

NOTIZIE
proVita&Famiglia
NEL NOME DI CHI NON PUÒ PARLARE

Organo informativo ufficiale dell'associazione Pro Vita & Famiglia Onlus
- Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale -



RU-486: LA VERITÀ SUL «PESTICIDA ANTIUMANO»

NUMERO SPECIALE

ANNO VIII
DICEMBRE 2020
RIVISTA MENSILE N. 91

Con il contributo di:

Filippo Maria Boscia
Marina Casini Bandini

Assuntina Morresi
Giuseppe Noia

Editoriale



Il contrasto alla deriva antropologica in atto e alla cultura della morte che la pervade passa anzitutto attraverso l'informazione. Per questo motivo, grazie alla collaborazione di esperti di indiscutibile levatura professionale, abbiamo raccolto in questa edizione speciale della nostra Rivista tutto ciò che bisogna sapere sull'aborto farmacologico, cioè sulla RU-486.

Questo «pesticida antiumano» si va sempre più diffondendo e l'aborto si va sempre più banalizzando. Si sta trasformando in un fatto privato, una questione di poco conto risolvibile nelle quattro mura domestiche. In poche parole si sta "legalizzando l'aborto clandestino".

L'ossimoro è segno della grave incoerenza e contraddizione degli abortisti che dimostrano ancora una volta - a chi ha occhi per vedere - che il loro intento non è tutelare l'autodeterminazione e men che meno la "salute sessuale e riproduttiva" delle donne, ma è promuovere la morte in sé. Chiamarli "cultori della morte" è perciò decisamente appropriato.

Sicché, i nostri Lettori, pur rinunciando alle consuete rubriche, potranno capire bene perché l'atteggiamento del ministro Speranza, della parte politica che lo sostiene, e della lobby internazionale che lo guida, è decisamente nichilista e antiumano.

Innanzitutto, favorisce e banalizza ancor di più la soppressione di bambini innocenti, privando la società e il mondo della ricchezza inestimabile e assolutamente originale racchiusa nella vita delle piccole vittime, nella vita delle generazioni che avrebbero potuto discendere da loro e nelle relazioni che avrebbero potuto intessere.

E poi, la diffusione della RU-486 viene pagata a caro prezzo dalle donne. In fin dei conti basta il buon senso per capire che una sostanza che uccide un bambino non può far bene alla salute della donna che lo porta in grembo. Ma l'ideologia, si sa, acceca. Allora, invito caldamente i Lettori a considerare che di Ru-486 le donne muoiono dieci volte di più che di aborto chirurgico. E nessuno tiene il conto di tali decessi

**Questo «pesticida antiumano»
si va sempre più diffondendo e
l'aborto si va sempre più banalizzando.**

(tranne forse in Usa, in alcuni casi): le morti e gli altri effetti collaterali avversi sono sotto-riportati (come potrete leggere a p. 38). Si consideri poi che le percentuali rappresentano in numeri assoluti centinaia, o migliaia di madri. La vita e la salute di queste donne conta o no? Ogni donna vale, o no?

Ogni donna, a fronte di una gravidanza indesiderata, merita un'adeguata informazione sui rischi cui va incontro, ma soprattutto merita rispetto, sostegno, e solidarietà da parte della società, che invece le offre a buon mercato una pillola velenosa e se ne lava completamente le mani.

Ora siamo a Natale: di fronte al Bambino Gesù

vogliamo pregare in modo particolare per i bambini uccisi nel grembo delle madri, senza mai abbandonare la fiducia nel Salvatore, che vogliamo sia al centro della nostra vita.

Di fronte alla cultura della morte, facciamo nostre le parole del vescovo di Grenoble, Armando Giuseppe: «... non rimettiamo la spada nella guaina fin quando non vi saranno più nemici da combattere». Il resto sarà Dio a deciderlo. Noi siamo certi che «non praevalerunt».

Vi auguro di trascorrere le prossime sante feste nella gioia e nella serenità con i vostri cari. Buon Natale e un mondo di bene per il 2021. ■

Toni Brandi



HRes



Sommario



NUMERO SPECIALE

NB *I numeri tra parentesi nei testi e nelle note rimandano alla bibliografia pubblicata a p. 49*

3 Editoriale

NOTIZIE **proVita&Famiglia**
NEL NOME DI CHI NON PUÒ PARLARE

Vuoi ricevere anche tu, comodamente a casa, **Notizie Pro Vita & Famiglia** (11 numeri) e contribuire così a sostenere la cultura della vita e della famiglia?

