomi del tipo stress post-traumatico; il 50% soffre dello stesso in modo meno grave; il 52% soffre di risentimento e persino di odio verso quelle persone che le hanno spinte a compiere l’aborto e nello studio di David Fergusson, pubblicato nel *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, si dimostra che l’aumento della depressione (46%), dell’ansia, di comportamenti suicidi e di tossicodipendenza era due, tre volte superiore nella popolazione di donne (500 pazienti seguite dalla nascita fino a 25 anni) che avevano fatto interruzione di gravidanza.

Una serie di valutazioni che riguardano la salute psichica e l’incidenza di aborto la rileviamo da un saggio della Dott.ssa Cinzia Baccaglioni nell’appendice del libro “Storia dell’aborto”, di Francesco Agnoli, edito da Fede e Cultura nel febbraio 2008 e pubblicato su “Il Foglio” del 24 febbraio scorso: “L’aborto è in effetti responsabile di una serie di fenomeni gravi: l’aumento del 160% nei tassi di suicidio negli Stati Uniti nel 2001, secondo l’*Archives of Women's Mental Health*; aumento del 225% nei tassi di suicidio in Gran Bretagna nel 1997, secondo il *British Medical Journal*; aumento del 546% nei tassi di suicidio in Finlandia nel 1997, secondo gli *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.”

In definitiva, la media degli aumenti nell’incidenza del suicidio riportati da questi tre studi è del 310%! ***Gli alti tassi di suicidio successivi all’aborto contraddice chiaramente l’idea che porre fine alla gravidanza possa essere una scelta più sicura rispetto a quella di dare alla luce il bambino.*** Lo studio più autorevole sui legami tra ricovero psichiatrico e aborto rivela che nei quattro anni successivi ad una gravidanza, le donne che abortiscono ricorrono alla psichiatria da due a quattro di più rispetto alle donne che portano avanti la gravidanza. Un altro studio rivela che anche quattro anni dopo aver abortito, i tassi di ricorso alla psichiatria rimangono del 67% più alti rispetto alle donne che non hanno abortito.

Secondo l’*Archives of Women's Mental Health*, nel 2001, le donne che hanno abortito risultano aver sviluppato in maggior misura reazioni di aggiustamento, psicosi depressive e disturbi neurologici e bipolari. Anche il rischio di depressione o psicosi post parto per le nascite desiderate è maggiore per le

donne che avevano precedentemente abortito. Per una media di otto anni successivi all'aborto, le donne sposate hanno dimostrato una propensione a cadere in depressione clinica del 138% superiore rispetto alle corrispondenti donne che avevano portato avanti la loro gravidanza indesiderata. Questo, secondo il *British Medical Journal* del 19 gennaio del 2002.

Riguardo il problema dell'alcol e della tossicodipendenza, le donne che hanno abortito risultano essere 4,5 volte più portate ad affrontare il loro contrasto e dolore interiore in questo modo. E questo dato si basa solo su quelle donne la cui dipendenza da alcol o dalle droghe è resa nota. Non sono invece considerate tutte quelle donne che ogni sera si bevono i loro bicchieri di vino pensando che ciò sia semplicemente un modo per rilassarsi. Questo aspetto è stato riportato dall'*American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, nel 2000. Le conclusioni del primo studio di lungo termine condotto dal Dott. Vincent Rue riportano abbondanti dati sui disturbi da stress post traumatico. Dalle statistiche relative agli Stati Uniti risulta che: il 55% di coloro che hanno abortito afferma di avere incubi e di essere ossessionato dall'aborto; il 73% afferma di avere dei *flashback*; il 58% delle donne afferma di avere pensieri suicidi e di riferirli direttamente all'aborto; il 68% rivela di essere scontenta di se stessa; il 79% si sente in colpa e afferma di essere incapace di perdonarsi; il 63% ha timori per future gravidanze e dell'idea di diventare genitore; il 49% non si sente a proprio agio vicino ai neonati; il 67% si descrive "sentimentalmente insensibile". In questo saggio, inoltre, vengono analizzati in maniera cogente tutti gli aspetti che l'impatto ha sulla personalità femminile come l'emergenza di disfunzioni sessuali, di disordini alimentari, di aumento di consumo di tabacco e di attacchi di panico o di ansia.

Una relazione tra l'aborto volontario e la salute psichica delle donne viene spesso sottaciuta per non evidenziare la contraddittorietà di una pratica medica che viene scelta a norma di legge (Legge n. 194, 1978) per tutelare la salute psichica della donna e che invece la danneggia. Alcuni studi esemplificativi chiariscono questa interdipendenza. Nel lavoro di Reardon et All. (*Canadian Medical Association Journal*, maggio 13, 2003; 168) si evince che i disturbi bipolari (disturbi della salute psichica) sono tre volte più frequenti in pazienti che hanno avuto aborti volontari rispetto a pazienti che hanno portato avanti la gravidanza e le psicosi depressive sia esse sporadiche che ricorrenti, sono due volte più frequenti facendo la stessa comparazione. Anche la tendenza al suicidio sia come prevalenza per classi di età, (*Gissler, M. et al. BMJ 1996;313:1431-1434*) sia per prevalenza in alcuni mesi dell'anno, (*Cagnacci A. e Volpe A. Human Reproduction 2001*) è fortemente correlata all'aborto volontario.

Sebbene non tutte le interruzioni portino alla depressione e/o al suicidio, tuttavia ne aumentano sensibilmente i rischi e l'incidenza. (*Times on line 26 ottobre 2006*).

Infine un lavoro molto inquietante riporta una relazione tra l'aborto e il cancro al seno: secondo l'articolo del Journal of National Cancer Institute, effettuato su 1800 donne, l'epidemiologa Janet Dalling ha accertato che il rischio di cancro al seno è più elevato nelle adolescenti al di sotto dei 18 anni che abortiscono entro il terzo mese di gravidanza.

L'articolo 6 nella legge 194

Tutte queste considerazioni, riportate con dovizia di particolari e con abbondante letteratura scientifica "sgretolano" il capo saldo della motivazione dell'interruzione della gravidanza dopo i 90 giorni, quando per la presenza di gravi malformazioni fetali, diagnosticate o sospette sulla base di indagini prenatali invasive e non invasive, si ipotizza il grave danno alla salute fisica e psichica della donna. E' un dato epidemiologico acclarato che gli aborti dopo i 90 giorni sono passati dallo 0,5% (1981) al 3,6% (2012): chi volesse negare l'aspetto eugenistico e selettivo della legge 194 dovrebbe dimostrare il perché di questo aumento fino a 7 volte superiore!

L'aspetto più inquietante però non è solo il negare l'aspetto eugenistico della legge ma è soprattutto il negare che questi numeri possano rappresentare un elemento dissuasivo autorevole, da un punto di vista statistico, epidemiologico e scientifico, per tutta la comunità civile che sembra subire un processo di cecità del cuore e di narcosi della coscienza.

Un altro aspetto, non meno importante, è quello relativo alla sindrome del feto perfetto: l'amplificazione che la cultura mediatica fa dell'eventuale handicap del bambino in utero sull'impatto della vita futura è devastante. In nome di una cultura che proietta solitudini su solitudini ed esalta la

proiezione di una società futura senza solidarietà umana e civile, si opera un'azione cogente verso il "togliere la vita" in nome di una "qualità di vita" futura che ancora non si conosce.

Il meccanismo di proiezione e di amplificazione della sofferenza, fisica e psicologica, dell'individuo, della coppia e delle famiglie che devono gestire l'handicap, cerca di dare peso reale a condizioni di vita proiettate virtualmente: una manipolazione sottile e suadente che tenta di giustificare nelle "buone" coscienze il concetto, assolutamente falso e inumano, che si può eliminare la sofferenza eliminando il sofferente!

Come si vede gli induttori psicosociali operano manipolando i fatti reali attraverso una serie di menzogne giuridiche, scientifiche e socio-politiche. La vita umana viene resa "terminale" in nome di grandi falsità e non verità! Esempi eclatanti sono appunto i feti resi terminali dal consenso giuridico-sociale: (53 milioni di aborti annualmente nel mondo), dalla ignoranza (= dalla non conoscenza) di tante storie naturali che riguardano malattie infettive in gravidanza, malformazioni che cambiano nel corso della gestazione la loro gravità, da una mancanza di cultura informativa sulle visite preconcezionali e infine da una diagnosi prenatale che utilizza le tecnologie invasive e non invasive solo per vedere e per eliminare e non per vedere e per curare.

E' possibile invece usare la diagnosi prenatale per attuare la cosiddetta "terapia educativa": il counselling è di per sé un momento medico importante dove parlando con la coppia e facendo parlare la coppia si possono evincere i vari problemi che hanno condotto quella famiglia a iniziare un iter di aborto volontario.

Educare alla consapevolezza che spesso la malformazione non c'è e che se c'è è curabile prima della nascita o subito dopo e infine che, in presenza di gravi malformazioni, accompagnare il proprio figlio verso la morte naturale è l'atteggiamento più umano e più consapevole, anche se non privo di sofferenza, significa restituire alla coppia quel progetto di esistenza che loro hanno costruito intorno al figlio. Esso non si interrompe ma prosegue con modalità diverse e si compie nella piena capacità gestazionale e nell'accoglienza della vita, perché come dice Hanna Arendt: "Gli esseri umani, sebbene debbano morire, non sono nati per morire, ma per incominciare".

Sulla base di queste esperienze dirette di molte famiglie è nata la Fondazione "Il cuore in una goccia". Dopo precedenti esperienze associative, l'Hospice Perinatale del Gemelli, riconosciuto ufficialmente come struttura medica dove possono afferire le gravi patologie fetali, ha scelto questa Fondazione come supporto associativo. In questa Fondazione sono confluiti percorsi di tante famiglie che da molti sono stati definiti "eroici" ma che le famiglie hanno definito "naturali". Esse hanno dimostrato che l'atteggiamento diffuso nella cultura odierna (amplificazione del contrasto fra il desiderio della coppia di avere un figlio sano e il terrore che non lo possa essere) è espressione della SINDROME DEL FETO PERFETTO. La Fondazione è nata attraverso un passaggio che l'ha portata dalla testimonianza individuale al servizio, organizzandosi con un comitato scientifico e una equipe medica di riferimento.

L'equipe medica è formata da ginecologi, pediatri, chirurghi e psicologi. Se è vero che la maggior parte di questi afferiscono al Gemelli, e in particolare all'Hospice Perinatale che dirigo e che è stato il punto di partenza, è anche vero che ormai i sostegni e le disponibilità ci stanno giungendo da qualunque parte d'Italia. Ognuno è pronto a occuparsi delle problematiche che i casi specifici presentano; il più delle volte viene fornito un servizio gratuito per non gravare su chi, anche con pochi mezzi, attraversa tutta Italia per giungere alla nostra osservazione.

A fianco all'equipe sanitaria, esiste una rete di famiglie della Fondazione "Il cuore in una goccia" a cui spetta il compito di condividere e sostenere le coppie che hanno già vissuto la medesima esperienza, una sorta di mutuo aiuto già sperimentato in tutto il mondo nelle associazioni di genitori di disabili. Ma una peculiarità che la Fondazione offre al contesto nazionale, è quella di proporre di accompagnare queste famiglie con gravi patologie fetali anche da parte di chi non ha avuto queste problematiche nella vita procreativa ma che, spinto dalla consapevolezza di alleggerire il cammino di sofferenza di altre famiglie, si avvicina come un nuovo Cireneo. Di fronte alle situazioni più disparate si sono creati rapporti che nessuno avrebbe mai immaginato: nessuno potrà mai togliere il dolore di un figlio che morirà, ma nessuno è stato lasciato solo. È la solitudine umana e scientifica che rende devastante una diagnosi di feto terminale. Tutto l'amore che avevano ricevuto le coppie che fanno già parte da tempo della Fondazione è stato riversato come un abbraccio sulle famiglie che contattano la Fondazione per la prima volta.

Il percorso difficile che ci si trovava ad affrontare diviene istantaneamente meno pesante da percorrere per il sostegno che la condivisione di altre famiglie determina.

Da ultimo, sintetizziamo lo studio che è stato presentato al Convegno Internazionale sulla relazionalità (*“Nuove prospettive per l’agire medico”*, Noia et all., Roma, Febbraio 2007).

Il punto di partenza di questo studio è stata la considerazione dell’embrione come persona, fondata sugli aspetti scientifici del “protagonismo biologico”, della sua relazionalità psicodinamica e biologica con la madre, e della possibilità di curarlo come un paziente a tutti gli effetti, essendo dotato di una incredibile “compliance terapeutica”. Secondo questi criteri abbiamo proposto un management delle gravidanze con feti “considerati terminali” basato sia sulla specificità di trattamento che si fa per ogni “feto patologico”, sia sul cammino empatico con le coppie cui viene diagnosticata la condizione di terminalità e che accettano di accompagnare il figlio fino all’exitus naturale.

Questo approccio è nato da tre evidenze che emergono nella trattazione di questo argomento dal contesto socio-culturale attuale:

1. **La falsità del criterio della “proporzionalità traumatica”**, il quale dichiara che più piccolo è l’embrione, più sicuro e più accettabile è l’aborto e minori sono le conseguenze per la donna; ciò spinge la donna ad affrettare sempre di più la diagnosi prenatale per anticipare il più possibile l’interruzione di gravidanza;
2. **La “sindrome del feto perfetto”**: stiamo parlando di un atteggiamento diffuso nella cultura odierna che amplifica il contrasto tra desiderio della coppia di avere un figlio sano e il terrore che non lo possa essere; questo porta ad una sempre maggiore medicalizzazione del processo di fecondazione e della gravidanza, diventando un chiaro esempio di medicina selettiva;
3. **La “sindrome post-abortiva”**: la patologia che coinvolgendo la donna ed il partner pone la coppia dinanzi al problema di affrontare il dolore di aver inflitto la morte al proprio figlio e la grande difficoltà di elaborarne il lutto.

Per trattare questo argomento sono state utilizzate due fonti di dati. Innanzitutto la letteratura più recente: per ogni patologia abbiamo estrapolato i criteri diagnostici maggiormente diffusi e condivisi, la storia naturale e l’approccio terapeutico. Ciò è stato riconsiderato alla luce della seconda fonte, cioè l’esperienza del nostro Day Hospital dagli anni ottanta ad oggi. In particolare è stato riportato il vissuto di 30 famiglie con diagnosi di feto terminale.

La casistica riguarda 31 pazienti (30 gravidanze singole e 1 gemellare, per un totale di 32 figli) seguite nel nostro Day Hospital. Le patologie riscontrate ricoprono buona parte della classificazione esposta in seguito.

La tabella sintetica è suddivisa in due sezioni; nella prima parte vengono esposti i casi in cui i feti sono giunti all’exitus perinatalmente con l’epoca del decesso; nella seconda parte vengono esposti i casi di bimbi tuttora viventi con le problematiche residue. Con “diagnosi” si intende il momento in cui è stata fatta una diagnosi certa, sebbene tutti siano passati attraverso un percorso più o meno travagliato a seconda dei casi. Viene inoltre indicato il tipo di parto: parto vaginale (PV), spontaneo o indotto, o taglio cesareo (TC). Nei casi in cui è stato studiato il cariotipo viene indicato se eseguito pre o post-natalmente. Di tutte queste pazienti è stata raccolta la storia familiare e ostetrica, in particolar modo riguardo alla gravidanza in questione; tutto ciò tramite le cartelle cliniche e il colloquio con le pazienti.

Gravidanze con exitus pre- o postnatale

<i>Patologia fetale</i>	<i>Diagnosi (sett.)</i>	<i>Parto / Sett.</i>	<i>Cariotipo</i>	<i>Exitus</i>
<i>Anecefalia</i>	18	TC / 39	normale, postnatale	dopo 7 giorni
	16	PV / 40	non esaminato	dopo pochi minuti
	13	PV / 42	non esaminato	dopo 45 minuti
	14	PV / 41	non esaminato	dopo 6 ore
	12	TC / 38	non esaminato	dopo 26 ore
<i>Acrania</i>	12	TC / 36 (poliamnios)	non esaminato	dopo 1 ora
	16	TC / 38	normale	dopo 5 ore
<i>Microcefalia + poliamnios</i>	20	PV / 40	non esaminato	dopo 33 ore
<i>Aplasia renale</i>	22	PV / 37	non esaminato	dopo 90 minuti
<i>Displasia renale</i>	25	TC / 40	non esaminato	dopo 11 ore
	23	PV / 36	non esaminato	dopo 2 ore
<i>Sindrome di Down (trisomia 21)</i>	18	PV / 29	alterato	nato morto
	20	PV	non esaminato, ipotesi diagnostica su presenza di canale atrio-ventricolare comune	prima dei 2 anni a causa della cardiopatia
<i>Sindrome di Edwards (trisomia 18)</i>	18	TC / 34	alterato	Dopo poche ore
	18	TC / 39	alterato	Dopo poche ore
<i>Sindrome di Patau (trisomia 13)</i>	16	PV / 36	alterato	nato morto
<i>Igroma cistico + anasarca</i>	14	PV / 25	non esaminato	a 25 settimane (in utero)
<i>Anasarca fetale</i>	24	-	normale, prenatale	gravidanza in atto
<i>Ernia diaframmatici + igroma cistico</i>	12 (igroma) 20 (ernia)	PV / 35	normale su villocentesi	dopo 22 ore
<i>Cardiopatía in quadro sindromico</i>	20	PV / 40	normale, postnatale	dopo 20 giorni
<i>Cardiopatía isolata</i>	40	TC / 41	normale, postnatale	dopo 15 giorni
<i>Nanismo tanatoforo</i>	20	TC / 35	non esaminato	dopo 30 minuti
<i>p-Prom</i>	20	PV / 28	non esaminato	dopo 2 giorni
<i>Trap Sequence (gemello "perfuso")</i>	21	TC / 28	non esaminato	nato morto

Gravidanze con bambini viventi

<i>Patologia fetale</i>	<i>Diagnosi (sett.)</i>	<i>Parto / Sett.</i>	<i>Cariotipo</i>	<i>Follow-up</i>
<i>Trap sequence (gemello "pompante")</i>	21	TC / 28	non esaminato	difficoltà deambulatorie, test cognitivi sopra la media
<i>Ernia diaframmatica</i>	21	TC / 38	normale, prenatale	buona salute
<i>Valvola posteriore dell'uretra</i>	22	TC / 38	non esaminato	rene sinistro escluso, rene destro funzionante; moderata disfunzione vescicale
<i>Osteogenesi imperfetta</i>	22	PV / 42	normale, altre ricerche in corso	ritardo di crescita, gravi difficoltà deambulatorie, alto rischio di fratture ossee
<i>Spina bifida</i>	22	TC / 39	non esaminato	gravi difficoltà deambulatorie, discreta funzionalità dello sfintere vescicale
<i>Patologia materna</i>	<i>Diagnosi (sett.)</i>	<i>Parto / Sett.</i>	<i>Gestazione</i>	<i>Follow-up</i>
<i>Coma reversibile da encefalite erpetica</i>	I trimestre	TC / 39 (3.600 gr)	Risoluzione del coma dopo 35 giorni	Madre con emiparesi destra Figlio sano
<i>Coma reversibile da trombosi dell'arteria basilare</i>	I trimestre	PV / 40 (3.300 gr)	Risoluzione del coma dopo 40 giorni	Madre con emiparesi destra Figlio sano
<i>Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)</i>	15	TC / 32 (1.900 gr)	17 sett: blocco deambulazione; 20 sett: nutrizione parenterale; 22 sett: tracheostomia per respiratore meccanico	Madre deceduta dopo un anno Figlio sano

RISULTATI

Secondo criteri che comprendono l'eziopatogenesi, le possibilità terapeutiche e l'approccio medico tipico di una medicina condivisa con la coppia, abbiamo schematizzato due grandi forme di terminalità:

a) il feto intrinsecamente terminale, per il quale l'accompagnamento diventa presidio insostituibile non solo per accogliere queste condizioni fetali estremamente patologiche, ma anche per affrontare il momento del distacco post-natale e l'elaborazione del lutto nei mesi successivi. Una dimostrazione è data dal fatto, che nell'anno successivo alla perdita, 9 pazienti su un gruppo ristretto di 18 (50%) hanno scelto di affrontare una nuova gravidanza.

