

Vite di Scarto: Aborto

Il Centro di Aiuto alla Vita di Tor Lupara

Cultura dello Scarto

Il giudizio di Francesco: «aborto è uccidere, eutanasia è contro Dio»

da Redazione UCCR 15 novembre 2014

Chi sono io per giudicare? ripetono instancabilmente i sostenitori della **cultura dello scarto**, prima di spiegare che **Papa Francesco** non vorrebbe più intervenire sui temi bio-etici -come il predecessore- ed invitando i cattolici a fare altrettanto. Peccato che Francesco, come insegna il Catechismo, *in quell'occasione* abbia semplicemente ribadito che il giudizio non è verso le persone, ma verso i comportamenti (non gli omosessuali ma gli atti omosessuali, non il peccatore ma il peccato).

Un **giudizio di enorme portata**, infatti, è stato rivolto oggi dal Pontefice in *un vibrante discorso* in difesa della **vita umana**, in occasione dell'udienza concessa

(Continua a pagina 2)

IN QUESTO NUMERO

Cultura dello Scarto

Il giudizio di Francesco: «aborto è uccidere, eutanasia è contro Dio»1

Papa: «Ogni bambino non nato e condannato ingiustamente all'aborto ha il volto di Cristo».....3

Ma come fa una coppia ad abortire un figlio per una mano deformata?5

Centro aiuto alla vita (CAV)

Messaggio del Consiglio Permanente per la 37ª Giornata Nazionale per la vita6

160mila bambini nati: un miracolo chiamato CAV7

La Quercia Millenaria8

L'aborto distrugge la pace e genera le guerre.....9

Il CAV di Tor Lupara di Fonte Nuova.....10

Al servizio del Vangelo della Vita.....12

Pazienti Psichiatriche e Aborto Procurato14

Aborto

Le pillole che uccidono.....23

L'aborto è online con le pillole ammazza bimbi29

Difendere la vita, battaglia decisiva31

Sindrome post-aborto.....34

Un bimbo mai nato: riconoscere il trauma per superarlo37

La ferita dell'aborto si può
(Continua a pagina 2)

(Continua da pagina 1)

guarire 40

Salute materna: meglio una gravidanza indesiderata che un aborto 43

Partorire e non Abbandonare..... 44

Progressi Medici e Solidarietà

Risposte positive della scienza e della medicina: le possibilità oltre i regolamenti 45

a. Assistenza ai neonati prematuri: i progressi straordinari della medicina 46

b. I grandi prematuri.... 48

Preghiera per la Vita 51

Dammi Signore un'ala di riserva..... 52

(Continua da pagina 1)

all'Associazione medici cattolici italiani. Da leggere integralmente, noi qui riportiamo solo i passaggi più "caldi".

Il giorno del suicidio-show della ragazza inglese **Brittany**, strumentalizzata dalle associazioni pro-eutanasia, monsignor **Cerrasco de Paula**, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, aveva affermato: «Non giudichiamo le persone, ma il gesto in sé è da condannare. La dignità è un'altra cosa che mettere fine alla propria vita». I media lo hanno accusato di tradire le fantomatiche "aperture" di Papa Francesco, il quale proprio oggi però sembra aver richiamato gli stessi concetti di mons. De Paula: «Il pensiero dominante propone a volte una "falsa compassione"», ha affermato il Pontefice. «Quella che ritiene sia un aiuto alla donna favorire l'aborto, un atto di dignità procurare l'eutanasia, una conquista scientifica "produrre" un figlio considerato come un diritto invece di accoglierlo come dono; o usare vite umane come cavie di laboratorio per salvarne presumibilmente altre».

La "falsa compassione" dei sostenitori della cultura dello scarto, un giudizio perfetto.

Parole durissime che in un colpo spazzano via tutti i tentativi mediatici di usufruire del Papa contro chi si impegna a difendere la vita. C'è anche un richiamo al "dovere" dell'obiezione di coscienza per i medici: «La fedeltà al Vangelo della vita e al rispetto di essa come dono di Dio, a volte richiede scelte coraggiose e controcorrente che, in particolari circostanze, possono giungere all'obiezione di coscienza».

Francesco ha quindi proseguito: «Noi stiamo vivendo un tempo di sperimentazioni con la vita. Ma uno sperimentare male. Fare figli invece di accoglierli come dono, come ho detto. Giocare con la vita. Siate attenti, perché questo è un peccato contro il Creatore: contro Dio Creatore, che ha creato le cose così. Quando tante volte nella mia vita di sacerdote ho sentito obiezioni. "Ma, dimmi, perché la Chiesa si oppone all'aborto, per esempio? E' un problema religioso?" – "No, no. Non è un problema religioso" – "E' un problema filosofico?" – "No, non è un problema filosofico". E' un problema scientifico, perché lì c'è una vita umana e non è lecito fare fuori una vita umana per risolvere un problema. "Ma no, il pensiero moderno..." – "Ma, senti, nel pensiero antico e nel pensiero moderno, la parola uccidere significa lo stesso!". Lo stesso vale per l'eutanasia: tutti sappiamo che con tanti anziani, in questa cultura dello scarto, si fa questa eutanasia nascosta. Ma, anche c'è l'altra. E questo è dire a Dio: "No, la fine della vita la faccio io, come io voglio". Peccato contro Dio Creatore. Pensate bene a questo». L'aborto è un omicidio, l'eutanasia è un peccato contro Dio Creatore. Nemmeno l'amato **Benedetto XVI**, paradossalmente, era stato così plateale.

Una posizione chiara, netta, senza equivoci, senza paure di non compiacere i media di cui è diventato suo malgrado il paladino. Francesco non è sceso dalla croce per accontentare il mondo, per legittimare il peccato, secondo le accuse di molti cattolici confusi. Anzi, proprio in questi giorni il Papa ha incontrato i responsabili di "Manif Pour Tous Italia" i quali gli hanno regalato la loro famosa bandiera con il simbolo della famiglia. Francesco ha risposto: «grazie, è molto bella». «Per noi è importante», hanno aggiunto i responsabili dell'associazione. «Lo è per tutti», ha replicato il Pontefice.

Papa: «Ogni bambino non nato e condannato ingiustamente all'aborto ha il volto di Cristo»

Redazione di Tempi.it 20 settembre 2013

Il Pontefice alla Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche: «Mentre si attribuiscono alla persona nuovi diritti, a volte anche presunti diritti, non sempre si tutela la vita come valore primario»

Articolo tratto da **Radio Vaticana** – Ogni bambino condannato all'aborto «ha il volto del Signore». Così il Papa, ricevendo oggi in Sala Clementina un centinaio di medici della Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche, riunita a Roma fino al 22 settembre, per la decima Conferenza internazionale sul tema “La nuova evangelizzazione, le pratiche ostetriche e la cura delle madri”. Il servizio di Giada Aquilino:

Un sì «deciso e senza tentennamenti alla vita». Lo ha lanciato Papa Francesco incontrando oggi i medici cattolici riuniti in questi giorni a Roma. «Una diffusa mentalità dell'utile», la cosiddetta «cultura dello scarto», che – ha detto il Pontefice – «oggi schiavizza i cuori e le intelligenze di tanti, ha un altissimo costo: richiede di eliminare esseri umani, soprattutto se fisicamente o socialmente più deboli»:

«Ogni bambino non nato, ma condannato ingiustamente ad essere abortito, ha il volto di Gesù Cristo, ha il volto del Signore, che prima ancora di nascere, e poi appena nato ha sperimentato il rifiuto del mondo. E ogni anziano... anche se infermo o alla fine dei suoi giorni, porta in sé il volto di Cristo. Non si possono scartare, come ci propone la cultura dello scarto! Non si possono scartare!».

Va dunque ribadito – come riportato nella Dichiarazione sull'aborto procurato della Congregazione per la Dottrina della Fede – che «il primo diritto di una persona è la sua

vita». Nell'essere umano fragile, ha aggiunto il Santo Padre, «ciascuno di noi è invitato a riconoscere il volto del Signore, che nella sua carne umana ha sperimentato l'indifferenza e la solitudine a cui spesso condanniamo i più poveri, sia nei Paesi in via di sviluppo, sia nelle società benestanti»:

«Le cose hanno un prezzo e sono vendibili, ma le persone hanno una dignità, valgono più delle cose e non hanno prezzo. Tante volte ci troviamo in situazioni in cui quello che costa di meno è la vita. Per questo l'attenzione alla vita umana nella sua totalità è diventata negli ultimi tempi una vera e propria priorità del Magistero della Chiesa, particolarmente a quella maggiormente indifesa, cioè al disabile, all'ammalato, al nascituro, al bambino, all'anziano, che è la vita più indifesa».

Con i medici cattolici, il Papa ha riflettuto sull'attuale momento storico, in cui si vive una «situazione paradossale» per la loro professione. Da una parte, ha notato, «constatiamo – e ringraziamo Dio – per i progressi della medicina, grazie al lavoro di scienziati che, con passione e senza risparmio, si dedicano alla ricerca di nuove cure». Dall'altra, però, si riscontra «anche il pericolo che il medico smarrisca la propria identità di servitore della vita». «Il disorientamento culturale – ha aggiunto – ha intaccato anche quello che sembrava un ambito inattaccabi-

(Continua a pagina 4)

le»: la medicina. «Pur essendo per loro natura al servizio della vita – ha proseguito – le professioni sanitarie sono indotte a volte a non rispettare la vita stessa». Citando l'Enciclica Caritas in veritate, il Pontefice ha ricordato invece che «l'apertura alla vita è al centro del vero sviluppo».

«La situazione paradossale si vede nel fatto che, mentre si attribuiscono alla persona nuovi diritti, a volte anche presunti diritti, non sempre si tutela la vita come valore primario e diritto primordiale di ogni uomo. Il fine ultimo dell'agire medico rimane sempre la difesa e la promozione della vita».

In particolare ai ginecologi, il Papa ha ricordato che, «alla luce della fede e della ragione», essi riconoscono «la maternità come

stante del suo concepimento»:

«È questo un impegno di nuova evangelizzazione che richiede spesso di andare controcorrente, pagando di persona. Il Signore conta anche su di voi per diffondere il “vangelo della vita”».

In questa prospettiva – ha detto il Santo Padre – i reparti ospedalieri di ginecologia «sono luoghi privilegiati di testimonianza e di evangelizzazione», perché là dove la Chiesa si fa veicolo della presenza del Dio vivente, «diventa al tempo stesso» quello che la Nota dottrinale su alcuni aspetti dell'evangelizzazione della Congregazione per la Dottrina della Fede definisce «strumento di una vera umanizzazione dell'uomo e del mondo». In tale prospettiva, come notò Benedetto XVI nel suo discorso del 2012 all'Università Cattolica del Sacro

«Una diffusa mentalità dell'utile», la cosiddetta «cultura dello scarto», che – ha detto il Pontefice – «oggi schiavizza i cuori e le intelligenze di tanti, ha un altissimo costo: richiede di eliminare esseri umani, soprattutto se fisicamente o socialmente più deboli»

missione fondamentale della donna, sia nei Paesi poveri dove il parto è ancora rischioso per la vita, sia in quelli più benestanti dove spesso la maternità non è adeguatamente considerata e promossa». Il mandato per loro è quindi quello di essere «testimoni e diffusori» della cultura della vita.

«Un tempo, le donne che aiutavano nel parto le chiamavamo “comadre”, come una madre con l'altra, con la vera madre. Anche voi siete “comadri” e “compadri”, anche voi».

L'essere cattolici, poi, «comporta una maggiore responsabilità», in particolare verso la cultura contemporanea: «contribuire a riconoscere nella vita umana – ha spiegato – la dimensione trascendente, l'impronta dell'opera creatrice di Dio, fin dal primo i-

Cuore di Roma, la struttura sanitaria diventa «luogo in cui la relazione di cura non è mestiere ma missione».

L'auspicio finale del Papa ai medici è stato quello di ricordare «a tutti, con i fatti e con le parole», che la vita «è sempre, in tutte le sue fasi e ad ogni età, sacra ed è sempre di qualità». E non per un «discorso di fede, no, no! ma di ragione, per un discorso di scienza»:

«Non esiste una vita umana più sacra di un'altra, come non esiste una vita umana qualitativamente più significativa di un'altra. La credibilità di un sistema sanitario non si misura solo per l'efficienza, ma soprattutto per l'attenzione e l'amore verso le persone, la cui vita è sempre sacra e inviolabile».

Ma come fa una coppia ad abortire un figlio per una mano deformata?

Benedetta Frigerio 14 dicembre 2014

da Tempi.it

In Australia un caso limite accende la disputa sull'aborto a gravidanza avanzata. Giornalista americano racconta di sua sorella: «Non esiste trionfo senza difficoltà»

Per promuovere il diritto delle donne ad abortire anche a gravidanza avanzata, venerdì 12 dicembre il *Sydney Morning Herald* ha pubblicato [un'intervista](#) a una coppia australiana che ha ingaggiato una faticosa battaglia per ottenere il permesso di abortire il figlio alla 28esima settimana perché aveva la mano sinistra deformata.

«Onestamente mi sono sentito molto inumano», ricorda Frank, il padre del bambino, perché «ci dicevano che la nostra unica opzione era quella di dare alla luce un bambino che non volevamo affatto dare alla luce. Ci siamo sentiti dimenticati e abbandonati per via dell'incertezza politica e giuridica della legislazione sull'aborto». Mentre la madre, Cindy, di origine cinese, racconta: «Sono cresciuta con molte persone disabili e... c'era discriminazione. Non volevo che mio figlio fosse discriminato. Il problema è... ovvio perché si tratta delle dita e penso che il bambino avrebbe avuto una vita molto dura».

LA PERFEZIONE NON ESISTE. Ma dopo 28 settimane di gravidanza, osserva Matthew Archbold [dal suo blog](#) ospitato dal *National Catholic Register*, «un bambino ha il 90 per cento di possibilità di sopravvivere se curato adeguatamente», come è possibile che «per tutelare il bambino dalle discriminazioni, il bambino è stato ucciso»? Colpito dalle parole di Frank e Cindy raccolte dal quotidiano australiano, Archbold, scrittore della Cardinal Newman Society, ha deciso di rispondere raccontando la storia di sua sorella, che «è nata senza la mano sinistra, neanche con una mano deformata». Oggi, scrive il giornalista americano, ha due figli e fa l'attrice a New York. «È discriminata? Sicuro. Ma pensare che avrebbe dovuto essere uccisa è assurdo per me», così come assurdo è il «pensiero che la vita imperfetta non è degna

di essere vissuta». Domanda Archbold: «Chi ha una vita perfetta? Chi conduce una vita senza peccato, senza difficoltà, senza soffrire discriminazioni? Queste cose fanno parte della vita, non sono una scusa per porvi fine». Anzi, evitando le fatiche ci si perde il meglio, perché «non c'è redenzione senza peccato né trionfo senza difficoltà né perdono senza discriminazione».

QUELLE RESTRIZIONI ARBITRARIE. «È una storia che mi spacca il cuore», continua il giornalista. Eppure, aggiunge, in Australia si sono sollevate molte voci in difesa della coppia, e il caso è utilizzato dal fronte del dibattito pubblico favorevole all'estensione dei limiti dell'aborto legale a prescindere dalle possibilità di sopravvivenza del bambino fuori dal grembo materno. Una di queste voci è quella di Lachlan de Crespigny, professore dell'Università di Melbourne, che ha commentato la vicenda così: «Le donne hanno gli stessi diritti del resto della popolazione rispetto alla decisione di cosa fare con i loro corpi, le guardate come donne incinte, persone che non hanno alcun diritto di scegliere e che devono portare in grembo quel feto, come se fosse compito della Chiesa cattolica o del Parlamento scegliere per loro?». Ma dopo la domanda retorica, il professore ha aggiunto «qualcosa che dice molto», osserva Archbold. «Ha detto che quando l'aborto è diventato legale era chiaro che qualunque restrizione sarebbe stata arbitraria perché in nessun momento della gravidanza il feto subisce definitivamente cambiamenti rilevanti». Ma il punto è proprio questo secondo il giornalista: «Perché il bambino è umano fin dalla nascita. Nulla può cambiare questo fatto. E fino a quando non accetteremo che ogni vita umana è sacra, continueremo ad assistere alla violenza contro quella ritenuta imperfetta».

Messaggio del Consiglio Permanente per la 37^a Giornata Nazionale per la vita (1 febbraio 2015)

«I bambini e gli anziani costruiscono il futuro dei popoli; i bambini perché porteranno avanti la storia, gli anziani perché trasmettono l'esperienza e la saggezza della loro vita». Queste parole ricordate da Papa Francesco sollecitano un rinnovato riconoscimento della persona umana e una cura più adeguata della vita, dal concepimento al suo naturale termine. È l'invito a farci servitori di ciò che “è seminato nella debolezza” (1 Cor 15,43), dei piccoli e degli anziani, e di ogni uomo e ogni donna, per i quali va riconosciuto e tutelato il diritto primordiale alla vita.

Quando una famiglia si apre ad accogliere una nuova creatura, sperimenta nella carne del proprio figlio “la forza rivoluzionaria della tenerezza” e in quella casa risplende un bagliore nuovo non solo per la famiglia, ma per l'intera società.

Il preoccupante declino demografico che stiamo vivendo è segno che soffriamo l'eclissi di questa luce. Infatti, la denatalità avrà effetti devastanti sul futuro: i bambini che nascono oggi, sempre meno, si ritroveranno ad essere come la punta di una piramide sociale rovesciata, portando su di loro il peso schiacciante delle generazioni precedenti. Incalzante, dunque, diventa la domanda: che mondo lasceremo ai figli, ma anche a quali figli lasceremo il mondo?

Il triste fenomeno dell'aborto è una delle cause di questa situazione, impedendo ogni anno a oltre centomila esseri umani di vedere la luce e di portare un prezioso contributo all'Italia. Non va, inoltre, dimenticato che la stessa prassi della fecondazione artificiale, mentre persegue il diritto del figlio ad ogni costo, comporta nella sua metodica una notevole dispersione di ovuli fecondati, cioè di esseri umani, che non nasceranno mai.

Il desiderio di avere un figlio è nobile e grande; è come un lievito che fa fermentare la nostra società, segnata dalla “cultura del benessere che ci anestetizza” e dalla crisi economica che pare non finire. Il nostro paese non può lasciar-

si rubare la fecondità.

È un investimento necessario per il futuro assecondare questo desiderio che è vivo in tanti uomini e donne. Affinché questo desiderio non si trasformi in pretesa occorre aprire il cuore anche ai bambini già nati e in stato di abbandono. Si tratta di facilitare i percorsi di adozione e di affidamento che sono ancora oggi eccessivamente carichi di difficoltà per i costi, la burocrazia e, talvolta, non privi di amara solitudine. Spesso sono coniugi che soffrono la sterilità biologica e che si preparano a divenire la famiglia di chi non ha famiglia, sperimentando “quanto stretta è la porta e angusta la via che conduce alla vita” (Mt 7,14).

La solidarietà verso la vita – accanto a queste strade e alla lodevole opera di tante associazioni – può aprirsi anche a forme nuove e creative di generosità, come una famiglia che adotta una famiglia. Possono nascere percorsi di prossimità nei quali una mamma che aspetta un bambino può trovare una famiglia, o un gruppo di famiglie, che si fanno carico di lei e del nascituro, evitando così il rischio dell'aborto al quale, anche suo malgrado, è orientata.

Una scelta di solidarietà per la vita che, anche dinanzi ai nuovi flussi migratori, costituisce una risposta efficace al grido che risuona sin dalla genesi dell'umanità: “dov'è tuo fratello?” (cfr. Gen 4,9). Grido troppo spesso soffocato, in quanto, come ammonisce Papa Francesco “in questo mondo della globalizzazione siamo caduti nella globalizzazione dell'indifferenza. Ci siamo abituati alla sofferenza dell'altro, non ci riguarda, non ci interessa, non è affare nostro!”.

La fantasia dell'amore può farci uscire da questo vicolo cieco inaugurando un nuovo umanesimo: «vivere fino in fondo ciò che è umano (...) migliora il cristiano e feconda la città». La costruzione di questo nuovo umanesimo è la vera sfida che ci attende e parte dal sì alla vita.

160mila bambini nati: un miracolo chiamato CAV

Corrado Paolucci 11 novembre 2014

da Aletea

Accoglienza, ascolto e condivisione è il metodo con cui i volontari dei Centri di aiuto alla Vita soccorrono le mamme in difficoltà

I Centri di aiuto alla vita (CAV) in Italia sono 345 e in 40 anni di attività, grazie all'impegno di migliaia di **volontari**, hanno fatto **nascere** 160mila bambini, dialogando con altrettante mamme che inizialmente avevano deciso di **abortire**.