Invia il tuo contributo:

€ 20,00 studente/disoccupato € 30,00 ordinario

€ 60,00 sostenitore € 100,00 benefattore € 250,00 patrocinatore

PRO VITA E FAMIGLIA ONLUS:

c/c postale n. 1018409464

oppure bonifico bancario presso

la Cassa Rurale Alta Vallagarina

IBAN: IT89X0830535820000000058640

indicando: Nome, Cognome, Indirizzo e CAP

«Guardare la morte di mio figlio»
p. 25

Un «pesticida antiumano»	6
<i>Marina Casini Bandini</i>	
L'aborto farmacologico in Italia	9
<i>Filippo Maria Boscia e Giuseppe Gagnaniello</i>	
Cos'è il mifepristone	16
<i>Filippo Boscia e Giuseppe Gagnaniello</i>	
Esiste un antidoto al veleno	20
<i>Francesca Romana Poleggi</i>	
La RU-486 e il destino dell'embrione	22
<i>Giuseppe Noia</i>	
«Guardare la morte di mio figlio»	25
<i>Giuseppe Noia</i>	
Una "svolta culturale": intervista ad Assuntina Morresi	33
<i>Luca Marcolivio</i>	
Donne vittime di reticenze e colpevoli silenzi	38
<i>Francesca Romana Poleggi</i>	
Un magnifico dono alle donne	45
<i>Silvana De Mari</i>	
Bibliografia	49



MEMBER OF THE
WORLD CONGRESS
OF FAMILIES

RIVISTA MENSILE

N. 91 – Anno VIII Dicembre 2020

Editore

Pro Vita & Famiglia Onlus

Sede legale: via Manzoni, 28C

00185 Roma (RM)

Codice ROC 24182

Redazione

Toni Brandi,

Alessandro Fiore,

Francesca Romana Poleggi,

Giulia Tanel

Piazza Municipio 3

39040 Salerno (BZ)

www.provitaefamiglia.it

Cell. 377.4606227

Direttore responsabile

Toni Brandi

Direttore editoriale

Francesca Romana Poleggi

Progetto e impaginazione grafica

Co.Art s.r.l.

Tipografia



Distribuzione

Caliari Legatoria

Hanno collaborato alla realizzazione di
questo numero:

Filippo Maria Boscia, Marina Casini,

Silvana De Mari, Giuseppe Gagnaniello,

Luca Marcolivio, Giuseppe Noia,

Francesca Romana Poleggi

Un «pesticida antiumano»



Marina Casini Bandini

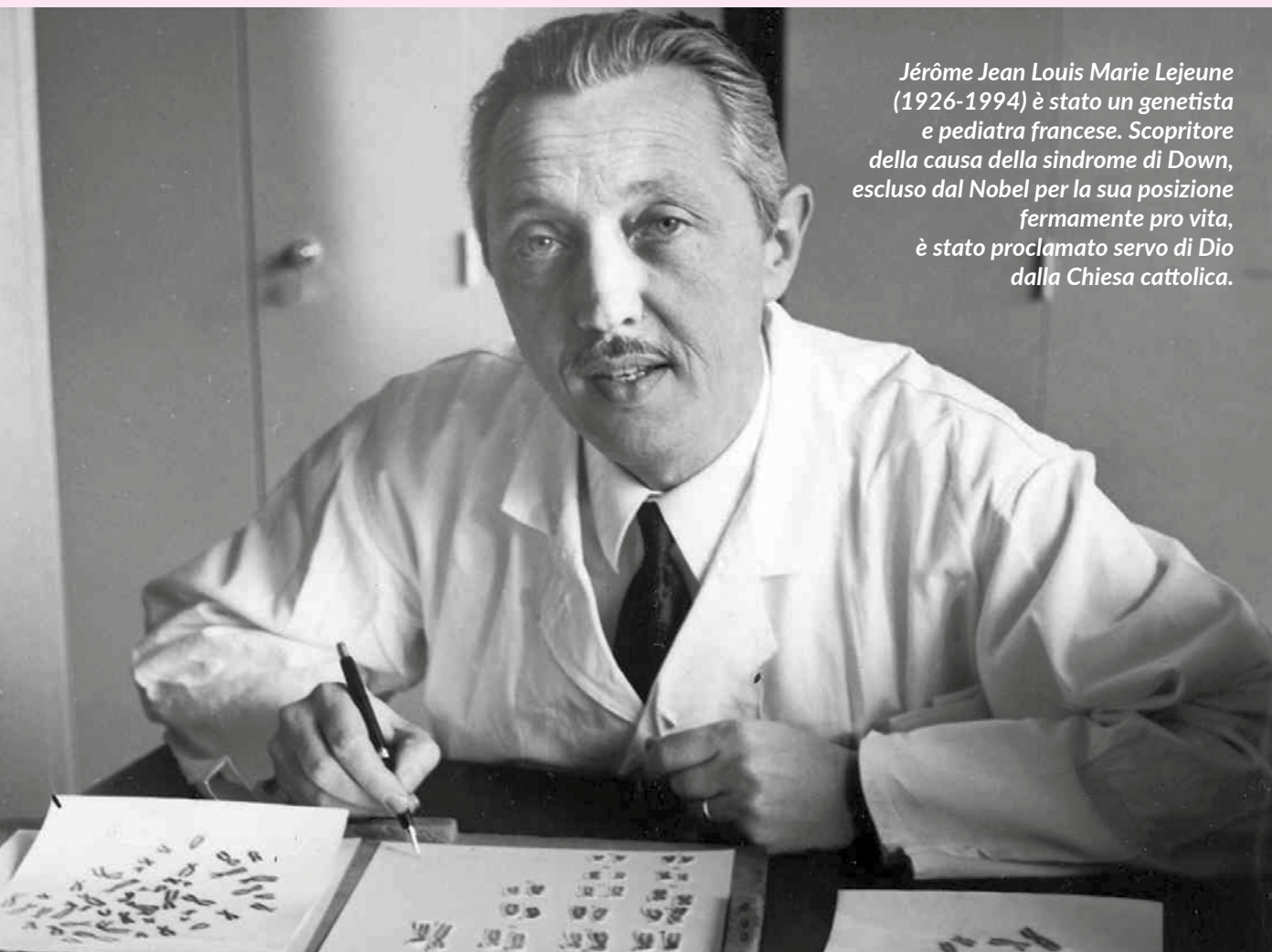
Giurista, bioeticista e docente all'Istituto di bioetica e medical humanities dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; presidente del Movimento per la Vita.