Questo gruppo è rappresentato da condizioni (cromosomiche e strutturali) incompatibili con la vita, cioè non viabili, come le triploidie, le trisomie 13 e 18, alcune forme di displasie scheletriche, le anencefalie e le acranie, gli stati anasarcatichi avanzati e irreversibili, il gemello "perfuso" nella TRAP Sequence, le agenesie renali e le displasie renali bilaterali precoci.

b) il feto non intrinsecamente terminale, ma reso tale da induttori psico-sociali e fortemente condizionati da culture antropologicamente non fondate. È il caso della terminalità indotta dal consenso giuridico-sociale, dalla manipolazione culturale, dall'ignoranza e dalla medicina difensiva, e infine dall'accidia intellettuale. In questo secondo gruppo possiamo includere le gravi anemie fetali da iso-immunizzazione Rh, le idropi fetali non immuni, le uropatie ostruttive gravi con megavesicica, le rotture intempestive delle membrane del II trimestre, i difetti del tubo neurale come la spina bifida, le emoglobinopatie e le forme di tachiaritmia fetale gravi, passibili di cardioversione con farmaci antiaritmici anche attraverso la somministrazione materna -transplacentare, le malattie infettive, la ventricolomegalia isolata e i "soft markers" di cromosomopatia. Infine vi includiamo anche tutti quegli aborti che hanno sfruttato la diagnosi prenatale come giustificazione dell'azione abortiva e gli embrioni persi e/o congelati nei percorsi di fecondazione extracorporea.

CONCLUSIONI

Secondo questo approccio alle gravidanze cosiddette "terminali", ogni soggetto del rapporto medico/paziente acquista nuovamente e maggiormente la propria dignità.

Il medico per primo recupera il valore profondo non solo del curare il paziente, ma dell'accompagnarlo fino alla morte, riconoscendo al feto la qualità di paziente a tutti gli effetti.

Questo è un chiaro esempio di cosa comprenda la professione medica per due motivazioni:

1. quando è possibile ci spinge ad intervenire secondo modalità convalidate dai dati del nostro centro, effettuando una terapia rigorosamente guidata da criteri scientifici;
2. quando ciò non è attuabile, il medico accompagna la famiglia nel passaggio dal TO CURE, al TO RELIEVE, fino al TO CARE, (curare, alleviare il dolore, prendersi cura) quando ciò è l'unica forma di approccio medico possibile.

La coppia stessa riacquisisce la propria genitorialità, accogliendo la vita nascente come figlio a tutti gli effetti e facendo diventare un atto terapeutico questo percorso di sofferenza e di amore, con tutti gli insperati benefici che la coppia ne trae durante e dopo la gravidanza. Infatti, la "riscoperta" di questo rapporto naturale è alla base di tutto il vissuto che, come dichiarano le coppie stesse, sarà sempre "con dolore, ma mai con disperazione".

*In conclusione, il concetto di **feto terminale** è semanticamente e ontologicamente identico alla realtà del **figlio terminale**: la relazione medico-paziente diventa insostituibile per ridare capacità gestazionale a quelle donne che, con amore straordinario, accolgono la vita fragile.*

Possiamo quindi affermare che la diagnosi prenatale di condizioni incompatibili con la vita, ci apre sempre più al grande dilemma di come usare la conoscenza scientifica, ma spesso non ci prepara all'accoglienza della disabilità e anche alla sofferenza che l'accompagna, sia del bambino che dovrà nascere, che delle famiglie. Essa propone il termine di "feto terminale": propone, cioè, una medicina senza speranza.

Che cosa è la terminalità? Siamo veramente nati per “terminare”, o come dice Hannah Arendt: “*Gli esseri umani, sebbene debbano morire, non sono nati per morire, ma per incominciare*”? Sì, pensiamo proprio che siamo nati per incominciare! Queste famiglie che nell’amore e nel dolore accompagnano i propri feti e ci chiedono di accompagnarle esprimono quello che dovrebbe caratterizzare la scienza: essa, che è stata *ancilla theologiae*, ma che è stata ed è tutt’ora anche *ancilla belli* e *ancilla pecuniae*, riacquista il senso di *ancilla humanitatis* enfatizzando ciò che alcuni grandi pensatori avevano predetto: la scienza senza la coscienza può divenire la rovina dello spirito dell’umanità (Rabelais, 1534). “Anche la scienza e la tecnica possono essere edificanti, ma se lo sono, ciò è perché c’è l’amore” (Kierkegaard). “La potenza della nostra scienza ha distanziato la nostra forza spirituale: abbiamo missili teleguidati e uomini maleguidati” (M. L. King, 1963).

Allora alla domanda “quanto è sapiente l’*homo sapiens*?” rispondiamo con una frase di Egon Diczfalusy, uno dei padri della ginecologia europea (1997): “è la saggezza infinita della speranza la vera sapienza dell’uomo” perché “una nave non può essere tenuta da una sola ancora, né la vita da una sola speranza” (The Enckeiridion).

BIBLIOGRAFIA

1. Socci A, “Il genocidio censurato: un miliardo di vittime innocenti”, Piemme, 2006.
2. Proust M, “alla ricerca del tempo perduto. Il tempo ritrovato” Einaudi, 1991.
3. Diczfalusy E, “Family planning: the key to a better future” Adv Contracept. 1994 Jul;10 Suppl 1:3-17.
4. Noia G., Recensione del libro “Le pillole che uccidono” di Baldini e Carbone, Civiltà Cattolica.
5. Noia G. – Tintoni M. – Mappa I. – Greco C. “*Il figlio terminale: etica e scienza a confronto*”. CONVEGNO “COMUNICAZIONE E RELAZIONALITA’ IN MEDICINA: NUOVE PROSPETTIVE PER L’AGIRE MEDICO”. Roma, 16 - 17 Febbraio 2007.
6. Guardini R, Il Signore (1949), Vita e Pensiero - Morcelliana, Milano - Brescia 2005.
7. Andrew W Horne, John O White, El-Nasir Lalani "The endometrium and embryo implantation".
8. BMJ 2000;321:1301-1302, doi:10.1136/bmj.321.7272.1301.
9. Murphy SK, Jirtle RL. “Imprinting evolution and the price of silence”. Bioessays. 2003 Jun;25(6):577-88.
10. Isles AR, Holland AJ. “Imprinted genes and mother-offspring interactions”. Early Hum Dev. 2005 Jan;81(1):73-7. Epub 2004 Nov 19.
11. McMinn J, Wei M, Sadovsky Y, Thaker HM, Tycko B. “Imprinting of PEG1/MEST isoform 2 in human placenta” Placenta. 2006 Feb-Mar;27(2-3):119-26.
12. Pearson H. “Your destiny, from day one” Nature. 2002 Jul 4;418(6893):14-5
13. BILLINGHAM RE, BRENT L, MEDAWAR PB. Actively acquired tolerance of foreign cells. Nature. 1953 Oct 3;172(4379):603-6.

14. Wegmann TG. "Foetal protection against abortion: is it immunosuppression or immunostimulation?".
15. *Ann Immunol (Paris)*. 1984 Nov-Dec;135D(3):309-12.
16. Bischof P, Campana A. "A model for implantation of the human blastocyst and early placentation." *Hum Reprod Update*. 1996 May-Jun;2(3):262-70.
17. Li HZ, Sun X, Stavreus-Evers A, Gemzell-Danielsson K. "Effect of mifepristone on the expression of cytokines in the human Fallopian tube." *Mol Hum Reprod*. 2004 Jul;10(7):489-93. Epub 2004 Apr 30.
18. Christow A, Sun X, Gemzell-Danielsson K. "Effect of mifepristone and levonorgestrel on expression of steroid receptors in the human Fallopian tube." *Mol Hum Reprod*. 2002 Apr;8(4):333-40.
19. Trussell J, Jordan B. "Mechanism of action of emergency contraceptive pills." *Contraception*. 2006 Aug;74(2):87-9. Epub 2006 May 19.
20. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 2002 Dec 7;360(9348):1803-10
21. C. Marston, J. Cleland, Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence, in "International Family Planning Perspectives", Mar 2003, 29 (1), 6-13
22. Jaquet D, Deghmoun S, Chevenne D, Czernichow P, Lévy-Marchal C., "Low serum adiponectin levels in
23. subjects born small for gestational age: impact on insulin sensitivity". *Int J Obes (Lond)*. 2006 Jan;30(1):83-7.
24. Ergaz Z, Avgil M, Ornoy A. "Intrauterine growth restriction-etiology and consequences: what do we know about the human situation and experimental animal models?" *Reprod Toxicol*. 2005 Sep-Oct;20(3):301-22.
25. Zukauskaitė S, Seibokaite A, Lasas L, Lasiene D, Urbonaite B, Kiesilyte J. "Serum hormone levels and anthropometric characteristics in girls with hyperandrogenism". *Medicina (Kaunas)*. 2005;41(4):305-12
26. Godfrey KM. "The role of the placenta in fetal programming-a review". *Placenta*. 2002 Apr;23 Suppl A:S20-7.

27. Bianchi DW.” Fetomaternal cell trafficking: a new cause of disease?” *Am J Med Genet.* 2000 Mar 6;91(1):22-8.
28. Varendi H, Porter RH, Winberg J. “Attractiveness of amniotic fluid odor: evidence of prenatal olfactory learning?” *Acta Paediatr.* 1996 Oct;85(10):1223-7.
29. Benassi L, Accorsi F, Marconi L, Benassi G. “Psychobiology of the amniotic environment”.
30. *Acta Biomed.* 2004;75 Suppl 1:18-22.
31. Schaal B, Marlier L, Soussignan R. “Human fetuses learn odours from their pregnant mother's diet” *Chem Senses.* 2000 Dec;25(6):729-37.
32. Graven SN. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clin Perinatol.* 2004 Jun;31(2):199-216, v.
33. Damstra-Wijmenga SM. The memory of the new-born baby. *Midwives Chron.* 1991 Mar;104(1238):66-9.
34. Bauer R, Gerhardt KJ, Abrams RM, Huang X, Bauer K., Effects of impulse noise stimulation on electrocorticogram and heart rate. *Biol Neonate.* 2001 Feb;79(2):113-21.
35. Mrzljak L, Levey AI, Belcher S, Goldman-Rakic PS. Localization of the m2 muscarinic acetylcholine receptor protein and mRNA in cortical neurons of the normal and cholinergically deafferented rhesus monkey. *J Comp Neurol.* 1998 Jan 5;390(1):112-32.
36. Relier JP. Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biol Neonate.* 2001;79(3-4):168-71.
37. R.Maddock e R.Sexton “The rising cost of abortion”, *Medical Hypnoanalysis*, 1980.
38. C. Hall and S. Zisnok, “Psychological di stress following therapeutical abortion”.*The female patient* vol 8, Mar 1983.
39. Reardon et All. (*Canadian Medical Association Journal*, maggio 13, 2003; 168.
40. Gissler, M. et al. *BMJ* 1996;313:1431-1434.
41. Cagnacci A, Volpe A. Is voluntary abortion a seasonal disorder of mood? *Hum Reprod.* 2001 Aug;16(8):1748-52.

Cosa è cambiato dagli anni '70: lo stato dell'arte della legge 194/78.

“Quando nasce un bambino il mondo non è mai pronto”.
W. Szymborska.

Per un autentico femminismo.

Lo sviluppo di nuove tecnologie, sempre più sofisticate e a volte invasive, è all'origine di un cambiamento nel modo di considerare il ruolo femminile e il corpo della donna.

Mentre le femministe continuano a considerare l'emancipazione della donna come liberazione dalla maternità, considerata come un peso (da cui discenderebbe un “diritto di aborto”), sta emergendo un nuovo modo di pensare la donna che risponda ai nuovi bisogni di emancipazione, senza mortificarne il naturale ruolo di madre.

Un dibattito non ideologico, che consideri la donna anche nella sua sfera psicologica ed emotiva, deve riconsiderare i rischi per la sua salute (oltre alla soppressione del nascituro) causati dal ricorso all'aborto anche farmacologico, valutando ad esempio le possibili conseguenze psico-affettive (psicosi e sindrome post-aborto), come da risultanze medico-scientifiche emerse in quasi quaranta anni dall'approvazione della L.194 del 1978 e dal dibattito degli anni '60 che l'ha preceduta.

Le donne che ricorrono all'aborto sono spesso impreparate ed inconsapevoli circa il significato di un tale tipo di intervento e circa le sue implicazioni fisiche e psicologiche. Risulta pertanto fondamentale una completa informativa in merito all'aborto e alle alternative possibili, finora non adeguatamente proposte e pubblicizzate.

Il consenso informato medico in merito all'aborto dovrebbe ad esempio contenere la descrizione della tecnica dell'aborto, l'indicazione delle conseguenze fisiche e psicologiche, lo sviluppo biologico del feto e le alternative possibili all'aborto quali il parto in anonimato in ospedale⁴, l'abbandono del neonato nelle culle termiche presenti in molti ospedali (in questi due casi il bambino viene dato in adozione), l'affido familiare temporaneo, le misure a sostegno della maternità.

E' un rischio concreto che l'aborto metta a rischio la salute mentale e l'integrità psico-emotiva della madre. Si avverte sempre più l'esigenza di attivare protocolli psicologici di intervento a sostegno della madre con difficoltà durante la gravidanza, atti al reale superamento delle problematiche che la portano a negare la propria maternità. A ciò si aggiunge la necessità di applicare in ambito ospedaliero un reale consenso informato che oltre ai rischi medico-chirurgici illustri anche il rischio psico-clinico post aborto.

Si dovrebbero fornire anche in fase di ricovero degli “spazi psicologici” miranti all'ascolto e al contenimento delle problematiche che motivano all'aborto.

Tale presa di coscienza deve far superare le diversità di opinioni di tipo ideologico, riportando il confronto in un clima di onestà scientifica e di collaborazione riguardo ai protocolli che riguardano la prevenzione dell'aborto volontario.

Questo controverso argomento garantisce sempre vivaci dibattiti. Tuttavia questi dibattiti intellettuali si dovrebbero sempre confrontare con i conflitti interni – tra valori contrastanti, desideri, incertezze e paure – che realmente le donne affrontano di fronte ad una gravidanza imprevista e alla prospettiva dell'aborto. Per ogni ragionamento teorico pro o contro l'aborto, ci sono migliaia di donne che hanno combattuto con la stessa questione prima e dopo la loro scelta. Alcune donne subiscono gravi danni emotivi e/o fisici a causa di aborti indotti.

³ Virginia Lalli. Avvocato. Dottoranda in tutela internazionale dei diritti umani.

⁴ Art. 30 comma 1 del D.P.R. 396/2000 afferma che la dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata.

La ricerca ha identificato le caratteristiche e le circostanze che possono essere utilizzate per identificare queste donne a più alto rischio di subire reazioni negative all'aborto.

Lo screening di questi fattori di rischio è spesso inadeguato e le donne subiscono danni evitabili. Nonostante le forze sociali, ideologiche ed economiche che ostacolano uno screening adeguato, i rimedi legali sono necessari per migliorare lo standard di cura, ritenendo coloro che praticano l'aborto totalmente responsabili di uno screening e una consulenza appropriati.

Un esame dei casi di negligenza medica del 1985⁵ che avevano provocato danni da procedure abortive ha fatto emergere che i giurati si sono pronunciati a favore delle querelanti nel 67% dei casi. Questi casi implicavano aborti interni o incompleti, fallimento della diagnosi di una gravidanza ectopica, lacerazione o perforazione dell'utero o della vescica, formazione di una cicatrice, disfunzione sessuale e sterilità. Oltre a questi danni fisici, molte querelanti hanno subito gravi traumi emotivi. I verdetti di risarcimento andavano dai 10.600 ai 608.640 dollari con una media di 307.373 dollari. Altri gravi danni da aborto che possono essere discussi in aula includono la morte della donna la perforazione dell'intestino, la lacerazione della cervice le infezioni post-aborto, l'embolia da liquido amniotico, la coagulazione intravascolare disseminata, la sindrome da distress respiratorio dell'adulto, l'embolia polmonare, la rottura uterina, le aderenze, la perdita della capacità sessuale e la sofferenza emotiva.

Un migliore screening e migliore consulenza migliorerebbero le cure mediche per le donne in diversi modi. In alcuni casi, le donne che sono meglio informate dei rischi dell'aborto associati con il loro singolo profilo di rischio possono scegliere di non sottoporsi all'aborto. Questo è probabile soprattutto se la donna è incerta, se ha riserve a proposito dell'aborto, se ha qualche desiderio di portare a termine la gravidanza. In altri casi, quando l'esposizione ai rischi sembra essere alta e la probabilità dei benefici bassa, il medico curante può essere eticamente obbligato a sconsigliare l'opzione di abortire.

In altri casi ancora, il dottore può avere un obbligo etico, e persino legale, di rifiutare di praticare l'aborto richiesto se, secondo il suo migliore giudizio medico, l'aborto è controindicato perché (1) è probabile che causi un grave danno alla donna e/o (2) è improbabile che produca i benefici che la paziente cerca. La donna dovrebbe essere, ovviamente, libera di chiedere un aborto ad un altro medico che potrebbe non condividere la stessa opinione.

Screening e consulenza migliori produrrebbero una riduzione dei casi di aborto tra le donne che sono più incerte sulla scelta di abortire e tra coloro che sono a più alto rischio di subire gravi reazioni negative all'aborto.

Certamente ci sono alcune donne per le quali la decisione di abortire o di portare a termine la gravidanza non è incerta. Anni di riflessione sulla domanda "cosa farei se rimanessi incinta...", o le schiaccianti pressioni delle circostanze del momento che le portano a ritenere di "non avere scelta", portano alcune donne a prendere le loro decisioni rapidamente persino immediatamente. Tuttavia racconti di una rapida, "semplice" decisione riflettono solo una relativa libertà dai conflitti interiori in merito alla decisione. Tale rapida decisione non elimina il fatto che l'esperienza dell'aborto può avere enormi ramificazioni sulla futura vita fisica, riproduttiva, emotiva, sociale, spirituale, familiare ed economica della donna.

Tuttavia la questione da prendere in esame riguarda lo screening e la consulenza inadeguati di donne che stanno prendendo in considerazione l'aborto.

Uno screening appropriato e una consulenza pre-aborto delle pazienti sono state decisamente abbandonati, a grave discapito delle donne. L'operatore trascura di fornire un consiglio medico informato basato sui fattori di rischio e sulle circostanze della singola donna. Ciò è dovuto alla divisione e confusione tra il rispetto per l'autonomia della paziente e l'esercizio del dovere del medico di proteggere la salute della paziente.

Tuttavia vi sono fattori da considerare che aumentano le reazioni negative post-aborto. Vi sono cinque criteri di screening 1) un passato di instabilità psicosociale 2), una relazione con il partner insoddisfacente o instabile; 3) pochi parenti e amici. 4) una situazione lavorativa insoddisfacente.

⁵ Thomas W. Strahan. Legal Liability for Emotional Injury Following Induced Abortion by Thomas W. Strahan, J.D., Editor A.I.R.V.S.C. Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Research Bulletin Vol.9 No.2, January/February 1996.

In uno studio statunitense Elizabeth Belsey ⁶ ha determinato che il 68% delle 326 pazienti sottoposte ad aborto oggetto del suo studio erano a più alto rischio di reazioni negative e avrebbero dovuto essere indirizzate verso una consulenza più approfondita. Di questo gruppo ad alto rischio, il 72% aveva effettivamente sviluppato reazioni post-aborto negative (colpa; rimorso; disagio nelle relazioni coniugali; sessuali e interpersonali; o difficoltà nell'affrontare le attività quotidiane).

Il bisogno di una completa esposizione dei fattori di rischio e dei rischi loro associati è importante in modo particolare perché molte pazienti che subiscono un aborto, forse persino la maggioranza, sono indecise sulle loro scelte in un primo momento.

In alcune indagini, almeno l'80% delle donne hanno affermato che avrebbero proseguito la gravidanza in circostanze migliori o se fossero state supportate a farlo dai loro parenti più prossimi. Poiché la decisione iniziale di abortire è spesso incerta o persino fatta soltanto per compiacere gli altri.

Racconti di consulenze inadeguate, non accurate o non obiettive sono statisticamente associate a racconti di più frequenti e più gravi reazioni psicologiche post-aborto negative. Uno screening appropriato e la completa esposizione delle informazioni quindi sono importanti perché riducono il rischio che la paziente senta in seguito che: (1) è "sola" nel provare reazioni negative; (2) era mal preparata per i cambiamenti che seguono un aborto; o (3) è stata sfruttata da "speculatori dell'aborto" che le hanno nascosto la verità in un suo periodo di crisi e confusione.