Assenza delle istituzioni

Ma il dato potrebbe essere molto più alto, come spiega Carlo Casini, presidente nazionale del [Movimento per la vita](#) «non possiamo non chiederci quanti bambini avremmo potuto far nascere in questi 40 anni se le istituzioni ci fossero state vicine». I Cav infatti possono contare quasi esclusivamente su contributi privati e donazioni, con istituzioni locali che solo in pochi casi e in modo del tutto insufficiente alle esigenze sostengono i progetti di supporto alle aspiranti madri.

Numeri e nascite

In attesa che le istituzioni facciano la loro parte, 160mila creature sono state introdotte alla vita. E questo è solo uno dei dati usciti dal convegno nazionale organizzato dai CAV e dal Movimento per la Vita tenutosi dal 7 al 9 novembre a Montesilvano (Pescara). L'evento, dal titolo *“Il futuro comincia qui: CAV & MpV, forza di condivisione per una*

cultura della vita”, ha registrato un altro numero interessante: nel solo 2013 i Centri aiuto alla vita presenti nel nostro Paese hanno consentito la **nascita di 10.291 bambini**, quattrocento in più dell'anno precedente.

Accoglienza e dialogo con i volontari

Per la prima volta dunque è stata superata la soglia dei 10mila bebè "figli" del metodo di accoglienza, ascolto, **condivisione**, dialogo e sostegno adottato sin dal 1975 nei Cav, un'esperienza che va consolidandosi e che attira un numero crescente di volontari, specie tra i **giovani**, senza alcuna barriera culturale, religiosa e sociale. (*Avvenire*, 8 novembre)

Prevenire interruzione gravidanza

“Il Movimento per la vita e i centri di aiuto, sono la testimonianza di un lavoro importante e straordinario fatto da volon-

tari" racconta Mario Olivieri, presidente della Commissione Sanità e Affari sociali della Regione Abruzzo, presente al convegno "oltre ad aiutare le donne alle prese con una **gravidanza difficile** o indesiderata, sostengono le giovani madri prive di mezzi o sprovviste delle capacità necessarie a fornire le cure al figlio, al fine di prevenire il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza."



© lamNotUnique / Flickr CC

La Quercia Millenaria

Raccolta dati e informazioni a cura di Elena Andreotti, bioeticista

PERINATAL CARE

“Il servizio di Caring della Quercia Millenaria - spiega la presidente Sabrina Paluzzi - è nato nel gennaio del 2005 ed è evoluto in Associazione Onlus nel 2006, affiancandosi al servizio di Diagnosi e Terapia Fetale del Day hospital di Ostetricia del Policlinico Gemelli.

La Quercia Millenaria è riconosciuta come unico Perinatal Hospice italiano: servizi e strutture che si prendono carico della gravidanza di bambini con diagnosi letale e che sostengono la famiglia che fa una scelta di vita anche quando apparentemente non c'è più nulla da fare.”

Le anomalie congenite rappresentano uno dei principali problemi della medicina prenatale. “Un numero significativo di anomalie congenite come l'anencefalia, le agenesie renali, le sindromi polimalformative e le trisomie letali possono essere diagnosticate nella vita uterina - spiega il ginecologo del Gemelli Noia, presidente dell'Associazione Italiana Ginecologi e Ostetrici Cattolici -. Alle gestanti in circostanze simili viene generalmente proposta l'interruzione della gravidanza. Quelle che non desiderano abortire vengono spesso lasciate sole nel gestire la propria attesa, senza essere seguite né supportate per la probabile perdita dei loro bambini e la gestione del loro dolore”. Con l'avvento della ecografia in 3D e 4D la capacità di diagnosi prenatale continua ad espandersi, ma la capacità di fare prognosi prima della nascita rimane molto bassa. Allo stesso modo, l'esigenza di cura nell'approccio, soprattutto psicologico, per i familiari di bambini che moriranno in utero, o vivranno solo per poco tempo dopo la nascita, è sottostimata. Il cosiddetto Hospice Perinatale è una proposta di “approccio strutturato globale” per l'assistenza alle mamme con gravidanze fortemente patologiche e ad alto rischio.

“Più che un “luogo di cura” - spiega la Paluzzi - rappresenta un ‘intento di particolare cura’, un modo di operare una medicina condivisa medico-paziente attuabile in modo semplice [...] da parte di chi intuisce e desidera soddisfare i bisogni della famiglia-paziente. Inoltre, le testimonianze concrete di un'associazione di famiglie formate anche sul piano medico forniscono un insostituibile ausilio per la gestione sia dell'ansia che del dolore di questi genitori”.

CARING PERINATALE: IL PROTOCOLLO OPERATIVO

Al servizio di Caring Perinatale si accede attraverso internet o contatto telefonico (vedi figura). Segue un colloquio svolto da operatori esperti in genetica medica, diagnosi prenatale, bioetica, formazione all'assistenza agli infermi o alle condizioni di vita terminale. Uno degli step importanti in questa fase di consulenza è l'evidenza di quegli aspetti relazionali scientificamente fondati del percorso da attuare per l'accompagnamento del bambino terminale, o con anomalie congenite. Fondamentale è inoltre la possibilità di interfacciarsi con l'esperienza di altre famiglie che hanno affrontato lo stesso percorso per la medesima patologia.

La seconda fase è rappresentata dall'incontro con il personale del Day Hospital di Ostetricia del Gemelli per attuare le procedure diagnostiche invasive e non invasive e per fornire tutte quelle indicazioni necessarie per gestire eventuali percorsi diagnostici successivi: un operatore de La Quercia Millenaria è presente per creare un continuum di accoglienza che è iniziato con il primo contatto telefonico. Nel percorso di accompagnamento vengono coinvolte varie competenze mediche interdisciplinari: neurochirurgo, chirurgo pediatra, cardiologo pediatra, neonatologo, genetista, psicologo e il personale ostetrico e infermieristico, per discutere il planning prenatale e perinatale. Nei giorni successivi al parto, particolare rilievo e attenzione viene data al contenimento della fase depressiva con l'eventuale richiesta di supporto psicologico.



Amministrazione - Fax - Segreteria
SOS GESTANTE - Presidenza
Formazione - Partnership

0765-451160
320-8010942
347-7905185

IL SERVIZIO E' ATTIVO DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE ORE 9 ALLE ORE 13



Informazioni: info@laquerciamillenaria.org
Amministr.ne: presidenza@laquerciamillenaria.org
Libri-Gadgets: edizioni@laquerciamillenaria.org

L'aborto distrugge la pace e genera le guerre

Beata Teresa di Calcutta

Dal discorso della Beata Madre Teresa di Calcutta in occasione del conferimento del Premio Nobel per la Pace. Oslo, 10 dicembre 1979

[...] Il più grande distruttore della pace oggi è l'aborto, perché è una guerra diretta – un'uccisione diretta – un omicidio commesso dalla madre stessa.

E leggiamo nelle Scritture, perché Dio lo dice molto chiaramente: anche se una madre dimenticasse il suo bambino – io non ti dimenticherò – ti ho inciso sul palmo della mano. Siamo incisi nel palmo della Sua mano, così vicini a lui che un bambino non nato è stato inciso nel palmo della mano di Dio. E quello che mi colpisce di più è l'inizio di questa frase, che persino se una madre potesse dimenticare, qualcosa di impossibile – ma perfino se si potesse dimenticare – io non ti dimenticherò. E oggi il più grande mezzo – il più grande distruttore della pace è l'aborto. E noi che stiamo qui – i nostri genitori ci hanno voluti. Non saremmo qui se i nostri genitori non lo avessero fatto. I nostri bambini li vogliamo, li amiamo, ma che cosa è di milioni di loro? Tante persone sono molto, molto preoccupate per i bambini in India, per i bambini in Africa dove tanti ne muoiono, di malnutrizione, fame e così via, ma milioni muoiono deliberatamente per volere della madre. E questo è ciò che è il grande distruttore della pace oggi. Perché se una madre può uccidere il proprio stesso bambino, cosa mi impedisce di uccidere te e a te di uccidere me? Nulla.

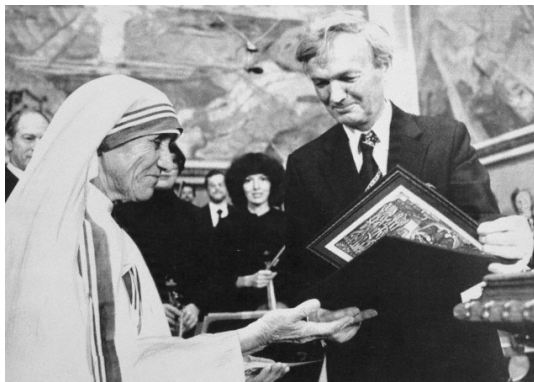
Per questo faccio appello in India, faccio appello ovunque. Restituiteci i bambini, quest'anno è l'anno dei bambini. Che abbiamo fatto per i bambini? All'inizio dell'anno

ho detto, ovunque abbia parlato ho detto: quest'anno facciamo che ogni singolo bambino, nato o non nato, sia desiderato. E oggi è la fine dell'anno, abbiamo reso ogni bambino desiderato? Vi darò qualcosa di impressionante.

Stiamo combattendo l'aborto con le adozioni, abbiamo salvato migliaia di vite, abbiamo inviato messaggi a tutte le cliniche, gli ospedali, le stazioni di polizia – per favore non distruggete i bambini, li prenderemo noi. Così ad ogni ora del giorno e della notte c'è sempre qualcuno, abbiamo parecchie ragazze madri – dite loro di venire,

noi ci prenderemo cura di voi, prenderemo il vostro bambino, e troveremo una casa per il bambino. E abbiamo un'enorme domanda da parte di famiglie senza bambini, per noi questa è una grazia di Dio. Stiamo anche facendo un'altra cosa molto bella – stiamo insegnando ai nostri mendicanti, ai nostri lebbrosi, agli abitanti degli slum, alla nostra gente sulla strada, i metodi naturali di pianificazione familiare.

E solo in Calcutta in sei anni – nella sola Calcutta – abbiamo avuto 61.273 bambini in meno da famiglie che li avrebbero avuti, ma perché praticano questo metodo naturale di astinenza, di auto-controllo, con amore reciproco. Insegniamo loro il metodo della temperatura che è molto bello, molto semplice, e la nostra povera gente capisce. E sapete che cosa mi hanno detto? La nostra famiglia è sana, la nostra famiglia è unita, e possiamo avere un bambino ogni volta che vogliamo.



Madre Teresa di Calcutta riceve il Premio Nobel per la pace.

Il Centro di Aiuto alla Vita di Tor Lupara di Fonte Nuova. Brevi cenni storici sulla nascita dei CAV in Italia

Elena Andreotti*, 15 gennaio 2015

Il primo Centro di Aiuto alla Vita fu costituito per un'idea che prese corpo all'interno del Consiglio Pastorale diocesano di Firenze. Era il 1975 e questa decisione fu la risposta ad eventi drammatici che balzarono alla cronaca di quel periodo: la scoperta di aborti clandestini effettuati in una villa di Via Dante a Firenze. Vi operava un medico già condannato per aborti clandestini, il dottor Giorgio Conciani assieme ad un certo Fantechi, rappresentante di medicinali. Durante l'indagine l'attuale on.le Carlo Casini, all'epoca sostituto procuratore della Repubblica di Firenze, racconta che nella cassaforte trovarono più di 3 milioni di lire e che gli interrogati rivelarono che un aborto costava 150.000 lire di cui 50.000 andavano al Partito Radicale e 100.000 all'equipe medica. Durante l'inchiesta giudiziaria fu chiaro che gli aborti erano organizzati in modo sistematico; l'organizzazione che reclutava donne in tutta Italia per l'aborto (ad un prezzo cosiddetto politico) era il C.I.S.A. (Centro Italiano Sterilizzazione ed aborto) collegato, appunto, al Partito Radicale. Furono arrestati anche personaggi che poi diventarono famosi nel mondo della politica: Adele Faccio, Emma Bonino, Gianfranco Spadaccia, Adelaide Aglietta, che risultarono essere gli organizzatori dell'azione criminosa; fu accusato di concorso anche Marco Pannella.

Nel processo gli imputati del C.I.S.A. e del Partito Radicale dichiararono il loro intento "altruista" di aiutare le donne in difficoltà: questa intenzione "umanitaria" era sbandierata da tutte le organizzazioni nel mondo che volevano l'aborto volontario libero. Al contrario, il primo CAV ebbe come slogan: "Le difficoltà della vita non si superano sopprimendo la vita, ma superando insieme le difficoltà"; questo slogan sarà adottato da tutti il CAV d'Italia.



La battaglia da parte del Partito radicale per la depenalizzazione dell'aborto volontario portò all'approvazione nel 1978 della legge 194 che ha regolamentato il ricorso all'aborto ed il referendum successivo per l'abrogazione non riuscì a modificare la situazione.

Contro questa cultura di morte, che si è insinuata nella società grazie anche al relativismo etico strisciante e persuasivo, i Centri di Aiuto alla Vita (oggi organizzati in federazioni regionali e nazionale insieme ai Movimenti per la Vita locali, circa 600 in tutta Italia) propongono una cultura della vita, davvero a fianco della donna, per una reale promozione della stessa, mediante il sostegno e la condivisione per far sì che superi le difficoltà, a volte solo momentanee, che una gravidanza imprevista può presentare, affermando che un essere umano è tale fin dal concepimento ed ha la dignità di per-

(Continua a pagina 11)

(Continua da pagina 10)

sona.

CAV DIOCESANO

Il CAV diocesano di Tor Lupara vede l'impegno di alcune parrocchiane della parrocchia di Gesù Maestro le quali con la loro opera di volontariato, opportunamente formate, intervengono in aiuto delle donne in difficoltà per una maternità inaspettata e forniscono loro solidarietà, sostegno anche economico e alternative per rinunciare all'aborto. Nessuna donna si è mai pentita di aver optato per la vita. Le donne assistite dal Centro sono molto eterogenee tra loro: si va dall'adolescente alla donna matura, dalla nubile alla coniugata, di ogni razza, ceto e religione. Si è offerta assistenza anche a pazienti psichiatriche con risultati positivi (vedi art. a pag. 14).

GIORNATA PER LA VITA

Nella "Giornata per la vita" diocesana che si svolge ogni anno a febbraio il CAV di Tor Lupara si impegna a diffondere la cultura della vita (il Vangelo della Vita!) invitando relatori di chiara fama, ma la loro opera culturale si svolge durante tutto l'anno anche con la loro stessa testimonianza di servizio.

PROGETTO GEMMA

Una iniziativa importante è il "Progetto Gemma" (gestito a livello nazionale dalla Fondazione Vita Nova), una adozione prenatale a distanza per situazioni a rischio aborto. I benefattori (singole persone, gruppi, associazioni ecc.) che vi partecipano garantiscono alla donna 160 euro per 18 mesi. Altri finanziamenti provengono da enti locali e da privati con finalità che possono essere l'acquisto del latte in polvere e di ogni altra cosa utile ai bambini fino ad un anno di età. Dal 2006 il CAV è tra le ONLUS che ricevono i finanziamenti che i contribuenti destinano al "cinque per mille".

SERVIZI

I servizi resi sono: test di gravidanza gratuiti ed anonimi, ascolto, ospitalità, interventi di consulenza specialistica per le maternità a rischio, informazioni sui diritti assistenziali di madre e bambino.

Sono presenti in sede: operatrici qualificate ed una insegnante di Metodi Naturali per la Regolazione della Fertilità.

RISULTATI

A fine 2014 il CAV di Tor Lupara ha assistito 1987 donne, con circa 1272 bambini nati di cui 154 grazie al Progetto Gemma (le donne assistite sono state italiane per il 50% ed il rimanente 50% straniera).

*Bioeticista, Insegnante del Metodo dell'Ovulazione Billings, consulente presso il Centro

Per approfondire CARLO CASINI intervistato da Renzo Agasso, "Sì alla vita. Storia e prospettive del Movimento per la Vita", 2011, Ed. San Paolo.

Per maggiori informazioni consultare il sito web: www.cavtorlupara.it

Cav di Tor Lupara: Informazioni Utili

Indirizzo: Via I Maggio, 37 Tor Lupara di Fonte Nuova (Rm)

Tel.: 06 9063961

E-mail: cavtorlupara@libero.it

Orario: Martedì 17.00 - 19.00

Mercoledì 10.00 - 12.00

Giovedì 17.30 - 19.00

Venerdì 17.00 - 19.00

Destina il 5 per mille al C.A.V. di Tor Lupara (C.F. 94022430584)

è facile farlo, non ti costa nulla e ... per noi è molto importante.

Al servizio del Vangelo della vita

Elena Andreotti, bioeticista 15 gennaio 2015

Qualcuno si domanderà se le riflessioni offerte in questa sede o, comunque la conoscenza dei dibattiti in bioetica, siano necessarie alla formazione di un cattolico. Evidentemente sono conoscenze fondamentali visto che Giovanni Paolo II ha dedicato un'enciclica - *Evangelium Vitae* - alle tematiche relative alla dignità e alla difesa della vita umana: "[...] annunciare il Vangelo della Vita" è "parte integrante del Vangelo che è Gesù Cristo". "[...] Siamo mandati: essere al servizio della vita non è per noi un vanto, ma un dovere, che nasce dalla coscienza di essere 'il popolo che Dio si è acquistato perché proclami le sue opere meravigliose' (1 Pt2,9). [...] Tutti sentiamo il dovere di annunciare il Vangelo della vita, di celebrarlo nella liturgia e nell'intera esistenza, di servirlo con le diverse iniziative e strutture di sostegno e promozione." (EV, 78).

Per evangelizzare, ai nostri giorni, è necessario conoscere il dibattito attuale sul valore della vita, perché non dobbiamo essere trovati impreparati sul piano scientifico, antropologico ed etico, capaci di dialogare con tutti; ma tutto ciò non è sufficiente perché la sola ragione, a volte, si ostina a rimanere cieca e sorda di fronte alla verità. Perciò "[...] urge coltivare, in noi e negli altri, uno sguardo contemplativo. [...] E' lo sguardo di chi non pretende d'impossessarsi della realtà, ma la coglie come un dono, scoprendo in ogni cosa il riflesso del Creatore e in ogni persona la sua immagine vivente (cf Gn 1,27; Sal 8,6)." (EV,83).

"Nell'annunciare questo Vangelo, non dobbiamo temere l'ostilità e l'impopolarità, rifiutando ogni compromesso ed ambiguità che ci conformerebbero alla mentalità di questo mondo (cf, Rm 12,2)". (EV, 82).

Il papa ci invita a contribuire ad una "cultura della vita" proprio in forza della partecipazione alla missione regale di Cristo. "[...] il sostegno e la promozione della vita umana devono attuarsi mediante il servizio della carità, che si esprime nella testimonianza personale, nelle diverse forme di volontariato, nell'animazione sociale e nell'impegno politico.[...]" è "[...] un'esigenza che nasce dalla 'fede che opera per mezzo della carità' (Gal 5,6)". (EV,87).

Tutti, sia pure a titolo e in modi diversi, hanno una responsabilità nell'animazione sociale e nell'elaborazione di progetti, chiamati a contribuire "[...] ad edificare una società nella quale la dignità di ogni persona sia riconosciuta e tutelata, e la vita di tutti sia difesa e promossa. Tale compito grava in particolare sui responsabili della cosa pubblica." (EV,90).

"Tutti insieme dobbiamo costruire una nuova cultura della vita: nuova perché in grado di affrontare e risolvere gli inediti problemi di oggi circa la vita dell'uomo; nuova perché fatta propria con più salda e operosa convinzione da parte di tutti i cristiani; nuova perché capace di suscitare un serio e coraggioso confronto culturale con tutti. L'urgenza di questa svolta culturale è legata alla situazione storica che stiamo attraversando, ma si radica nella stessa missione della Chiesa. Il Vangelo, infatti, mira a 'trasformare dal di dentro, rendere nuova l'umanità'; è come il lievito che fermenta tutta la pasta (cf. Mt 13, 33) e, come tale, è destinato a permeare tutte le culture e ad animarle dall'interno, perché esprimano l'intera verità sull'uomo e sulla sua vita." (EV, 95).

(Continua a pagina 13)

(Continua da pagina 12)

Formare le coscienze, a cui è strettamente connessa l'opera educativa, è il compito urgente da cui non sono esenti, come destinatarie, neanche le nostre stesse comunità cristiane. (cf. EV, 96).

Porto all'attenzione del lettore due testi che trattano di Pastorale della Vita. Oggi è ineludibile, per chi è impegnato nella pastorale, la conoscenza dei temi che sono oggetto di riflessione della bioetica. La conferma di ciò la troviamo nella premessa della parte prima del libro del Card. Elio Sgreccia "Per una pastorale della vita umana. Riferimenti fondativi e contenuti dottrinali." (Ed. Cantagalli e Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia, 2011):

"La Pastorale - intesa come disciplina teologica e come metodologia pratica - comporta una sintesi armonica tra diverse Discipline Teologiche (la Sacra Scrittura, la Teologia Dogmatica, la Teologia Morale) e una conoscenza non superficiale di alcune Scienze Umane (la Psicologia, la Sociologia, la Pedagogia...).