Le nuove linee guida sulla RU-486 manifestano palesemente l'ideologia abortista radicale tesa a cancellare la verità della soppressione di un figlio innocente. È la stessa ideologia che pervade la legge 194 del 1978, anche se, con l'art. 8 della stessa legge, dette Linee guida sono formalmente in contrasto.

«La pillola abortiva che uccide i bambini è cattiva come ogni aborto. Si tratta di un prodotto che ha una tossicità specifica per gli esseri umani a un certo stadio di sviluppo. Essa impedisce al bambino di sopravvivere. È precisamente un veleno specifico, direi, anzi, che è il primo pesticida antiumano». Queste parole sono state pronunciate da Jérôme Lejeune nel corso di una trasmissione televisiva, negli anni Ottanta, in un confronto tête a tête con **Etienne Emile Balieu, l'inventore della RU-486**. Parole che colgono il punto fondamentale rispetto al quale Balieu tergiversa, glissa, ricorre all'antilingua: «Sono dei **pre-embrioni**, non sono esseri umani». È chiaro: **per eliminare l'altro, bisogna mentire diminuendone o azzerandone l'umanità**. Il tema, infatti, è quello dell'aborto volontario e cioè dell'uccisione di un **innocente povero e inerme** e di una esperienza che ferisce le donne.

Il mezzo con cui lo si effettua non cambia la sostanza ma le modalità, che nel caso della RU-486 sono in apparenza banali (mentre le implicazioni non lo sono affatto), perché materialmente si tratta di assumere, a distanza di circa 48 ore, due pastiglie accompagnate da un sorso d'acqua. La RU-486 che banalizza e privatizza l'aborto è dunque lo strumento tecnico per affermare che **il figlio non esiste** e corrisponde all'ideologia dell'aborto-diritto che è tutt'uno con quella della scelta assolutamente libera e insindacabile.

La RU-486 che banalizza e privatizza l'aborto è dunque lo strumento tecnico per affermare che il figlio non esiste e corrisponde all'ideologia dell'aborto-diritto.



Jérôme Jean Louis Marie Lejeune (1926-1994) è stato un genetista e pediatra francese. Scopritore della causa della sindrome di Down, escluso dal Nobel per la sua posizione fermamente pro vita, è stato proclamato servo di Dio dalla Chiesa cattolica.