Secondo un'indagine statunitense ⁷ sulle donne che partecipano ai gruppi di supporto post-aborto solo il 4% considerava i consulenti essere stati di aiuto ed esauritivi nel fornire le informazioni mentre i due terzi credevano che i loro consulenti fossero prevenuti verso la loro scelta di abortire.

Gli esperti della consulenza nei momenti di crisi hanno scoperto che coloro che sono in uno stato di crisi sono sempre più vulnerabili alle influenze esterne e hanno meno fiducia nelle loro stesse opinioni e nella loro capacità di prendere la decisione giusta.

Le persone in crisi sono più vulnerabili e spesso provano sentimenti di stanchezza, letargia, disperazione, inadeguatezza, confusione, ansia e disorganizzazione. Quindi, con più probabilità non decideranno e lasceranno che gli altri prendano le decisioni per loro, invece di proteggere se stessi dalle decisioni che potrebbero non essere nel loro migliore interesse.

Questa può essere una situazione pericolosa per una donna che non vuole davvero abortire ma ha altri attorno a lei che la spingono affinché lo faccia.

E' la retorica "della scelta" professata dagli abortisti. Si dovrebbe chiedere un'ulteriore consulenza per assicurarsi che la decisione sia realmente in conformità con i suoi valori e desideri, escludendo il desiderio di compiacere gli altri a proprie spese o un partner maschile non impegnato.

Dopo un'appropriata valutazione psicosociale per controllare la presenza di fattori di rischio, le pazienti potrebbero ragionevolmente aspettarsi che un consulente qualificato: (1) esponga alla paziente i fattori di rischio identificati e i sintomi post-aborto che potrebbero essere correlati; (2) fornisca ulteriore consulenza per esplorare argomenti quali assistere la donna nel prendere una decisione che sia conforme ai suoi desideri fondamentali e al suo sistema di valori e/o risolvere questioni prima dell'aborto così da ridurre il rischio di futuri disagi post-aborto; e (3) fornisca un consiglio medico informato sull'opportunità di sottoporsi all'intervento.

Da questa prospettiva le pratiche di consulenza potrebbero essere percepite come intrusive e rimettendo in discussione le motivazioni della donna, possono essere viste come se violassero il diritto delle donne a fare le proprie scelte. La costituzione e l'uso di uno standard di screening implica che qualche paziente ad alto rischio dovrebbe essere scoraggiata ad abortire. In questo contesto, lo screening pre-aborto può essere visto come qualcosa che indebolisce l'impegno ideologico di coloro

⁶ David Reardon. Eticista biomedico, direttore dell'Elliot Institute è un ricercatore con molte pubblicazioni sugli effetti psicologici e fisici dell'aborto sulle donne.

David Reardon. "Abortion decision and the duty to screen: clinical, ethical, and legal implications of post-abortion maladjustment" *Abortion decisions and the duty to screen: clinical, ethical and legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment*.

The Journal of contemporary health. Law & policy 2003; 20(1):33-114.

⁷ Reardon. *Ibidem*. Pag. 39.

che praticano l'aborto e proteggono il libero diritto delle donne ad abortire. Comunque questi consulenti sono anche ideologicamente impegnati a soffocare i dubbi delle donne per soddisfare ogni richiesta d'aborto.

Tuttavia il non riuscire ad informare adeguatamente le donne sui rischi è molto probabile conduca a problemi emotivi più grandi nel lungo periodo. Le donne che dopo l'aborto si sono lamentate perché la loro consulenza è stata inadeguata, inaccurata o non obiettiva è più probabile che riportino reazioni psicologiche più gravemente negative. Sentirsi "colte di sorpresa" dalle reazioni negative o "pazze" per provare sentimenti che "nessun' altra prova" o arrabbiate per essere state ingannate può esacerbare reazioni di dolore post-aborto.

Lo studio della Belsey è solo uno di almeno 34 studi che identificano i fattori di rischio statisticamente confermati per disagio emotivo da aborto. In uno studio redatto da Brenda Major ⁸, le donne hanno completato dei questionari un'ora prima di sottoporsi all'intervento, trenta minuti dopo e tre settimane dopo l'aborto. Il questionario pre-aborto venne esaminato per la correlazione statistica con gli effetti negativi evidenziati a tre settimane dall'aborto. Delle 247 donne che inizialmente avevano partecipato alle interviste nella clinica abortiva, solo il 40% è ritornato per la valutazione finale delle tre settimane post-operatorie. In quest'ultima valutazione, il questionario evidenziava depressione, umori negativi (rimpianto, tristezza e colpa), anticipazione di conseguenze più negative nel futuro, e riporta l'esistenza di disturbi fisici connessi all'aborto entro il colloquio delle tre settimane dopo l'operazione. La Major ha identificato 8 fattori di rischio connessi a uno o più effetti negativi esaminati.

Come Belsey, Major ha raccomandato che le sue scoperte vengano usate per lo screening pre-aborto per identificare le donne che necessitano una consulenza pre-aborto più approfondita. Infatti, i dati statisticamente confermati usati in questi questionari potrebbero essere facilmente adattati per essere utilizzati nello screening e nella consulenza pre-aborto per identificare quali donne è più probabile che rispondano bene ad un aborto e quali avranno con più probabilità reazioni negative.

Questa visione del diritto di una donna a scegliere l'aborto senza considerare lo screening medico o la consulenza è in disaccordo con la visione tradizionale dell'etica medica applicata in tutti gli altri campi della medicina. Normalmente il primo obbligo etico dei medici è di "non causare danni", proteggere la salute del paziente mentre si prova a migliorarla. In questo contesto, mentre è etico permettere alle pazienti una scelta tra due o più opzioni di cura dimostrate, non sarebbe etico presentare una sola opzione di cura o sottoporle ad un trattamento che il medico sa essere controindicato per quella particolare paziente.

Nella maggior parte delle cliniche abortive il medico non vede la paziente fino a che l'operazione non sta per iniziare. Il medico conosce poco del perché la donna stia chiedendo di abortire e neanche se la paziente ha qualche fattore di rischio emotivo. L'aborto non avviene perché il medico lo abbia consigliato, basandosi su una valutazione informata dei rischi e dei benefici conosciuti dell'aborto dato il profilo psicosociale della paziente invece, l'aborto sta avvenendo semplicemente sulla base della richiesta della donna.

Questo approccio che rispetta l'autonomia della donna implica anche un'abdicazione dei tradizionali doveri e delle responsabilità del medico. Nella pratica normale della medicina è dovere dei medici determinare quali alternative di cura siano disponibili.

Questa distinzione può essere chiarita esaminando la distinzione tra un utente e un cliente. Secondo il dizionario Webster un utente è "colui che acquista una merce o un servizio" mentre un cliente è "una persona che è sotto la protezione di un altro". Gli utenti comprano semplicemente ciò che credono serva loro. I clienti assumono professionisti e consulenti per consigliarli, guidarli e fornire loro ciò di cui hanno davvero bisogno. I clienti sono consapevoli della loro conoscenza limitata e dipendono da professionisti che li proteggono dal compiere errori.

Non c'è alcuna prova scientifica che l'aborto produrrà effettivamente i benefici che desiderano.

Per la maggior parte delle donne, la decisione di abortire è difficile e complessa poiché coinvolge un gran numero di considerazioni. Le questioni implicate possono essere opprimenti specialmente per le

⁸ Reardon. Op. cit. Pag. 37.

donne che sono immature o emotivamente instabili. Per molte, l'atto di chiedere di abortire è in primo luogo una richiesta di aiuto.

Per molte donne, la gravidanza stessa è una manifestazione di sottesi ed irrisolti conflitti che implicano sia il desiderio di essere incinta che la paura della gravidanza. E' un errore presumere che una volta che una donna chieda di abortire, abbia già deciso e non abbia bisogno di alcuna informazione, intervento o consiglio in più.

Senza lo screening e la responsabilità condivisa per la decisione di procedere con l'aborto, queste donne diventeranno vittime dell'aborto, non sue beneficiarie.

Alcuni potrebbero ragionevolmente chiedersi se alcune donne che sono a rischio di reazioni negative all'aborto possano anche essere a più grande rischio negativo se portassero a termine la gravidanza. A proposito della difficoltà di essere genitori single o dei problemi affrontati dai bambini che sono nati in povertà tutti gli studi comparano il povero al ricco e il single allo sposato senza alcuna comparazione tra singles che hanno abortito e singles che hanno portato a termine la gravidanza. Che le madri single e povere abbiano una vita più difficile è indubbio. La vera domanda è se le donne single e povere che hanno abortito hanno una vita migliore di donne single e povere che hanno portato a termine la gravidanza. Non ci sono studi specifici al riguardo⁹.

Ma una ricerca ha rivelato che le donne che si sono sposate dopo aver abortito una prima gravidanza avevano il 138% di probabilità in più di essere a rischio di depressione clinica rispetto a donne che hanno portato a termine una prima gravidanza.

L'esposizione completa durante la consulenza è importante anche perché racconti di consulenze inadeguate, non accurate o non obiettive sono statisticamente associati a racconti di più frequenti e più gravi reazioni psicologiche post-aborto negative.

Gli esperti della consulenza nei momenti di crisi hanno scoperto che coloro che sono in uno stato di crisi sono sempre più vulnerabili alle influenze esterne e hanno meno fiducia nelle loro stesse opinioni e nella loro capacità di prendere la decisione giusta. Tale "accresciuta accessibilità psicologica" può portare a una situazione dove genitori, consulenti, o altre persone che esercitano una certa autorità possono avere enorme influenza sulla decisione di una donna. Le persone in crisi "sono meno in contatto con la realtà...e più vulnerabili a cambiare di quanto lo siano in periodi di non crisi." Spesso provano sentimenti di stanchezza, letargia, disperazione, inadeguatezza, confusione, ansia e disorganizzazione. Quindi, con più probabilità non decideranno e lasceranno che gli altri prendano le decisioni per loro, invece di proteggere se stessi dalle decisioni che potrebbero non essere nel loro migliore interesse.

Questo è vero specialmente quando le donne incinta non riescono immediatamente a vedere dove possono trovare le risorse finanziarie e il supporto sociale di cui avranno bisogno per prendersi cura dei loro bambini.

Poiché ogni elemento di coercizione non è solo un fattore di rischio per problemi psicologici dopo l'aborto, ma anche una fondamentale violazione della dignità e dei diritti delle donne. Coloro che praticano l'aborto dovrebbero analizzare la situazione attentamente alla ricerca di qualsiasi segno di coercizione verso un aborto non voluto. Qualora questo venisse rilevato, le parti che fanno pressione dovrebbero essere informate sul perché l'aborto è controindicato. Dovrebbe essere spiegato loro che il fatto che l'aborto va contro i valori materni o morali della donna la espone ad un più grande rischio di futuri problemi emotivi, e che farle pressione per abortire è solo probabile che peggiori i rapporti tra la donna e coloro che le fanno pressioni.

Se le parti pressanti esercitano considerevole controllo sulla donna, ogni successiva affermazione da parte della donna che la richiesta per l'aborto sia "una sua decisione" non dovrebbe essere accettato per buona, ma si dovrebbe chiedere un'ulteriore consulenza per assicurarsi che la decisione sia realmente in conformità con i suoi valori e desideri – escludendo il desiderio di compiacere gli altri a proprie spese.

Valutando i rischi psicologici di una paziente, i terapisti e i consulenti dell'aborto non dovrebbero fidarsi semplicemente di qualsiasi informazione la paziente possa offrire spontaneamente. Invece, i consulenti dovrebbero cercare attivamente "bandiere rosse" che suggeriscano la presenza di fattori di

⁹ Reardon. Op. cit. pag. 160.

rischio. Uta Landy¹⁰, ex direttore generale della National Abortion Federation, incoraggia i consulenti ad essere consapevoli del fatto che: i sentimenti di alcune donne nei confronti della loro gravidanza non sono semplicemente incerti ma profondamente confusi. Questa confusione non è necessariamente espressa in modo diretto, ma può nascondersi dietro comportamenti esteriori quali: (1) essere non comunicative; (2) essere estremamente sicure di sé, (3) essere impazienti (quanto ci vorrà, ho altre cose importanti da fare), (4) essere ostili (questo è un posto orribile, lei è un dottore/consulente/infermiera orribile; odio stare qui).

Secondo altri esperti sulla consulenza in materia di aborto: “Quando le pazienti di un aborto si sentono sopraffatte da emozioni quali la paura o la vergogna, la loro capacità di pensare, agire, e persino di rispondere al medico è indebolita. Questa disabilità connessa alla crisi può portarle a prendere cattive decisioni che possono successivamente portare a sentimenti di rimorso. Landy¹¹ definisce quattro tipi di processi decisionali difettosi osservati nelle cliniche abortive. Denomina il primo processo difettoso “approccio spontaneo”, nel quale la decisione è presa troppo velocemente, senza prendere tempo sufficiente per risolvere i conflitti interiori o esplorare le opzioni. Un secondo processo decisionale difettoso è “l’approccio razionale-analitico”, che si focalizza sulle ragioni pratiche per interrompere la gravidanza (problemi economici, genitore single, etc.) senza considerare i bisogni emotivi (attaccamento alla gravidanza, desiderio di maternità, etc.). Un terzo processo difettoso è l’approccio del “rifiuto-procrastinazione”, che è tipico delle donne che hanno ritardato la decisione proprio a causa dei molti sentimenti conflittuali che hanno a proposito di tenere il bambino. Quando una donna con atteggiamento “rifiutante-procrastinante” alla fine acconsente ad un aborto, è probabile che non abbia ancora risolto i suoi conflitti interiori, ma si stia sottoponendo all’aborto solo perché è “scaduto il tempo”. Quarto processo è quello dell’ “approccio senza prendere la decisione” nel quale una donna rifiuta di prendere lei stessa la decisione ma permette agli altri, quali il suo compagno, i genitori, i consulenti, o il medico, di decidere per lei.

Come può essere spiegata questa differenza tra l’ideale uso dello screening e della consulenza e la pratica effettiva (o non pratica, come potrebbe essere il caso) degli stessi?

La differenza tra teoria e pratica è sorta da conflitti di interesse di base. I migliori interessi di ogni singola donna non sono facilmente separabili dai valori e dalla ideologia delle donne, degli uomini e delle istituzioni che sono appassionatamente impegnati nel fornire i servizi abortivi. A meno che non si preveda una responsabilità riguardo lo screening e la consulenza negligenti, non c’è alcun meccanismo di “feedback” per correggere le deviazioni dallo standard ideale di consulenza.

In effetti, le particolarità della legge spesso tendono a proteggere coloro che praticano l’aborto dalla responsabilità per danni meramente emotivi¹².

La Corte ha costantemente rigettato l’idea che le donne possano avere un diritto illimitato di abortire¹³. A parte l’interesse dello Stato, la Corte ha sostenuto che la richiesta di una donna di abortire è sempre

¹⁰ Reardon. Op. cit. Pag. 9

¹¹ Reardon. Op. cit. Pag. 42

¹² Permettere alle donne di scegliere l’aborto senza un adeguato screening da parte del medico per sviluppare un’opinione clinica informata per il suo caso individuale è anche contrario alle previsioni espresse dal giudice Burger della Corte Suprema degli Stati Uniti. La visione che i medici dovrebbero limitare l’accesso all’aborto a quei casi nei quali era molto probabile che portasse beneficio alle donne è molto chiaramente riflettuto nell’opzione concorrente del Giudice Capo Burger in *Doe contro Bolton*, “Non leggo le decisioni della Corte oggi come se avessero le conseguenze indiscriminate loro attribuite dai giudici di minoranza: le visioni di minoranza non danno credito della realtà che la grande maggioranza dei medici osserva gli standard della propria professione, e agisce solo sulle basi di giudizi medici pronunciati con cautela concernenti la vita e la salute. Chiaramente, la Corte oggi rigetta ogni richiesta che la Costituzione preveda aborti su richiesta.” 410 U.S. 179.208 (1973). Dal 1986, nel suo dissenso in *Thornburgh contro ACOG*, 476 U.S. 747.782, Burger ha cominciato a mettere in discussione questa presunzione e sembrava preoccupato che almeno alcuni medici possano non dare “giudizi medici pronunciati con cautela” ma stiano invece semplicemente fornendo aborti su richiesta.

soggetta alla revisione e al consiglio di un medico, che sostiene “la responsabilità principale” per aver dato quel consiglio. Ciò perché la Corte Suprema ha ripetutamente riscontrato che l’aborto comporta seri rischi per la salute, mentale e fisica¹⁴. Quindi, l’aborto non è un diritto arbitrario delle donne ma è piuttosto un diritto medico che deriva dai bisogni della sua salute, e può quindi essere esercitato solo dopo un’appropriata e sufficiente consultazione con un “medico responsabile”. Per questo esso è intrecciato ai diritti della paziente e ai doveri del medico.

Il medico che effettua l’aborto conosce poco del perché la donna stia chiedendo di abortire, nemmeno se la paziente ha qualche fattore di rischio emotivo. L’aborto non viene effettuato perché il medico lo ha consigliato, basandosi su una valutazione informata dei rischi e dei benefici conosciuti dell’aborto dato il profilo psicosociale di questa paziente ma avviene semplicemente sulla base della richiesta della donna.

La psicologa Cinzia Baccaglini¹⁵ ha scritto: “Un altro studio rivela che anche quattro anni dopo aver abortito, il tasso di ricorso alla psichiatria rimane del 67% più alto rispetto a quello delle donne che non hanno abortito. Secondo l’Archives of Women’s Mental Health, nel 2001, le donne che hanno abortito risultano aver sviluppato in maggior misura reazioni di aggiustamento, psicosi depressive e disturbi neurologici e bipolari. Anche il rischio di depressione o psicosi post-parto per le nascite desiderate è maggiore per le donne che avevano precedentemente abortito. Per una media di otto anni successivi all’aborto, le donne sposate hanno presentato disturbi vari riguardanti la vita sessuale e una propensione a cadere in depressione clinica del 138% superiore rispetto alle corrispondenti donne che avevano portato avanti la loro gravidanza indesiderata. Questo secondo il British Medical Journal del 19 gennaio del 2002. Riguardo il problema dell’alcol e della tossicodipendenza, le donne che hanno abortito risultano essere 4,5 volte più esposte a tali pratiche nell’affrontare il loro contrasto e dolore interiore”.

Una psicoterapeuta che lavora per Rachel’s Vineyard Ministries un’associazione che si occupa di post aborto negli Stati Uniti afferma: “Io che scrivo ho fatto consulenza a migliaia di donne, le cui vite sono state colpite dall’esperienza dell’aborto “volontario”. Sono donne che soffrono le ripercussioni di una procedura cruenta e degradante, che molte descrivono più violenta e brutale dello stupro. C’è dolore, tristezza, senso di colpa, vergogna e rabbia. Le donne che hanno abortito spesso imparano ad inebetirsi con alcool e droghe, o a padroneggiare il loro trauma ripetendolo più volte. Alcune rivivono il proprio trauma attraverso relazioni promiscue e aborti ripetuti, intrappolandosi così in cicli traumatici di abbandono, rigetto, senso di impotenza ed abuso.

Altre invece bloccano i propri sentimenti attraverso il mangiare disordinato, la depressione, l’ansietà, e pensieri di suicidio. Alcune hanno sofferto permanenti danni fisici e riproduttivi causati dall’aborto, che le hanno rese incapaci di poter generare figli in futuro. Donne che con l’aborto hanno sofferto la perdita dei propri figli, e che sono vittime di un trauma indescrivibile, un dolore nascosto di cui non si parla. L’aborto ferisce le donne”¹⁶.

La necessità del consenso informato prima di un aborto indotto è stata riconosciuta dalla Corte Suprema degli Stati Uniti. Nel processo Planned Parenthood vs Danforth deciso con una sentenza del 1976 la Corte ha sostenuto una legge federale che richiede il consenso informato nel primo trimestre di gravidanza prima di abortire. La Corte ha dichiarato: “La decisione di abortire è spesso stressante ed è auspicabile ed imperativo che sia presa con piena conoscenza della sua natura e delle sue conseguenze”. In seguito in City Akron contro Akron Center for Reproductive Health la Corte ha dichiarato che: “la

¹³ *Roe*, 410 U.S. al 153. “Il diritto alla privacy implica, quindi, non può essere detto assoluto... La Corte ha rifiutato di riconoscere un diritto illimitato di questo tipo in passato.” *Id.* al 154, “Persino il diritto di una donna adulta di abortire non è assoluto.” *H.L. contro MAteson* 450 U.S. 398.419 (1981) (Powell Giudice & Stewart Giudice concorrente).