Soltanto una considerazione superficiale potrebbe far pensare che fare Pastorale nella Chiesa oggi possa essere più facile che svolgere un'attività professionale, fosse anche universitaria. [...] Chi potrebbe pensare che si tratti di un'attività di rilievo secondario? La

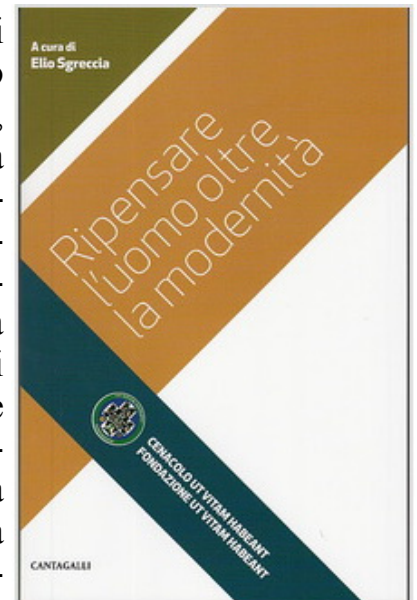
Chiesa "giuoca" tutta se stessa nel momento della pastorale.

Quando poi si parla di Pastorale della Vita, si intende dell'incontro della Vita Divina del

Cristo Risorto, presente nella Chiesa e operante nei suoi ministeri, con la vita umana di ogni persona nella sua concretezza.

[...] l'insegnamento recente del Magistero e particolarmente l'Enciclica del Servo di Dio Papa Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae*, non permette dubbi sulla necessità e sull'urgenza dell'azione pastorale a sostegno della vita e per una generale e comunitaria attenta mobilitazione di tutto il "popolo della vita" [...]

E' necessario premettere che la Pastorale della Vita comporta anche una previa conoscenza di Bioetica, perché oggi, parlare semplicemente di vita umana comporta l'esame di questioni, di dubbi e di valutazioni diverse: quando comincia la vita, come si concilia l'accettazione della vita con la libertà; è la vita umana diversa da quella degli altri esseri viventi; che cosa vuol dire difendere una vita quando questa non possiede all'inizio o al termine una adeguata qualità di vita."



Il secondo testo che propongo, "Ripensare l'uomo oltre la modernità" a cura di Elio Sgreccia (ed. Cantagalli, 2013), è la raccolta delle riflessioni di importanti studiosi e docenti universitari offerte ad un vasto pubblico in una serie di conferenze che hanno permesso un ulteriore approfondimento dei contenuti già sviluppati nel testo di pastorale. Il ciclo di conferenze è stato promosso dalla Fondazione Ut Vitam Habeant di cui è Presidente lo stesso Card. Sgreccia.

Pazienti Psichiatriche e Aborto Procurato: L'interruzione della Gravidanza è davvero "volontaria"?

Maria Grazia Di Pasquale, medico 15 gennaio 2015

Riprendendo il tema del numero di settembre 2014 de "[La Buona Battaglia](#)", affrontiamo il problema, abbastanza misconosciuto ai più, dell'interruzione della gravidanza nei casi di patologia psichica della donna ante-cedente il concepimento: l'IVG (interruzione volontaria della gravidanza) è nella maggior parte dei casi in questione considerata obbligatoria da parte delle istituzioni, ma anche molti cattolici osservanti (quelli che vanno a messa la domenica, che si sposano in chiesa, fanno fare la prima comunione ai figli), se interrogati mettendo la questione in questi termini: "è rimasta incinta, è malata di mente, deve assumere farmaci", liquidano nella maggior parte dei casi con la risposta abbastanza decisa "ah, allora in questo caso deve abortire, poveretta".

L'esperienza medica di vari decenni, sul campo, nella nostra zona, mi ha mostrato parecchi casi di pazienti seguite dai dipartimenti di salute mentale della ASL, che sono state inviate direttamente dal suddetto servizio psichiatrico all'ospedale di zona per una interruzione volontaria della gravidanza. Altre pazienti, che erano seguite contemporaneamente dai Servizi sociali, hanno subito la stessa sorte, inviate in ospedale dall'assistente sociale; altre ancora hanno per fortuna trovato un "buco" nella maglia stretta ed incredibilmente sollecita del Servizio sanitario nazionale, ed hanno avuto la possibilità di essere aiutate a proseguire la gravidanza, con adeguato supporto psichia-

trico, sociale e ginecologico, ma soprattutto di umana solidarietà.

Mi propongo qui di esaminare i problemi diversi che una patologia psichica comporta in caso di gravidanza, richiamando i paragrafi della legge italiana (la ormai tristemente famosa legge 194 del 22 maggio 1978) che consente l'interruzione di gravidanza.

L'art.4 della Legge cita: "*per la interruzione volontaria di gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico...*".

La Società Italiana di Psichiatria (SIP), in un gruppo di lavoro del marzo 2013 (LO PSICHIATRA E L'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA. AREE PROBLEMATICHE E RACCOMANDAZIONI), riguardo all'interruzione entro i primi 90 giorni di gravidanza, commenta: *In effetti, benché si faccia riferimento ad una precisa condizione di ordine sanitario (il "serio pericolo per la sua salute fisica o psichica"), di fatto -come si evince dal successivo art.5 - la Legge non affida al medico (che di norma è un medico del consultorio o lo stes-*

(Continua a pagina 15)

(Continua da pagina 14)

so medico di fiducia) **un ruolo specificamente “prescrittivo”** [...] Dunque, la legge entro i primi 90 giorni attribuisce al medico un ruolo certificativo che, ben inteso, riguarda sostanzialmente l'esistenza di uno stato di gravidanza e l'esistenza di una volontà espressa della donna di interromperla. La Legge dunque, nella sostanza, lascia alla donna la libertà e la responsabilità della scelta.

Abbiamo quindi, da parte di una società scientifica LAICA un invito a ricordare che il medico (e quindi anche lo psichiatra) non può prescrivere l'interruzione di gravidanza, ma che fondamentali sono la volontà e la libertà della donna sul suo proseguimento.

La stessa legge prende in considerazione l'interruzione terapeutica della gravidanza dopo i primi 90 giorni: all'art.6, infatti, viene previsto che “L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna”. Al successivo art.7 viene specificato che “i processi patologici che configurano i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero che deve praticare l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti”. La SIP commenta ancora: all'interno di questo processo si colloca non infrequentemente il ruolo dello psichiatra, generalmente chiamato quale consulente dai colleghi delle strutture ostetrico-ginecologiche al fine di valutare se

sussistano le condizioni di “grave pericolo per la salute psichica” della donna e, conseguentemente, se si configuri la necessità di una interruzione dello stato di gravidanza quale atto con valore “terapeutico” al fine di salvaguardare la salute mentale stessa della donna. In sostanza, il ruolo dello psichiatra è tutt'altro che marginale all'interno della procedura prevista dalla Legge, nella misura in cui ad esso viene attribuito un duplice e fondamentale ruolo:

- diagnostico-certificativo (diagnosticare e certificare una condizione di “grave pericolo” per la salute psichica della donna);
- terapeutico-prescrittivo (indicare la necessità di procedere alla interruzione dello stato gravidico al fine di **garantire la preservazione dello stato di salute mentale**).

Ora, in caso di malattia psichica grave, è noto agli psichiatri quanto sia arduo vagliare l'effettiva e lucida volontà di un paziente, ma è altrettanto vero che:

- (a) la stragrande maggioranza dei pazienti psichiatrici accede ai servizi territoriali di Salute Mentale volontariamente.
- (b) la legge mette a disposizione vari strumenti per affiancare il paziente nelle decisioni terapeutiche, o per sostituirsi ad esso, nel caso si ravvedano le condizioni di incapacità parziale o totale di aderire al programma terapeutico (psichiatrico e non): si va dall'amministratore di sostegno al tutore, e ambedue le figure sono nominate dal Giudice tutelare.

Esaminiamo il **caso (a): paziente non interdette, non soggetta ad amministrazione di sostegno, affetta da patologia psichica cronica importante, come schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi del comportamento ali-**

(Continua a pagina 16)

(Continua da pagina 15)

mentare ecc., che rimane incinta:

- (1) nell'ambito del matrimonio
- (2) per relazione occasionale
- (3) per violenza sessuale occasionale o continuata in famiglia o fuori di essa.

Ricordiamo che la schizofrenia è una patologia frequente nelle donne giovani, e che “sebbene sia stata segnalata una minore fertilità nelle donne affette da schizofrenia, la maggior parte di loro ha un figlio”¹. Ovviamente i problemi durante la prosecuzione della gravidanza esistono, e non pochi, ma l'esperienza clinica insegna che “un'assistenza prenatale ottimale possa avere benefici a lungo termine sia per il bambino che per la madre. La donna dovrebbe essere messa in contatto quanto prima con servizi appropriati al fine di permettere l'organizzazione dei vari livelli assistenziali prima e dopo il parto, momento di particolare vulnerabilità per la diade stessa” (ivi).

Una volta accertata da lei stessa o da altri la gravidanza, è possibile che si rechi o venga accompagnata per una visita prima dallo psichiatra e poi dal ginecologo, oppure prima dal ginecologo e poi dallo psichiatra. Chi l'accompagna? Un congiunto o un'amica, in qualche caso la visita è preceduta da una telefonata preventiva dell'assistente sociale. Il cliché è il seguente: “è malata di mente, assume tante medicine, non può portare a termine la gravidanza...”. La paziente viene interrogata sulla sua volontà? Quasi mai. Le si chiede se pensa che le piacerebbe avere un bambino? Le si chiede se c'è qualcuno che la possa sostenere in gravidanza e dopo? Quasi mai. Lo psichiatra conosce veramente le linee-guida, si è aggiornato sull'uso degli psicolettici più sicuri in gravidanza? Di solito si consola la paziente con la frase “con i

farmaci che prendi ti viene un figlio malformato” Lo psichiatra aderisce veramente a quanto ribadito dalla SIP (*garantire la preservazione dello stato di salute mentale*)? In ambedue i casi, prima dei 90 giorni di gestazione e dopo, la prassi comune è quella della certificazione psichiatrica di grave malattia che mette in pericolo la salute psichica della donna, e l'invio (con invito all'urgenza) all'ospedale per abortire.

Nel caso (b), di donna soggetta ad amministrazione di sostegno per la salute² o a tutela continuo a citare la SIP (che, ribadisco, è al di fuori di sospetto ideologico-religioso): “Una situazione particolare riguarda l'interruzione terapeutica di gravidanza nella donna interdetta per infermità di mente, prevista dall'articolo 13 della legge. In detto articolo si esplicita che “la richiesta, di cui agli articoli 4 e 6, può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.....”

Viene quindi stabilito che non esiste alcuna presunzione di incapacità nell'inferma di mente ma che una donna, anche interdetta, può essere in grado di decidere in modo valido in merito all'interruzione di gravidanza. In questi casi deve essere espressa la valutazione psichiatrica o, almeno, una diagnosi della malattia della donna, ma non è richiesto espressamente un parere specialistico. Resta senza previsione legislativa l'ipotesi della donna in condizione di incapacità naturale di mente, ma non interdetta. Gli incapaci naturali (art. 428 C.C.) sono quindi soggetti che si trovano per qualsiasi

(Continua a pagina 17)

(Continua da pagina 16)

causa, anche transitoria, in condizioni di incapacità di intendere e volere: gli atti da loro compiuti possono essere annullati. Non essendo valida la volontà della donna sotto il profilo giuridico, non è possibile dar seguito alle procedure previste nel primo e nel secondo trimestre, pena l'incorrere nel caso di delitto di aborto su persona non consenziente. La consulenza psichiatrica, in questo caso, ha quindi l'obiettivo di un accertamento sulle condizioni mentali al fine di richiederne eventualmente l'interdizione con una procedura di massima urgenza. Tenuto conto di quanto la Legge prevede è dunque della massima importanza che lo psichiatra, chiamato quale consulente, proceda nel suo compito, la cui delicatezza appare "ictu oculi" evidente, avendo innanzitutto consapevolezza della notevole complessità dei problemi correlati alla interruzione di gravidanza. Alcune questioni sono a questo riguardo fondamentali: la prima concerne l'impatto sulla salute mentale dell'aborto, sia spontaneo che indotto; la seconda riguarda l'eventualità esattamente opposta, ovvero l'impatto sulla salute mentale della donna della mancata interruzione di gravidanza".

E' opportuno ricordare che: l'acquisizione di consenso informato in caso di interventi sanitari può avvenire in forma scritta o orale. La forma scritta diventa necessaria e richiesta per legge in numerosi casi, fra cui l'interruzione volontaria della gravidanza³.

PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI

Prima di affrontare il problema dell'uso dei farmaci di competenza psichiatrica in gravidanza, affrontiamo anche il problema delle **pazienti incinte che sono dipendenti da sostanze stupefacenti**: in genere esse sono seguite dai SERT (Servizio Tossicodipendenze) di zona, ma sempre più spesso afferisco-

no anche agli psichiatri del DSM, essendo concomitanti in esse, (e sono la maggioranza negli ultimi anni) la dipendenza e la patologia psichiatrica (i cosiddetti casi di "doppia diagnosi")⁴. Anche questa categoria di pazienti è spesso sollecitata ad interrompere la gravidanza, ma, come dimostrano vari studi, oltre a quelli citato, di fondamentale importanza è la presa in carico ed il sostegno continuativo durante tutta la gravidanza⁵, specialmente nella prevenzione di una crisi di astinenza (di qui la necessità della terapia metadonica), e dell'abuso concomitante di altre sostanze stupefacenti.

PATOLOGIE PSICHIATRICHE E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN GRAVIDANZA

Le patologie psichiche maggiori devono essere trattate in gravidanza: Se da un lato, infatti, è doveroso considerare i possibili rischi per il feto dovuti all'esposizione agli psicofarmaci, dall'altro bisogna tenere conto dei rischi conseguenti al non trattamento di un grave disturbo psichico, insorto o riacutizzatosi durante la gravidanza⁶.

Ecco le motivazioni per alcune patologie:

"Riconoscere e trattare la **depressione maggiore** in gravidanza è di fondamentale importanza per le conseguenze che comporta sia per la madre che per il bambino. [...] In un recente studio, Cohen et al. rilevano come il 68% delle donne che interrompono un trattamento antidepressivo programmando un concepimento, mostrano una ricaduta depressiva durante la gravidanza, specie nel primo trimestre"...

Rischi associati al non trattamento della depressione in corso di gravidanza:

- (1) Scarsa adesione ai controlli ginecologici;

(Continua a pagina 18)

(Continua da pagina 17)

- (2) Abuso di sostanze e/o alcolici;
- (3) Alterazioni nello stile di vita > fumo, dieta, etc.
- (4) Comportamenti auto lesivi > 15% delle gravide;
- (5) Depressione postpartum > 60% dei casi;
- (6) Complicazioni ostetriche: aborti spontanei, travagli precoci, parti prematuri, feti nati morti;
- (7) Alterazioni dello sviluppo fetale e neonatale: alterazioni nella fisiologia fetale, basso peso alla nascita ridotta circonferenza cranica, ritardo nella crescita neonatale, alterazioni comportamentali a lungo termine⁷.

Il non trattamento può seriamente compromettere: 1) il decorso della gravidanza, del parto e del puerperio; 2) lo sviluppo intrauterino del feto e 3) lo sviluppo del neonato a breve e a lungo termine.

“Esistono pareri contrastanti sulla possibilità o meno che il **disturbo bipolare** migliori o si aggravi durante la fase gestazionale. La frequenza di ricadute depressive o maniacali in gravidanza e spesso determinata dalla brusca interruzione delle terapie... Risulta quindi di particolare rilevanza, per le donne con disturbo bipolare, la pianificazione della gravidanza stessa con la stretta collaborazione delle figure sanitarie che si occupano degli aspetti ginecologici e psichiatrici. La graduale sospensione dei farmaci deve essere presa in considerazione nel primo trimestre di gestazione nelle donne che prima del concepimento hanno avuto lunghi periodi di remissione. Nella valutazione del rischio/beneficio legato alla somministrazione o meno di psicofarmaci, specie degli stabilizzatori

dell'umore, devono essere considerati gli effetti sul feto ma insieme le conseguenze del mancato trattamento del disturbo psichico materno”⁸.

Schizofrenia La maggior parte delle evidenze disponibili sugli antipsicotici tradizionali riguardano esclusivamente le fenotiazine e l'aloiperidolo. Per le prime non sono state evidenziate differenze significative nelle percentuali di malformazioni nei neonati di madri in trattamento per iperemesi gravidica rispetto ai non esposti. Tali risultati verrebbero sostanzialmente confermati da una recente revisione della letteratura che evidenzia un rischio basso e comunque di poco superiore a quello dei

non esposti (2,4% vs 2,0%). Per i nuovi antipsicotici (c.d. atipici) esistono alcuni dati, per lo più *case-report* o piccoli studi di *follow-up*, riguardanti la clozapina, che non hanno evidenziato alcuna correlazione significativa tra l'esposizione al farmaco e il rischio di teratogenesi. Il solo studio che ha dimostrato un aumento delle malformazioni e delle sindromi perinatali riguardava in realtà un campione di madri che avevano assunto durante la gravidanza anche altri farmaci oltre che clozapina.

In una paziente con anamnesi negativa per disturbi psicotici che durante la gravidanza sviluppi un primo episodio di entità moderata, l'uso intermittente di antipsicotici nel primo trimestre può essere una valida alternativa alla somministrazione quotidiana. Al contrario, laddove vi sia una patologia cronica caratterizzata da numerose ricadute alla sospensione o alla riduzione della terapia di mantenimento, è consigliabile l'impiego di antipsicotici durante tutta la gravidanza. In termini di esposizione fetale, infatti, un man-

(Continua a pagina 19)

(Continua da pagina 18)

tenimento regolare con questi farmaci può risultare preferibile all'utilizzo di alte dosi quali sono quelle spesso impiegate nella fase acuta di trattamento⁹.

Disturbo ossessivo-compulsivo Dai dati della letteratura si evince la necessità di diagnosticare il DOC nel periodo gravidanza/post partum quanto prima possibile, per garantire sia una corretta psicoeducazione della paziente e dei familiari, sia un accesso tempestivo al trattamento psicofarmacologico e/o psicoterapeutico¹⁰.

Perché è importante individuare e trattare le donne con Disturbo Ossessivo Compulsivo in gravidanza o nel postpartum?

Una donna in gravidanza con Disturbo Ossessivo Compulsivo non trattato ha un rischio più elevato di sviluppare un episodio depressivo nel postpartum.

Una donna nel periodo postpartum con Disturbo Ossessivo Compulsivo non trattato può ridurre fortemente le interazioni con il bambino per paura di procurargli danno. Con un trattamento tempestivo possiamo aiutarla a ridurre queste paure e incrementare quindi le interazioni con il bambino favorendo il loro legame.

La terapia del Disturbo Ossessivo Compulsivo aumenta la capacità della donna di affrontare sia la gravidanza che il postpartum.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale rappresenta il trattamento di scelta. In alcuni casi, alla psicoterapia, si associa un trattamento psicofarmacologico¹¹.

“Attualmente il mondo scientifico guarda a questi farmaci anche nell'impiego in gravidanza con occhio benevolo, come fatto da ricercatori del The Hospital for Sick Children, a Toronto, in Canada che hanno com-

piuto una revisione, basata sull'evidenza, sulla sicurezza dei farmaci antipsicotici impiegati in gravidanza”¹².

Note

[1] L. Giardinelli, C. Cecchelli, A. Innocenti Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze Disturbi psichiatrici in gravidanza, Giorn Ital Psicopat 2008;14:211-219. “È comune che la gravidanza non sia stata pianificata, che la donna non abbia una relazione stabile e che abbia basse condizioni socio-economiche. Dai dati di letteratura emerge che la gravidanza ha un impatto imprevedibile e molto variabile sulle condizioni psichiche di donne affette da Schizofrenia... Omissis..... Effetti collaterali legati alla gravidanza avvengono con un'incidenza del 5% in donne con disturbo schizofrenico. Donne con disturbi psicotici possono elaborare interpretazioni distorte delle esperienze e dei cambiamenti associati alla gravidanza, con idee deliranti scatenate dai movimenti fetali e un atteggiamento ambivalente nei confronti della gravidanza stessa. Nel periodo puerperale, le madri con un delirio di tipo persecutorio mostrano un atteggiamento tendenzialmente più competente nella gestione del figlio ma facilmente manifestano uno scompensamento psicopatologico se separate dal bambino”.

[2] l'amministratore di sostegno è una figura introdotta dalla Legge n. 6 del 09.01.2004. (“Introduzione dell'amministrazione di sostegno e modifiche del Codice Civile in materia di interdizione e inabilitazione”), nominata dal giudice al fine di sostituire la persona menomata o inferma nel compimento di determinati atti tra i quali può figurare l'atto sanitario, nonostante il soggetto conservi capacità di agire per tutti gli atti non esposti nel provvedimento.