La RU-486 è tornata alla ribalta nella scorsa primavera e nell'estate immediatamente successiva. Con il pretesto della pandemia da Covid-19, alcune organizzazioni femministe e radicali avevano chiesto di facilitare gli aborti rendendo domiciliare la RU-486 ed estendendone l'uso fino alla nona settimana. A sostegno della richiesta l'addotta inaccessibilità delle strutture pubbliche: cosa infondata dato che, **nonostante il virus, gli aborti sono sempre purtroppo stati effettuati.**

Un vero paradosso, se pensiamo che proprio la pandemia ha portato a riflettere sul valore della vita umana. Su questa spinta, le linee di indirizzo ministeriali (previo parere favorevole del Consiglio superiore di sanità, CSS, e dell'AIFA, Agenzia italiana per il farmaco), hanno

eliminato la necessità del ricovero ordinario per la donna che assume la RU-486; hanno previsto la possibilità di assunzione della "pillola abortiva" e degli atti seguenti negli ambulatori, nei consultori, oppure day hospital; hanno esteso la possibilità di usarla fino alla nona settimana di gestazione (63 giorni).

Le pagine che seguono ci raccontano, grazie alla competenza degli autori, **la verità dell'aborto farmacologico mediante RU-486**: contrariamente a quanto diffuso dalla propaganda, l'aborto mediante assunzione di mifepristone e misoprostolo oltre ad alimentare lo "scarto mondiale" di vite umane, provoca **danni anche gravi alla salute fisica e psicologica della donna**, ed è di per sé un metodo abortivo più incerto, lungo, e rischioso

di quello chirurgico. Non mancano a riguardo testimonianze di donne. Non per nulla, prima delle linee di indirizzo del 2020, era richiesto che l'intera procedura, dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla conclusione del percorso assistenziale, si svolgesse all'interno del regime di ricovero ordinario in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della legge 194/1978, e che l'assunzione della pillola dovesse effettivamente avvenire entro la settima settimana di amenorrea (49° giorno) a causa dei rischi teratogeni connessi alla possibilità del fallimento dell'interruzione farmacologica di gravidanza e del sensibile incremento del tasso di complicazioni in relazione alla durata della gestazione. **Inspiegabile il cambio di rotta, se escludiamo la motivazione ideologica.**

Nella prospettiva di fermare la deriva incombente della banalizzazione e della privatizzazione dell'aborto è comprensibilissimo il riferimento ad alcuni passaggi della **legge 194 con la quale le linee di indirizzo sono formalmente in contrasto¹**, soprattutto per quanto riguarda il coinvolgimento dei consultori. Ma, sul piano culturale, nei luoghi del pensiero, laddove ci si confronta e si discute, non possiamo limitarci a riportare la RU-486 sul binario della 194 per quanto riguarda il ricovero ordinario e l'estromissione dei consultori dalla pratica dell'aborto. Nella legge 194 è già presente nascostamente **la cultura radicale che si manifesta palesemente nelle linee di indirizzo ministeriali**. Lo scopo dell'abortismo radicale è **cancellare mentalmente il giudizio sull'aborto per quello che realmente è: la soppressione di qualcuno, di un figlio**. Allora bisogna andare a fondo, laddove molti fattori concorrono a seppellire la più elementare verità: il concepito è un figlio, è uno di noi; le difficoltà di fronte a una gravidanza difficile o inattesa si possono superare insieme in **una logica di accoglienza della mamma e del suo bambino**. Si tratta di fare davvero un grande salto di civiltà, perché si tratta di rigenerare a fondo la società a



partire dal riconoscimento collettivo - basato su scienza e ragione - del **“non nato” come figlio uguale al figlio “nato”**. È questo che ci dà la forza intellettuale per far fronte alle sfide sulla vita nascente, la ragione più vera per prevenire l'aborto, la motivazione per dare coraggio alle madri e alle famiglie, per mobilitare risorse intellettuali e materiali a servizio della vita umana nascente e della maternità durante la gravidanza; per rinforzare ogni altra forma di solidarietà; per dare un fondamento solido ai diritti dell'uomo.

Tra l'altro, poiché l'utilizzazione della RU-486 implica un più elevato rischio di una **decisione frettolosa e senza offerta di alternative**, dovrebbe rendersi più organica la presenza del volontariato al servizio della vita umana nelle strutture ospedaliere, nei consultori, negli ambulatori in modo da **garantire alla donna la libertà di non abortire** e un facile esercizio del relativo diritto. Inoltre appare ancor più urgente l'iniziativa dello Stato e degli Enti locali affinché sia realizzata una educazione ampia e profonda al rispetto della vita umana fin dal concepimento e affinché, in nome del principio di uguaglianza e della pari dignità umana, ogni concepito sia riconosciuto come “uno di noi”. Come sarebbe bella una mobilitazione generale di donne per chiedere diritti, sì, ma non contro i loro figli più piccoli, piuttosto a loro favore, manifestando quella profonda alleanza tra la donna e la vita nascente che, invece, la cultura dello scarto vuole spezzare. ■