¹⁴ La Corte Suprema ha affermato che le “conseguenze cliniche, emotive e psicologiche di un aborto sono gravi e possono essere durevoli...” *Matheson*, 450 U.S. 397, al 411, 413; *Danforth*, 428 U.S. al 67; *Casey* 505 U.S. al 833.

¹⁵ Cinzia Baccaglini. L’ascolto e la cura della sofferenza post-abortiva. “L’aborto e i suoi retroscena”. IF Press 2010. Pag. 89.

¹⁶ <http://www.progettoragele.org/articoli/articles/GrembiVuoti.pdf>

validità della necessità del consenso informato resta nell'interesse dello stato di proteggere la salute della donna incinta e perciò lo stato legittimamente può cercare di assicurarsi che venga rispettata alla luce di tutte le circostanze contingenti psicologiche ed emotive come fisiche che potrebbero essere rilevanti per il benessere della paziente”.

Il contenuto della consulenza deve essere adattato a quelle differenze e a quei bisogni individuali.

Nel processo Canterbury contro Spence la corte ha affermato che “ogni essere umano di età adulta ha il diritto di determinare cosa sarà fatto con il suo corpo; il vero consenso per ciò che accade a se stessi è l'esercizio informato di una scelta e implica l'opportunità di valutare con cognizione di causa le opzioni disponibili e i rischi connessi con ognuno”.

Il consenso informato riguarda quindi: i rischi dell'aborto, le informazioni biologiche sullo sviluppo del feto, le possibili complicazioni nel lungo periodo e le alternative all'aborto.

L'obiettivo di proteggere le donne dai danni psicologici causati dall'aborto è accresciuto dal fatto che molte donne chiedono di abortire principalmente nella speranza di ottenere benefici psicologici. Se l'aborto è richiesto e consigliato per ragioni psicologiche sembra ovvio che lo screening dovrebbe comprendere un'analisi dei rischi e dei benefici psicologici.

La legge non prevede il consenso informato medico. In altri paesi come la Germania¹⁷ viene garantita la possibilità di scelta tra consultori aventi orientamenti ideologici differenti. Di ogni attività di consulenza deve essere redatta una scheda, nella quale viene anche indicato l'aiuto concretamente offerto alla donna; tale scheda deve essere redatta in modo tale da garantire in ogni caso l'anonimato da parte di chi ha fruito dell'attività di consulenza. Le competenti autorità sono obbligate, ogni triennio, ad accertare se persistono i requisiti per il riconoscimento ed a tal fine possono chiedere l'invio delle schede, di relazioni e di verbali redatti nel corso dell'attività di consulenza. Se si constata che i requisiti sono venuti meno, il riconoscimento deve essere revocato.

DALLA DEFINIZIONE DI “PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO” DEGLI ANNI '70 AGLI STUDI SULLA VITA PRENATALE DEGLI ANNI '90.

La scienza afferma che lo zigote (cioè l'embrione quando è una sola cellula) è un organismo nuovo, cioè una realtà biologica diversa sia dall'ovulo che dallo spermatozoo che lo hanno generato. Sia lo spermatozoo che l'ovulo hanno 23 cromosomi, ma l'embrione ne ha 46 come ogni cellula umana. Lo zigote ha un patrimonio genetico proprio, cioè diverso sia dal padre che dalla madre. Quindi non è più né il padre, né la madre, ma un figlio.

La scienza afferma che lo sviluppo dell'embrione non avviene a caso, ma è autoprogrammato, cioè è regolato da una precisa programmazione genetica registrata nel suo DNA. Qui c'è già tutto il programma per il futuro e completo sviluppo del corpo umano.

Oggi sappiamo che il cuore è pronto a battere al 21° giorno di gestazione e dal 23° assume le caratteristiche che avrà per il resto della vita. Prima della nascita batterà circa 54 milioni di volte!

La testa ha geni dedicati che agiscono già al 3°/4° giorno dopo il concepimento. Le onde cerebrali sono oggi registrabili a partire dal 40° giorno di vita fetale e al secondo mese il piccolo è in grado di compiere un atto complesso com'è l'atto della suzione (alimentarsi è il bisogno primario di ogni essere vivente).

Lo sviluppo del sistema nervoso centrale ha inizio alla terza settimana dal concepimento; già alla quarta settimana, il nascituro manifesta attività riflesse complesse, come le reazioni motorie. Dopo la sesta settimana, il nascituro è già provvisto del cervello, tanto che l'elettroencefalogramma (EEG) può registrarne le onde cerebrali.

17 Armin Kapeller. Brevi note sulla disciplina dell'interruzione della gravidanza nella Repubblica Federale Tedesca.

<http://www.filodiritto.com/articoli/2008/11/brevi-note-sulla-disciplina-dellinterruzione-della-gravidanza-nella-repubblica-federale-tedesca/> consultato il 12/10/2015.

Al termine del secondo mese sono già comparsi tutti gli organi, che devono soltanto raggiungere la piena maturazione.

Cervello, occhi, fegato, cuore, arti, intestino... Insomma tutti gli organi si stanno sviluppando quando l'embrione è piccolissimo. Pesa solo 4 centesimi di gr, è lungo circa 11 millimetri, a 49 giorni sono già definite le impronte digitali.

Dalla settima settimana appaiono i 5 sensi di cui il primo è il tatto e via via si strutturano udito, vista, gusto e odorato. Tra la decima e la dodicesima settimana dimostra gusti precisi con smorfie di piacere o di disgusto. Per esempio: se s'introduce nel liquido amniotico una sostanza zuccherina il piccolo beve avidamente. Se la sostanza introdotta è di sapore sgradevole, sul viso del piccolo in pancia, compaiono smorfie di disgusto e smette di ingerire liquido.

Ancora tra la decima e la dodicesima settimana ha movimenti finalizzati ad afferrare (il cordone ombelicale, i piedini), sfiora le pareti del sacco amniotico con le manine aperte. Grazie anche a questi movimenti si attivano i neuroni competenti.

L'essere umano si sviluppa in modo molto diverso da una macchina: una macchina non funziona fino a che non sono stati assemblati quasi tutti i suoi componenti. L'essere umano funziona da subito e i suoi apparati funzionano sempre meglio e sempre di più, mano a mano si sviluppa l'organo stesso. Dalla 13^o alla 16^o settimana, ovvero nel corso del quarto mese, comincia a funzionare il fegato. Corde vocali e papille gustative sono completate. In risposta ad uno stimolo il feto apre e chiude la bocca. Ha il singhiozzo con 26-28 singulti al minuto. Impara a rispondere con calcetti e piccoli colpi dati sul ventre materno e la mamma può localizzare un gomito, un ginocchio, la testina. Riconosce e discrimina voci tra loro diverse, ad esempio la voce più conosciuta è la voce materna. In generale preferisce quelle femminili che fanno vibrare il liquido amniotico in modo più veloce, mentre quelle maschili sono più basse e lo fanno vibrare in modo più lento. Dalla 15^o settimana se si dirige una luce intensa sull'addome della mamma il piccolo/a ne è infastidito e, oltre che tendere a coprirsi gli occhi con le manine, reagisce aumentando il battito cardiaco di almeno 15 pulsazioni/minuto.

La vita intra-uterina è stata ben descritta dal Dr. William Liley (1929-1983), il «padre della fetologia». Il nascituro, capace di ambientarsi e di tendere al proprio fine, s'impianta nella cavità spugnosa dell'utero e, imponendo la propria presenza, interrompe il ciclo mestruale della madre. Nei successivi duecentosettanta giorni, l'utero diviene la casa dell'embrione; per renderla abitabile, egli si produce una placenta e una capsula protettrice di fluido (liquido amniotico). Egli si muove con agilità e grazia nel suo mondo fluttuante. È sensibile al tatto, al gusto, alla temperatura, al suono e alla luce. Veglia o dorme; beve il suo liquido amniotico, con piacere se viene addolcito artificialmente, con dispiacere se gli si dà un sapore sgradevole; può avere il singhiozzo. Talvolta gesticola e si succhia il pollice. Si annoia perfino; ma si può sollecitarlo a rispondere ad un primo

segnale e poi anche ad un secondo diverso. Infine, è lui a determinare il suo compleanno, perché l'inizio delle contrazioni del parto risulta da una iniziativa unilaterale del feto. È questo stesso feto che, come un paziente qualsiasi, può ammalarsi e necessitare di diagnosi e cure.

Questo è quanto siamo in grado di rilevare oggi; le tecniche di domani cosa ci diranno? Ma forse non è così importante sapere quando inizia la vita psichica e quindi a livello prenatale a quale settimana di gestazione. È importante sapere che esiste una relazione comunicativa, e che non è comunicazione a senso unico mediata dalla mamma verso il feto ma che consta di una risposta che il bambino stesso elabora e trasmette. Alla nascita

il piccolo è il risultato ottenuto giorno dopo giorno, senza soluzione di continuità, a partire dal concepimento; ovvero: se non ci fosse stato il passaggio precedente non si darebbe luogo a quello successivo. Ovvero: nessuno di noi sarebbe qui, oggi, se non fosse stato ovulo e spermatozoo uniti a formare lo zigote, se non si fosse annidato nell'utero della propria madre biologica, se il suo cuore non avesse battuto per la prima volta, ecc.

Inoltre sono recenti gli studi sul dolore che prova il feto.

Il sito dell'Unione Cristiani Cattolici Razionali ha raccolto molte dichiarazioni scientifiche sul dolore del feto ed emerge che il feto prova dolore già dalle prime settimane di concepimento. Ne riportiamo solo alcune. Nel maggio 2013 in una testimonianza giurata alla Commissione di Giustizia degli Stati Uniti,

Maureen L. Condic, neurologo del dipartimento di Neurologia e Medicina della University of Utah, ha affermato: «C'è una forte evidenza scientifica che la comunicazione tra i neuroni del cervello è stabilita nella settima settimana. I circuiti neurali responsabili della risposta più primitiva al dolore, il riflesso spinale, sono in posizione dopo 8 settimane di sviluppo. Questo è il primo momento in cui il feto sperimenta il dolore», tant'è che risponde ad esso spostandosi dallo stimolo doloroso. «E' del tutto pacifico che un feto sperimenta il dolore in qualche modo, già a partire dalle 8 settimane di sviluppo».

Nel 2010 su *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, il dr. Derbyshire ha dichiarato: «Per il feto, l'esistenza del dolore si fonda sulla presenza di uno stimolo che rappresenti una minaccia per il tessuto, che sia rilevato dal sistema nervoso e che sappia rispondere agli stimoli che rappresentano una minaccia. L'intera esperienza è completamente delimitata dai limiti del sistema sensoriale e la relazione tra questo sistema e lo stimolo. Se il dolore è concepito in questo modo allora diventa possibile parlare di sofferenza fetale in qualsiasi momento tra la 10 e la 17 settimane di gestazione, quando i nocicettori sono sviluppati e maturi».

Nel 2008 il dr. Van Scheltema del Dipartimento di ostetricia al Liden University Medical Centre, nei Paesi Bassi, su *Fetal and Maternal Medicine Review*, ha dichiarato: «Il collegamento tra il midollo spinale e il talamo (un via obbligata attraverso la quale quasi tutte le informazioni sensoriali devono passare prima di raggiungere la corteccia) inizia a svilupparsi a partire dalla 14^o settimana e termina a 20 settimane¹⁸».

Nel dicembre 2006 uno studio di Roland Brusseau e Laura Myers su *International Anesthesiology Clinics* chiamato "Developmental Perspectives: is the Fetus Conscious?", ha stabilito che: «Il primo requisito indispensabile per la nocicezione (il processo sensoriale che rileva e convoglia i segnali e le sensazioni di dolore n.d.a.) è la presenza di recettori sensoriali, i quali si sviluppano prima nella zona periorale a circa 7 settimane gestazione. Da qui si sviluppano nel resto del viso e nella superficie delle mani e delle piante dei piedi a 11 settimane. Dopo le 20 settimane sono presenti su tutta la superficie cutanea». Facendo un paragone con i neonati, ha affermato: «Nonostante l'assenza totale o quasi totale della corteccia cerebrale nei neonati, in modo molto chiaro essi dimostrano gli elementi di coscienza. Pare dunque che questi bambini dimostrino che lo sviluppo anatomico o l'attività funzionale della corteccia può non essere richiesta nella consapevolezza della percezione sensoriale. Essi possono rispondere a stimoli dolorosi o piacevoli nel modo che potremmo facilmente descrivere come "consapevolezza"».

Il 19 novembre 1987 [su *New England Journal of Medicine*](#), è apparso un articolo scientifico di K.S. Anand, considerato il maggior esperto mondiale di dolore fetale, direttore del Pain Neurobiology Laboratory presso l'Arkansas Children's Hospital Research Institute, e docente di Pediatria, Anestesiologia, Farmacologia e Neurobiologia presso l'University of Arkansas College of Medicine. Egli sostiene che i recettori sensoriali cutanei appaiono nella zona periorale del feto umano durante la 7a settimana di gestazione, si diffondono nel resto della faccia, sui palmi delle mani, e sulle piante dei piedi, durante l'11a settimana, sul tronco e le parti prossimali delle braccia e delle gambe durante la 15a settimana, e per tutte le altre superfici cutanee e le mucose entro la 20a settimana».

Stante questi dati scientifici nell'aborto procurato occorrerebbe procedere ad anestesia del feto.

In conclusione ciò che succede in questi primi nove mesi di vita umana determineranno tutto il resto della vita fuori dall'utero materno. Si può anche affermare tranquillamente che dalla qualità della relazione intrauterina dipende in gran parte non solo il futuro della relazione madre-bambino, genitore-bambino, ma anche quello dell'uomo che sarà. Infatti ci sembra lecito dedurre che sia molto attendibile l'ipotesi, peraltro già avanzata da numerosi studiosi tra i quali Ammaniti, Bowlby, Dowling, Chamberlain, Fryberg, Mancina, Noia, Janus, Odent, Rélier, Raffai, Stern, Weldman e Veny, secondo i quali se si produrrà un miglioramento nel tessuto psicologico risalente alla relazione primaria con la madre, ci saranno minori problemi nell'età evolutiva e quindi un miglioramento nel tessuto psicologico risalente alla relazione primaria con la madre, ci saranno minori problemi nell'età evolutiva e quindi un miglioramento nella qualità dell'uomo.

LA PARTE PREVENTIVA DELLA L.194/78.

¹⁸ Van Scheltema PNA, Bakker S, Vandenbussche FPHA, Oepkes, D. "Fetal Pain", *Fetal and Maternal Medicine Review*. 19:4 (2008) 311-324).

La L. 194 del 1978 intitolata “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza” statuisce nei primi due articoli misure per la prevenzione degli aborti.

Art. 1: “Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio.

L’interruzione volontaria di gravidanza di cui alla presente legge non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell’ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari nonché altre iniziative necessarie per evitare che l’aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite”.

Art. 2: “I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405 (...) assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o proponendo all’ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a.

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all’interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita (...).”

Art.5: “Il consultorio e la struttura socio-sanitaria (...) hanno il compito in ogni caso e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall’incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare le alternative all’aborto con la donna e con il padre del concepito ove la donna lo consenta nel rispetto della dignità e riservatezza della donna le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione di gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto (...).”

Dalla lettura degli articoli emerge dunque la necessità di applicare, cioè di rendere effettive, quelle misure che potrebbero dissuadere le donne che intendono abortire, consentendo loro di prendere una decisione diversa, quella cioè di portare a termine la gravidanza ed intraprendere così un “percorso nascita” individuale che dovrebbe prevedere oltre a informazioni sui diritti spettanti alla donna in base alla legislazione statale e regionale, sui servizi sociali, sanitari e assistenziali presenti sul territorio, enunciare garanzie e strumenti previsti dalla legge a supporto della maternità, anche gli aspetti relativi all’anatomia del feto, le varie tecniche chirurgiche dell’aborto. Quella che

si registra invece, in particolare nel nostro Paese, è un’assenza di misure di supporto significative destinate ai genitori unita a carenza di strutture sufficienti ed adeguate per accogliere i più piccoli. Enunciati quelli della parte preventiva della L.194/78 rimasti privi di concretezza.

A ciò si aggiunge l’offuscarsi del valore della vita, e quindi delle “nuove vite” dei nascituri, attraverso quella che – anche come valore simbolico – rappresenta un’autentica opposizione al nuovo.

I consultori dovrebbero individuare percorsi specifici individuali da parte della Commissione nascita ex legge 26/1998 composta da esperti del settore quali: ginecologo-ostetrico, ostetrica/o, epidemiologo,

psicologo, neonatologo, esperto in organizzazione dei servizi, igienista, medico di medicina generale, pediatra di base, pediatra di comunità, assistente sanitario, sociologo, assistente sociale, esperto di comunicazione- informazione, proponendo anche alternative possibili all'aborto:

- Percorso Nascita, un insieme di interventi socio-sanitari innovativi che accompagnino i genitori, anche soli, dalla gravidanza al primo anno di vita.
- Esposizione delle misure a sostegno della maternità;
- Sostegno socio-educativo anche domiciliare su progetti di transizione verso condizioni di autonomia;
- mediazione familiare;
- D.P.R. 396/2000 il diritto della madre a non essere nominata e lasciare il bambino in ospedale.
- Collaborazione con i Centri di Aiuto alla Vita.

CONCLUSIONI

Sono trascorsi oltre quaranta anni dalla legalizzazione dell'aborto e dal dibattito che è preceduto. Da allora è cambiato lo stato dell'arte della legge.

Il ginecologo abortista Bernard Nathanson (1926-2011) fautore della legalizzazione dell'aborto negli Stati Uniti avvenuta con la sentenza Roe vs Wade del 1973 smise di praticare aborti avendo effettuato nel 1980 un aborto con il nuovo, per l'epoca, strumento dell'ecografia, accorgendosi così che il bambino si ritraeva dallo strumento che lo stava abortendo, spalancando la bocca come in un grido silenzioso. "Il grido silenzioso" (the silent scream) è il titolo del video che Bernard Nathanson ha reso disponibile in internet per spiegare cosa accade durante un aborto. Ricordiamo altre inversioni di rotta da parte di medici che hanno praticato migliaia di aborti divenuti pro-life come i medici ginecologi John Bruchalsky, Antonio Maria Oriente, Antony Levantino, Clark Grant, Haywood Robinson, Stojan Adasevic.

Dal 1978 anno di promulgazione della legge e dal dibattito degli anni '60 sono intervenute nuove scoperte scientifiche quali l'ecografia che hanno reso possibile la nascita di una nuova branca della medicina: la fetologia che studia l'embrione e a seguire anche in psicologia negli anni '90 si è affermata la disciplina dello studio della vita prenatale pertanto la definizione di "prodotto del concepimento" contenuta nell'art. 3 lett. c della legge istitutiva dei consultori 29 luglio 1975 n. 405 appare anacronistica. Oggi abbiamo sempre più testimonianze di bambini abortiti sopravvissuti ora giovani adulti che raccontano il loro vissuto come Gianna Jessen, Melissa Odhen, Hope Hoffman, Claire Culwell. Le loro testimonianze di sopravvissuti all'aborto non sempre senza conseguenze sono disponibili su you tube. Inoltre dopo 40 anni trascorsi dall'approvazione della L.194 abbiamo il vissuto e l'esperienziale di molte donne che si sono avvalse della legge per abortire.

L'aborto rappresenta un evento traumatico con forti strascichi emotivi negativi che abbisogna di un sostegno. In Italia sono due le associazioni che si occupano di post-aborto: il dono e progetto Rachele. Le associazioni di guarigione post-aborto sono presenti in molti stati.

Ecco perché in caso di violenza alla donna "la ricetta facile" aborto, non funziona. Le donne hanno affermato che con l'aborto hanno aggiunto violenza a violenza.

Inoltre abbiamo le testimonianze dei figli nati da violenze. Rebecca Kiessling concepita da una violenza e data in adozione oggi è un avvocato di diritto di famiglia, sposata e madre di cinque figli. In un'intervista che ha rilasciato afferma che quando si parla di illegittimità dell'aborto "salvo il caso di violenza" è come se le dicessero che le persone come lei dovevano essere abortite e così morire, è come

se si dovesse giustificare perché non è stata soppressa. Inoltre prosegue Rebecca¹⁹, le donne hanno trovato più difficile guarire dall'aborto che dalla violenza.