[3] Fondazione Guglielmo Gulotta di Psicologia Forense e della Comunicazione, Il consenso informato ai trattamenti sanitari:...2010: “L'informativa sul consenso, deve: essere redatta su carta intestata dalla struttura organizzativa in carattere chiaro e leggibile; contenere un titolo, il linguaggio deve essere semplice e comprensibile anche per chi non abbia familiarità con la terminologia specifica e

(Continua a pagina 20)

(Continua da pagina 19)

l'informativa deve contenere tutti gli elementi necessari al paziente per scegliere. Tutto il personale sanitario è tenuto ad osservare la procedura per le parti di propria competenza e la responsabilità per aver adempiuto all'obbligo di informazione spetta sia al personale che all'Azienda per la quale lavora. L'inadempimento in esame è imputabile sia all'operatore per responsabilità diretta (ex art. 2043 c.c.), sia alla struttura sanitaria come soggetto responsabile dell'effettiva richiesta del consenso (ex art. 2049 c.c.) (Tribunale di Viterbo Sent. 108 1/2006-Cassazione Civile Sent. 22390/2006).

[4] Cito l'Italian Journal of addiction, vol. 3 n. 2, 2013, Esperienza di integrazione assistenziale tra un Sert e un centro avanzato di riferimento nella gestione delle gravide tossicodipendenti - Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza ASL FR2 - Dipartimento per la Salute e la tutela della Donna, della Vita Nascente, del Bambino e dell'Adolescente - Policlinico A. Gemelli Roma3 - Istituto Psichiatria Policlinico A. Gemelli Roma Contatti: Dott.ssa Cinzia Cioce U.O.C. SERT Cassino - Dip. Disagio Devianza Dipendenza ASL Frosinone (FR) tel.- fax: 0776 311613 e-mail: cinzia.cioce@libero.it "La dipendenza da oppiacei in gravidanza rappresenta un grave fattore di rischio per le complicanze sia ostetriche che fetali. Obiettivo dello studio pertanto è verificare quanto un adeguato trattamento metadonico possa comportare una riduzione dei rischi per il nascituro, e quanto le condizioni materne influenzino l'esito della gravidanza. L'obiettivo principale è stabilizzare la donna gravida ad un dosaggio metadonico che impedisca il craving e consenta l'abbandono della vita da strada. Metodi: dal 2006 ad oggi al Sert di Cassino sono state seguite 24 gravidanze di 18 pazienti di età compresa tra i 20 e i 40 anni con diagnosi di Dipendenza da Oppiacei di cui alcune di loro in comorbilità con abuso di cocaina e cannabinoidi secondo i criteri diagnostici del DSM - IV- TR. In tutte le 18 donne è stato effettuato trattamento ambulatoriale clinico-ostetrico presso il Policlinico A. Gemelli. Risultati: è stata riscontrata una buona compliance dell'utenza relativamente al percorso integrato intrapreso. 11 donne hanno ridotto il comportamento tossicomane, e solo 5 pazienti con indice di gravità medio/grave, hanno conservato tale comportamento, pur riducendo nella quantità e nella frequenza l'uso di stupefacenti. Gli outcome ostetri-

ci non dimostrano differenze significative con la popolazione generale in termini di modalità del parto, durata della gravidanza e peso alla nascita. La Sindrome da Astinenza Neonatale è stata riscontrata nell'85% dei casi. Conclusioni: l'impiego di adeguati dosaggi metadonici e un programma coordinato con i servizi ostetrici permettono un miglioramento dello stato fisico della gestante tossicodipendente, tale da ridurre di molto il rischio ostetrico e neonatale.

[5] Diversi studi canadesi, come lo Sheway Program a Vancouver e il New Choices Program a Hamilton, hanno dimostrato la correlazione tra la riduzione dell'uso di sostanze in rapporto ad un aumento dell'attività dei propri servizi;

[6] G. Imperadore, C. Goss, C. Bellantuono L'uso degli psicofarmaci in gravidanza e nel puerperio, Unità di Psicofarmacologia Clinica, Sezione di Psichiatria Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona (*Nooç 1:2002, pag 109-131*)

[7] C. Bellantuono, lettura magistrale: Rischi-benefici del trattamento della depressione in gravidanza e nel puerperio. In: LA DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM Jolly Hotel Marina Genova Da 18 giugno, 2005

[8] Da L. Giardinelli, C. Cecchelli, A. Innocenti: Disturbi psichiatrici in gravidanza *Giornale Italiano di psicopatologia* Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi-Firenze (*Giorn Ital Psicopat 2008;14:211-219*).

[9] Imperadore e coll. (Vedi nota 6)

[10] G. ROSSO, E. BECHON, F. BOGETTO, G. MAINA La paziente con DOC in gravidanza e nel post partum. Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino *Journal of Psychopathology* Vol. 5, Marzo 1999, num. 1

[11] Università degli studi di Firenze, Programma disturbi Ossessivi e comportamenti ossessivo-compulsivi. Da G. Melli: Vincere le ossessioni, Firenze 2011

[12] Einarson A, Boskovic R.: *J. Psychiatr. Pract.* 2009; 15: 183-192

Centri di Assistenza

ROMA A.O. Sant'Andrea – Centro Prevenzione e Cura Disagio Psicico della Donna – U.O.C di Psichiatria – Roma Il “Centro Prevenzione e Cura del Disagio Psicico della Donna dall’Adolescenza alla Menopausa, Psichiatria Perinatale e Riproduttiva della Donna” è un Servizio nato e sviluppatosi grazie al lavoro pluriennale della U.O.C di Psichiatria dell’Azienda Ospedaliera Sant’Andrea. Il Centro è specializzato nello studio dell’intero ciclo riproduttivo femminile.

ROMA, Policlinico Gemelli (06-3050077, dal lunedì al venerdì); *CRIF* (02-39005070, dal lunedì al venerdì 9.30-15); *Filo Rosso Associazione Studio Malformazioni* (02-8910207).

ASCOLI PICENO, Suore Ospedaliere Villa S. Giuseppe, Trattano e promuovono Corsi ed informazioni scientifiche sulle patologie psichiatriche femminili;

ANCONA A.O.U. Ospedali Riuniti – Ancona Clinica Psichiatrica - Centro DEGRA è un Centro Specialistico Ambulatoriale, finalizzato alla prevenzione e alla terapia dei Disturbi Affettivi (depressione, disturbo bipolare, ecc.) e Ansiosi (disturbo da panico, ansia generalizzata, ecc.) in gravidanza e nel post-partum. **Responsabile Centro DEGRA:** Prof. Cesario Bellantuono

BERGAMO, Ospedale Papa Giovanni XXIII (è il più grande tra gli ospedali lombardi), aree di eccellenza (Psichiatria 2) Percorso dedicato alle future mamme che hanno in corso o pianificano una gravidanza e hanno la necessità di mantenere un trattamento psicofarmacologico, in collaborazione con il Centro Antiveneni e con l'Ostetricia e ginecologia; la visita può essere richiesta direttamente dalla paziente o, meglio, dallo psichiatra o dall’ostetrico che già la seguono e che, in questo caso, saranno coinvolti nel percorso.

CATANIA AOU Vittorio Emanuele Policlinico “G. Rodolico” di Catania. Unità di Psichiatria È qui attivo un ambulatorio dedicato alle problematiche relative alla psichiatria di genere in stretta collaborazione con la Clinica Ginecologica del Policlinico Universitario.

MILANO A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano Centro Psiche Donna, nato nel 2004. È un Centro pubblico ambulatoriale specializzato nello studio, prevenzione e cura delle malattie psicologiche e dei disturbi psichiatrici relativi ai passaggi più significativi del ciclo di vita femminile, quali la gravidanza, il post-partum, il periodo mestruale e la menopausa. La gravidanza e il post-partum sono le aree di elezione.

NAPOLI Università di Napoli SUN Dipartimento di Psichiatria Centro per la Prevenzione, Diagnosi e Terapia della Depressione in Gravidanza e nel Post-partum; opera in collaborazione con il Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia e con quello di Medicina Sperimentale della stessa Università al fine di garantire assistenza alle donne con problematiche depressive nel corso della gravidanza e/o nel post-partum.

PISA A.O. Università Pisana PND-ReScU Perinatal Depression Research and Screening Unit . Dal 2004 presso il Dipartimento di Psichiatria dell’Università di Pisa si è costituita un’equipe di ricerca (PND-ReScU) composta da medici psichiatri e psicologi che, in stretta collaborazione con il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia (Unità Operative I e II) e l’Unità Operativa di Psicologia (Azienda Sanitaria Locale 5), si propone l’obiettivo di prevenire, individuare e gestire la psicopatologia del periodo perinatale.

Lettera CAV Tor Lupara Onlus

28 gennaio 2001



*Centro di Aiuto alla Vita - Onlus
Tor Lupara*

Al Primario della Divisione di Ostetricia e Ginecologia
dell'Ospedale di Monterotondo
e Alla Direzione del Servizio di Salute Mentale ASL RM G I 24
Monterotondo

Venuti a conoscenza di numerosi casi di interruzione di gravidanza sotto il nome di "aborto terapeutico" in pazienti affette da disturbi psichiatrici, la cui intenzione primaria era di portare avanti la gravidanza (data anche il volontario mancato uso di metodi contraccettivi), si diffidano i medici che intraprendono le pratiche per l'interruzione involontaria della gravidanza a proseguire in tale delittuoso comportamento. L'art.4 della Legge 194 l 78 è in questo caso disatteso, mancando la primaria volontà della donna ad abortire, ed essendo altresì messi in atto convincimenti che la persuadono di pericolo per la sua salute fisica e psichica, inadeguatezza della struttura familiare ad accogliere il nuovo nato, pericolo di malformazioni a causa dei farmaci assunti, ecc. Spesso si interpreta come consenso della donna (art.18 della suddetta legge) la sua incapacità a difendersi dalle argomentazioni proposte, la sua inadeguatezza culturale e psichica, mentre chi ha buona consuetudine con la psiche umana sa benissimo che i livelli più profondi dell'animo non sono sondabili con questionari, né con affrettati colloqui miranti solo a giustificare le azioni degli operatori sanitari abortisti; la volontà profonda di una donna che desidera un figlio nonostante i propri gravi limiti va rispettata.

Impegnandoci anche in questi specifici casi ad accogliere il nuovo nato, a sostenere la famiglia nelle sue quotidiane necessità e tribolazioni, garantiamo da parte nostra ogni possibile appoggio perche la vita sia meno gravosa per queste persone poco fortunate, ma nondimeno persone con propria dignità e aventi diritto alla libertà di procreare.

Dott. Giorgio Raganelli
Dott. Maria Grazia Di Pasquale
Dott. Marcello Budini
Dott. Domenico Carpita
Dott. Franco Di Fabio
Dott. Cristina Lalli

Centro di Aiuto alla Vita, Tor Lupara
Via Nomentana, 580-00010 Tor Lupara (RM) tel./segr./fax (06) 9063961

Le pillole che uccidono

Raccolta dati e informazioni a cura di Elena Andreotti, bioeticista

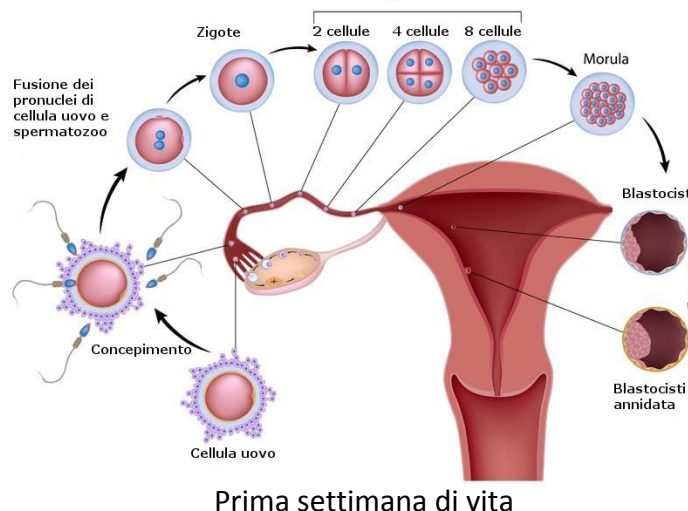
Prima di affrontare l'argomento relativo al funzionamento degli anticoncezionali chimici e dei dispositivi meccanici occorre fare alcune precisazioni relative alla gravidanza ed in particolare al primo mese di gravidanza.

Per **gravidanza** si intende la condizione biologica fisiologica della donna che dura dal giorno del concepimento al parto, quindi circa 280 giorni di amenorrea, in condizioni di normalità.

Il **concepimento** è la fusione d'una cellula uovo con uno spermatozoo (fecondazione), che dà origine a un embrione. Avviene nella tuba uterina. Le cellule dell'embrione si moltiplicano fino a diventare una blastocisti;

L'embrione a 8 cellule, nel passaggio a 16 cellule, inizia un processo detto di "compattazione": le cellule (blastomeri) si schiacciano le une sulle altre formando una massa cellulare compatta, che massimizza i contatti tra una cellula e le circostanti. L'embrione tende ad assumere ora la forma di una mora e viene perciò chiamato "morula".

La morula continua ad aumentare esponenzialmente il numero delle sue cellule, mantenendo però sempre costante il diametro (circa 0,12 mm) delimitato dalla presenza della zona pellucida (circa 0,025 mm di spessore), e quando è ormai costituita da un centinaio di blastomeri inizia a formare – per accumulo di fluido all'interno della massa cellulare – una cavità, detta blastocele, che si espande progressivamente. La fase di "cavitazione" si conclude con la formazione della blastocisti, quando l'embrione ha circa



180 cellule.

Le cellule della blastocisti si distribuiscono in un sottile strato esterno (trofoblasto) e in un piccolo gruppo accollato all'interno di un polo del trofoblasto (massa cellulare interna). Prima di impiantarsi nell'endometrio dell'utero materno – verso il termine del 5° giorno dalla fecondazione – la blastocisti matura (completamente espansa) "rompe", attraverso l'azione di enzimi litici, lo strato di glicoproteine della zona pellucida che ancora la circonda e abbandona il suo involucro protettivo che aveva sinora rivestito l'embrione. Tale fenomeno, chiamato "hatching", è indispensabile perché possano avvenire l'apposizione e l'adesione all'endometrio (6°-7° giorno), che daranno inizio al processo di impianto.

Tra fecondazione e formazione della blastocisti, trascorrono circa 5-6 giorni, la blastocisti si impianta nell'utero dando luogo al cosiddetto annidamento.

L'impianto (detto anche nidazione o annidamento) è quel processo che coinvolge

(Continua a pagina 24)



l'attaccamento dell'embrione alla mucosa dell'utero. Generalmente consiste in tre fasi:

- nella prima fase l'embrione si appoggia all'endometrio
- nella seconda fase detta adesione, si deve agganciare all'endometrio

nella terza e ultima fase, chiamata invasione, deve penetrare nell'endometrio per essere accolto

L'embrione si lega alla parete uterina per mezzo di molecole "adesive" che vengono prodotte dopo sei giorni la fecondazione. In altre parole, senza impianto non ci sarà gravidanza.

Il rivestimento uterino, inoltre, deve essere recettivo all'impianto e questo richiede una abbondante preparazione di estrogeni e di progesterone. Per quanto concerne la fecondazione e la formazione della blastocisti, ci vogliono circa 5 – 6 giorni, quindi la blastocisti si impianta nell'utero e avviene l'annidamento.

Se l'ovulo arrivasse prima della sua trasformazione in blastocisti non si potrebbe impiantare. La blastocisti compie rotazioni sulla superficie uterina fino a quando dal lato della mucosa non si troverà la massa cellulare interna. Questa fase da inizio all'annidamento vero e proprio.

In che modo avviene l'impianto

Nota Bene

Quanti negano l'abortività precoce da parte di alcuni preparati ormonali partono dal presupposto che la gravidanza abbia inizio dall'impianto!

L'impianto effettivo termina dopo 14 giorni l'avvenuta fecondazione dell'ovulo. Inizia a formarsi e a crescere la placenta, e già in questa fase si può cominciare a parlare di gravidanza vera e propria.

Nelle fasi in cui avviene l'impianto, sia l'embrione che l'endometrio secernono determinate sostanze fra loro quasi dando inizio ad un vero e proprio "dialogo biochimico". L'efficacia di questo "dialogo" è di particolare importanza per il successo dell'impianto.

Sembrirebbe una cosa curiosa il fatto che l'embrione cominci a secernere sostanze chimiche per farsi accettare e per dialogare con l'endometrio e se ci pensiamo qualche secondo, è davvero una scoperta scientifica affascinante, che mostra sin da subito come l'embrione sia un soggetto attivo e vivo, che cerca da subito il successo del suo impianto.

FUNZIONAMENTO DEGLI ANTICONCEZIONALI PIÙ DIFFUSI

Pillola estro-progestinica (detta anticoncezionale, contraccettiva) Prevalentemente blocca l'ovulazione, altera la motilità delle tube, l'endometrio ed il muco cervicale.

Per ogni 100 donne che assumono la pillola vengono eliminati circa 12 embrioni ogni anno. Per ogni donna si ha in media un aborto ogni 8 anni di assunzione della pillola.

Minipillola Più leggera, (di solito contiene

(Continua da pagina 24)

solo progesterone) prescritta alle donne in fase di allattamento.

Secondo alcune fonti l'ovulazione è soppressa solo nel 50% dei cicli di assunzione. Secondo altri studi: 9 fughe ovulatorie su 11; 17 su 43; 10 su 30. Possiamo stimare che ci siano 9 concepimenti ogni 100 cicli di assunzione. L'inefficacia della minipillola è stimata intorno a 3 gravidanze ogni 100 donne/anno. Allora possiamo concludere che in un anno in un gruppo di 100 donne che abbia assunto la minipillola si verifichi una perdita di 104 embrioni concepiti.

Perciò la donna assumendo regolarmente per un anno la minipillola, corre il rischio di provocare, a sua insaputa, ma ponendone essa stessa le cause, un aborto all'anno.

Cerotto (medicato con estroprogestinici) Una donna sotto contraccezione perderebbe un embrione ogni 5 anni circa di impiego dell'Evra.

Anello vaginale (medicato) M a n c a n o studi sulla conta ovulatoria.

Norlevo, Levonelle (Pillola del giorno dopo) Altera la motilità delle tube e l'endometrio.

Pochi considerano che l'assunzione avviene in realtà il "giorno dopo" il concepimento, dunque a embrione già formato. Per questo motivo agisce da vero e proprio *embrionici* da.

Meccanismo di azione del Norlevo

Il levonorgestrel (LNG) agisce principalmente a livello della tuba e dell'endometrio mimando l'azione del progesterone e, in misura minore, agisce anche sui meccanismi dell'ovulazione e sulla cervice uterina.

Azione a. Per quanto riguarda la cervice, induce la produzione di un muco poco permea-

bile agli spermatozoi. Tuttavia ciò si rivela inefficace, perché sarebbe stato necessario assumere la "pillola del giorno dopo" prima del rapporto per poter ostacolare la risalita degli spermatozoi.

Già 90 secondi dopo il rapporto viene riscontrata la presenza degli spermatozoi a li-

Somministrazione	Fase del ciclo (assunzione)	Blocco ovulazione
Estrogeni	Fase preovulatoria	0%
Pillola estro-progestinica (metodo Yuzpe)	Fase preovulatoria 12° giorno 16%	24%-27% 23% 0%
Pillola del giorno dopo (LNG)	Fase follicolare precoce Fase luteale 9°-15° giorno 11°-19° giorno	0% 0% 17,7% 23,5%

vello della cervice uterina e nelle tube dopo circa 5 minuti. Dopo un'ora si trovano già nell'ampolla della tuba di Falloppio, dove si trova l'ovocita, così avviene il concepimento. Ipotizziamo 2 casi:

1. l'ovocita è già stato espulso dall'ovaio prima del rapporto o il giorno stesso. In questo caso sarebbe troppo tardi per intervenire con un'azione di blocco ovulatorio.
2. l'ovocita deve ancora essere espulso dall'ovaio. Allora sarebbe necessario bloccare l'ovulazione entro 72 ore successive al rapporto, durante le quali gli spermatozoi potranno sopravvivere nelle tube di Falloppio. Ma in queste condizioni di emergenza la pillola del giorno dopo è in grado di arrestare l'ovulazione?

Al massimo la blocca nel 23,5% dei casi se assunta tra l'11° e 19° giorno.

Ora, questi dati smentiscono le proprietà antiovulatorie di emergenza della "pillola del giorno dopo". Perciò classificarla come contraccettivo è scientificamente scorretto.

(Continua a pagina 26)

Azione b. Azione a livello delle tube e dell'endometrio.

Giorno di somministrazione	Assunzione	% gravidanze
1°	Yuzpe	2,0%
	LNG	0,4%
2°	Yuzpe	4,1%
	LNG	1,2%
3°	Yuzpe	4,7%
	LNG	2,7%

La “pillola del giorno dopo”, quindi, non è in grado di impedire l'incontro dei gameti maschili con quello femminile e quindi non previene il concepimento.