¹ N.d.R.: Le nuove linee guida sono formalmente in contrasto con l'art.8 della legge 194/78. Ma, come giustamente ha osservato Tommaso Scandroglio, «La scelta abortiva nella 194 è presentata come scelta privilegiata [...], occorre promuoverla sempre e comunque anche a costo di far correre alla donna alcuni seri rischi per la sua salute. Infatti il vero intento degli abortisti non è quello di tutelare la salute della donna, come da decenni amano ripetere, bensì tutelare l'aborto in tutte le sue forme. [...] È l'art. 8 a ben vedere che è in contrasto con la *ratio* della 194, non la decisione del ministro Speranza». (73)

L'aborto farmacologico in Italia

In dieci anni le Linee guida del Ministero della salute sull'aborto chimico sono cambiate radicalmente e sono state eliminate le precauzioni prescritte nel 2010. Eppure le sostanze abortive e la fisiologia femminile sono rimaste le stesse



Filippo Maria Boscia

Ginecologo e andrologo; professore di Fisiopatologia della riproduzione umana all'Università di Bari; già capo Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale Di Venere di Bari; consulente di Ginecologia ed Ostetricia all'Ospedale S. Maria di Bari; presidente onorario della Società Italiana di Bioetica e dei Comitati Etici, presidente nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI).



Giuseppe Gragnaniello

Ginecologo e patologo generale, master di II livello in Medicina della Sessualità; ha lavorato sia in ospedale che sul territorio; ha all'attivo numerose pubblicazioni e relazioni congressuali, è divulgatore ed esperto di educazione sessuale; ha collaborato a testi di riferimento per l'ecografia ostetrico-ginecologica e curato la segreteria scientifica di convegni specialistici.

L'interruzione di gravidanza mediante l'assunzione di un farmaco abortivo in alternativa alla modalità chirurgica è entrata nell'uso in Italia nell'anno 2010.

Riguardo tale procedura va detto che il primo parere (18 marzo 2004) (2) del Consiglio Superiore di Sanità (CSS) affermava: «I rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica **solo se** l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero». Pertanto, con un secondo parere (20

dicembre 2005) (3), il CSS stabiliva che «l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata **in ospedale pubblico** o in altra struttura prevista dalla predetta legge e la donna deve essere ivi trattenuta **fino ad aborto avvenuto**». A sua volta l'AIFA (Agenzia italiana del farmaco) con determinazione n. 1460 del 24 novembre 2009 (4) autorizzava l'immissione in commercio del Mifegyne sottolineando all'art. 3 (vincolo al percorso di utilizzo) in particolare che **«tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio**

ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali».

Successivamente, il 18 marzo 2010 (5), ancora il CSS, su richiesta del Ministro della Salute in merito alle modalità di impiego del Mifegyne in condizioni di sicurezza, «dopo approfondita disamina», rispondeva

che «[...] ritiene necessario che il percorso dell'interruzione di gravidanza medica avvenga **in regime di ricovero ordinario** fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento e raccomanda altresì che [...] vengano stilate e concordate linee di indirizzo da formulare sulla base dell'elaborazione dei dati in materia di interruzione di gravidanza medica e chirurgica e della loro comparazione».

In base a ciò scaturivano le Linee di indirizzo (6), approvate il 24 giugno 2010, che riportiamo nelle pagine seguenti.



LINEE DI INDIRIZZO SULLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA CON MIFEPRISTONE E PROSTAGLANDINE ELABORATE DALLA COMMISSIONE AVENTE LA FINALITÀ DI PREDISPORRE LE LINEE GUIDA SULLA MODALITÀ DI UTILIZZO DEL FARMACO RU-486 E DI DEFINIRE LE MODALITÀ PER LA RACCOLTA DEI DATI UTILI AL MONITORAGGIO DEL SUO IMPIEGO. APPROVATE IL 24 GIUGNO 2010.