Allora per i su esposti motivi se il c. d. "prodotto del concepimento" in realtà ha una vita prenatale riconosciuta dalla comunità scientifica come fase della vita di una persona e se la donna riporta seri danni emotivi e quindi non in linea con la L.194 secondo la quale l'aborto salvaguarda la salute psichica delle donne, per quanto ancora la legge 194/78 risulterà credibile?

BIBLIOGRAFIA

F. Allard, J. R. Fropro: Le traumatisme post avortement. Salvator 2007.

Bankole, N., V. Rue (1998) Postabortion counselling. *British Journal of Sexual Medicine*. (January-February) 25-26.

G. Astrei, A. Bevere: Vita prenatale e sviluppo della personalità. Cantagalli. 2003 Siena.

C. V. Bellieni. L'alba dell'io. Dolore, desideri, sogno, memoria del feto. Società Editrice Fiorentina. Firenze 2004.

Z. Bradshaw, P. Slade (2003) The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 23: 929-958.

C.Coyle, V. Rue, P. Coleman (2010) Inadequate pre-abortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women. *Traumatology: An International Journal* 16(1): 16-30.

P., Coleman, C. Coyle, M. Shuping, V. Rue (2008) Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research* 43: 770-6.

P. Coleman, (2005) Induced abortion and increased risk of substance abuse: A review of the evidence. *Current Women's Health Reviews* 1: 21-34.

D. Fergusson, L. Horwood, J. Boden (2008) Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *Br J Psychiatry* 193: 444-51.

G. Ferrari. La comunicazione e il dialogo dei nove mesi. 2005. Mediterranee, Roma.

M. Imbasciati. Il feto ci ascolta e impara. Edizioni Borla. 2004. Roma.

Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T.A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after Abortion: Lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43 (2), 103-109.

V. Lalli. Aborto perché no?. Risposte pro-life ad argomentazioni pro choice. If press edizioni 2012.

A. Morresi E. Roccella La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola RU 486, Franco Angeli, Milano 2006.

¹⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=Exm2N8D7Nyo>

- N Mota, M. Burnett, J. Sareen (2010) Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry* 55: 239-47.
- P. Righetti. Elementi di psicologia prenatale. Edizioni Magi. 2003.Roma.
- V. Rue, "The effects of abortion on men", *Ethics & Medics* 21(4):3-4, 1996.
- A Speckhard, V. Rue 1992. Postabortion Syndrome an emergin. Public Health Concern. In *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58: 67-79.
- V. Thorne. Progetto rachele. Il volto della compassione. Introduzione al ministero della chiesa della sindrome post-aborto. Libreria editrice vaticana, 2009.
- T. Verny. Vita segreta prima della nascita. Armando Mondadori editore. 1981. Milano.
- D., Reardon, T. Strahan, J. Thorp, M. Schuping (2004) Deaths associated with abortion compared to childbirth: a review of new and old data and the medical and legal implications. *J Contemporary Health Law & Policy* 20(2): 279-327.
- V. Rue, Coleman, P., Rue, J. & D. Reardon, (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor* 10(10): SR5-16.
- V. Rue., L. Shutova (2001) Posttraumatic stress symptoms and elective abortion: A comparison of U.S. and Russian women. (Abstract) *Archives of Women's Mental Health*. 3(4): 62.
- V., Rue, A. Speckhard (1991) Postabortion trauma: Incidence & diagnostic considerations *Medicine & Mind* 6(1): 57-75.
- A., Speckhard, V. Rue (1992) Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues* 48: 95-120. Reprinted in Slife, B. (Ed.) (1993 & 1998).
- Rousset, C. Brulfert, N. Séjourné, N. Goutaudier & H. Chabrol (2011): Post-traumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (5), 506-517.
- G. P. Savaresi: "Lo strappo nell'anima" Edizioni San Paolo 2013.
- S. Taccari. Quello che resta. Parlare dell'aborto partendo dall'aborto. Ed Vita nuova. Verona 2007.
- M. Tankard Giving Sorrow Words. Women's Stories of Grief After Abortion.
- Thorp, J., K. Hartmann, A. Shadigian (2003) Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey* 58: 67-79.
- Vanni. Lui e l'aborto. Viaggio nel cuore maschile. 2013. San Paolo edizioni.

Questo lavoro nasce come momento di riflessione sulla legge 194 e il riflesso che ha avuto tale legge nella vita della donna, soggetto attivo nel processo decisionale del portare a termine la gravidanza.

Vorrei iniziare questo lavoro con la domanda **Cos'è il concepimento?**

Dal punto di **vista fisiologico** è l'avvenuto raggiungimento dello spermatozoo nell'ovulo femminile e successiva fecondazione.

Dal punto di **vista etico e spirituale** il concepimento è la più alta e sublime espressione dell'uomo e della donna, quello di dare vita. Tale atto, rapporta i due protagonisti, l'uomo e la donna, come esseri creatori tali da ragguagliare Dio sulla terra. Il concepimento rappresenta allora quell'atto "divino" che racchiude l'incontro d'amore tra l'uomo e la donna. Processo che simboleggia l'espressione di vita che si perpetua nei secoli e garantisce la progenie umana.

Dal punto di **vista psicologico** viene da porsi delle domande: **il concepimento come viene apprezzato intimamente dai due soggetti protagonisti e come viene condiviso? Sono consapevoli del loro valore e delle loro potenzialità come esseri umani e divini? Raggiungono ed attribuiscono al processo il reale ed alto valore significativo?**

Nella società attuale, una ragazza e un ragazzo che "stanno insieme", e si avvicinano alle prime esperienze amorose, **mantengono nella mente la reale conseguenza successiva all'atto del coito? O consumano la loro frenesia amorosa sapendo che - se lei rimane incinta c'è (e sottolineato c'è e non "può") interrompere la gravidanza?**

La società consumistica ha ben educato i propri figli a non riflettere sulle conseguenze, ma a consumare l'atto e, senza grilli per la testa, molte ragazze si recano presso il ginecologo per "la pillola del giorno dopo." Non sapendo che la forza vitale del concepito spesso è molto più forte del bombardamento ormonale, a tal punto che rimane quest'ultimo tenacemente "attaccato" al ventre della ragazza anziché scivolare come niente fosse successo.

Anzi, spesso, proprio questa manovra non riuscita, pone la ragazza in uno stato riflessivo, ma ormai non potendo ritornare indietro per ovvi motivi, il bombardamento ormonale avrà certamente leso la vitalità del concepito, ancorato al ventre della ragazza. Solo che l'ultimo atto della ragazza è quello di recarsi presso il reparto ospedaliero e interrompere fisicamente la gravidanza. In molti casi con manovre forzate e invasive.

Comportamento deciso sulla base di un processo di rifiuto nel considerare la possibilità di altre soluzioni e di esclusione a priori di qualsiasi pensiero verso il concepito. Decisione presa in breve tempo e senza un reale ascolto interiore. In pochi giorni, la ragazza inizia il suo percorso attaccata dall'ansia e completamente sola. Molte volte non coinvolge i familiari e la si vede accompagnata da un'amica o dal ragazzino che rimane fermamente convinto che la soluzione del problema è proprio l'interruzione di gravidanza.

Ma approfondiamo meglio, **cosa avviene nel ventre di una donna dal momento del concepimento sino al terzo mese, periodo consentito dalla L194 perché possa effettuarsi l'interruzione di gravidanza volontaria?**

Fisiologicamente, nella prima settimana si sviluppa lo *zigote* con la migrazione dell'ovulo verso la cavità uterina, la suddivisione delle due cellule e loro moltiplicazione (meiosi), la differenziazione nei tre foglietti neurali e l'annidamento e la formazione della placenta.

Dalla seconda settimana sino alla dodicesima, si sviluppa *l'embrione*: si formano gli organi principali, inizia la circolazione sanguigna, la formazione degli organi sensoriali come l'orecchio interno ed esterno, il naso, una rudimentale mano. Non solo, si strutturano gli emisferi cerebrali e la iniziale muscolatura.

L'embrione cresce e si perfeziona sempre più, reagendo in modo rudimentale all'ambiente esterno sino a strutturare, intorno al 5° mese, una iniziale comunicazione con la madre. Comunicazione che lega nel tempo i due soggetti in una relazione profonda.

²⁰ Dott.ssa Mariannina Amato. Psicologa, psicoterapeuta.

A questo punto dobbiamo porci ulteriori domande:

Quando una ragazza si dirige presso una struttura pubblica, un Consultorio, struttura territoriale preposta alla prevenzione, gli operatori **il ginecologo, l'ostetrica, l'assistente sociale, lo psicologo, informano in maniera chiara e mettono nella giusta conoscenza sullo sviluppo della gravidanza e le successive conseguenze sulla sua interruzione con riferimenti anche alla sindrome post aborto?**

La ragazza matura, se così può definirsi, la decisione per l'interruzione di gravidanza in un tempo brevissimo. Decisione tesa a bloccare la crescita del proprio corpo, elemento reale e visibile a livello sociale. Decisione che lede e ferisce un corpo che inizia ad affacciarsi alla vita e all'amore. Un corpo bloccato nella sua crescita, ma che non dimentica e racchiude il segreto nel suo profondo ventre.

Un ventre non più aperto alla vita e all'amore, ma un ventre dolente e racchiuso nel suo dolore. Un ventre che ricorderà la lesione nel tempo.

È un procedere contro natura che ferisce il corpo femminile atto all'accettazione e alla procreazione di una nuova vita. Fattori squisitamente femminili che vengono sottesi per orientare un comportamento teso a scelte che inseguono aspettative di vita che amplificano la frenetica ricerca del piacere e del consumo fino a sé stesso.

Non solo ragazze giovanissime ed inesperte ma donne di diversa età e di diversa derivazione sociale giungono a questa decisione evidenziando una generale condizione sociale di "disagio esistenziale" femminile.

La società attuale ha "devitalizzato" l'immagine femminile privandola della sua "mission divina" generare, creare, gestire la propria famiglia, rendendo la donna simile, pari all'uomo fisicamente, ma non nei valori e nella dignità femminile. Valori ultrasecolari che rispecchiano la vera natura della donna sono condannati e contrapposti ai valori maschili idealmente perseguiti per raggiungere il successo. Valori acquisiti e non interiorizzati che producono inquietudine, insicurezza, spesso impotenza. La donna assume sempre più uno stato di vulnerabilità, di confusione sulla sua reale natura e sulla sua disposizione alla nascita di un essere umano.

Nella odierna visione culturale, dare vita ad un essere umano assume un fattore di ostacolo alla donna nella realizzazione del proprio Sè, in una società caratterizzata da situazioni di precariato e dalla quantificazione del tempo in danaro. Dilaga la convinzione che il dare la vita ad un nuovo essere possa sottrarre tempo alla propria attività lavorativa, al proprio piacere negli svaghi e nel proporre un sacrificio immane. Nello stesso tempo, si ritiene non essere pronte ad accogliere gli affetti, a curare, ad amare, a prestare attenzione al proprio uomo.

Così, alla notizia di "essere incinta", la donna in generale manifesta uno stato di grande agitazione che rasenta il panico, sino alla disperazione più cupa nel vedere proiettato nel suo futuro la responsabilità verso "qualcosa" che non è ancora reale e visibile.

Desidera a tutti i costi non essere lei in quel ruolo. Desidera ardentemente che nulla fosse successo. Ma il "nulla" è già vitale, prende forma ogni giorno, prende corpo nel suo corpo. Desidera, allora, evitare di pensare al "concepito" inteso come pericolo per il suo benessere mentale e trascura il proprio corpo, non si inorgoglisce che in quel momento il suo corpo rimanda una visione vitale di accoglienza e creazione.

Così, lontano dalla testa lontano dal cuore e ...le donne giungono alla decisione di bloccare il flusso fluido della vita...basta non pensare e decidere subito...

Essendo l'interruzione di gravidanza una azione legalizzata spesso, non si pensa alle conseguenze prese, anche perché nessuno informa in modo pieno sul dopo interruzione. Spesso la decisione non è combinata con una adeguata informazione al partner. In alcuni casi, è proprio l'uomo che vorrebbe portare a termine questo progetto, ma nella realtà risulta la donna a non volere.

L'uomo, così, è ridotto in un ruolo marginale, senza un investimento nelle responsabilità future, viene ridotto oltremodo la sua capacità decisionale e il senso di responsabilità nell'atto del concepimento.

L'essere incinta si manifesta, quindi, come un' inconveniente nel percorso dello stare insieme.

Ma che tipo di reazione manifesta la donna che procede ad una interruzione di gravidanza?

Se l'interruzione avviene spontaneamente la donna dopo un breve periodo di turbamento emotivo accetta la situazione e si riprende. Nell'interruzione volontaria e/o per fini terapeutici la situazione risulta diversa. La donna, dopo un momento di sollievo e tranquillità interiore derivato dall'aver evitato il problema, subentra nella stessa un forte malessere accompagnato da insensibilità affettiva e soppressione del dolore, insonnia e flash-back, un forte senso di colpa e risentimento verso se stesse. Lentamente, si attiverà nella donna uno stato ansioso depressivo, con evidenti comportamenti ambivalenti e conflittuali che sconfinano in una imponente impotenza e rassegnazione. Sentimenti che risultano tanto radicati e profondi in proporzione diretta all'avvio e alla stabilità del legame comunicativo con l'essere che si porta in grembo.

L'insieme di sintomi appena descritti caratterizzano tre quadri nosologici legati alla gravità dell'interruzione di gravidanza:

- 1) la psicosi post-aborto insorge subito dopo l'intervento e dura circa 6 mesi, di natura psichiatrica.
- 2) lo stress post-aborto legato al disturbo post traumatico da stress insorge dopo tre mesi.
- 3) la sindrome post abortiva è l'insieme di disturbi che insorgono subito dopo l'interruzione o dopo svariati anni e possono rimanere latenti per lungo periodo.

Sapendo tutto ciò.....

Poniamoci allora in una prospettiva di tutela del benessere della donna, futura madre e soggetto fondamentale della società...

Un inquadramento generale da parte degli operatori sull'interruzione di gravidanza chiarisce ciò che avviene nel primo momento decisionale e ciò che interviene nel secondo momento, nel dopo aborto. Aspetto fondamentale che consente alla donna di acquisire una conoscenza reale del problema, tale da raggiungere una vera libertà mentale e una più giusta processualità decisionale.

Per la donna è necessario cogliere il problema nella sua interezza dove c'è un prima e c'è un dopo, interezza nella quale acquisire la consapevolezza che ciò che si andrà a fare avrà conseguenze in un dopo non ancora visualizzato fisicamente e mentalmente.

*E' la logica semplificante: **evitare il problema = sottrarre, togliere, interrompere**, ciò non equivale a benessere, ma produce una non soddisfazione che nel tempo si trasforma in malessere..*

E' in questa diversa prospettiva della logica semplificante l'equivoco di base sull'interruzione di gravidanza.

In tal senso, è necessario il cambiamento nella logica culturale e nella prospettiva politica – sociale.

La nuova logica culturale e quindi la tensione della politica sociale dovrà essere diretta verso il benessere della donna in una visione che genera vita. che riconosca la centralità della maternità all'interno dello sviluppo sociale.

In conclusione, necessita focalizzare una politica sociale che riconosca, tutela e difende la vera natura femminile, che consente la vera realizzazione della donna, madre in generale, e nello specifico, donna in difficoltà in un particolare momento della propria vita. Donna capace di attuare scelte ponderate e responsabili, capace di portare a termini la gravidanza, capace **di scegliere** per la vita del proprio figlio. Solo in tal senso, viene riconosciuto nella donna la dignità personale e il ruolo propulsivo nella famiglia e nel processo educativo generazionale.

Allora sì, vedremo tutti..." la vera bellezza di una donna che risiede nel suo volto struccato illuminato da un dolcissimo sorriso"...

L'aborto e i piani di sterminio della vita nascente

Il tema dell'aborto è legato a quello del controllo delle nascite. Si è fatto di tutto, nel mondo, per controllare le nascite. Non tutti sanno – ad esempio – che le *sterilizzazioni obbligatorie a sfondo eugenetico* non possono considerarsi un'esclusiva del regime nazista. Gli Stati Uniti furono il primo paese ad approvare la sterilizzazione eugenetica per coloro che erano ritenuti *non idonei*. Lo Stato dell'Indiana disponeva di una legge sulla sterilizzazione già dal 1907, che veniva applicata contro le colpevoli di reati minori, le alcolizzate, le senzatetto, le ragazze madri, le prostitute e le bambine con cosiddetti problemi disciplinari, una volta che queste persone fossero state accolte nelle carceri, i manicomi, gli istituti e le fattorie per i poveri, gli orfanotrofi e le scuole correzionali. Alla fine degli anni '20, ventiquattro Stati avevano introdotto leggi per la sterilizzazione. In Svezia, quasi 60.000 donne furono sterilizzate senza il loro consenso, per motivi eugenetici, fra il 1930 e gli anni '70. La sterilizzazione ebbe largo sostegno in tutta la Scandinavia, nonché in parti del Canada e degli Stati Uniti meridionali. Nell'Alberta, in Canada, la legge sulla sterilizzazione del 1928 era principalmente mirata agli inquilini dei manicomi, ma anche alle donne indigene, le immigrate, le disabili, le ragazze madri. Anche oggi, in alcuni paesi occidentali, in particolare Stati Uniti e Inghilterra, la sterilizzazione delle tube delle donne è ritenuta e praticata come il più sicuro metodo contraccettivo, mentre la sterilizzazione obbligatoria di massa viene praticata per lo più nei confronti delle popolazioni più povere, irretite anche dalle lusinghe degli aiuti umanitari da dispensare in cambio della soppressione della vita nascente.

Secondo stime del 1995, 160 milioni di donne in età riproduttiva hanno fatto ricorso alla legatura delle tube; di queste, 138 milioni vivono in paesi in via di sviluppo. Da circa tre decenni, il sistema delle Nazioni Unite sostiene piani di controllo delle nascite. Quando, negli anni '70, alla *pianificazione familiare* si sostituisce la dizione *diritti riproduttivi*, l'ottica interpretativa è una sola: non bisogna riprodursi. Con il trascorrere degli anni, l'antinatalismo è divenuto componente culturale fondamentale proprio di quelle organizzazioni internazionali che si occupano di controllo demografico: l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), il Population Council, fondato dal finanziere John Rockefeller III e dal presidente della Società Eugenetica Americana, Frederick Osborn, hanno come scopo il calo delle nascite nei paesi in via di sviluppo.

Il Population Council e l'IPPF nascono nel 1952. Il primo è un centro di studi e ricerca sulla popolazione che fin dall'inizio ha una chiara impronta antinatalista ed eugenista, definito, nel sito della Società Filosofica Americana come il volto rispettabile della ricerca eugenetica nel periodo successivo all'ultima guerra mondiale. La messa in pratica delle teorie del controllo delle nascite e della pianificazione familiare è invece a cura dell'IPPF, nata dalla federazione di otto associazioni nazionali di pianificazione familiare, quasi tutte di origine eugenista.

Nel 1968, alla Conferenza Internazionale sui Diritti Umani delle Nazioni Unite, a Teheran, il diritto alla pianificazione familiare venne annoverato fra i diritti umani e nel 1974, alla Conferenza sulla popolazione mondiale di Bucarest, la parola *genitori*, usata nella Dichiarazione di Teheran per definire la pianificazione familiare, venne sostituita con *persone*, per sottolineare l'individualità della procreazione. Dal 1992 al 1995, tre conferenze internazionali delle Nazioni Unite segnarono una svolta: nel 1992, nel documento finale della Conferenza di Rio de Janeiro incentrato sulle tematiche dell'ambiente e dello sviluppo, venne espresso il concetto di *sviluppo sostenibile*, attraverso la promozione di appropriate politiche demografiche.