LNG agisce sulle tube di Falloppio: rallenta la motilità delle cellule epiteliali e così impedisce all'embrione di poter raggiungere l'endometrio uterino.

Il LNG agirà anche sull'endometrio, che assume un aspetto edematoso, le arteriose si rarefanno e si verifica la decidualizzazione abortiva. Tutte queste condizioni sono ostili all'annidamento dell'embrione e alla prosecuzione della gravidanza.

Dunque, possiamo affermare con certezza che nel caso di un rapporto non contraccettato e fecondo, scopo della “pillola del giorno dopo” è quello di eliminare il concepito.

Incidenza di gravidanza avvenuta nonostante assunzione di LNG:

L'efficacia della “pillola del giorno dopo” dipende dalla sua capacità di eliminare l'embrione. Lo scopo principale del Norlevo è garantire alla donna che ne fa uso l'eliminazione dell'embrione.

Il 26 settembre 2000 LNG è stato registrato nel prontuario farmaceutico italiano e i promotori della sua commercializzazione hanno rifiutato di dichiararne la natura abortiva.

È necessario ricordare alcuni concetti elementari, che fino a ieri sembravano scontati, ma che oggi sembrano caduti nell'oblio o cancellati dall'antilingua: ogni preparato capace riesercitare un effetto direttamente occlusivo in sede uterina è classificato in ambito medico come abortivo.

Per legittimare la pacifica commercializzazione del LNG classificandolo come “contraccettivo di emergenza”, qualcuno ha mistificato il concetto di gravidanza: *“Il Norlevo non solo NON impedisce la fecondazione, ma impedisce l'attecchimento dell'OVULO nell'utero. Però penso ci sia un errore nella definizione, questa pillola non è abortiva, questa pillola semplicemente evita che si instauri una gravidanza, la previene”* (intervista al Ministro della Salute Umberto Veronesi in Corriere della Sera, 3 novembre 2000, 5).

Veronesi chiama “ovulo” il frutto della fecondazione. È scientificamente scorretto, perché la fecondazione dà origine all'embrione unicellulare, che cresce moltiplicando e differenziando le sue cellule. Il fatto di chiamare l'embrione ovulo è un espediente linguistico per camuffare la realtà: per non far percepire la VERITÀ sottostante all'uso di LNG, si elimina lo scomodo “embrione” e lo si sostituisce col termine innocuo di “ovulo”. Veronesi propone un nuovo concetto di gravidanza: questa comincerebbe solo quando l'embrione termina il suo processo di annidamento, cioè intorno al 14° giorno dalla fecondazione (cioè quando si verifica la prima mancanza di mestruazione).

Ora, l'annidamento è la condizione indispensabile per lo sviluppo dell'embrione. Ma chi è il soggetto dell'annidamento? Chi si annida? È un essere già costituito, è lo stesso embrione - individuo.

(Continua da pagina 26)

È l'embrione la causa determinante dell'impianto e non è l'effetto dell'impianto stesso. Perciò dire che la gravidanza inizi solo al 14° giorno dalla fecondazione è falso.

L'embrione trasformato in "ovulo" e la gravidanza "ritardata" sono 2 clamorosi esempi di antilingua diffusi ampiamente dai potenti mezzi di informazione.

Effetti del LNG. Maggiore diffusione di malattie sessualmente trasmesse, infertilità, gravidanze extrauterine, peritonite pelvica, emorragie.

Non si conoscono gli effetti nel lungo termine, perché è stata immessa sul mercato da poco e non c'è obbligo di visita medica per le consumatrici.

Come controllare gli effetti a lungo termine? Di questo dovrebbero rispondere i promotori della libera e massiccia diffusione di questo strumento di morte che, così facendo, spacciano per innocuo, senza considerare che il suo principio attivo è 15 volte superiore a quello contenuto in una pillola "contraccettiva".

La donna continua a fare da cavia all'industria farmaceutica del contraccettivo-abortivo.

Efficacia. 95% entro 24 ore; 85% tra 24 e 48 ore; 58% tra 48 e 72 ore

Vendite. 300.000 – 350.000 confezioni nel primo anno di commercializzazione al costo di 11 euro. Possiamo immaginare i giganteschi interessi economici in gioco.

Se 300.000 sono state le confezioni assunte, possiamo calcolare che i probabili concepimenti siano stati 65.000, di questi 3.575 hanno proseguito in gravidanze, mentre i rimanenti 61.425 sono aborti chimici.

Questo numero va sommato a quello degli aborti chirurgici che si è attestato sulla media di 120.000-130.000. Si ha un totale di 180.000-190.000 aborti ogni anno. L'aborto dunque non è in calo. Possiamo dire di aver raggiunto cifre sovrapponibili a quelle dei primi anni di applicazione della 194/78 in Italia.

Una ricerca svedese su 315 studentesse ha rilevato in 5 anni un aumento della diffusione della "pillola del giorno dopo" dal 22% al 52%, un aumento dei partner occasionali dal 5,4 al 7,4 annuo, un aumento delle malattie sessualmente trasmissibili del 21%.

Una ricerca su 509 italiane tra i 18 e i 25 anni: almeno una su 3 ha fatto ricorso alla "pillola del giorno dopo" per non più di 4 volte.

Dal 2012 è in commercio in Italia la pillola dei 5 giorni dopo EllaOne (ulipristal acetato) con funzionamento analogo alla RU486 (pillola abortiva usata entro 49 giorni in alternativa all'aborto chirurgico) abortiva anch'essa agendo con un'azione antinidamento. A breve sarà resa disponibile come farmaco da banco. (Nota di chi ha curato la raccolta delle informazioni contenute in questo articolo).

Spirale Contiene progestinici, tra i quali il più usato è LNG. Induce effetti analoghi alla pillola del giorno dopo. Essendo capace di provocare la morte di figli allo stadio embrionale in sede uterina dimostra di essere uno strumento abortivo.

In 6 cicli su 23 è stato riscontrato l'EPF (fattore precoce di gravidanza) che segnala la presenza di embrioni viventi.

Usando la spirale l'ovulazione è bloccata solo in minima parte. Dopo 6 anni di impiego solo il 23% delle donne non presentava ovulazione. Dopo 7 anni il 50%. Quindi la stima

(Continua a pagina 28)

delle perdite embrionali è variabile perché la copertura ormonale diminuisce nel corso degli anni. Con gli anni diminuisce la capacità anticoncezionale e aumenta quella abortiva.

Le spirali al rame prive di progestinici hanno un tasso di abortività ancora più alto.

Impianti sottocutanei Il più usato è il Norplant, contiene 36 mg di LNG. 2 studi hanno accertato l'effetto abortivo. Il primo ha riscontrato 3 ovulazioni su 11 cicli. Il secondo ha dimostrato che 1/3 delle 50 donne hanno avuto ovulazione e ci sono stati 2 concepimenti. Si ha crescita follicolare nel 46% dei casi.

Su 100 donne sono concepiti 44 embrioni all'anno. Ogni donna abortisce un embrione ogni 2 anni e mezzo.

Contraccettivi e contragestativi non hanno ridotto gli aborti chirurgici. L'aborto è visto come il normale prolungamento della contraccezione.

Nel 2000 in Italia sono state vendute 30.237.831 confezioni di pillole estroprogestiniche. Il numero delle consumatrici si può stimare in 2.325.000 e quello delle gravidanze indesiderate è circa 23.250.

La contraccezione porta a un aumento dei rapporti sessuali disordinati e promiscui. Poiché non esiste un contraccettivo efficace al 100%, questo stile di vita potrà condurre in breve a una gravidanza non desiderata, che nella maggior parte dei casi si risolverà in un aborto. Quindi nella pratica contraccezione e aborto sono spesso strettamente connessi.

Lo sono anche dal punto di vista biologico, poiché i prodotti "contraccettivi" analizzati sono essi stessi farmaci abortivi: impediscono l'annidamento dell'embrione o ne causano il distacco.

Il numero di aborti procurati in un anno citato dalla relazione del Ministero della Salute non rispecchia la realtà della dimensione del fenomeno. Alle cifre relative all'aborto chirurgico dovrebbero essere sommate quelle corrispondenti all'aborto chimico.

Infine contraccezione e aborto sono strettamente connessi poiché sono espressione della stessa mentalità. All'origine delle 2 pratiche c'è una scelta contraria alla vita. Si tratta sempre di considerare il figlio come un inconveniente o un incidente da evitare a tutti i costi.

Contraccezione e aborto sono presentati da numerosi gruppi di opinione come una "conquista di libertà" per le donne o sono invocati come diritti civili. In realtà queste pratiche rendono la donna vittima di un nuovo sistema maschilista.

Agiscono sulla corporeità femminile paralizzando la sua fertilità. Sulla donna è addossata tutta la responsabilità dell'uso corretto del metodo. In caso di fallimento del metodo verrà colpevolizzata o talvolta costretta all'aborto.

La contraccezione e l'aborto sottraggono alla donna il segno della potenza e del suo prestigio, la gravidanza e la maternità, che sono "la sola vera potenza, che la donna possiede in modo privilegiato, rispetto all'uomo" (W. Pasini).

Per approfondimenti:

Renzo Puccetti, Giorgio Maria Carbone, Vittorio Baldini

PILLOLE CHE UCCIDONO

Quello che nessuno ti dice sulla contraccezione

Seconda edizione ampliata e aggiornata

Ed. Studio Domenicano

pagine: 216

anno: 2012

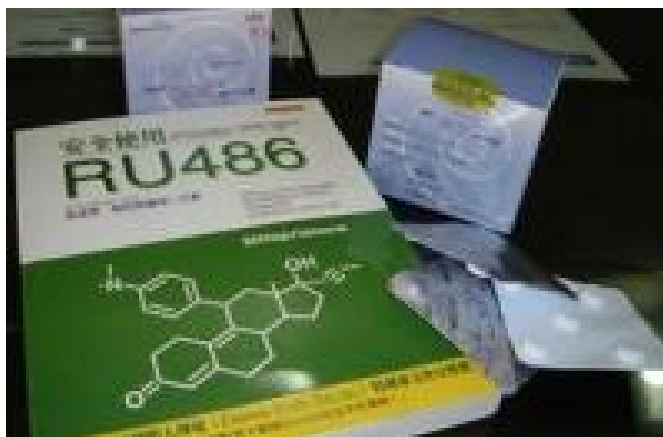
€ 12,00

L'aborto è on line con le pillole ammazza bimbi

Tommaso Scandroglio 26 novembre 2014

da La nuova BQ

«Hai una gravidanza indesiderata? Questo servizio di aborto farmacologico on line aiuta le donne ad avere accesso all'aborto sicuro, tramite pillola, al fine di ridurre il numero di morti causate invece dall'aborto non sicuro». Questa è la presentazione sull'homepage di *Women on Web* un sito che offre alle donne di quei Paesi in cui non è possibile accedere all'aborto chimico, realizzato tramite pilloline varie, la possibilità di ricevere a casa le pasticche necessarie per l'aborto fai da te. Tu ordini on line e loro spediscono in tutto il mondo. Da Amazon ad Ammazzo(n). Accanto alla frase di presentazione troviamo



qualche decina di foto di donne sorridenti incorniciate dalla scritta «Io ho abortito!». Clicchi sulle foto e ognuna di loro ti racconta la propria esperienza dolorosa e il percorso che l'ha portata a scegliere l'aborto chimico. Una sorta di Facebook abortivo.

Il “servizio” è aperto solo alle donne che hanno una gravidanza non oltre la nona settimana. A tal proposito Rebecca Gomperts, la responsabile del sito, spiega in un'intervista a *Vanity Fair* (l'aborto fai da te alla fine è pure glamour): «procedendo nella gravidanza, il feto si struttura, l'aborto diventa più complicato da gestire in ambiente

domestico, senza considerare che può essere scioccante abortire un feto che comincia ad avere sembianze di bambino». Guardare in faccia tuo figlio appena abortito, in effetti, questo sì che è poco glamour. Meglio evitare. Vi sono altre condizioni per ricevere le pillole abortive. Le donne devono vivere in un Paese in cui «l'accesso all'aborto subisce restrizioni» (quindi potenzialmente tutti i Pa-

esi) e non devono essere affette da gravi malattie. La donna deve poi rispondere a 25 domande, una specie di test abortivo. E se mentono? «Non chiediamo nessun esame, nessuna ecografia», spiega la Gomperts, «se una

donna ci dice di essere incinta da cinque settimane le crediamo e basta. Come possiamo sapere se è vero? Non abbiamo modo». Siamo all'autocertificazione abortiva, l'esito estremo del principio di autodeterminazione della donna. Infine, dietro il versamento di 90 euro – tanto poco costa la vita di un bambino – ecco che si può procedere alla spedizione del pacco della morte.

«Noi non intendiamo sostituirci al sistema sanitario», tiene a precisare la Gomperts, «semplicemente coprire un buco in quei posti in cui le donne non possono esercitare i loro diritti. Lo facciamo spiegando loro che

(Continua a pagina 30)

(Continua da pagina 29)

se assumono una combinazione di due farmaci – il misoprostolo, un gastroprotettore che fa contrarre l'utero, e il mifepristone (meglio noto come RU486) – possono indurre, a casa e in sicurezza, un aborto spontaneo». Come un aborto spontaneo? Se io sparò a una persona forse che gli procuro una morte spontanea? In secondo luogo la dottoressa Gomperts ignora, o forse vuole ignorare, che l'aborto con la RU486, studi alla mano, è ben più pericoloso per la salute psicofisica della donna che l'aborto chirurgico. Aspetto questo comunque marginale dato che il primo come il secondo è sempre ugualmente letale per il bambino

La dottoressa Gomperts prosegue poi il

farla in barba alla legge. Nessuno, infatti, saprà che la donna avrà ricevuto le pillole illegali e quand'anche ci fossero complicanze che richiedessero l'intervento di un medico o il ricovero sarà impossibile che qualcuno scopra come sono andate veramente le cose: «i medici non potranno sapere se l'aborto è spontaneo o provocato, e la donna non rischierà nulla», ci tranquillizza la dottoressa Gomperts.

Quest'ultima comprese di avere una vera e propria vocazione all'aborto quando fece la volontaria su una nave di Greenpeace dove ebbe modo di incontrare donne di tutto il mondo che, a suo dire, non potevano abortire nei loro Paesi. Da qui l'idea di avere una nave Greenpeace che solcasse i mari di mez-

«Siamo all'autocertificazione abortiva, l'esito estremo del principio di autodeterminazione della donna. Infine, dietro il versamento di 90 euro – tanto poco costa la vita di un bambino – ecco che si può procedere alla spedizione del pacco della morte»

discorso puntellandosi a questa falsa equazione che vedrebbe l'aborto spontaneo essere identico sul piano morale a quello procurato: «Il 20 per cento delle gravidanze si conclude con un aborto spontaneo nel primo trimestre. [...] Con l'aborto farmacologico è la stessa cosa: le pillole fanno espellere l'embrione». La dottoressa dà prova inoltre di essere forte in logica applicata: «Le donne non vogliono abortire, semplicemente non vogliono aspettare un figlio». È come dire che chi ha problemi con il Fisco per via delle tasse non è che vuole evadere, vuole solo non pagare le tasse. Lo strumento delle pillole abortive è un grimaldello efficace per

zo mondo non per impedire di uccidere i cuccioli di foca, ma per facilitare l'uccisione di quelli d'uomo. E così nacque *girava il*: prendi una nave che batte bandiera olandese, vai in quei Paesi dove non si può abortire, tieniti in acque internazionali e accogli sul pontile della nave, che è suolo olandese, quelle donne che vogliono sbarazzarsi del loro figlio. Una baleniera a caccia di bambini che per fiocina usa un aspiratore Karman. E dunque ora la Gomperts con il sito Women on Web ha semplicemente deciso di non navigare più in mare aperto ma in internet, certa che la sua pesca turpe e illegale sarà sempre abbondante.

Difendere la vita, battaglia decisiva

Renzo Puccetti 30 giugno 2014

da La Nuova BQ

Pubblichiamo il discorso di ringraziamento che il nostro collaboratore Renzo Puccetti ha pronunciato il 15 giugno scorso a Martinengo (Bg) in occasione del conferimento del premio Fede & Cultura per la difesa della vita.

Ci sono cose di cui non vado fiero. Di altre mi pento. Sono un uomo e la fallacia fa parte della nostra natura. Di tante cose sono certo non mi pentirò mai. L'amore per mia moglie e mia figlia, per i miei genitori, per i miei familiari. L'affetto per gli amici, la riconoscenza per quanti, in tanti modi, mi hanno aiutato ad essere chi oggi sono. Di alcuni sono stato allievo, di altri conservo un ricordo indelebile di appassionate e stimolanti discussioni: fatemi citare la professoressa Maria Luisa Di Pietro, monsignor Livio Melina, padre Gonzalo Miranda, padre Giorgio Maria Carbone, don Riccardo Nieri, il mio confessore. Con molti altri sono debitore per avermi parlato attraverso le pagine dei loro libri; Karol Wojtyła, Josef Ratzinger, mons. Sgreccia, mons. Caffarra, Francis Beckwith, Germain Grisez, Michael Schooyans, Robert George e tanti, tantissimi altri.

C'è un'altra cosa di cui vado fiero.

Io odio l'aborto. Odio l'aborto e la legge assassina e ipocrita che lo serve, lo promuove e lo declama. Prendete i quattro uomini che dai punti cardinali d'Italia detestano di più l'aborto, moltiplicate quel loro odio per mille, aggiungetevi il lievito dell'odio, fatelo agire e alla fine, forse, avrete un'idea del mio odio per l'aborto e per le leggi abortiste.

L'aborto è male e noi cristiani se diciamo il

vero quando affermiamo di amare il sommo bene, Dio, la Santissima Trinità, abbiamo il dovere di odiare il male: "Voi che amate il Signore, odiate il male!". (Sal 97,10)

San Tommaso insegna che l'amore per il bene precede l'odio per il male. Se non si odia l'aborto, vuol dire che non si ama abbastanza il primario bene della vita.

Odiamo sufficientemente il male dell'aborto? Lo odiamo nella sua essenza, nella sua interezza, o solo parti di esso? Lo odiamo in tutte le circostanze? Dopo uno stupro, continuiamo ad odiarlo? Lo odiamo con la fermezza e prudenza richieste dall'aver a che fare con una delle armi più potenti del principe di questo mondo? La lotta contro questo male abilissimo a simulare il bene richiede studio, applicazione, presenza, militanza, richiede fatica e sacrificio. E si deve avere umiltà. C'è sempre da imparare da chi da più e meglio di noi.

Le stesse, esattamente le stesse considerazioni si possono e si devono fare per il processo volto a distruggere la famiglia. I nemici sono gli stessi, impiegano le stesse tecniche di occultamento, distorsione, manipolazione della verità. Attaccare la vita significa attaccare la famiglia; una volta iniettato il veleno dell'odio alla vita, il veleno comincia a circolare nel corpo della famiglia. Attaccare la famiglia significa attaccare la vita. Privata del nido familiare la vita è più esposta ai predatori.

In questa lotta, come diceva il cardinale

(Continua a pagina 32)

(Continua da pagina 31)

Bernardin, il cardinale di cui il campione dell'abortismo Hussein Barack Obama si dichiara quasi discepolo, nel discorso della *Seamless Garment*, la tunica senza cuciture, non tutti devono fare tutto, ma tutti possono fare qualcosa.

Ha ragione il professor Robert George ad ammonirci che la lotta al male comporterà ferite, ferite personali, ferite dolorosissime. Dobbiamo sapere che a breve non ci sarà consentito di vivere da cristiani a buon prezzo.

Io non so se avete la stessa sensazione che provo io, credo che la parola che la descriva meglio sia "soffocamento". Mi sento soffocare quando mi vedo privato del diritto di essere chiamato padre. Mi sento soffocare

dimissioni e sanzioni.

Mi sento soffocare al pensiero che una persona che voglia semplicemente seguire la legge naturale, se non la propria fede religiosa, non possa scegliere di fare il medico, l'infermiere, l'ostetrica, il farmacista, che possa avere problemi se decide di fare mestieri come il sarto, il fotografo, il pasticciere, il fiorista, l'insegnante, che non possa ambire a cariche nella pubblica amministrazione, tutti fatti di cui abbiamo notizia dall'estero, ma a breve arriveranno a noi. La società della tolleranza della soppressione dell'innocente, della eliminazione del disabile, di ogni perversione in nome della libera scelta, la società della tolleranza di ogni male una sola cosa non tollera: il bene. La società inclusiva esclude chi osa proclamare la realtà.