LINEE DI INDIRIZZO

I criteri di ammissione della donna al trattamento si basano su

- Gravidanza in utero con amenorrea entro 49 giorni/datazione ecografica età gestazionale entro 35 giorni
- Documento/certificato di richiesta IVG
- Consenso informato, debitamente compilato e sottoscritto
- Disponibilità al ricovero ordinario fino a completamento della procedura
- Disponibilità ad effettuare il controllo a distanza, entro 14-21 giorni dalla dimissione

Devono quindi essere presi in considerazione

Criteri clinici

a) indicazioni particolari che possono essere rappresentate da:

- Problemi psicologici a sottoporsi ad intervento chirurgico
- Allergie a farmaci anestetici
- Difficoltà anatomiche di accesso alla cavità uterina

b) assenza di controindicazioni, quali ad esempio:

- Sospetto di gravidanza extrauterina o di masse annessiali non precedentemente diagnosticate (fibromi uterini sintomatici *)⁽¹⁾;
- IUD in sede⁽²⁾
- Grave anemia⁽³⁾
- Allergia a uno dei farmaci⁽⁴⁾
- Porfiria ereditaria⁽⁵⁾
- Coagulopatie o trattamento in corso con anticoagulanti
- Trattamento in corso con corticosteroidi o insufficienza surrenale⁽⁶⁾
- Altre malattie sistemiche gravi⁽⁷⁾
- Allattamento al seno⁽⁸⁾
- Crisi epilettiche, malattie cardio e cerebrovascolari, disturbi intestinali in atto^(*)

(*) Condizioni cliniche da affidare alla valutazione del singolo medico

(1) I fibromi possono ostacolare le contrazioni efficaci ed aumentare l'emorragia

(2) Iniezione dopo la rimozione

(3) (Hb < 7g/dl)

(4) L'allergia ai farmaci è estremamente rara

(5) Il progesterone è stato associato nella patogenesi degli attacchi acuti di porfiria ed alcuni studi su embrione di pollo suggeriscono che il mifepristone può aumentare gli attacchi

(6) Il mifepristone ha effetti antiglicocorticoidi

(7) valutazioni da affidare alla valutazione del singolo medico: (Es: Malattia epatica, renale o respiratoria severa, Iperensione non controllata, Malattia cardiovascolare (angina, valvulopatie, aritmie, scompenso cardiaco, Convulsioni non controllate, Iperpiressia da causa non determinata, Iperensione non controllata, Diabete complicato, immunodeficienza (compreso AIDS) disturbi intestinali in atto, ecc); Le donne con malattie sistemiche sono state generalmente escluse dalle sperimentazioni cliniche controllate, per cui non esistono informazioni sugli effetti dei farmaci in queste condizioni

(8) Entrambi i farmaci passano nel latte materno, anche se il mifepristone non è più rintracciabile dopo 11 giorni e il misoprostolo scompare in meno di 2 giorni

Criteria non clinici

In primo luogo va garantito, in considerazione del fatto che la procedura è in parte autogestita dalla donna stessa, che la donna abbia chiaramente compreso il percorso e la possibilità che vi aderisca compiutamente (ad esempio vanno attentamente valutate per una esclusione: pazienti molto ansiose, con una bassa soglia di tolleranza al dolore, con condizioni socio abitative troppo precarie, con impossibilità di raggiungere tempestivamente il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico).

- Stante quanto sopra, per le donne straniere si deve accertare l'avvenuta comprensione linguistica della procedura e dei sintomi che la donna stessa deve valutare autonomamente (intensità del dolore, sanguinamento, ecc.);
- Per le minorenni l'IVG farmacologica è sconsigliabile, e quindi andrebbero escluse da questa procedura, le minori senza il consenso dei genitori, valutando difficile l'adesione al percorso terapeutico in tale situazione.

Assume quindi particolare importanza il consenso informato della donna.

La donna, preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato deve ricevere una informativa scritta nella quale tra gli altri, siano sviluppati i punti che seguono:

1. L'accesso alla procedura abortiva farmacologica è subordinato alla firma del consenso informato dal quale emerga la dichiarata disponibilità della donna al ricovero ordinario fino al termine della procedura abortiva e l'assicurazione del ritorno al controllo a distanza.
 Nell'informazione utile al consenso deve essere fornita in modo chiaro l'informazione che l'aborto farmacologico potrà essere effettuato solo in ricovero ordinario, nella maggior parte dei casi della durata di tre giorni, fino cioè all'espulsione del materiale abortivo.
 E' infatti fortemente sconsigliata la dimissione volontaria contro il parere dei medici prima del completamento di tutta la procedura perché in tal caso l'aborto potrebbe avvenire fuori dall'ospedale e comportare rischi anche seri per la salute della donna.
2. Deve essere data una completa informazione in merito alle possibili metodiche per l'interruzione volontaria di gravidanza: aborto chirurgico/aborto medico o farmacologico, sottolineando il fatto che:
 - l'aborto chirurgico (isterosuzione-Karman) - richiede una breve permanenza in ospedale, in genere di 4-8 ore;
 - l'aborto medico - vi si può avere accesso solo entro sette settimane di gravidanza, prevede la somministrazione in momenti successivi di due farmaci (mifepristone e un farmaco della famiglia delle prostaglandine) e prevede un ricovero ordinario di circa 3 giorni. Che la sua efficacia è del 93-95% e che quindi, nel 5% circa dei casi è necessario sottoporsi comunque ad un intervento chirurgico di revisione della cavità uterina per completare l'aborto o fermare un'emorragia importante in atto.
3. Nella descrizione del metodo farmacologico, va specificato che le maggiori complicazioni riguardano il sanguinamento con necessità di emostasi chirurgica, l'anemia con necessità di trasfusione (2:1000 casi), l'infezione (ad esempio: Clostridium Sordelli).