Sempre nel 1968, Aurelio Peccei (1908-1984) fondò il Club di Roma, che con il *Rapporto sui limiti dello Sviluppo* diffuse la tesi che l'umanità non potesse continuare a proliferare e nello stesso tempo crescere economicamente, a causa delle limitate risorse materiali, predicendo un esaurirsi delle stesse. Peccei scriveva: «Gli uomini continuano a vivere sul pianeta come sulla carogna [...] e questi vecchi che ci sono in più? Dobbiamo rivalutare la morte. Un comportamento aberrante della nostra specie la rende colpevole davanti al tribunale della vita. Si tratta di una proliferazione esponenziale che non si può non

²¹ Danilo Quinto. Giornalista.

definire cancerogena». Non era una teoria catastrofistica o economicistica. Era una teoria che aveva come obiettivo il governo della realtà. La teoria del cosiddetto rientro dolce, propugnata dall'*intelligencija* radicale – far decrescere l'umanità di qualche miliardo di individui nell'arco di qualche decennio – non è che lo strumento per la realizzazione di quest'obiettivo. Così si esprimeva Emma Bonino il 27 aprile 2008 in un'intervista al *Quotidiano Nazionale*: «Il nocciolo è la bomba demografica. Ogni giorno ci sono 80.000 nuovi nati. Nel contempo la vita media si allunga. Aggiungiamoci il miglioramento della qualità della vita in vaste aree, tipo Cina e India, e diventa chiaro che siamo di fronte a una crescita demografica destinata a destabilizzare sempre più la situazione. Noi proponiamo un rientro dolce della bomba demografica». Così, per perseguire l'obiettivo planetario del controllo delle nascite, si sono mobilitati i movimenti neomalthusiani ed eugenisti. I primi considerano la crescita della popolazione come una diretta minaccia al benessere dell'Occidente, al suo accesso privilegiato alle risorse fondamentali. I secondi spingono per un processo di selezione e miglioramento genetico delle popolazioni e ritengono che i poveri, i deboli, i malati, i disabili, non debbano riprodursi (come già pensavano i nazisti). Naturalmente, le motivazioni addotte pubblicamente sono più caute, ma basta sfogliare un classico come il famoso *The population bomb* di Paul Ehrlich, per verificare di quale profondo anti-umanesimo sia impregnato questo pensiero.

Nel 2002 le Nazioni Unite convocarono una riunione di esperti sul tema demografico, che portò, con delle implicazioni enormi, a queste conclusioni: la Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite prevede che la fecondità futura dei Paesi in via di sviluppo cadrà al di sotto della media di due figli per famiglia. Le implicazioni enormi sono che per il 2050, l'80% della popolazione mondiale non avrà abbastanza figli per il ricambio generazionale, il che condurrà a un rapido declino demografico. Durante quella riunione del 2002, gli esperti delle Nazioni Unite ammisero che dal 1970 avevano gonfiato sistematicamente le loro previsioni demografiche per il futuro. È noto, d'altra parte, che i paesi industrializzati erano già al di sotto dei due figli per coppia dagli anni Settanta del XX secolo e solo la forte immigrazione dai paesi del mondo *povero* ha posticipato il crollo demografico in Europa.

Michel Schooyans, docente di Filosofia Politica all'Università di Lovanio, in Belgio, per un suo libro pubblicato nel 2006 scelse una foto dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite per spiegare il terrorismo dal volto umano. In un'intervista ad *Avvenire* del dicembre 2006 Schooyans sostenne che nei testi delle organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite appare esplicitamente l'ispirazione malthusiana: sulla Terra ci sarebbero troppi poveri e quindi bisognerebbe controllarne il tasso demografico. Nelle stesse dichiarazioni compare anche l'ideologia neo-malthusiana, ovvero il diritto di tutti al piacere sessuale senza la nascita di bambini. Spesso le due fonti di ispirazione si combinano negli stessi documenti. A parere di Schooyans, l'ONU è uno dei principali agenti della deriva che denuncia. Si riferisce all'utilizzazione della biologia, della medicina, ma anche della filosofia del linguaggio, della demografia, del diritto e di altre discipline per attentare alla vita dell'uomo e per dominarla. Il filosofo belga ritiene si sia in presenza di una rivoluzione culturale, di un cambiamento perverso di queste discipline che, per loro natura, dovevano restare al servizio degli uomini. Nei testi delle organizzazioni internazionali e negli interventi delle Agenzie dell'ONU nei paesi in via di sviluppo, viene usata la *tattica del salame*, così la definisce Schooyans: «Si cerca di condurre gli avversari a sottoscrivere, poco a poco, in maniera impercettibile, quei programmi che essi rifiuterebbero se fossero loro sottomessi in blocco. Questa metodologia è facilitata dall'uso dell'antifrasi, facendo dire alle parole l'esatto contrario di ciò che esse significano abitualmente. Sotto il termine salute riproduttiva si nasconde il diritto all'aborto; la parola eutanasia nasconde l'atto di dare la morte. La stessa giurisprudenza viene così sfregiata nella sua dignità, perché ciò che è giusto o sbagliato viene definito come un atto di pura volontà del più forte. Laddove il diritto alla vita non è rispettato, tutti gli altri diritti sono minacciati e la democrazia diventa impossibile. Oggi la Chiesa si trova molto sola nella difesa di questo diritto fondamentale. Non è mai stato così pressante il dovere profetico della Chiesa».

Nell'ottobre del 2007 fu lanciata a New York un'iniziativa globale che includeva l'invito a legalizzare l'aborto, promossa da diverse agenzie dell'ONU e Organizzazioni non governative. Tra i patrocinatori dell'iniziativa – denominata *Deliver Now for Women and Children* – anche il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), che ufficialmente nega il proprio sostegno all'aborto sotto qualsiasi forma. Presentata come una campagna facente parte dei Millennium Development Goals (gli Obiettivi del

Millennio decisi dall'ONU nel 2000), per sensibilizzare sulla salute delle donne e dei bambini, il programma di Deliver Now prevedeva tra l'altro un invito all'aborto sicuro, che è sinonimo di aborto legale. È stato coordinato dalla Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, i cui membri comprendono, tra gli altri, la Fondazione Bill & Melinda Gates, la International Planned Parenthood Federation (IPPF), le Agenzie per lo sviluppo di Stati Uniti, Regno Unito, Canada e Bangladesh, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed il Fondo ONU per la Popolazione (UNFPA).

Nel novembre del 2011 le Nazioni Unite presentarono il Rapporto sul Diritto di ciascuno a godere del più alto standard di salute fisica e mentale conseguibile. Nel rapporto si sostiene: «Le leggi che sanzionano e limitano l'aborto indotto sono esempi paradigmatici di barriere insormontabili alla realizzazione del diritto delle donne alla salute e devono essere eliminate; la proibizione penale dell'aborto è una chiara espressione dell'interferenza dello Stato con la salute sessuale e riproduttiva della donna perché limita il controllo di una donna sul suo corpo». Dopo aver criticato le restrizioni all'accesso alla pratica abortiva, incluse le norme che permettono l'obiezione di coscienza a medici e farmacisti poiché servono a rafforzare lo stigma dell'aborto come pratica sgradevole, nelle raccomandazioni conclusive, il relatore chiese agli Stati di depenalizzare l'aborto, comprese le leggi correlate come quelle che riguardano il favoreggiamento in materia di aborto e di prendere le misure per assicurare che i servizi di aborto legale e sicuro siano disponibili, accessibili e di buona qualità. Il delegato dell'Unione Europea e il rappresentante dell'UNFPA, diedero il loro assenso.

La lobby della pianificazione familiare dispone di risorse economiche immense. L'UNFPA è nato per volontà della famiglia Rockefeller che si stima abbia speso in un secolo, su quest'obiettivo, duecento miliardi di dollari attuali. Nel 1911 un membro di questa famiglia creò il Bureau of Social Hygiene, avanguardia del movimento d'opinione per la limitazione delle nascite, che nel 1913 passò direttamente sotto la Rockefeller Foundation. La sua missione proclamata era tutelare la salute della donna e diffondere l'educazione sessuale. Nel 1993, sul bollettino *Rockefeller Archive Center Newsletter*, si sottolineava come le fondazioni e singoli filantropi fossero stati importanti per causare il cambiamento di attitudine sulla riduzione delle nascite che avvenne, con straordinaria rapidità e quasi unanimità, negli anni '60. Tali fondazioni hanno finanziato la ricerca e sviluppo di contraccettivi, ma soprattutto costruirono la rete internazionale di esperti che "conformarono" il dibattito pubblico. Tra i filantropi di oggi, Bill Gates (1955) ha donato 57 milioni di dollari all'UNFPA, Ted Turner (1938) un miliardo di dollari fra il 1997 e il 2007, George Soros ha fondato un suo Program of Reproductive Health and Rights, che dedica i suoi sforzi alla causa del diritto all'aborto.

In linea con il sistema delle Nazioni Unite – così finanziato – si è mossa l'Europa. Un rapporto dell'Unione Europea, intitolato *Network of Independent Experts on Fundamental Rights* (EUNIEFR, Commissione dell'Unione Europea di esperti indipendenti sui Diritti Fondamentali), pubblicato il 15 dicembre 2005, condannò una bozza di trattato tra Slovacchia e Santa Sede che garantiva l'obiezione di coscienza ai medici e paramedici che non intendevano praticare aborti. Fu addotto il motivo che l'obiezione di coscienza non può ledere i diritti delle donne alla salute. Il rapporto riconobbe l'esistenza di un diritto all'obiezione di coscienza garantito dalle Convenzioni internazionali, ma sostenne che esso non è illimitato, ovvero può confliggere con altri diritti ugualmente riconosciuti dal diritto internazionale. In queste circostanze deve essere trovato un equilibrio tra queste esigenze conflittuali, per cui un diritto non deve essere sacrificato a un altro. L'EUNIEFR sostenne che laddove l'aborto è garantito per legge, ogni donna ha diritto a ricevere il trattamento medico in tal senso, per cui lo Stato lo deve assicurare: ogni rifiuto a praticare l'aborto deve avere un'alternativa efficace che però lo consenta; deve essere previsto l'obbligo per il medico obiettore di informare la donna su chi e dove fare riferimento per accedere all'aborto; che ci sia effettivamente la disponibilità di un altro sanitario qualificato a praticare l'aborto, comprese le aree rurali o periferiche (vale a dire deve essere facilmente raggiungibile). L'opinione della Commissione Europea intese chiaramente vanificare l'istituto dell'obiezione di coscienza, ma soprattutto creò un precedente che permettesse di considerare l'aborto come un diritto umano fondamentale. La costruzione giuridica alla base dell'opinione riconobbe infatti che il diritto all'obiezione di coscienza è un'implicazione del diritto alla libertà di religione, ovvero un diritto fondamentale che può essere limitato solo da un diritto che abbia la stessa forza. L'aborto, riconobbe la Commissione, non è riconosciuto come diritto dalla Convenzione Europea sui diritti

umani, ma appellandosi ad alcune Convenzioni Internazionali (quella sui Diritti politici e civili e quella contro la Discriminazione delle donne), per quel che riguardano – paradossalmente – il diritto alla vita e il diritto alla salute, si arriva a considerare l'accesso all'assistenza medica per l'aborto come un diritto che pone limiti all'obiezione di coscienza. Oltretutto, ciò che vale per l'aborto – scrissero gli esperti dell'Unione – deve valere anche per l'eutanasia, la celebrazione del matrimonio tra omosessuali e la distribuzione dei contraccettivi.

La Risoluzione n. 1067 del 16 aprile 2008 dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, ha sancito il diritto all'aborto in nome dell'esclusiva libera scelta delle donne e si è pronunciata per garantire l'esercizio effettivo del diritto ad abortire e per superare le restrizioni di fatto o di diritto all'accesso a un aborto senza rischi. L'Assemblea approvando il rapporto, redatto dalla Commissione sulle Pari Opportunità, ha evidenziato che sebbene la maggior parte dei paesi europei consenta l'aborto in caso di pericolo di vita della madre, in diversi stati – Andorra, l'Irlanda, Malta, Monaco e Polonia – l'aborto è illegale o severamente limitato. La risoluzione ha inoltre denunciato quella che viene chiamata l'inaccessibilità *de facto* allo strumento abortivo nei paesi membri dove pure l'aborto è legale, per i numerosi vincoli imposti che di fatto restringono l'accesso a un aborto senza rischi: l'assenza dei medici che accettino di praticare l'aborto (per le clausole di obiezione di coscienza); l'assenza di strutture di cura; le consulenze mediche obbligatorie ripetute; i lunghi tempi di riflessione e d'attesa. Essendo l'aborto un diritto inalienabile, vengono definite un ostacolo alla sua applicazione le clausole nelle legislazioni che consentono ai medici di esercitare l'obiezione di coscienza! La decisione per la donna dev'essere rapida, si sostenne nella discussione.

Sono almeno due gli elementi da sottolineare di quella risoluzione. Il primo riguarda una mistificazione, culturale, politica, legislativa e quindi sociale: nessuna legislazione al mondo parla di diritto all'aborto. È un diritto che è stato invocato, certo. Sta di fatto, però, che nessun legislatore ha scritto nelle sue leggi che quello all'aborto è un diritto. Proclamarlo, in una sede così prestigiosa, significa compiere una vera e propria manipolazione della coscienza collettiva. Tanto più se si riflette sul fatto – e questo è il secondo elemento che la prestigiosa Assemblea non considera – che non può esistere in natura l'esercizio di un diritto la cui estrinsecazione comporta la soppressione di un altro essere umano, in questo caso, per giunta, il soggetto più debole, il concepito.

Sulla contro-copertina del suo più bel saggio, «Aborto & 194 – Fenomenologia di una legge ingiusta» – pietra miliare per tutti coloro che vogliono affermare le ragioni della vita contro quelle della morte – Mario Palmaro scriveva: «Questo vuole essere un libro onesto, al punto da trarre con rigore tutte le conseguenze logiche che la ragione ci impone: se l'aborto uccide, e uccide un innocente, non può essere giusto che la legge – in Italia la 194 del 1978 – consenta alla donna di praticarlo». Mario non edulcorava. Usava un linguaggio onesto, chiaro e trasparente. Dava alle parole il valore che meritano. Parlava di aborto, non di interruzione di gravidanza. E per lui, l'aborto era un omicidio, gestito e regolamentato dallo Stato. «Lo scandalo» - scriveva - «non è che una donna possa essere tentata di abortire. Perché ogni giorno, ogni ora, ogni minuto, un uomo è tentato di uccidere, rubare, tradire, violentare, sfruttare, mentire, uccidersi. Lo scandalo è che una società e uno Stato possano dire a quella donna: “Ecco, accomodati, ti ho preparato un luogo pulito e sicuro dove tu possa farlo gratuitamente”».

In quel libro, viene riprodotto un famoso quadro di Vincent Van Gogh: una sedia vuota. «Guardatela» – scrive Mario Palmaro. «Osservatela in silenzio e pensateci almeno per qualche istante: ogni volta che un essere umano viene abortito, una sedia rimane vuota. Per quanto ci si possa agitare, strillare, urlare, e dire che non è vero niente, che era solo un grumo di cellule, un'escrescenza, una vita in potenza; per quanto ci si voglia tappare le orecchie, girare la testa dall'altra parte, chiudere gli occhi; per quanto si mettano in atto tutte queste forme di fuga vigliacca dalla realtà, non c'è modo di uscirne: quel posto nel mondo rimarrà per sempre, inesorabilmente vuoto». Mario svela la «sua» Verità: sono le ragioni della fede – «ragioni bellissime», egli dice – «le uniche ragioni che permettono di riempire quella sedia tragicamente vuota». Ragioni conosciute, ma troppo spesso inquinate da quell'ammorbamento nei confronti dei desideri del mondo, proprio da coloro che dovrebbero difenderle. Qui sta un'altra, splendida e cristallina, virtù di Mario, che è stato il primo – e senza tentennamenti – a denunciare pubblicamente le responsabilità di quei politici cattolici democristiani che negli anni '70 aprirono il varco alle vittorie libertarie sull'aborto, firmando da Ministri e da Presidente della Repubblica la legge

194. Su *Il Timone* n. 26 del luglio/agosto 2003, Mario Palmaro (1968) scriveva: *Pochi ricordano che la 194 è l'unica legge sull'aborto al mondo che porti la firma esclusivamente di uomini politici cattolici. Quando viene pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 22 maggio del 1978, essa porta in calce la firma di cinque politici dello Scudo crociato: il Presidente del Consiglio Giulio Andreotti e i ministri Tina Anselmi, Francesco Bonifacio, Tommaso Morlino, Filippo Maria Pandolfi. I membri dell'esecutivo della Dc avrebbero potuto dimettersi piuttosto che firmare una legge assolutamente inaccettabile, ma rimasero alloro posto 'per il bene del Paese'. Il Capo dello Stato, anch'egli democristiano, Giovanni Leone, avrebbe potuto rimandare la legge 194 alle Camere per sospetta incostituzionalità, senza nemmeno dover rassegnare le dimissioni, in base all'articolo 74 della Costituzione. Invece, dopo soli quattro giorni firmò. Purtroppo non fu solo la paura, o l'attaccamento al potere, a portare al tradimento gli uomini della Dc. Da anni era in atto una trasformazione del partito, che gettava le basi per un disimpegno progressivo sulle questioni più scomode e cruciali. Il 20 luglio del 1975, al Consiglio nazionale della Democrazia cristiana, il premier in carica Aldo Moro prende la parola: 'La ritrovata natura popolare del partito induce a chiudere nel riserbo delle coscienze alcune valutazioni rigorose, alcune posizioni di principio che sono proprie della nostra esperienza in una fase diversa della vita sociale, ma che fanno ostacolo alla facilità di contatto con le masse e alla cooperazione politica. Vi sono cose che, appunto, la moderna coscienza pubblica attribuisce alla sfera privata e rifiuta siano regolate dalla legislazione e oggetto di intervento dello Stato. Prevarranno dunque la duttilità e la tolleranza'. La linea politica era dunque tracciata, nel segno della resa e del rinnegamento dell'identità sulle 'cose che contano'.*

Nei decenni successivi e soprattutto negli ultimi anni - diciamo dall'iniziativa del *Family Day* del 2007 in poi - la *strategia* eterodiretta dei cattolici impegnati in politica, è stata ancora quella indicata da Moro: cercare il dialogo, la tolleranza, la duttilità, raggiungere il compromesso, anche con coloro che palesemente avevano ed hanno altri fini. È accaduto sulla legge n.40 del 19 febbraio 2004 - sulla procreazione assistita - sulla discussione sul testamento biologico, sull'introduzione in varie regioni della *pillola RU486* e sul dibattito sulla *pillola del giorno dopo* e dei *cinque giorni dopo*, sulla legge che prevede il riconoscimento di figli naturali a causa d'incesto, approvata nel dicembre 2012 dal Parlamento italiano. Accadrà sul matrimonio omosessuale, sull'adozione di bambini per le coppie omosessuali, sull'eutanasia e, prima o poi, anche sulla pedofilia.

Le *cose che contano* per questo tipo di cattolici, non sono i principi, altrimenti si guarderebbero bene dal raggiungere compromessi - le chiamano, con un linguaggio meschino e truffaldino, *clausole di salvaguardia* - che poi puntualmente si ritorcono sempre contro li persegue. Quello che conta è affermare il proprio potere, nell'ambito politico o della rappresentatività e visibilità sociale. Lo fanno per mediocrità, per pavidità e per conservare il loro ruolo. Sono *vuoti dentro*, sembrano non possedere anima che si fa coraggio, non vogliono affrontare il male per quello che è. Sono militanti - consapevoli o no, in buona fede o no - del *male minore*, che per un battezzato non esiste. Come il *Vangelo* non chiede di essere un *poco buoni*, ma solo *buoni*, timorosi di Dio e dei Suoi comandamenti, così non chiede di considerare l'esistenza di un male che possa definirsi *minore*. Se c'è un male, tale è. Da esso occorre preservarsi, non cooperare, non coltivarlo, non fare compromessi. Combatterlo con nettezza e chiarezza di pensiero e posizioni.

Diceva Madre Teresa di Calcutta: «La pace oggi è minacciata dall'aborto, che è una guerra diretta, un'uccisione compiuta dalla stessa madre. Anche il bambino non ancora nato è nelle mani di Dio. L'aborto è il peggior male e il peggior distruttore della pace. Noi non ci saremmo se i nostri genitori non ci avessero voluto. I nostri bambini li abbiamo desiderati e li amiamo. Ma che ne è degli altri milioni? Molti si preoccupano dei bambini dell'India e dell'Africa, che muoiono di fame e malattie, ma milioni muoiono per espressa volontà delle madri. L'aborto distrugge la pace: se una madre può uccidere il proprio bambino, che cosa impedisce a me di uccidere voi e a voi di uccidere me? Niente. All'inizio dell'«Anno del bambino» ho chiesto: facciamo in modo che ogni bimbo possa nascere e che ogni non desiderato possa diventare desiderato. L'anno è alla fine: i bambini li abbiamo veramente desiderati?».