Odiamo sufficientemente il male dell'aborto? Lo odiamo nella sua essenza, nella sua interezza, o solo parti di esso? Lo odiamo in tutte le circostanze? Dopo uno stupro, continuiamo ad odiarlo? Lo odiamo con la fermezza e prudenza richieste dall'avere a che fare con una delle armi più potenti del principe di questo mondo?

quando vedo i genitori privati del diritto di insegnare ai figli che cosa vuole dire maschio e femmina, di spiegare loro che cosa vuole dire veramente amare. Mi sento mancare l'aria al pensiero che il solo dire che un bambino ha bisogno di un papà e di una mamma sia un atto che mi può portare in galera. Non respiro al pensiero che messaggi osceni veicolati da soggetti che fanno della depravazione un vanto possano essere trasmessi ai nostri figli senza che noi ne sappiamo niente. Mi si stringe la gola al pensiero che debba essere obbligato ad indicare al paziente dove rivolgersi per ottenere da altri ciò che a me ripugna, nella prospettiva sempre più vicina di essere io stesso a doverlo fare in prima persona, oppure scegliere tra

Perché chi desidera il vero, il bello, il buono costituisce per questa società una minaccia da liquidare, colpevole con la sua stessa presenza di attestarne la mendacia. Per dirla con Peter Kreeft, in un mondo dove la ribellione è la nuova ortodossia, l'ortodossia è la sola forma di ribellione.

Dobbiamo lottare per difendere la terra che abbiamo ricevuto dai nostri padri? Sì, dobbiamo lottare.

Dovremo combattere una guerra che non abbiamo cercato, non abbiamo voluto, non abbiamo desiderato e non avremmo mai pensato di vedere coi nostri occhi. Ma qui noi siamo, in una guerra ancora non dichiarata

(Continua a pagina 33)

(Continua da pagina 32)

formalmente, ma che in Italia ha provocato un numero di morti 3 volte e mezzo più grande di tutti i caduti militari e civili delle due guerre mondiali del XX secolo. Una guerra che ha distrutto e lacerato più famiglie di quanto non abbiano fatto le bombe. Una guerra che ha portato ad una devastazione morale tale da rendere irriconoscibile un'intera civiltà. Una guerra che non risparmierà nessuno di noi; nessuno si illuda di potere rimanere tranquillo nel tepore del lettuccio nella sua casetta. Hanno già cominciato a strapparci i figli nella scuola statale per farne dei perfetti giannizzeri della rivoluzione.

La guerra è in corso, la chiamata alle armi è stata avviata. Abbiamo accumulato un

rischiando. Dovremo aiutare e implementare i medici che servono la vita, i giudici e gli avvocati che servono la giustizia, i giornalisti che servono la verità, i filosofi che servono la ragione, i politici che servono il bene comune, i teologi che servono Dio.

Non abbattiamoci di fronte alle sconfitte, non rassegniamoci se il nemico ci sembra imbattibile. Sono le stesse sensazioni, gli stessi sentimenti di chi si è battuto contro le leggi schiaviste e contro i totalitarismi disumani della storia. Molti sono morti senza vedere i frutti del loro sacrificio. Ma la vittoria un giorno è arrivata. Sia che vinciamo, sia che perdiamo, se avremo combattuto grande sarà la nostra ricompensa, perché abbiamo combattuto la buona battaglia. Ricordiamo, siamo servi inutili.

...la lotta al male comporterà ferite, ferite personali, ferite dolorosissime. Dobbiamo sapere che a breve non ci sarà consentito di vivere da cristiani a buon prezzo. Mi sento soffocare quando mi vedo privato del diritto di essere chiamato padre. Mi sento soffocare quando vedo i genitori privati del diritto di insegnare ai figli che cosa vuole dire maschio e femmina, di spiegare loro che cosa vuole dire veramente amare.

tragico ritardo nei preparativi, ma nella nostra debolezza risplende la forza del Signore della storia. Chi darà battaglia usi l'arma che sa maneggiare meglio. Non basta fare il bene, non basta desiderare il bene, dobbiamo essere esigenti e fare bene il bene. Vi sono armi spirituali che non sono meno importanti di quelle intellettuali e testimoniali. La preghiera, la rinuncia, il sacrificio, la carità operosa, l'apostolato dello studio, della parola, della penna, della presenza, del finanziamento, dell'organizzazione. Tutto concorre, tutto è necessario.

Non illudiamoci, non sarà attraverso un "sim sala bim" che il nero cancello del regno di Mordor verrà abbattuto. No, dovremo valutare ogni suo punto debole e lì attaccare

Oggi mi date un premio per la difesa della vita, a *Fede & Cultura* e a voi va il mio grazie. Ma ogni volta che avrete fatto qualcosa contro l'aborto, quando avrete fatto qualcosa per la difesa della famiglia, ricordate di fare silenzio in voi stessi e siate gai, perché ci sarà una voce, è la flebile voce di 5 milioni e mezzo di bambini che oggi non hanno voce perché è stato loro impedito di averne una. Essa sussurrerà al vostro cuore una parola che vi riscalderà, nel silenzio vi dirà: "Grazie, per esserti ricordato di me". Vi ringrazio, ringrazio Giovanni Zenone ed invito tutti, ciascuno nel proprio ambito, a continuare questa battaglia, perché è una battaglia per il bene, per la vita e ci aiuterà ad essere uomini migliori. Grazie.

Sindrome post-aborto, lettere ai bambini mai nati

Marianna Ninni 30 maggio 2014

da La Nuova BQ

Sono sempre più numerose le donne che dichiarano di soffrire di sindrome post-aborto. Fenomeno studiato già da diversi anni negli Stati Uniti, gli studi sulla PAS si stanno di recente diffondendo anche in Italia. Sebbene in tanti tendano a negare l'esistenza di questa sindrome descrivendo il fenomeno come l'ennesimo tentativo da parte della Chiesa o delle istituzioni cattoliche di voler ledere o condizionare la libertà di scelta della donna che decide di interrompere volontariamente la gravidanza, non si possono di certo negare le prime importanti testimonianze. Secondo i dati recenti, difatti, ammonta circa al 62% il numero delle donne che hanno dichiarato di soffrire di questa sindrome.

Secondo l'art. 4 della legge numero 194 del 1978, può ricorrere "all'interruzione della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o a previsione di anomalie o malformazioni del concepito...".

Ci persuadiamo, quindi, di conoscere bene quelle che sono le "condizioni" che fanno liberamente scegliere l'aborto, dimenticando, facilmente quanto questo articolo non specifici in alcun modo quali siano le reali motivazioni "economiche, sociali o familiari" che possano davvero permettere alla don-

na di scegliere l'aborto come "soluzione necessaria". Ci si ritrova, così, di fronte ad un vero marasma secondo cui tutto è concesso e chiunque possa ricorrere per qualsiasi ragione all'aborto. Ci sono donne che scelgono di abortire perché troppo giovani, ventenni convinte di non poter rimanere incinta al primo rapporto sessuale occasionale o sicure che a loro non sarebbe mai potuto capitare; ci sono donne che hanno una reale e oggettiva precaria condizione economica e sono impossibilitate persino a sfamare i loro bimbi; ci sono donne che rincorrono ideali di carriera che non possono in alcun modo essere intaccati dall'arrivo di un nuovo bambino, ci sono donne che vengono abbandonate dal compagno con cui convivono subito dopo l'insorgere della gravidanza e ci sono donne che – questo sembra essere il caso più comune - dichiarano di non voler un bambino dal compagno con cui stanno. Una situazione drammatica che testimonia quanto nei rapporti umani manchi una progettualità di mettere su famiglia soppiantata da un edonismo dirompente e da una superficialità per cui all'incoscienza di avere rapporti occasionali si aggiunge anche una sempre più diffusa incoscienza di mettere al mondo qualcun altro.

«In un contesto sociale normale o protetto, come poteva essere quello di 30 anni fa, la donna che rimaneva incinta manifestava dei timori. C'era paura, com'è normale che ci sia di fronte ad un compito così grande

(Continua a pagina 35)

(Continua da pagina 34)

che consiste nel portare avanti la vita di un altro. Ma queste paure, in molti casi, venivano compensate dall'affetto familiare e dal sostegno del marito. Oggi i rapporti sessuali cominciano dai 14 anni in su e sono rapporti non protetti. Queste ragazze sono convinte che a loro non succederà mai e si coprono dietro una doppia negazione. La prima negazione è quella secondo cui l'atto sessuale porti al concepimento e la seconda negazione è quella che si manifesta nei primi mesi di gravidanza. Si arriva quindi a pochi giorni dal terzo trimestre e si deve decidere in fretta. Il panico prevale sulla razionalità e la scelta più ovvia è quella di abortire. Si capisce quanto in tutto questo manchi, non solo una progettualità, ma persino un reale sostegno psicologico» ci spiega [Benedetta Foà](#), psicologa che da anni si occupa dello stress post-aborto, co-autrice del libro *Maternità interrotte*.

Qualunque sia la ragione che spinge queste donne ad abortire, molte manifestano una sofferenza inspiegabile, un senso di vuoto, un dolore con cui non riescono a fare i conti. «La tematica della sindrome post-abortiva, vale a dire il grave disagio psichico sperimentato frequentemente dalle donne che hanno fatto ricorso all'aborto volontario, la rivela la voce insopprimibile della coscienza morale, e la ferita gravissima che essa subisce ogniqualvolta l'azione umana tradisce l'innata vocazione al bene dell'essere umano, che essa testimonia» diceva Papa Benedetto XVI ai partecipanti dell'Assemblea Plenaria della "Pontificia Accademia per la Vita", il 26 febbraio 2011. Ed è per far fronte a questo disagio irrisolto che, da diversi anni, sono nati dei percorsi, dei cammini di fede per la guarigione spirituale e psicologica dopo l'aborto volontario.

Uno di questi metodi è quello ideato da Benedetta Foà e prende il nome di Metodo Centrato sul Bambino. Sviluppato attraverso otto incontri, lo scopo principale di questo metodo è instaurare una relazione tra la mamma/papà e il bambino attraverso delle tappe e dei compiti ben precisi per elaborarne il lutto e lasciarlo andare: il primo è quello di dare un nome al bambino, il secondo consiste nell'acquistare un oggettino che serve per far comprendere alla madre che il figlio è altro da sé e togliere la sensazione di con-fusione (nei primi due mesi di gravidanza, difatti, il bambino è totalmente con-fuso con la mamma, è tutt'uno con la mamma e, a livello psicologico, una mamma che abortisce non lo ha mai visto ma pensa di avere ucciso una parte di se stessa); il terzo compito è dedicato alla scrittura di una lettera per esprimere tutti i sentimenti irrisolti; il quarto si sviluppa intorno a delle esperienze immaginative attraverso cui il genitore incontra simbolicamente il figlio, lo riconosce e lo lascia andare; con il quinto compito si seppellisce l'oggetto comprato perché non ha più senso averlo con sé. È proprio attraverso questa tappa che si lascia andare davvero il bambino. Il percorso si conclude con una Santa Messa per il bambino e con la preghiera che questi venga accolto dalla bontà di Dio.

È ovvio, continua la Dott.ssa Foà, che quando parliamo di aborto dobbiamo fare una distinzione. «C'è qualcuno che, dopo l'evento aborto chiude la sua porticina e non ci pensa più; c'è qualcuno che chiude la porticina e dopo molti anni succede qualcosa e tutto si riapre procurando panico e c'è qualcun altro che il mese dopo l'aborto è sul limite del suicidio. In tanti ricorrono al mio aiuto dopo che sono passati 30 anni da que-

(Continua a pagina 36)

sta scelta».

Una consapevolezza che, di conseguenza, può emergere dopo diverso tempo quando si ri-apre quella ferita irrisolta a causa di un qualsiasi evento scatenante. In certi casi può trattarsi dell'arrivo di un nuovo figlio, in altri casi può insorgere con l'arrivo della menopausa, come mi spiega Valeria D'Antonio, psicologa che collabora con l'apostolato [La Vigna di Rachele](#), quando queste donne devono fare i conti con quella scelta che le ha spinte a rinunciare all'unico bambino della loro vita. In altri casi ancora, questo disagio emerge anche in molti uomini. Spesso perché responsabili di aver spinto molte donne ad abortire, oppure perché privati dalle loro compagne della possibilità di vivere il dono della paternità. Alla figura dell'uomo è dedicato il prossimo seminario della Dott.ssa Foà *Un papà in lutto* che si terrà a Medjugorje dal 15 al 19 giugno.

Ad organizzare numerosi seminari ci sono anche i volontari della Vigna di Rachele. Valeria D'Antonio ci racconta un'esperienza simile a quella di Benedetta Foà: «La Vigna di Rachele si occupa della guarigione spirituale e psicologica dopo l'aborto soprattutto volontario. Nasce negli Stati Uniti quasi 30 anni fa mentre è in Italia da soli 4 anni. A portarla in Italia è stata Monika Rodman. Io sono psicologa e nell'equipe c'è sempre una psicologa o una psicoterapeuta, un sacerdote e alcune ex-partecipanti a ritiri precedenti. Facciamo dei ritiri spirituali di un weekend, dal venerdì alla domenica, e sono dei ritiri molto intensi studiati per questa tematica. Il metodo principale è quello delle scritture viventi, che consiste nella lettura di brani evangelici o biblici su cui vengono fatte delle meditazioni. Il sabato mattina è dedicato al racconto delle storie personali. Molto spesso

le cause vanno ricercate anche prima, nell'infanzia, nella vita in famiglia e dedichiamo tutta la mattina del sabato all'ascolto di queste storie. Un altro momento importante è quello in cui si esprimono i sentimenti irrisolti o la rabbia legati all'aborto attraverso la scrittura di una lettera in cui si confessano le emozioni. Si tratta di un cammino che propende verso il perdono attraverso cui cerchiamo di far capire ai partecipanti che non devono farsi carico del peso di questa rabbia ma devono affidarla ad un Altro. Poi viene costruita una relazione seguendo il processo del lutto: si racconta la storia, si elaborano le emozioni e ci si ricollega con questo bambino perso a cui viene dato un nome. Il ritiro si conclude la domenica. Prima della messa c'è una funzione commemorativa in cui vengono lette le lettere ai bambini, viene fatto un gesto simbolico di affidamento che fa parte del percorso di elaborazione del lutto, e si arriva finalmente a lasciarli andare affidandoli ad una misericordia divina».

Anche in questo secondo caso, le persone che scelgono di seguire questo percorso di fede, lo fanno perché sono in una condizione di malessere che si trascinano dietro da anni. Quel senso di vuoto irrisolto spinge donne e uomini a fare ricerche su internet, a interrogarsi sulla sindrome post-aborto e li motiva a cercare delle risposte. Sono in tanti a maturare molto tardi la consapevolezza delle conseguenze che un atto del genere racchiude in sé. Se all'inizio, difatti, matura vince la convinzione che non c'è nulla di male e che niente cambierà, che tali siamo e tali resteremo, in seguito all'aborto in molte donne e uomini qualcosa crolla. È quello che succede quando la menzogna «dell'io sarò la stessa persona si sgretola» e le donne capiscono che «che prima c'era un bambino che adesso non c'è più».

Un bimbo mai nato: riconoscere il trauma per superarlo

Emanuele D'Onofrio 31 gennaio 2014

da Aleteia.org

Al via a Roma un seminario dedicato all'elaborazione del lutto provocato dall'aborto, volontario o spontaneo

Non li abbiamo tenuti in braccio, non li abbiamo visti piangere, agitarsi e sorridere in una culla, eppure ci sono stati. Sono i bimbi mai nati, vittime di una decisione dei genitori, oppure della crudeltà delle circostanze. Ci sono stati, e continuano ad esserci. Un bimbo non nato è una presenza invisibile, per la donna che l'ha perduto, un'identità che lei fatica a riconoscere e a distinguere da sé, ma che c'è ed urla nella sua vita come anche, a volte, non sempre, in quella del padre. Questa assenza provoca un dolore che può sprofondare nella depressione, nell'ansia, e causare conseguenze molto gravi.

Per questo da molto tempo la dottoressa Benedetta Foà, psicologa, si è dedicata alle persone che dopo aver perduto o lasciato andare un figlio, si scoprono in difficoltà. Se ne occupa personalmente, nel suo studio, e nel corso di seminari intensivi. Uno di questi si aprirà a Roma sabato 1° gennaio e andrà avanti fino al 5 febbraio. Ad ospitarla sarà la Casa "Parva Domus Marie", diretta da padre Roberto Panizzo, della comunità Pia Unione dei Figli e Figlie del Cuore Immacolato di Maria, che da diverso tempo collabora con la dottoressa Foà. *Aleteia* ha intervistato entrambi, per capire meglio di che evento si tratterà.

Dottoressa Foà, come nasce l'idea di que-

sto seminario?

Foà: E' il secondo di questo tipo, dopo quello nel settembre 2013 a Medjugorje, sempre ospiti di una struttura di don Roberto. Ora lo facciamo a Roma, dove ospiteremo sette persone. Il convegno si svolge in due parti: in una cerchiamo di spiegare perché bisogna elaborare il lutto, cos'è lo stress post-aborto, che cosa è la "sindrome del sopravvissuto", per aiutare le persone a capire che cosa stanno vivendo. Se uno non dà un nome al proprio malessere non riconosce il sintomo che prova, mentre riconoscendolo può elaborarlo e lasciarlo andare. Nell'altra parte ci dividiamo in due gruppi, guidati uno da me e uno da una mia collega, nei quali le persone hanno il tempo di raccontare la loro storia. **Qual è solitamente il percorso della donna che attraversa questo lutto?**

Foà: Una donna può perdere il proprio figlio spontaneamente, oppure può procurare l'aborto: il lutto c'è in entrambi i casi. Io ricevo telefonate da mamme che magari hanno più aborti spontanei e sono distrutte. La loro vita è ferma, la psiche si ferma all'elemento perdita e non riesce più ad andare avanti: in questo caso tutte le energie della donna vanno nel pianto, nella bassa autostima. Tutto questo induce la depressione,

(Continua a pagina 38)

(Continua da pagina 37)

e subito dopo gli stati ansiosi. Ma questa sensazione di vuoto ce l'hanno anche le altre mamme, per cui spesso arrivano "gravidezze sostitutive". Cosa vuol dire? Che hai fatto una scelta, ti rendi conto che quella scelta ti sta causando un malessere, cerchi di ricompensare e ti fai mettere incinta subito dopo. Il problema è che ti ritrovi con lo stesso uomo nella stessa situazione.

E gli uomini come vivono il lutto, come accompagnano generalmente la compagna?

Foà: Esistono modalità diverse, a seconda anche dell'età del padre. A vent'anni non sono molto coinvolti dall'evento; quando l'uomo cresce e prende consapevolezza di cos'è la vita e di quello che hanno fatto, allora la situazione cambia.

Spesso all'uomo non viene detto della gravidanza, oppure è lui che spinge a finirla. L'uomo, dunque, se non è carnefice è assente. Oggi come oggi ci sono anche uomini che sono "vittime": nel momento in cui non ti viene detto che c'è tuo figlio, allora non puoi scegliere. Ma ci sono anche i casi in cui il padre supplica la madre di tenere il figlio, e questa dice di no. Io ho avuto dei papà che hanno scelto di elaborare il proprio lutto che una volta facendo il cammino si rendono conto dell'atto che hanno provocato, capiscono che quello era un loro figlio che non c'è più. Questi soffrono degli stessi sintomi delle donne. Questa patologia, che è stata chiamata "sindrome post-aborto" vale per tutti: le caratteristiche principali sono depressione, stati ansiosi, incubi notturni, incapacità relazionali, chiusura in se stessi fino



ad arrivare a pensieri ossessivi, pensieri suicidi. Ci sono degli studi fatti in Finlandia che partendo dai suicidi e risalendo alle cartelle mediche hanno visto che le ragazzine minorenni che avevano fatto un intervento poi nel giro di un anno si sono suicidate cinque volte di più delle altre che non l'avevano fatto.

Quando può iniziare l'elaborazione del lutto?

Foà: Io solitamente non prendo in cura persone prima di 6 mesi, che sono un tempo minimo per l'essere umano per cercare di elaborare qualche cosa di così traumatico. Non è che si può pretendere che una persona riesca a perdonare se stessa, o a lasciar andare l'evento in un secondo. Questo evento, se non l'hai elaborato, ti rimane dentro: dopo 30 anni uno dovrebbe essere in grado di aver fatto dei passi avanti, invece spesso non è così, soprattutto se non hai avuto la fortuna di incontrare un bravo padre spirituale, un bravo psicologo, qualcuno che ti ha aiutato ad andare oltre.

Qual è il metodo che utilizza?