La donna deve sapere che:

4. non è possibile stimare a priori il momento in cui avverranno la morte dell'embrione e la sua successiva espulsione. Dalla letteratura scientifica è noto infatti che, mediamente, il 5% delle donne espelle l'embrione solo dopo il primo farmaco, il 60% entro 4-6 ore dal secondo farmaco, il 20-25% entro 24 ore e il 10% nei giorni successivi;

5. quantità e qualità di effetti collaterali (sanguinamento, vomito, nausea, crampi dolorosi addominali, aumento temperatura, mal di testa, diarrea transitoria) sono variabili e non stimabili a priori. Se invece la febbre compare dopo la dimissione dall'ospedale è fondamentale andare subito in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico per una visita e un controllo ecografico;
6. è necessario restare in ospedale, per un'attenta sorveglianza sanitaria, in modo da ricevere un'assistenza immediata se si verifica un'emorragia importante. Anche nei giorni successivi, dopo la dimissione, si potranno avere perdite di sangue, come un flusso mestruale abbondante, che sono da considerarsi normali e possono durare fino a circa 10 giorni. Se le perdite fossero importanti, cioè se si dovessero cambiare 4 assorbenti esterni maxi o large nel tempo di 2 ore, è fondamentale andare subito in Pronto Soccorso per una visita e un controllo ecografico;
7.“I dati relativi all'IVG farmacologica e chirurgica non risultano confrontabili; i dati non sono omogenei e i risultati sono estremamente difforni soprattutto per quanto riguarda efficacia ed eventi avversi; pur tuttavia, emergerebbe un profilo di sicurezza inferiore dell'IVG farmacologica rispetto a quello dell'IVG chirurgica” (parere CSS del 18.3.2010);
8. poiché è sempre facoltà della donna avere un ripensamento e decidere di sospendere il trattamento e proseguire la gravidanza, è necessario fornire informazioni in relazione al momento dell'interruzione del trattamento e quindi degli eventuali rischi presenti in caso di continuazione della gravidanza stessa;
9. le dimissioni avvengono solo dopo verifica ecografica dell'avvenuta espulsione dell'embrione, e solo se tale espulsione è completa;
10. è necessario attenersi scrupolosamente alle indicazioni prescritte alla dimissione, anche per ridurre i rischi di infezioni uterine. In caso di marcata astenia, svenimenti, nausea, vomito, diarrea persistente, anche in assenza di febbre è fondamentale recarsi immediatamente in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico per una visita, un'ecografia e degli esami del sangue;
11. è indispensabile sottoporsi alla visita ambulatoriale di controllo entro 14-21 giorni dalla dimissione. Solo dopo tale controllo può infatti considerarsi conclusa la procedura in quanto effettuando un'ecografia si può verificare l'assenza di residui di materiale abortivo ed alla visita escludere eventuali complicanze (se necessario in base ai risultati degli accertamenti sarà effettuata una revisione chirurgica della cavità uterina, in anestesia locale o generale).



In data 7 agosto 2020 (7), il Ministero della Salute, dietro richiesta di associazioni mediche e movimenti di opinione, sentito preventivamente il CSS, ha emanato un **Aggiornamento delle Linee di indirizzo**:

«[...] Tenuto conto della raccomandazione formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in ordine alla somministrazione di mifepristone e misoprostolo per la donna fino alla nona settimana di gestazione, delle più aggiornate evidenze scientifiche sull'uso di tali farmaci, nonché del ricorso nella gran parte degli altri Paesi europei al metodo farmacologico di interruzione della gravidanza in regime di day hospital e ambulatoriale, la scrivente Direzione generale ha predisposto le *Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine*, in aggiornamento a quelle emanate nel 2010, sulle quali il Consiglio Superiore di Sanità, nella seduta straordinaria del 4 agosto 2020, ha espresso parere favorevole, integrando in parte le stesse».