Salvatore Oliverio.²²

Approccio Osteopatico: Le disfunzioni post- Aborto

Introduzione

L'OSTEOPATIA: Scienza dell'equilibrio bio-fisico dell'uomo

L'esperienza formativa nello studio dell'osteopatia ha fornito numerosi nozioni riguardo la conoscenza del corpo umano nell'anatomia, nella fisiologia e nella biomeccanica, ma soprattutto nella scienza osteopatica e nei sistemi dell'equilibrio bio-fisico dell'uomo. Il ruolo dell'osteopata sarà quello di occuparsi del corpo nella sua **globalità**. La missione osteopatica ha il compito nel rispetto delle realtà anatomiche e fisiologiche di restituire la perfetta integrità funzionale che fa della nobile macchina umana una macchina funzionante. L'osteopatia ha compreso che tutte le **funzioni** dell'organismo sono **interdipendenti** e che il sintomo non necessariamente compare nello stesso punto della causa, ecco perché il campo di ricerca dell'osteopatia copre tutte le funzioni dell'organismo.

Il compito quotidiano dell'osteopata consiste nel decodificare alla meglio ogni informazione fornita dall'organismo, nell'identificare i segni di una sofferenza tissutale per fornire una migliore interpretazione, nel capire l'origine di una sintomatologia e nel trattarla. Le varie funzioni dell'organismo possono realizzarsi solo se l'organo o la struttura che lo governa è in perfette condizioni. Il vero *concetto Osteopatico* consiste nell'aver compreso che la struttura **influenza** la **funzione** anche a distanza, in cui molte disfunzioni risiedono anche lontano dalla causa strutturale.

“L'organismo funziona come un entità dinamica e indivisibile, le parti del corpo sono tante ma il corpo è uno solo, se una parte soffre tutte le altre parti soffrono con lei.”

Le relazioni tra i vari sistemi

Le relazioni tra i vari sistemi condizionano il nostro organismo al cambiamento, dove il tutto è connesso e le varie disfunzioni intervengono in relazione con la **struttura** e **funzione**, poiché il corpo è unico, e i fattori biofisici condizionano i sistemi dell'organismo attraverso strette relazioni: le “**bio-informazioni**.” “messaggeri del cambiamento cellulare.

Sistemi arteriosi-venosi percorsi dal sistema linfatico



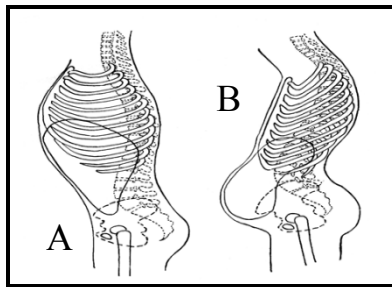
Sistemi muscolo-scheletrici percorsi dal sistema nervoso

Il nostro corpo per affermare il proprio equilibrio “Omeostasi” dovrà porsi in bilanciamento in un concetto di neutralità. Le varie forze del campo gravitazionale della terra, ascendenti e discendenti che percorrono i nostri sistemi, dovranno fluire senza ostacoli e avremmo così un corpo a piombo praticamente in “postura e in equilibrio”.

Spesso le cause di uno scompenso fisiologico sono da attribuirsi alla postura sbagliata che causa il cambiamento delle forze ascendenti e discendenti, creando disturbi fisiologici.

²² Osteopata.

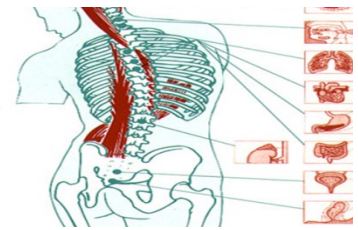
Fig. 1



A. Postura in equilibrio
B. Postura in sovraccarico

Fig.2

Scompenso fisiologico degli organi interni



I cambiamenti posturali sono una tipica reazione adattativa che produce effetti immediati inglobando cambiamenti nei sistemi fisiologici “neuromuscolare, endocrino, esocrino, circolatorio, respiratorio, immunologico”

Osservazione degli squilibri “ Post -Aborto” dell’area del Bacino-Pelvica-Utero

La ricerca e osservazione per cause di Post – Aborto è avvenuta attraverso il consulto di una serie di donne, che dopo diversi approcci medici e cure si presentavano dall’osteopata con disturbi posturali (mialgie, lombalgie, pubalgia, disfunzioni sacro-iliaco, viscerali, e della mobilità fisiologica) e nello specifico delle cause di tutto un gruppo di sintomi tipici, riconducibili in modo specifico ad un determinato trauma o lesione osteopatica.

Nella pratica osteopatica ambulatoriale si trovano situazioni di lesioni osteopatiche secondarie che normalizzate non influiscono sulla postura e dopo tempo si ripresenta uno squilibrio fisiologico. Per eliminarle, il percorso è quello dell’inversione del sintomo per trovare la causa primaria.

Le cause di disfunzione Post-Aborto si presentavano come lesioni secondarie. Il sintomo non era la causa, dovuto da una serie di relazioni e influenze tissutali e collegamenti di aree posturali (rotazioni cranio-bacino, sistema neurovegetativo) e perturbazioni da agenti stressanti (esterno-interno).

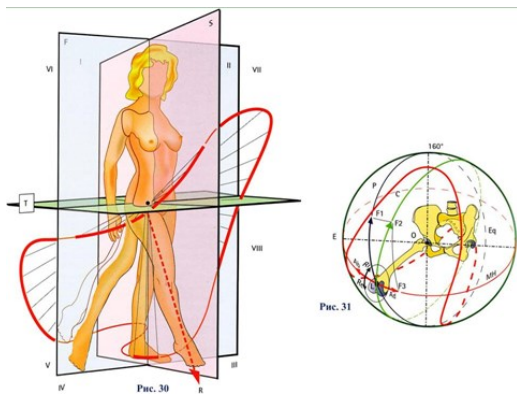
Un aborto rappresenta un’aggressione nei processi naturali dell’organismo femminile, niente affatto da minimizzare. Le conseguenze possono essere rilevanti, secondo la personale situazione di vita della donna, dai fenomeni puramente organici, fino a quelli psicosomatici e a quelli psichici. **DANNI E RISCONTRI DELLA PRATICA DI ABORTO**

Possibili conseguenze fisiche (somatiche)

- Lesione dell’utero
- Emorragie
- Infezioni
- Concrescenze addominali
- Disturbi mestruali
- Sterilità senza cause organiche
- Dolori pelvici
- Lesioni del collo uterino
- Lesioni meccaniche sacrali
- Disfunzione del pavimento pelvico
- Disfunzione dello Psoas
- Immobilizzazione del bacino da somatizzazioni (paure- depressione)
- Irrigidimento delle fasce muscolari da stress
- Disfunzioni alle vertebre
- Cambio posturale

Relazione tra Struttura e Funzione

Fig. 3



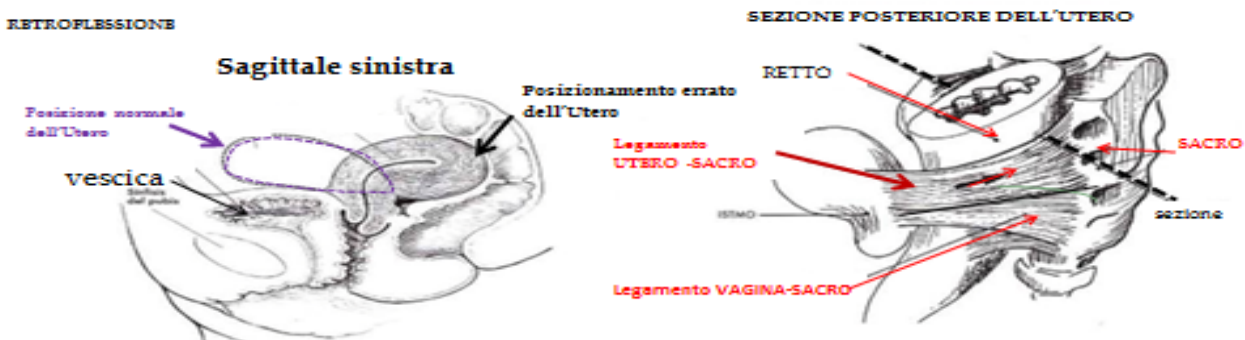
Tutto è connesso, le varie parti del corpo sono unite, tra la relazione struttura e funzione, ogni squilibrio o shock si compensa nel corpo.

Lo stressore causato da parte di un agente fisico modifica attraverso le informazioni provenienti dall'ambiente interno o esterno la struttura biologica, creando la lesione osteopatica di qualsiasi natura.

Il Post Aborto determina negli organi un'aggressione nei processi naturali dell'organismo femminile attraverso cambiamenti funzionali o strutturali (raschiamenti-aderenze uterine-shock settico – somatizzazioni).

La disfunzione così definita, causa alcune modificazioni nella mobilità o articularità delle strutture, nonché variazioni nella distribuzione della vitalità, tutte le disfunzioni hanno una componente fisiologica

Fig. 4



La prima reazione del nostro organismo è quella di contrarre la muscolatura limitando il movimento per proteggere il tratto che presenta il problema.

L'atteggiamento del bacino in questo caso nello "schema ascendente" è determinato da una priorità che risiede negli arti inferiori per l'equilibrio posturale.

L'atteggiamento del bacino nell'assetto posturale nello "schema discendente" è determinato da una priorità che risiede nella colonna vertebrale, compreso l'osso sacro..

L'espressione del bacino in un cambio funzionale determina la variazione della postura di conseguenza la funzione o mobilità di un organo, nel caso specifico di alcune donne che hanno subito un aborto procurato, la variazione della vitalità del sacro interviene nella limitazione del movimento causando una serie di disfunzioni in tutta l'area pelvica (fig. 4) e lombare, con relazioni viscerali.

L'atteggiamento di una donna nel post-aborto è quello di dimenticare l'evento poiché il ricordo risveglia in lei un forte dolore e senso di colpa e poca voglia di dichiararlo all'operatore. L'osteopata nella ricerca della causa della disfunzione primaria risale attraverso il colloquio e l'approccio metodologico una risposta allo shock subito, attraverso, la riflessione motoria e neurovegetativa.

CONCLUSIONE

Le reazioni del nostro organismo sono strettamente correlate da cause disfunzionali interne ed esterne. La donna è soggetta alle possibili conseguenze che causa l'aborto, che nel tempo, anche dopo diversi anni dall'aborto si manifestano come una sindrome multifattoriale dello squilibrio dell'Omeostasi.

Le donne che rilevano uno o più dei sintomi sopra elencati e che abbisognano di aiuto per il superamento della propria sofferenza dopo un aborto procurato o spontaneo devono avere la possibilità di un indotto, con specialisti che le possano aiutare nel cordoglio per la perdita del proprio bambino in seguito ad un aborto procurato, cercando di informarle prima dell'aborto delle cause oltre le personali, quelle del Post- Aborto.

L'approccio osteopatico potrebbe essere uno degli elementi multifattoriali in sinergia con le altre figure professionali, come metodologia per il recupero dell'equilibrio, psico-motorio-posturale. Le donne che hanno subito un aborto dopo un processo di trattamenti manipolativi, potranno avere un miglioramento della loro struttura e funzione, attraverso un'auto guarigione, per la mente, corpo e spirito, per il recupero di una Omeostasi in equilibrio.

L'Osteopatia è al tempo stesso una scienza e un'arte che si avvale delle nozioni fondamentali di anatomia della fisiologia e patologia, dell'analisi della disfunzione osteopatica e delle conseguenze sull'armonia delle funzioni dei sistemi.

L'Uomo è composto di Mente, Materia e Spirito, ed è stato creato dal Grande Architetto in perfetto silenzio.

CONCLUSIONI.

Sen. Domenico Scilipoti Isgro'.

Penso che la discussione che abbiamo fatto questa mattina – ringrazio tutti, sia coloro che sono intervenuti, sia coloro che sono rimasti fino alla fine ed hanno solo ascoltato - sia stata molto importante. Per più ragioni. Innanzitutto perché, come auspicavo nell'intervento introduttivo, è stata una discussione libera. E' stata anche una discussione vera. E' dall'uso della libertà e dal perseguimento della verità che nascono le cose importanti, a mio avviso. E se dovessi fare una sintesi di quest'incontro, direi che siamo pronti a condurre la battaglia. Una *buona battaglia*. Siamo pronti a presentare una proposta di legge che intenda abrogare la legge 194 del 1978.

E' un obiettivo grande e fortemente impegnativo, attorno al quale raccogliere le forze più disparate, unite dalla convinzione che occorra, in questo momento storico, difendere la vita e creare le condizioni perché sul piano culturale e politico si agisca di conseguenza. Non sarà una battaglia facile. Me ne rendo conto. Evidente e preoccupante è stata in questi anni la sedimentazione di una cultura che si è opposta alla difesa della vita. Come diceva il Prof. Noia nel suo intervento “quando parliamo della legge 194, partiamo da questo dato storico italiano che ci induce a riflettere sulla grande sconfitta del cuore e della ragione dell'uomo non solo nel nostro Paese ma anche a livello planetario. *Del cuore*: perché sempre più si evidenzia la incredibile ‘mutazione antropologica’ dell'essere madri; *della ragione*: perché ‘il delitto è diventato un diritto’(San Giovanni Paolo II°); in definitiva perché assistiamo a una sconfitta delle ragioni del cuore e delle ragioni della ragione e l'umanità sembra sprofondare sempre più in una sorta di povertà storica e di regressione di civiltà”. Condivido pienamente quest'analisi e ringrazio il Prof. Noia per averla formulata, in un intervento che ha molto colpito tutti noi.

Se *il delitto si è trasformato in diritto*, come sosteneva Giovanni Paolo II nell'Evangelium Vitae, è dovere dei legislatori in quanto tali – quali noi siamo – prenderne atto e intervenire. Se non lo facessimo, verrebbe meno il dato costitutivo del nostro operare.

Se, come ci indicano le statistiche, ogni venticinque secondi in Europa c'è un aborto, questo è il risultato di alcuni decenni di cultura e politica europea, che ha assecondato le dinamiche umane, invece di contenerle e di governarle. Come dovrebbe essere suo compito, per rispondere al bene comune, che non è una categoria astratta, ma molto concreta, che fa parte, o che dovrebbe far parte, del vissuto di una collettività. Occuparsi del bene comune, significa non ignorare il piano dell'etica e della morale, come piano dal quale non si può prescindere, se si vuole fare servizio ad una comunità. L'aborto è considerato un fenomeno sociale. Strumentalmente. Si registra come tale e s'interviene con le leggi. La politica utilizza i fatti di vita e ne fa strumento di politica. Le conseguenze? Le donne europee che non fanno più figli. L'uso e il consumo dell'attività sessuale senza amore, tanto c'è l'aborto che può riparare. La dissoluzione del matrimonio. La cultura della vita e della dignità della persona umana ignorate.

Sul matrimonio, la politica non favorisce la promozione della famiglia e la sua difesa, ma acconsente che le leggi istitutive del divorzio si occupino e registrino un fenomeno sociale, senza proporre e promuovere campagne a difesa dell'istituto matrimoniale e per la natalità, che è uno dei problemi centrali del terzo millennio, contro tutte le truffe sull'esplosione demografica che sono state propinate nel corso degli ultimi vent'anni dalle organizzazioni internazionali. Sull'aborto, la politica dice che se non ci fossero le leggi che lo regolamentano, ci sarebbe un numero altissimo di aborti clandestini. La politica, sceglie, dal suo punto di vista, il male minore, quello dell'aborto non clandestino, non soffermandosi minimamente sulla difesa del bene vita. Se l'aborto è un male in sé, è questo che dovrebbe essere insegnato, se si vuole difendere la cultura della vita.

Il “riparo” della politica è legittimare le scelte individualiste più sfrenate, che blandisce. E' anche “comodo” agire così. Solo che agendo così, non vengono preservati il diritto alla vita e la dignità del vivere, che non sono salvaguardati come beni in sé, per tutti e per ciascuno, ma sono, di volta in volta, bilanciati con l'interesse di terzi, della maggioranza. Si consuma una sorta di dominio dell'utilitarismo. Quel che serve, va conservato, quel che non serve, anche l'essere umano, va gettato via e si introduce nella coscienza collettiva – che tende ad essere annullata – un elemento di formidabile pericolosità intellettuale e civile, che stravolge il concetto stesso di bene comune, che viene inteso come sommatoria

dei beni individuali. Io, come individuo, posso anche essere annullato, purché rimanga o aumenti un interesse di un maggior numero di persone. Pensiamo alla diagnosi prenatale, che è diventato strumento selettivo sulla natalità o all'eutanasia. Nella vita associata, che è definita dalle regole e dai principi che una politica attenta alla morale si dà, è compito di ciascuno salvaguardare il bene della vita di ciascuno e questo bene costituisce il principio. Tutti gli altri beni, anche quelli apparentemente più utili socialmente, rimangono, rispetto ad esso, in secondo piano.

Mettiamoci al lavoro, quindi. Con determinazione e con coraggio. Ponendoci l'obiettivo di raccogliere su questa proposta di legge che depositeremo per l'abrogazione della legge 194 del 1978 il massimo consenso possibile. Un consenso *popolare*, che provenga dal popolo al quale ci rivolgiamo e per il quale conduciamo la nostra azione parlamentare.

BIOGRAFIE DEI RELATORI

Domenico Scilipoti Isgrò Orgogliosamente siciliano (è nato a Barcellona Pozzo di Gotto - Messina nel 1957) laureatosi in Medicina e Chirurgia, specializzato in Ginecologia e Ostetricia, diplomatosi in Colposcopia, Oncologia Clinica e Fisiopatologia cervico-vaginale, Agopuntura Moxibustione e Fitoterapia. Domenico Scilipoti Isgrò ha svolto, con passione e dedizione, la professione di medico raggiungendo obiettivi importanti nell'intento di tutelare la vita umana. A volte, tali obiettivi, sono stati frutto di scelte coraggiose che molti non hanno condiviso, uno fra tutti il sostegno al Protocollo MDB "Multiterapia Biologica nella prevenzione e nel trattamento delle patologie neoplastiche". Si è sempre preoccupato di onorare il giuramento di Ippocrate. Si è sempre battuto e continua a battersi in difesa dei cittadini, per la tutela della salute umana e ponendo la Sua attenzione sui danni e sulle problematiche provocate dal sistema medico-sanitario soggetto ad una economia di mercato troppo attenta ai propri interessi e talvolta lontana dalle esigenze concrete della gente.

Maturata una coscienza critica (e cristiana) su questo aspetto cruciale del welfare state, decide di operare, impegnandosi attivamente anche in politica. Il Suo percorso politico inizia nel 1983, allorquando, assume la carica di consigliere comunale per il Partito Socialdemocratico, incarico svolto sino al 1998; nel 1986 assume la carica di Vicesindaco e nel 1998, per un breve periodo, assume la carica di Assessore al Bilancio e alle Finanze nel Comune di Terme Vigliatore. Viene eletto Parlamentare alla Camera dei Deputati nell'aprile 2008 e, successivamente, rieletto Parlamentare al Senato della Repubblica nel marzo 2013. È membro del Gruppo Forza Italia. Già componente della Commissione Permanente Ambiente, Territorio e Lavori Pubblici alla Camera dei Deputati nella XVI^a Legislatura; già componente della VI^a Commissione Finanze e Tesoro e della XII^a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica. Attualmente è membro della Delegazione Italiana presso l'Assemblea Parlamentare della NATO e Vice Presidente della Sotto Commissione Sicurezza Energetica ed Ambientale (STCEES). Attualmente è membro della XIII^a Commissione Permanente (Territorio, Ambiente, Beni Ambientali) del Senato della Repubblica, nonché Segretario Politico Nazionale del Movimento di Responsabilità Nazionale (MRN). Ricopre, altresì, l'incarico di Presidente della Sezione Bilaterale di Amicizia Italia-Brasile. Si occupa da sempre di diverse tematiche.