Foà: Io ho elaborato un metodo che ho chiamato "metodo centrato sul bambino". La

(Continua a pagina 39)

(Continua da pagina 38)

particolarità è che ci occupiamo della relazione mamma-bambino: il bambino di fatto non c'è, non c'è mai stata una relazione, ma una madre non ce la può fare a lasciar andare il figlio che non conosce. Allora noi simbolicamente lo riumanizziamo. Prima di tutto, dandogli un nome. Quando si dà un nome già si identifica, maschio o femmina. E se lo identifichi, hai già delle immagini. Se non dai il nome, invece, blocchi tutto: non ha nome, quindi non ha un sesso, non ha un volto, e rimane "con-fuso" con la mamma. Infatti molte mamme che vengono da me mi dicono: "è morta una parte di me". Il nostro lavoro consiste nel rendere il bambino un essere a se stante, cominciando a chiamarlo con il suo nome. Questo comincia ad aprirci la mente, e a vederlo. Poi il secondo compito che svolgeranno in questi giorni sarà quello di acquistare un oggetto, un gioco, una scarpina, un bavaglino ecc. Si tratta di un "oggetto transizionale", cioè uno di quelli che il bambino porta sempre con sé e che fa da tramite tra lui e la mamma. Siccome questa è una fase che tutti noi, da bambini, abbiamo vissuto, l'oggetto che le mamme comprano stabilisce il rapporto col bambino: da una parte lo oggettiva, dall'altro ci riporta al livello inconscio ad un livello mamma-bambino. Con questo oggetto ci relazioneremo sapendo già che questo oggetto va seppellito. Per la prima volta così prendiamo coscienza che il bimbo è morto e che dobbiamo lasciarlo andare.

Don Roberto, che realtà ha incontrato in questa collaborazione?

Panizzo: Prima di tutto non l'ho cercata. L'occasione di condividere quest'esperienza

con la dottoressa Foà è arrivata proprio grazie ad una conoscenza precedente tra di noi. Quando mi parlò dell'idea di fare una settimana di seminario a Medjugorje ci siamo prestati, sia come disponibilità logistica, sia anche come partecipazione. E devo dire che è stata un'esperienza estremamente positiva, perché mi rendo conto che le problematiche che portano molte donne a vivere l'aborto, hanno poi delle conseguenze nefaste, deleterie nel seguito della loro vita. E se queste non vengono affrontate e vengono sepolte, continuano a riemergere.

Quanto pesa l'esperienza dell'aborto in queste donne?

Panizzo: Penso che l'aborto sia una delle cose che tocca più in profondità l'essere umano, in particolare la donna. Per me è stato condividere un cammino, un prendere atto di questo evento, di elaborarlo alla luce della fede, e di portarlo a compimento. Sentivo un'intervista trasmessa su Rai 1 due tre giorni fa, in cui un pellegrino diceva: "La Madonna m'ha insegnato a dare un senso alla sofferenza". Credo che sia proprio questo. La sofferenza rimane: il rammarico per una vita uccisa o anche di più vite, perché diverse donne vengono dopo esperienze multiple, non è un dolore "perso". Per me è stata un'esperienza nuova, perché a parte qualche caso ascoltato in confessione era un mondo abbastanza nuovo rispetto alla nostra esperienza di evangelizzazione e di catechesi che svolgiamo. È stato un arricchimento molto grande, che continueremo a vivere se Dio ci darà la possibilità e se Benedetta Foà sarà contenta della nostra collaborazione.

La ferita dell'aborto si può guarire

Tonino Cantelmi, psichiatra 11 gennaio 2013 da *Si alla Vita* n.XXXIV

Si è tenuto a Roma il 20 e il 21 Ottobre il Convegno sulle "Conseguenze psichiche dell'interruzione volontaria della gravidanza" promosso dal Movimento per la vita e inserito all'interno del progetto "Futuro alla vita" (realizzato con il contributo del ministero del Lavoro e politiche sociali, legge 383/2000). Il titolo del progetto è indicativo della direzione degli interventi che hanno visto protagonisti nomi di grande rilievo. Suggestiva anche la sede del Convegno, il complesso di s.Salvatore in Lauro, che ha accolto partecipanti da tutta Italia. Il primo saluto di Carlo Casini ha fatto riferimento all'"ospite rimasto nella mia vita seppur scomparso", citando Dacia Maraini, ad indicare l'indelebile esperienza della maternità per la donna. La sofferenza delle donne che hanno optato per la difficile strada dell'aborto deve essere compresa e accolta dai volontari per la vita in un abbraccio di verità ed amore. Il perdono e la riconciliazione sono possibili con l'aiuto della fede come ha ricordato Casini rifacendosi alle parole dell'enciclica *Evangelium Vitae*.

L'apertura dei lavori è stata affidata al card. Sgreccia, che ha comunicato il messaggio di speranza proprio della Chiesa Cattolica, anche per le donne che hanno abortito. La fede diventa per esse una via di riconciliazione con se stesse e con il proprio bambino. Il cardinale ha ricordato anche la fondamentale opera della pastorale della vita e il prezioso lavoro svolto da "La vigna di Rachele", nell'accoglienza e nel percorso difficile del perdono di se. Rivolgendosi poi direttamente ai volontari, Sgreccia ha sottolineato l'importanza di un "volontariato professionale"

fatto di sensibilità in primis ma anche di disponibilità di tempo e di specifiche competenze, da accrescere con convegni come questo.

Come ha ricordato anche padre Angelo Favero nel suo intervento, il bambino non nato vive nel Signore, alla gioia piena della Sua presenza, per cui è sempre possibile una riconciliazione.

Anche la politica ha dato il suo contributo al convegno: sono intervenuti l'assessore alla famiglia, educazione e giovani del Comune di Roma, Gianluigi De Paolo, Angelo Mari, capo dipartimento vicario per le politiche familiari della Presidenza del Consiglio dei ministri. Presenza fondamentale quella della politica, come hanno ricordato gli organizzatori: "il confronto con le Istituzioni ci è sembrato indispensabile, nel momento in cui ci accingiamo come associazione di promozione sociale a mettere in atto, in via sperimentale nella città di Roma uno spazio di ascolto e consulenza psicologica, del tutto gratuito, denominato "Da donna a donna", una delle iniziative del progetto "Futuro alla Vita".

Il progetto, illustrato dal responsabile, Roberto Bennati, vicepresidente del Movimento per la vita, si occupa della tutela delle donne che hanno affrontato l'lvg e per questa presentano vulnerabilità fisiche e psicologiche. Lo sportello in particolare, si propone di ridare alle donne la loro consapevolezza di essere donne e madri, nella costruzione empatica con l'operatore di un percorso "riabilitativo". Lo sportello "Da donna a Donna", in questa fase iniziale, opererà con

(Continua a pagina 41)

(Continua da pagina 40)

due sedi entrambe in pieno centro di Roma: una presso il Cav Palatino in P.zza S. Anastasia 1 e l'altra presso il Centro Caritas in Via delle Zoccolette 17.

La vita è fatta di persone, ognuno di noi può essere l'incontro che salva la vita di chi ci sta affianco: la solidarietà e la relazione diventano i valori della vita umana, particolarmente nei momenti più difficili. Il volontariato "per la vita" è un volontariato concreto, che si svolge quotidianamente davanti a situazioni reali. A sottolineare ulteriormente questo aspetto, la testimonianza di Rossella Cinquepalmi, membro del direttivo Mpv. Rossella ha raccontato come è riuscita a superare lo stress traumatico del post-aborto anche attraverso l'impegno a favore della vita. Volontariato che diventa cura oltre che dono, nella testimonianza concreta e personale, che è poi la via privilegiata di accesso al cuore delle persone.

"Pensare alla vita" diventa allora una duplice via di salvezza: del bambino ma anche della donna, soprattutto in fasi delicate come la gravidanza e l'interruzione della stessa. A questo proposito si sono inseriti gli interventi di Elena Vergani, psichiatra, che con la relazione "Ripensare la maternità" ha offerto uno spaccato originale del significato profondo della funzione materna, di Cristina Caccace, psicoterapeuta, che si è concentrata sul difficile tema dell'aborto e dei disturbi post-traumatici che causa, e di Tonino Cantelmi, psichiatra, che ha avuto il difficile compito di dimostrare come si può guarire dalle ferite del post-aborto volontario.

Non bisogna, però, mai perdere di vista la realtà che ci circonda e l'attualità. È per questa che la panoramica degli interventi si è aperta al mondo e in particolare all'Oriente, con il presidente della Laogai Research

Foundation di Roma: Toni Brandi ha raccontato la storia eroica dell'avvocato cinese Chen Guangcheng e il suo impegno a favore delle donne cinesi costrette all'aborto selettivo. Scelta che è costata a Chen numerose persecuzioni: dalle percosse, alla reclusione nei campi di lavoro, alle ritorsioni contro i familiari.

Il futuro della vita, si sa, sono i giovani: è per questa che non è mancata una particolare attenzione nei loro confronti. Maria Pia Buracchini, psicologa e sessuologa, ha fatto a questo proposito, un intervento sulle conseguenze psichiche dell'Ivg nelle adolescenti. Paola Pellicanò, bioeticista della Cattolica di Roma, nella sua relazione ha presentato percorsi formativi fondati sia su aspetti scientifici che etici attraverso i quali è possibile realizzare prevenzione all'aborto non solo nella fase post-concezionale ma anche e soprattutto nella fase pre-concezionale.

Maria Fanti, insegnante dei metodi naturali con esperienza di oltre 30 anni sia nel mpv che nel Cav ha portato all'attenzione dei partecipanti concrete e positive esperienze di donne alle quali è stato proposto un percorso educativo attraverso l'apprendimento del Metodo Billings quale cammino di conoscenza di se, semplice, immediato, efficace sia per accogliere sia rinviare o escludere del tutto la venuta di un figlio. Le esperienze portate riguardavano donne di diverse culture, credo religioso e situazioni affettive.

Sono state due giornate dense di contenuti e di spunti di crescita, in cui il pensare alla vita è mutato: da verbo all'infinito a una visione del futuro che passa per il nostro presente, perché ognuno di noi costruisce il futuro della vita, ogni giorno.

Cantelmi. Tre domande che esigono risposte
Tre domande per una questione davvero fon-

(Continua a pagina 42)

damentale. E tre risposte. Eccole.

La prima domanda è questa: l'interruzione volontaria della gravidanza, comunque attuata, è un fattore di rischio per la salute mentale della donna? Ed ecco la risposta: sì, lo è. Un gran mole di studi scientifici condotti in tutto il mondo lo dimostra. Nel dicembre 2011, il British journal of psychiatry ha presentato un nuovo studio, ad oggi la più grande stima quantitativa dei rischi per la salute mentale associati all'aborto disponibile nella letteratura mondiale. Il campione della meta-analisi ha compreso 22 studi e 877.181 partecipanti ed è stato concluso che le donne che hanno subito un aborto presentano un rischio maggiore dell'81 % di avere problemi di salute mentale e quasi il 10% di incidenza di problemi di salute mentale ha dimostrato di essere direttamente attribuibile all'aborto. I

ricercatori si augurano che queste informazioni vengano fornite alle donne in procinto di abortire.

Se dunque l'ivg è un fattore di rischio per la salute mentale delle donne, e per l'appunto lo è, allora ci sono due conseguenze. La prima: le donne che si accingono a praticare una Ivg debbono conoscere questi dati, altrimenti il consenso che esprimono è un consenso niente affatto informato. In Italia attualmente in tutti i luoghi dove si pratica l'aborto viene violato proprio quanto sancito dalla legge 194: l'obbligo "forte" di informare correttamente la donna sulle conseguenze dell'ivg.

La seconda conseguenza: occorre farsi carico di questo problema, assicurando alle donne che hanno abortito una reale assistenza psicologica anche dopo l'aborto. Dunque luoghi di cura e di accoglienza, operatori competenti sui disturbi psichici correlati all'ivg e percorsi assistenziali specifici.

La seconda domanda: quale è il meccanismo psicopatologico e l'espressività fenomenologica prevalente del disagio psichico correlato all'ivg?

La risposta è questa: l'esperienza abortiva, in tutte le sue forme è traumatizzante. Costituisce cioè un trauma. La natura traumatizzante è legata ai meccanismi di attaccamento già in atto tra madre e nascituro. La maggior parte delle donne che si accinge ad abortire è ambivalente rispetto all'atto che sta compiendo e una donna su tre, dopo aver abortito, dichiara, secondo alcuni studi, che potesse rivedere la sua scelta non lo farebbe. E' in questo combinarsi di attaccamento e di ambivalenza che si va a costruire la natura traumatica dell'ivg. Per tanto la cosiddetta sindrome post-aborto oggi andrebbe più correttamente inquadrata, nella maggior parte dei casi, nel Disturbo Post-Traumatico. Su questo punto sembrano convergere i tanti studi disponibili.

E infine la terza domanda: è possibile aiutare le donne che presentano un disagio psichico Ivg-correlato? No, non è possibile: è semplicemente doveroso. Infatti, tra le macerie della strabismo ideologico che ha caratterizzato gli anni passati, giace una grave ingiustizia: alcune forme di sofferenza hanno ascolto, perché politically correct, e altre no. Tra quest'ultime le donne con disagio psichico Ivg-correlato: politicamente scorretto dare voce a questa disagio, rompe il totem dell'aborto. Per questa sono sicuro che dopo i primi due Centri dedicati all'accoglienza ed alla terapia dei disturbi psichici Ivg-correlati, coraggiosamente aperti dal Mpv, ne nasceranno tanti altri, perché nessuna sofferenza può essere dimenticata.

Copyright © Tonino Cantelmi - Tutti i diritti riservati

Salute materna: meglio una gravidanza indesiderata che l'aborto

Michele Blum, 29 agosto 2013

da Notizie Provita

Dopo il crollo del mito secondo il quale sarebbe medicalmente necessario abortire per salvare la vita della madre, i ricercatori italiani Carlo V. Bellieni e Giuseppe Buonocore ne hanno fatto crollare un altro che veniva usato per giustificare questa silenziosa pratica della morte. È infatti idea degli abortisti che la gravidanza indesiderata provocherebbe disturbi psichici quali ansia, depressione, nonché abuso di sostanze; per cui l'aborto sarebbe l'unica soluzione per tutelare la sanità mentale delle madri.

Tuttavia, la relazione pubblicata nel numero di luglio 2013 della rivista *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, mostra un panorama diverso se non addirittura opposto. Bellieni e Buonocore hanno rivisto trentasei studi pubblicati sul tema in riviste scientifiche tra il 1995 e il 2011. Sei sono stati scartati per ragioni metodologiche, gli altri trenta affrontano in primo luogo l'incidenza dell'aborto con la depressione, gli disturbi d'ansia (come lo stress posttraumatico) e l'abuso di sostanze. L'aborto volontario è stato poi messo a confronto con altre situazioni: la nascita per mezzo di una normale gravidanza, il parto in caso di gravidanze indesiderate e gli aborti spontanei.

Confrontando le conseguenze dopo l'aborto e dopo il parto, tredici studi (il 68%) hanno mostrato un rischio notevole di problemi mentali come conseguenza dell'aborto. Cinque non hanno mostrato alcuna differenza, in particolare se le donne non considerano che la loro esperienza di perdita fetale sia difficile. Solo uno studio ha mostrato una maggiore incidenza di disturbi a causa della nascita.

Mettendo invece a confronto l'aborto con la gravidanza indesiderata, quattro studi (il 57%) hanno mostrato un aumento del rischio di problemi per la salute materna in seguito all'aborto, tre studi non hanno mostrato alcun

nessuna differenza con le gravidanze indesiderate e nessuno (0%) ha portato alla conclusione che conservare il feto è meno rischioso che ucciderlo. Questo è un confronto di vitale importanza, dal momento che molte leggi stabiliscono il "rischio per la salute mentale della madre" come causa oggettiva di aborto. Eppure, come si è visto, gli studi suggeriscono che il "rischio" è maggiore con l'aborto, piuttosto che con la regolare nascita, anche se indesiderata.

Paragonando infine gli studi sulle conseguenze dopo l'aborto volontario e quello spontaneo, si è notato che tre di essi hanno mostrato un aumento del rischio di disturbi mentali in seguito ad aborto volontario, quattro non hanno registrato alcuna differenza e due hanno rilevato che a breve termine l'ansia e la depressione erano più alti nel gruppo di aborto spontaneo, ma che a lungo termine è stato esattamente l'opposto: "Ansia e depressione a lungo termine erano presenti solo nel gruppo di aborto volontario". In questo caso, cinque studi su nove (56%) hanno rilevato un aumento del rischio di disturbi nell'aborto volontario e nessuno (0%) nell'aborto spontaneo.

Bellieni e Buonocore concludono la loro relazione precisando che "la perdita fetale sembra esporre le donne a un rischio più alto di disturbi mentali che il parto; gli studi mostrano pure che l'aborto ha un fattore di rischio più considerevole dell'aborto spontaneo; sono necessarie ulteriori ricerche in questo campo". Alla luce di tutto ciò, diventa sempre più difficile giustificare l'aborto e restare in buona fede; non ci si riferisce tanto alle giovani adolescenti in preda al panico, ma piuttosto a coloro che per ideologia o pensiero politico promuovono la morte con viscerale freddezza, senza però tener conto che se le loro madri avessero ragionato allo stesso modo, essi oggi non esisterebbero.

Partorire e non Abbandonare

Le Culle per la Vita

Il Movimento per la Vita propone da alcuni anni in Italia l'installazione delle "Culle per la vita", moderna riedizione delle Ruote degli Esposti. Le culle sono ovviamente diverse, molto più "tecnologiche", eppure hanno ereditato dalle Ruote il significato e la ragione di esistere. Oltre ad accogliere bambini in sicurezza per il piccolo e nell'anonimato per la donna, esse si pongono al centro del tessuto urbano come presenza profetica di una cultura dell'accoglienza e del rispetto della vita, che è la stessa oggi come ieri.

Le Culle rappresentano non l'alternativa ma il completamento della normativa per il parto anonimo in ospedale (vedi box in questo numero); possono inoltre fornire una possibilità di lasciare il bambino anche dopo il parto (anonimo o no), e la dimissione dall'ospedale, qualora la madre decidesse di non tenere il neonato. Le culle sono un'estrema possibilità di accoglienza e di vita che evitano un estremo gesto di rifiuto.

L'apertura dello sportello è collegata con un sistema di video-sorveglianza, che riprende solo il cuscinetto dove verrebbe depositato il neonato; in tal modo non sarà possibile individuare la portatrice del bambino. La culla si collega ad un allarme che, in caso di deposito di un neonato, scatterà nel reparto di neonatologia dell'Ospedale stesso. La chiusura immediata della saracinesca impedisce il prelievo successivo del neonato.

Adagiare il bambino nella Culla non costituirà un reato poiché si applica la stessa normativa dell'abbandono in ospedale. La Culla è costruita per salvare una vita umana, proprio perché rifiutata dai genitori: sarà immediato il soccorso sanitario e il contemporaneo avviso al Tribunale dei minori che provvederà all'adozione del neonato.

Il Parto Anonimo

In Italia, così come in altri paesi del mondo, è possibile partorire in anonimato. La donna che aspetta un bambino e, al momento del parto, non intende riconoscere il proprio figlio ha diritto a vedere garantito l'anonimato e a ricevere un'adeguata assistenza per compiere una scelta libera e responsabile.

Lo Stato è obbligato a tutelare i neonati a rischio abbandono ed infanticidio. La donna che non vuole, o non può, riconoscere il proprio figlio e il neonato stesso sono i due soggetti che la legge deve tutelare, intesi come persone distinte, ognuno con specifici diritti.

La legge consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'Ospedale dove è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2) affinché sia assicurata l'assistenza e anche la sua tutela giuridica.

Il nome della madre rimane per sempre segreto e nell'atto di nascita del bambino viene scritto "nato da donna che non consente di essere nominata". Ad un neonato che non venga riconosciuto dalla mamma va assicurato prontamente il procedimento di adottabilità.

In Italia le Culle sono installate dal Movimento per la Vita, che ne cura anche la manutenzione.

Per la loro localizzazione visitare il sito <http://www.culleperlavita.it>

Risposte positive della scienza e della medicina: le possibilità oltre i regolamenti

Maria Grazia Di Pasquale, medico

15 gennaio 2015

Per fortuna non siamo in Inghilterra

Tom, il neonato prematuro che un ospedale inglese ha lasciato morire per «seguire le linee guida» Se fosse nato solo una settimana dopo forse sarebbe ancora vivo. Questione di qualche giorno e l'avrebbero rianimato. A quattro anni di distanza il Southend Hospital dell'Essex si è scusato con i genitori di Tom Godwin, il piccolo nato prematuro dopo appena 22 settimane di gravidanza e lasciato morire dai medici a causa degli standard inglesi di terapia intensiva neonatale. Tracy Godwin partorì nel 2010, i medici la avevano avvisata che il bambino sarebbe potuto nascere prematuro. «Dopo il parto mi misero mio figlio Tom fra le braccia. Piangeva e si contorceva. Lo sentivo respirare», ha raccontato la mamma, «non era morto, stava solo cercando di vivere». Dopo 45 minuti senza assistenza, il piccolo Tom smise di respirare.

LA SCOPERTA DEL REGOLAMENTO

Tracy all'inizio pensò che i dottori non avessero assistito il figlio per ragioni legate allo stato di salute disperato del neonato, poi scoprì la verità sei settimane dopo durante un incontro con lo staff ospedaliero, in cui le dissero che gli standard inglesi suggeriscono ai ginecologi e ai medici di terapia intensiva neonatale di non rianimare i bambini di 22 settimane o più piccoli e lasciarli morire fornendogli solo le cosiddette «cure compassionevoli».

Sul tema della medicina rianimatoria neonatale nei prematuri si sono compiuti nell'ultimo ventennio passi da gigante, con numerosi studi e convegni.

Nell'articolo di 12 anni fa che segue, la possibilità di sopravvivenza di un neonato alla 22ma settimana di gravidanza si dava per nulla, quindi "l'unica cosa possibile è fare in modo che possano spirare con dignità.". Ora le cose sono cambiate, come si legge nelle raccomandazioni del Comitato di Bioetica Italiano, riportate a pag. 48.

Assistenza ai neonati prematuri: i progressi straordinari della medicina
H. Messner (Merano, 2003)

“Se negli anni Settanta e Ottanta si riteneva che per riuscire a sopravvivere un neonato dovesse avere almeno 28 settimane di gestazione ed un peso minimo alla nascita di circa 1000 grammi, oggi, grazie alla profilassi della maturazione polmonare a base di steroidi, alla somministrazione di surfattante e alle nuove tecniche di respirazione artificiale, questa soglia si è abbassata, di fatto, alla 23 a o 24 a settimana. (*omissis*) Tuttavia, non è sempre facile applicare questi principi alla situazione specifica di un neonato al limite della capacità di sopravvivenza, soprattutto quando occorre decidere se e in quale misura il dovere del medico di tutelare la vita del paziente può essere messo in discussione,

(Continua a pagina 46)

(Continua da pagina 45)

alla luce delle previsioni sulla qualità della vita cui il paziente va incontro.

Se infatti si stabilisce che nessuno può arrogarsi il diritto di giudicare il valore della vita di una persona, e quindi ogni vita umana deve essere difesa e conservata con tutti gli strumenti disponibili, sussiste il rischio di un *accanimento terapeutico*. Se invece si accettano interventi o terapie per mantenere in vita il neonato solo quando si può ritenere che esso potrà avere una qualità della vita elevata o ragionevolmente accettabile, la cosa equivarrebbe di fatto ad una *discriminazione dei disabili*. Volendo cercare un compromesso tra queste due posizioni etiche estreme, si potrebbe stabilire che di volta in volta vanno ponderati da un lato i probabili benefici ottenibili col trattamento medico, e dall'altro la sofferenza inflitta al paziente durante la terapia (secondo il principio della proporzionalità del trattamento). In ogni caso, il motivo che dovrebbe spingerci a rinunciare al trattamento o ad interrompere quello intrapreso dovrebbe essere quello di risparmiare al neonato delle sofferenze sproporzionate ai benefici, e *non quello di evitare di farlo sopravvivere con una disabilità*.

Alcune raccomandazioni per il trattamento dei neonati prematuri al limite della capacità di sopravvivenza

PRIMA DELLA NASCITA Ricovero anticipato della gestante in un centro perinatale;

DOPO LA NASCITA Rianimazione iniziale: il parto di un neonato di 23 o 24 settimane di gestazione va sempre considerato un'emergenza straordinaria. Inoltre, le procedure da adottare dipendono da molti fattori



prenatali (età gestazionale, peso alla nascita, ritardo di crescita intrauterino, infezioni amniotiche, malformazioni fetali, gravidanza plurima, induzione farmacologica della maturazione polmonare ecc.), ma anche dai desideri espressi dai genitori e dalle condizioni del neonato subito dopo il parto (asfissia, frequenza cardiaca, vitalità, reazione alla rianimazione iniziale e così via).

PARTO PRETERMINE ALLA 22MA SETTIMANA

In questa fase della gravidanza i neonati non sono ancora in grado di sopravvivere, sicché l'unica cosa possibile è fare in modo che possano spirare con dignità. Nei casi incerti, può essere opportuno avviare, nel dubbio, una terapia intensiva provvisoria, verificando meglio se l'età gestazionale calcolata prima del parto corrisponde alle condizioni del neonato. Qualora si accertasse una discrepanza evidente fra i due referti, la scelta già adottata prima del parto va riconsiderata ed eventualmente rivista.

PARTO PRETERMINE ALLA 23MA SETTIMANA

A questo livello di maturazione gestazionale, la probabilità di sopravvivenza del neonato

(Continua a pagina 47)

(Continua da pagina 46)

È circa il 20%, ma l'esito resta molto incerto e in ogni caso dal 20 al 50% di questi

bambini è destinato a contrarre gravi disabilità fisiche e mentali. In linea di massima, per questi bambini la terapia da adottare dovrebbe limitarsi alle cure palliative, ma in presenza di frequenza cardiaca e di gasping spontaneo (ossia la contrazione dei muscoli respiratori accessori) è opportuno avviare una terapia intensiva almeno provvisoria, durante la quale farsi un'idea più precisa delle condizioni generali del paziente, per poi decidere con maggiore cognizione di causa se continuare o interrompere il trattamento. In ogni caso, oltre ai criteri di natura prettamente ostetrica o neonatologica, va sempre considerato l'interesse sia del neonato, sia della gestante o dei genitori.

PARTO PRETERMINE DOPO LA 24MA SETTIMANA

A questa età gestazionale le probabilità di sopravvivere salgono al 60-80%, sicché avviare da subito una terapia intensiva è una scelta giustificata. Un trattamento ottimale è importante anche per prevenire eventuali danni secondari. **Inoltre, sotto il profilo del diritto alla vita neonati con questo grado di maturità sono equiparabili ai bambini di qualsiasi età, sicché il medico, dovendo fungere da garante degli interessi del bambino, deve agire eventualmente anche contro la volontà dei genitori.**

NEONATI PREMATURI AFFETTI DA DISTURBI CONGENITI O DI ORIGINE PERINATALE

Quando un neonato presenta dei disturbi gravi di tipo congenito o acquisiti in fase perinatale, e non vi sono prospettive di miglio-

mento, tenendo conto del livello di gravità e della riduzione delle opportunità di vita che ne conseguono va presa in considerazione la possibilità, nell'interesse del bambino, di ridurre l'intensità della terapia, anche nei casi in cui questa decisione dovesse accelerarne la morte.

Allo stato attuale, a partire dalla 23ma o 24ma settimana di gestazione o da un peso alla nascita di circa 500 grammi un neonato prematuro ha la possibilità di sopravvivere. Tuttavia, benché statisticamente le prospettive di una vita priva di disturbi gravi non siano poi tanto sfavorevoli, la prognosi individuale di questi pazienti è legata ad una grande incertezza, e in ogni caso assistere questi neonati comporta un peso psichico ed emotivo assai rilevante per tutte le figure coinvolte [...]. **Per evitare, in una situazione d'emergenza, di trovarsi a compiere delle scelte che successivamente potrebbero rivelarsi errate, è consigliabile, nel dubbio, avviare comunque un trattamento ottimale del neonato**, in modo da avere il tempo per decidere poi, una volta consultate tutte le figure coinvolte, se proseguire la terapia, modificarla, ridurla o interromperla del tutto.

Un errore da evitare è quello di estorcere o imporre ai genitori una scelta. Qualsiasi decisione, per quanto scientificamente ed eticamente fondata, va spiegata ai genitori in modo tale da metterli in condizione di accettarla e condividerla attivamente, anche quando le conseguenze di trattare o non trattare il bambino dovessero rivelarsi, nel caso specifico, diverse da quelle desiderate.

A queste condizioni, si possono aiutare i genitori a considerare il rischio una vera opportunità, per sé e per il proprio figlio, ed eventualmente ad accettare anche un esito indesiderato.

I grandi prematuri.
Comitati Nazionale per la Bioetica,
in Note Bioetiche 29 febbraio 2008

[...] Cap. 13.3 il mero fatto che la vita del neonato, dopo le prime cure rianimatorie, possa continuare con un handicap dovuto alla sua prematurità e ai danni cerebrali che possono incerti casi conseguire, non dimostra la futilità (ma al più la limitata utilità) del trattamento cui sia stato sottoposto. E' da ritenere alla stregua di un principio bioetico (...) **che un trattamento che prolunghi la sopravvivenza di un disabile non possa mai essere definito futile, per il solo fatto che si rivela capace di prolungare la sua vita, anche se qualificabile da alcuni come "di qualità bassa".** E' da rimarcare, peraltro, che esistono di certo trattamenti che avendo fin dall'inizio o venendo successivamente ad assumere un carattere particolarmente sproporzionato e gravoso possono e devono essere qualificati come accanimento e che, in quanto tali, possono e devono essere sospesi; **ma non va mai confusa la gravosità della vita con la gravosità del trattamento.**

Cap.6 [...] ad avviso del Comitato l'incertezza che connota la zona tra la ventiduesima e ventitreesima settimana non può far presumere in modo rigido la futilità del soccorso e perciò, dal punto di vista etico, non è sufficiente a fondare in generale l'inesigibilità del **dovere di adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del neonato**

17.1.1 La L. 194/1978 impone, come è noto e come sopra è stato ricordato, **che nell'ipotesi di aborti tardivi il medico ponga in essere le pratiche necessarie a salvaguardare la vita del feto, qualora egli abbia raggiunto un grado di sviluppo gestazionale che gli consenta una vita autonoma fuori dall'utero materno. Ora, sarebbe ben singolare che quando esegue un aborto, nel rispetto della volontà di una donna che desiderando interrompere la gravidanza si rende disponibile alla morte del feto, il medico sia comunque obbligato a salvaguardare la vita di quest'ultimo, mentre nel caso della nascita (non indotta da pratiche abortive) di un bambino prematuro tale obbligo non venga ritenuto cogente e il soccorso sia rimesso alla deci-**



sione dei genitori

Sintesi e raccomandazioni [...] il Comitato ritiene di poter esprimere le seguenti posizioni:

21. Il principio bioetico fondamentale che deve guidare la riflessione sul tema dei neonati estremamente prematuri è il seguente: **i criteri che in generale si devono adottare per la rianimazione dei neonati non possono differire da quelli che vengono adottati per rianimare un bambino uscito dalla fase neonatale o un adulto.** Questo principio corrisponde, peraltro, alle linee guida espresse da tempo con assoluta chiarezza (e fino ad oggi non modificate) dall'American Academy of Pediatrics (Kattwinkel, 2000).

23. Il Comitato ritiene che non si debba rianimare un neonato estremamente prematuro, quando questa pratica assuma l'obiettivo carattere di accanimento terapeutico, anche se il prolungamento degli interventi curativi venisse perentoriamente richiesto dall'ansia e dall'affetto dei genitori. Ritiene altresì, però, che **non si possa qualificare accanimento terapeutico il mero fatto che un neonato prematuro venga subito sottoposto a cure intensive al momento della nascita. In ogni caso appare eticamente inaccettabile, oltre che scientificamente opinabile, la pretesa di individuare una soglia temporale a partire dalla quale rifiutare, a priori, ogni tentativo di rianimazione.**

24. E' opinione del Comitato che la mera previsione di una disabilità, anche grave, ma compatibile con la vita, destinata a colpire il neonato prematuro non può giustificare la desistenza delle cure a suo favore, ad eccezione dei casi, cui sopra si è fatto cenno, in cui tali cure appaiano al

medico, in scienza e coscienza, rivestire carattere di accanimento terapeutico, per la loro futilità o per la loro non appropriatezza.

25. E' altresì opinione del Comitato che i genitori vadano sempre tenuti al centro delle decisioni in merito al processo curativo posto in essere a carico dei loro neonati prematuri e che i genitori, nel caso vengano praticate al neonato terapie sperimentali, siano sempre chiamati a formulare un assenso vincolante. Al di fuori di questa ipotesi e di quella dell'accanimento terapeutico (che va sempre ritenuto non solo non dovuto, ma eticamente non giustificabile), **nei casi rari ed estremi in cui il parere dei genitori non sia conciliabile con le valutazioni del medico favorevole alla rianimazione del neonato, è parere del CNB che sia l'opinione del medico a dover prevalere.** E' da ritenere infatti che non abbia consistenza né deontologica, né etica, né giuridica l'ipotesi secondo la quale ogni forma di trattamento e di rianimazione dei neonati prematuri debba essere attivata dai medici solo a partire da un parere positivo della madre e del padre.

29. Il Comitato, infine, rileva come l'ormai accertata, anche se statisticamente limitata, possibilità di sopravvivenza di neonati giunti alla ventiduesima settimana di gestazione imponga un profondo ripensamento in ordine alle modalità comunemente usate per le pratiche di aborto tardivo, che a norma della L. 194/1978 devono sempre essere poste nel rispetto delle condizioni espressamente indicate dalla legge stessa, in modo cioè da salvaguardare in ogni caso la possibilità di vita del feto al di fuori dell'utero materno.

Puoi trovare *La Buona Battaglia* sul sito della parrocchia
www.gesumaestro.it

alla voce **La Buona Battaglia** oppure attraverso la **Mailing-List** parrocchiale. In alternativa,
puoi richiedere una **copia direttamente all'Ufficio Parrocchiale**.

The screenshot shows the homepage of the Parrocchia Gesù Maestro website. The main navigation menu on the left includes: Home Page, Anagrafe Parrocchiale, Consiglio Pastorale Parrocchiale, Gruppi Parrocchiali, Links, Orari, Voce di Gesù Maestro, Biblioteca Parrocchiale, Galleria Fotografica, La voce del Parroco, and **La Buona Battaglia** (highlighted with a red box). Below this menu is a button labeled "Iscriviti alla nostra mailing list" (highlighted with an orange box). The main content area features a banner for "IV Domenica di Pasqua" on "11 Maggio 2014" and a section titled "In primo piano" with a large button for "La Buona Battaglia" (highlighted with a red box) and a button for "Iscriviti alla nostra mailing list" (highlighted with an orange box). A red arrow points from the "La Buona Battaglia" link in the menu to the main button, and a purple arrow points from the "Iscriviti alla nostra mailing list" button in the menu to the main button. The right sidebar contains a "Calendario della Settimana" for the week of May 11-12, 2014, listing events like "S. Ignazio da Laconi" and "S. Messa".

La Buona Battaglia



Per consigli, segnalazioni, suggerimenti e/o critiche

labuonabattaglianews@gmail.com

Disclaimer

"La Buona Battaglia" è una raccolta di notizie, informazioni, saggi, documenti legali e istituzionali sia nazionali che internazionali, e testimonianze. Il tutto viene fatto in modo rigorosamente non a scopo di lucro. "La Buona Battaglia" contiene links ad altri siti Internet. Questi links sono forniti solamente come informazione e non costituiscono pubblicità. Il redattore de "La Buona Battaglia" non è responsabile per il

contenuto di articoli, commenti, recensioni o testimonianze, i cui autori si assumono la piena responsabilità di ciò che sostengono. Tutti i Loghi, Immagini, Marchi ed Articoli citati sono di proprietà dei rispettivi titolari. Alcuni materiali, dati e informazioni sono forniti da soggetti terzi e riflettono le loro opinioni personali. Tali materiali, dati e informazioni sono resi accessibili al pubblico attraverso il sito web, in particolare nelle aree ad essi dedicate. "La Buona Battaglia" non effettua alcun controllo preventivo in relazione al contenuto, alla natura, alla veridicità e alla correttezza di materiali, dati e informazioni pubblicati, né delle opinioni che in essi vengono espresse. L'unico responsabile è il soggetto che ha fornito i materiali, i dati o le informazioni o che ha espresso le opinioni. "La Newsletter", in ogni caso, farà in modo di adottare ogni misura ragionevolmente esigibile per evitare che siano pubblicate, nel sito web, opinioni manifestamente diffamatorie ed offensive o chiaramente in contrasto con diritti di terzi.

In considerazione del fatto che i materiali, dati, informazioni e opinioni di cui sopra sono resi accessibili nelle forme sopra indicate, "La Buona Battaglia" non può essere ritenuto responsabile, neppure a titolo di concorso, di eventuali illeciti che attraverso di essi vengano commessi, né comunque di errori, omissioni ed inesattezze in essi contenuti. "La Buona Battaglia" non può, in particolare, essere considerato responsabile, neppure a titolo di concorso, in ordine alla violazione di diritti di terzi attuata nel sito web mediante la diffusione di materiali, dati, informazioni o opinioni.

PREGHIERA PER LA VITA

(BENEDETTO XVI 27 NOVEMBRE 2010)

Signore Gesù,
che fedelmente visiti e colmi con la tua Presenza
la Chiesa e la storia degli uomini;
che nel mirabile Sacramento del tuo Corpo e del tuo Sangue
ci rendi partecipi della Vita divina e ci fai pregustare la gioia
della Vita eterna;
noi ti adoriamo e ti benediciamo.

Prostrati dinanzi a Te, sorgente e amante della vita
realmente presente e vivo in mezzo a noi, ti supplichiamo.

Ridesta in noi il rispetto per ogni vita umana nascente,
rendici capaci di scorgere nel frutto del grembo materno
la mirabile opera del Creatore,
disponi i nostri cuori alla generosa accoglienza di ogni bambino
che si affaccia alla vita.

Benedici le famiglie, santifica l'unione degli sposi,
rendi fecondo il loro amore.

Accompagna con la luce del tuo Spirito le scelte delle assemblee legislative,
perché i popoli e le nazioni riconoscano e rispettino la sacralità della vita,
di ogni vita umana.

Guida l'opera degli scienziati e dei medici,
perché il progresso contribuisca al bene integrale della persona
e nessuno patisca soppressione e ingiustizia.

Dona carità creativa agli amministratori e agli economisti,
perché sappiano intuire e promuovere condizioni sufficienti affinché
le giovani famiglie possano serenamente aprirsi alla nascita di nuovi figli.
Consola le coppie di sposi che soffrono a causa dell'impossibilità ad avere
figli, e nella tua bontà provvedi.

Educa tutti a prendersi cura dei bambini orfani o abbandonati,
perché possano sperimentare il calore della tua Carità,
la consolazione del tuo Cuore divino.

Con Maria tua Madre, la grande credente,
nel cui grembo hai assunto la nostra natura umana,
attendiamo da Te, unico nostro vero Bene e Salvatore,
la forza di amare e servire la vita,
in attesa di vivere sempre in Te, nella Comunione della Trinità Beata.
Amen.



DAMMI SIGNORE UN'ALA DI RISERVA

Voglio ringraziarti, Signore, per il dono della vita. Ho letto da qualche parte che gli uomini sono angeli con un'ala soltanto: possono volare solo rimanendo abbracciati.

A volte, nei momenti di confidenza, oso pensare, Signore, che anche tu abbia un'ala soltanto. L'altra, la tieni nascosta: forse per farmi capire che anche tu non vuoi volare senza di me.

Per questo mi hai dato la vita: perché io fossi tuo compagno di volo.

Insegnami, allora, a librarmi con te.

Perché vivere non è "trascinare la vita", non è "strappare la vita", non è "rosicchiare la vita".

Vivere è abbandonarsi, come un gabbiano, all'ebbrezza del vento.

Vivere è assaporare l'avventura della libertà.

Vivere è stendere l'ala, l'unica ala, con la fiducia di chi sa di avere nel volo un partner grande come te!

Ti chiedo perdono per ogni peccato contro la vita.

Anzitutto, per le vite uccise prima ancora che nascessero. Sono ali spezzate. Sono voli che avevi progettato di fare e ti sono stati impediti. Viaggi annullati per sempre. Sogni troncati sull'alba.

Ma ti chiedo perdono, Signore, anche per tutte le ali che non ho aiutato a distendersi. Per i voli che non ho saputo incoraggiare. Per l'indifferenza con cui ho lasciato razzolare nel cortile, con l'ala penzolante, il fratello

infelice che avevi destinato a navigare nel cielo. E tu l'hai atteso invano, per crociere che non si faranno mai più.

Aiutami ora a planare, Signore.

A dire, terra terra, che l'aborto è un oltraggio grave alla tua fantasia. E un crimine contro il tuo genio. E un riaffondare l'aurora nelle viscere dell'oceano. È l'antigenesi più delittuosa. È la "decreazione" più desolante.

Ma aiutami a dire, anche, che mettere in vita non è tutto. Bisogna mettere in luce. E che antipasqua non è solo l'aborto, ma è ogni accoglienza mancata. E ogni rifiuto del pane, della casa, del lavoro, dell'istruzione, dei diritti primari.

Antipasqua è la guerra: ogni guerra.

Antipasqua è lasciare il prossimo nel vestibolo malinconico della vita, dove "si tira a campare", dove si vegeta solo. Antipasqua è passare indifferenti vicino al fratello che e rimasto con l'ala, l'unica ala, inesorabilmente impigliata nella rete della miseria e della solitudine. E si è ormai persuaso di non essere più degno di volare con te.

Soprattutto per questo fratello sfortunato dammi, o Signore, un'ala di riserva.

Mons. Tonino Bello

(da *Alla Finestra la speranza. Lettere di un vescovo*, 1988, pp. 173-174)