Si citano alcuni tra i riconoscimenti internazionali ricevuti: Cittadinanza Carioca, 1997, risoluzione n. 396/96 Assemblea Legislativa Estado do Rio de Janeiro, Brasile; Medaglia Pedro Ernesto, Riferimento n: 2661/95 Camera Municipal do Rio de Janeiro, 1995, Brasile; Doctor of Sciences (Honoris Causa), Colombo, Sri Lanka, 1997; Medaglia Tiradentes, riferimento 1162/98 Assemblea Legislativa do Rio de Janeiro, 1998, Brasile; "Oversea Member" della Brazilian Academy of Oriental Arts & Scienze", 1995, RJ, Brasile; Titolo de Accademico Numerario - Barcelona, Spagna, 1999; Caligi D'Oro, Messina Italia, 1999; Certificate of Excellence, The Open International University for Medicine, Colombo, Sri Lanka, 2000; Professore Convitato presso l'Istituto A.B.P.S. Salvador de Bahia - Bahia, Brasile, dal 2000 al 2003; Master in Acupuncture-M.Ac. (Honoris Cause) Kuala Lumpur (Malaysia), 2006; Menção Monrosa conferita dall' Assemblea Legislativa Do Estado Do Paraná e Menção Monrosa a Curitiba, Brasile, Febbraio 2014; Menção Monrosa conferita dalla Rete Internazionale de Eccellenza Juridica de Sao Paolo-Brasil, Roma-Italia, Ottobre 2015.

Pietro Guerini è nato a Clusone (Bg) il 16-3-1966, iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ordine di Bergamo, cassazionista, svolge attività forense nei settori civile e penale.

Fondatore e Presidente nazionale del comitato no194 e dell'omonima associazione, organizzazione antiabortista abrogazionista.

Virginia Lalli ha conseguito l'abilitazione di avvocato e svolto attività forense. Ha partecipato come relatrice a convegni sul tema della vita nascente e del sostegno alla maternità. Ha svolto attività di

formazione sui diritti umani nelle scuole nell'ambito di un progetto dell'associazione italiana Roul Follerau (AIFO). E' responsabile del gruppo bioetica per Forza Italia. Autrice di "Donne di diritto" (Colosseo editoriale 2010) "Aborto perché no? Risposte pro-life ad argomentazioni pro-choice" (IF-PRESS 2013); "Il verdetto della storia". (Colosseo editore 2015). Attualmente svolge un dottorato di ricerca in diritti umani.

Giuseppe Noia, nato a Terranova da Sibari il 14 gennaio 1951, si è laureato all' Università La Sapienza di Roma il 28 novembre 1975. Si è specializzato in Ginecologia e Ostetricia, Urologia, ed espleta la sua attività come Responsabile del Centro di Diagnosi e Terapia Fetale presso il Policlinico Gemelli di Roma.

Docente in Medicina Prenatale nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nella Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, in Genetica e nel Corso di Laurea per Ostetriche presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

E' Presidente dell' Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, già Vice Presidente de La Quercia Millenaria Onlus, Fondatore e Presidente Fondazione "Il cuore in una goccia". Autore dei testi di medicina fetale: - "*Le Terapie Fetali Invasive*" (Noia G., Caruso A., Mancuso S.), Editrice Universo (1988); "*Genetica e medicina prenatale*" Bompiani A. (con la partecipazione di: Neri G. – Noia G.). Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1999. Pag. 103-133; "*Il figlio terminale*" Nova Millennium Romae – Roma, Febbraio 2007; "*Terapie fetali?*"- Poletto Editore. Vermezzo. MI, Novembre 2009; Noia G. – Bellieni C.V. – Casini C. – Paluzzi S. – Castorina M. – Cavoni C.D. – Losito M. – Paluzzi C. – Pietrangeli S. - "*La terapia dell'accoglienza*" IF PRESS – Morolo - FR, Dicembre 2010.

Mariannina Amato consegue il diploma di logopedista nell'anno 86/87, si laurea in Psicologia alla "Sapienza" di Roma nel 1990, specializzandosi nel 2003 in "Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata"- Scuola A.S.P.I.C. Roma.

Esperta in psicologia infantile, nelle problematiche di abuso sessuale, affido e mediazione familiare presso il Tribunale di Lamezia Terme e Catanzaro dal 1998 ad oggi. Per oltre venti anni si è occupata di genitorialità e comunicazione in soggetti diversamente abili con l'elaborazione ed esecuzione nel 2001 del progetto "Intervento indiretto o integrato al bambino.

Dal 2007 lavora come psicologa e psicoterapeuta presso U.O. di Ostetricia Ginecologia Responsabile del progetto Screening "Depressione in gravidanza e nel puerperio" ampliato nel 2010 in "Intervento psicologico in un'ottica di integrazione all'assistenza madre-bambino-adolescente in una dimensione dipartimentale" presso le U.O. di ginecologia, neonatologia e pediatria. Attualmente espleta la sua attività di psicologa nella neuropsichiatria Infantile di Lamezia Terme. E' autrice di "*Come vincere la depressione durante e dopo la gravidanza*" Sovera, Roma, settembre 2007; "*Legame materno: contatto comunicativo prenatale*" Sovera, Roma, novembre 2008; "*La transitività materna*", pubblicato da IF PRESS – Roma, 2011; "*Ti aiuto a crescere*", Sovera, Roma, 2014

Danilo Quinto. Scrittore, giornalista e blogger. Sposato. Un figlio. Vive a Roma. Scrive per *Chiesa e Post Concilio*, *Corrispondenza Romana*, *Radici Cristiane*. Ha scritto quattro libri: "Da servo di Pannella a figlio libero di Dio – *Dalla più formidabile macchina mangiasoldi della partitocrazia italiana per arrivare a Cristo*, Edizioni Fede & Cultura, 2012; "*Emma Bonino: dagli aborti al Quirinale? – Come si diventa un'icona laica della modernità e del potere*", Edizioni Fede & Cultura, 2013;

“L’Europa tra Sodoma e Gomorra – *Viaggio nel continente senza Dio*”, Edizioni Arkadia, 2014; *Ancilla hominis – La Chiesa è il corpo mistico dell’uomo?*, Edizioni Radio Spada, 2015.

Salvatore Oliverio. Ha conseguito il diploma di osteopata D.O. presso l’Accademia Superiore di Medicina Osteopatica Esperto del benessere presso NFO.G.I.O. Regione Campania. Accademico presso Normam Accademy - Florida U.S.A. Presidente Accademia Medicina Osteopatica Superiore A.M.O.S. Presidente della Onlus Agatos - Associazione non a Scopo di lucro per lo sviluppo socio sanitario. Membro e tesoriere della Onlus- ChildrenForChildren. Vice presidente dell’Unione Osteopati Italiani.

Segue

Proposta di legge formulata nel seminario,

Proposta di legge presentata al Senato della Repubblica

DISEGNO DI LEGGE ABROGATIVO ELABORATO DURANTE I LAVORI

Originario estensore Avv. Pietro Guerini 14-12-2015

Norme per la tutela del diritto di nascita.

Art. 1.

Lo Stato ha il dovere morale , coincidente con la sua funzione di strumento a difesa del soggetto più debole e con il suo interesse economico , di tutelare il diritto di nascita della concepita e del concepito , quale diritto oggettivamente essenziale per l'esercizio di ogni altro diritto da parte di qualsiasi soggetto , purché la nascita non vada a discapito della vita della madre ai sensi dell'articolo seguente.

Art. 2

L'aborto volontario è consentito solo nel caso di grave pericolo per la vita della donna che porti a termine la gravidanza o affronti il parto, grave pericolo attuale e non altrimenti evitabile che deve essere accertato e rigorosamente documentato da una commissione composta da tre medici, nessuno dei quali dipendente o collaboratore della struttura sanitaria scelta dalla donna per l'eventuale interruzione di gravidanza, ed escludendo dall'accertamento qualsiasi analisi inerente un ipotetico suicidio della stessa.

Ogni altra ipotesi di aborto volontario è vietata.

Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso all'intervento previsto dal primo comma, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

Anche nell'ipotesi di cui al primo comma lo Stato riconosce a tutti gli operatori sanitari il diritto all'obiezione di coscienza, eccetto il caso che il loro intervento sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo, in linea con il dettato del comma 5 dell'art. 9 dell'abrogata legge 194/78.

Chiunque produca, importi, detenga, distribuisca o commercializzi qualsivoglia sostanza che produca effetti abortivi a partire dal momento stesso del concepimento ne risponde penalmente ed è punito di per sé con la reclusione da 3 a 5 anni, salve le ulteriori responsabilità previste da questa legge.

Art. 3

Chiunque determini volontariamente un aborto, sia materialmente sia mediante agevolazione o istigazione , ne risponde penalmente ed è punito con la reclusione da 8 a 12 anni .

La stessa pena si applica a chiunque cagioni l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna ed è diminuita sino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto.

Se dai fatti previsti dal primo e secondo comma, come conseguenza non voluta, deriva la morte della donna si applica la reclusione da 14 a 20 anni, se da essi deriva una lesione personale gravissima la reclusione da 10 a 15 anni, pena quest'ultima diminuita se la lesione personale è grave.

Le pene di cui ai primi tre commi sono aumentate sino a un terzo per il potenziale padre del concepito oppure se la donna è minore di anni 18 .

La pena di cui al primo comma si applica anche a chi si procuri o accetti di subire un aborto.

Art. 4

Chiunque determini colposamente un aborto ne risponde penalmente ed è condannato ad una pena da 4 mesi a 3 anni di reclusione.

Chiunque cagioni ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà.

Le pene di cui al primo e secondo comma sono aumentate se il fatto è commesso con violazione delle norme poste a tutela del lavoro.

Art. 5

Lo Stato riconosce ad ogni donna un assegno di € 250 dal terzo mese di gravidanza sino al sesto mese di vita del nascituro , ripetibili e quindi da restituirsi integralmente in caso di aborto o di mancata convivenza con il figlio, anche ad integrazione di eventuali forme di assistenza già esistenti , e promuove vie agevolate di adozione a favore di nascituri indesiderati a partire dal momento stesso della nascita , ferma restando la non punibilità della madre che non abbandoni il figlio ma lo metta a disposizione di chiunque possa assicurarlo alle autorità competenti e di chi lo assicuri alle autorità competenti.

Art. 6

La legge 194/78 deve considerarsi abrogata a partire dall'entrata in vigore della presente legge.

*Nota all'art. 2 comma 1 : l'unico caso di ammissibilità dell'aborto volontario era tutelato anche prima dell'entrata in vigore della legge 194/78 in quanto coperto dall'art. 54 c.p. (stato di necessità) e dall'art. 32 della costituzione (diritto alla salute) , tutela che può essere negata alla donna solo declassandola a macchina riproduttrice , essendo pacifica la lesione di tale diritto qualora si intenda costringere per legge la donna a morire a motivo del suo stato di gravidanza , in violazione tra l'altro degli stessi dettami di fondo di carattere religioso , ad esempio , della dottrina cattolica che , da un lato , pure riconosce le esimenti dello stato di necessità e della legittima difesa e , dall'altro , nega a chiunque , anche allo Stato dunque , il diritto di disporre della vita di un individuo (quale la donna dev'essere ritenuta) dal concepimento alla morte naturale .

*Nota all'art. 2 comma 4 : così pure la giurisprudenza (cfr Cass. Pen. , Vi sez. 2-4-2013 , n. 14979 : *"Il diritto all'obiezione di coscienza trova il suo limite nella tutela della salute della donna, tanto è vero che il comma 5 dell'art. 9 della legge citata esclude ogni operatività all'obiezione di coscienza nei casi in cui l'intervento del medico obiettore sia "indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo"*).

*Nota all'art. 3 comma 1 : la pena nel minimo (che è superiore a quella prevista prima della 194) doppia rispetto a quella fissata , in misura peraltro particolarmente tenue , solo per la madre nel caso di infanticidio dall'art. 578 c.p, trova comunque giustificazione nella particolare condizione nella quale può trovarsi una donna in stato di abbandono durante il parto o immediatamente dopo esso .

*Nota all'art. 3 comma 3 : la pena da anni 14 a 20 nel caso che dall'aborto derivi il decesso non voluto della donna è commisurata tenendo presente che l'art. 584 c.p. (al netto di ogni evento abortivo) contempla per l'omicidio preterintenzionale una pena da 10 a 18 anni.

*Nota all'art. 4 comma 1 : la pena da 4 mesi a 3 anni di reclusione è commisurata tenendo presente che l'art. 589 c.p. prevede per l'omicidio colposo una pena da 6 mesi a 5 anni .

SENATO DELLA REPUBBLICA
DISEGNO DI LEGGE

di iniziativa del Senatore Scilipoti Isgrò

NORME IN MATERIA DI GRAVIDANZA ED ABORTO E ABROGAZIONE DELLA LEGGE N. 194 DEL 1978

ONOREVOLI SENATORI - A prescindere da ogni considerazione di carattere medico o religioso, dalla data di entrata in vigore della legge n. 194 del 1978, recante *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, sono stati praticati, secondo i dati in possesso del Ministero della salute, 6 milioni di aborti.

Il tentativo di ridurre il feto ad un insieme di cellule senza volontà, cioè senza esistenza, è stato smentito negli anni dallo sviluppo degli studi medici compiuti sull'embrione (il cuore di un concepito, ad esempio, pulsa dal 18° giorno di gravidanza).

La legalizzazione dell'aborto volontario, secondo taluni, sarebbe una conseguenza della visione liberale dello Stato. Nel nostro Paese, la legge n. 194 è entrata in vigore nel 1978 riscuotendo alla Camera 310 voti favorevoli e 296 contrari. Almeno il 70% dei voti favorevoli sono da computarsi all'allora partito Comunista, che alle politiche del 1977 aveva ottenuto 228 deputati. In occasione del *referendum* del 17 maggio 1981 il popolo italiano venne chiamato a pronunciarsi sulla richiesta di abrogazione della legge che consentiva l'aborto volontario entro i primi novanta giorni dal concepimento e addirittura ne prevedeva il finanziamento statale. Il comitato contrario all'abrogazione beneficiò, ampiamente, del sostegno economico-organizzativo del PCI e raggiunse il 68% dei votanti.

Ciò dimostra che storicamente il sostegno all'introduzione nel nostro ordinamento giuridico di disposizioni contrarie alla famiglia e volte a frantumare una organizzazione sociale fondata sui di essa, è stato promosso non da liberali cultori di una laicità dello Stato ritenuta come baluardo del rispetto delle opinioni di ciascuno, ma da soggetti e gruppi oggettivamente riconducibili ad una forma di stato fortemente statalista, nella quale l'individuo, la singola persona, non ha un gran valore: è l'insieme, la massa di persone che conta, il singolo può essere anche sacrificato, in quanto le singole unità possono essere aggiunte alla società e al ciclo produttivo anche in seguito.

Ulteriori posizioni a sostegno della pratica dell'aborto è che questa:

ha posto fine alla piaga degli aborti clandestini. I dati ufficiosi tuttavia rilevano dai 30.000 ai 50.000 aborti clandestini annui da decenni;

ha garantito alla donna il diritto di scongiurare la possibilità di diventare madre a seguito di violenza sessuale;

tutela la salute della donna. Tuttavia la salute risente spesso negativamente dell'interruzione di gravidanza, tanto che diverse vittime di questa pratica vengono ricoverate nei reparti di psichiatria dei nostri ospedali. E' stato accertato che in diversi paesi i sostenitori di questa tesi giustificativa sono finanziati da strutture sanitarie e da case farmaceutiche. A tal riguardo è stato calcolato che il costo minimo di un aborto in Italia è pari ad € 1.500..

Intenzione del disegno di legge in esame è quello di riconoscere il diritto di nascita alle concepite ed ai concepiti, introducendo, al contempo, interventi di carattere assistenziale e di accesso all'adozione, abrogando, in fine, la legge n. 194 del 1978.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1. *(Finalità)*

1. Lo Stato tutela il diritto alla nascita della concepita e del concepito.

Art. 2 *(Dell'aborto)*

1. L'aborto volontario è consentito solo nei seguenti casi:

- a) la gestazione possa minacciare la vita della madre o nuocere gravemente alla sua salute;
- b) grave e non curabile malformazione del feto, che deve essere accertata e documentata da una Commissione composta da tre medici, nessuno dei quali dipendente o collaboratore della struttura sanitaria scelta dalla madre per l'eventuale interruzione di gravidanza. E' esclusa dall'accertamento qualsiasi analisi inerente un ipotetico suicidio della madre in stato di gravidanza.

2. Nella ipotesi di cui al comma 1, lo Stato riconosce a ciascun operatore sanitario il diritto all'obiezione di coscienza. Tale diritto non è esercitabile qualora l'intervento sanitario, medico o infermieristico risulti necessario per salvaguardare la vita della madre.

Art. 3 *(Delle pene)*

1. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, è punito con la reclusione da 4 mesi a 3 anni chiunque determini volontariamente un aborto mediante agevolazione o istigazione, o cagioni l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Alla stessa pena soggiace chi si procura o accetta di subire un aborto. Le pene sono aumentate se il fatto è commesso con violazione delle norme poste a tutela del lavoro .

2. Qualora l'aborto provochi:

- a) la morte della madre, si applica al reo la reclusione da 14 a 20 anni;
- b) una lesione personale gravissima alla madre, si applica al reo la reclusione da 10 a 15 anni. La pena è diminuita sino alla metà se la lesione personale è grave.

3. Le pene sono aumentate sino a un terzo se la donna è minore di anni 18.

4. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 326 del Codice penale, soggiace alle pene previste dall'articolo 622 del Codice la persona che, venuta a conoscenza per ragioni del proprio stato o ufficio, o della propria professione, divulghi notizie riservate idonee a rivelare l'identità della donna che ha fatto ricorso all'intervento abortivo.

5. Chiunque produca, detenga, importi, distribuisca o commercializzi sostanze che producano effetti abortivi a partire dal momento stesso del concepimento è punito con la reclusione da 3 a 5 anni, salve le ulteriori responsabilità previste dalla presente legge.

6. Chiunque cagioni senza alcun motivo alla madre un parto prematuro, ovvero per colpa, è punito con la pena della reclusione da 2 anno a 5 anni.

Art. 4

(Interventi a sostegno della gravidanza)

1. Lo Stato riconosce mensilmente ad ogni donna di cittadinanza Italiana residente stabilmente in Italia da almeno cinque anni, un contributo di € 250 dal terzo mese di gravidanza sino al sesto mese di vita del nascituro, da erogarsi, dopo il concepimento, secondo modalità stabilite con decreto del Ministro della salute e del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
2. In caso di aborto, o di mancata convivenza con il nascituro o la nascita sino al 6 anno, il beneficio viene meno, e qualora sia stato già erogato deve essere restituito in un'unica soluzione, secondo modalità stabilite dal decreto di cui al comma 1.
3. Fermo quanto previsto dalla legge 4 maggio 1983, n. 184, con il medesimo decreto, sentita la Conferenza Unificata, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono disciplinate modalità agevolate di adozione a favore di nascituri indesiderati.
4. Non è punibile la madre che affida il nascituro o la nascita a persona o struttura che possa assicurarla alle autorità competenti.

Art. 6

(Disposizioni finali)

1. La legge 22 maggio 1978, n. 194 è abrogata.

INDICE

Introduzione. Sen. Domenico Scilipoti Isgrò.....	Pag. 2
Prefazione. Dott.ssa Virginia Lalli.....	Pag. 4
Avv. Pietro Guerini. Presidente No 194. Motivazioni a sostegno del testo del ddl abrogativo della L.194/78 redatte dal suo estensore.....	Pag. 5
Prof. Giuseppe Noia. Ginecologo-Docente di Medicina dell'età prenatale. Dove va l'eugenismo? La terapia fetale: dove è possibile curare e dove bisogna accompagnare.....	Pag. 9
Dott.ssa Virginia Lalli. Dottoranda in Tutela internazionale dei diritti umani. Cosa è cambiato dagli anni '70: lo stato dell'arte della L.194/78.....	Pag. 30
Dott.ssa Mariannina Amato. Psicologa e psicoterapeuta. Il riflesso che ha avuto la legge 194/78 nella vita della donna, soggetto attivo nel processo decisionale del portare a termine la gravidanza	Pag. 44
Danilo Quinto. Giornalista. L'aborto e i piani di sterminio della vita nascente.....	Pag. 47
Salvatore Oliverio. D.O. Osteopata, esperto del benessere. L'approccio osteopatico: le disfunzioni post-aborto.....	Pag. 52
Biografie dei relatori.....	Pag. 58
Conclusioni del senatore Domenico Scilipoti Isgrò.....	Pag. 56
Ddl abrogativo della L.194/78. elaborato durante i lavori.....	Pag. 61
Ddl di iniziativa del Sen. Domenico Scilipoti Isgrò.....	Pag. 63