Il Consiglio Superiore di Sanità ha pertanto espresso parere favorevole [vedere, però, p. 43, *n.d.R.*] al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico:

- **fino a 63 giorni**, pari a nove settimane compiute di età gestazionale;
- **presso strutture ambulatoriali** pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, **nonché consultori**, oppure day hospital.

Successivamente al parere del Consiglio Superiore di Sanità, è stata emanata la Determina n. 865 del 12 agosto 2020 dell'Agenzia Italiana del Farmaco, *Modifica delle modalità di impiego del Medicinale Mifegyne a base di mifepristone (RU486)* (8), nella quale vengono superate le precedenti limitazioni contenute nella Delibera del consiglio di amministrazione AIFA n. 14 del 30 luglio 2009 e nella Determinazione del direttore generale dell'AIFA del 24 novembre 2009.



Con la nuova Determina AIFA, risulta:

1. annullato il vincolo relativo all'utilizzo del farmaco Mifegyne in regime di ricovero dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla conclusione del percorso assistenziale;


2. esteso l'impiego del farmaco Mifegyne dal 49° al 63° giorno di amenorrea, pari a nove settimane compiute di età gestazionale, in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, in linea con quanto contenuto nella scheda tecnica del mifepristone approvata in sede europea, che prevede il seguente modo di somministrazione:

- fino al 49° giorno di amenorrea: il mifepristone è assunto in un'unica dose orale da 600 mg (cioè 3 compresse da 200 mg ciascuna) seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine: misoprostolo 400 µg per via orale, oppure gemeprost, 1 mg per via vaginale.
- Tra il 50° e il 63° giorno di amenorrea: il mifepristone è assunto in un'unica dose orale da 600 mg (cioè 3 compresse

da 200 mg ciascuna) seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine gemeprost 1 mg per via vaginale. Tale farmaco non presenta la controindicazione all'utilizzo oltre il 49° giorno di amenorrea.

Tutto ciò premesso, **si raccomanda di effettuare il monitoraggio continuo ed approfondito** delle procedure di interruzione volontaria di gravidanza con l'utilizzo di farmaci, avendo riguardo, in particolare, agli effetti collaterali conseguenti all'estensione del periodo in cui è consentito il trattamento in questione».

Dopo dieci anni le regole per l'aborto farmacologico sono quindi cambiate, con un allungamento della possibilità di fruizione sino a 63 giorni e non più obbligo di ricovero sino al termine della procedura, nonostante sia noto che l'associazione mifepristone + misoprostolo con l'avanzare delle settimane di gestazione diventi meno efficace, aumentando così le probabilità di insuccesso e di effetti avversi (9). ■



Dopo dieci anni le regole per l'aborto farmacologico sono cambiate, con un allungamento della possibilità di abortire sino a 63 giorni e non più obbligo di ricovero, nonostante sia noto che con l'avanzare delle settimane di gestazione aumentano le probabilità di insuccesso e di effetti avversi.

Cos'è il mifepristone

Filippo Maria Boscia e Giuseppe Gragnaniello

La spiegazione scientifica del funzionamento della RU-486

Il mifepristone (10) (11β -[p-(Dimetilamino)fenil]- 17β -idrossi-17-(1-propinil)estra-4,9-dien-3-one) è uno steroide sintetico dotato di una potente attività antiprogesteronica individuato nel 1980 da Étienne-Émile Baulieu mentre lavorava su derivati del progesterone. Si tratta di uno steroide C19, derivato del noretindrone, identificato dapprima con la sigla RU-38486 (poi mutata in RU-486), dove le lettere RU stanno ad indicare i Laboratori Roussel Uclaf (Francia), sede di lavoro dello scopritore, e successivamente, avviata la commercializzazione, con nomi diversi: *Mifegyne* (Francia) e *Mifeprex* (USA). Da esso, attraverso un processo di demetilazione ed idrossilazione, si formano tre metaboliti attivi: mifepristone mono-dimetilato, mifepristone di-dimetilato e mifepristone idrossilato (10bis).

Proprio per l'azione anti-progesterone (l'ormone naturale protettivo della gravidanza, che inibisce la secrezione endometriale di prostaglandine e la contrattilità miometriale, mantenendo chiuso il collo uterino) dal 1982 venne avviata la sperimentazione clinica al fine di utilizzare il mifepristone per interrompere la gestazione, come alternativa alla modalità chirurgica, unica tecnica allora disponibile. Nel 1983 la citata società francese firmò un accordo di ricerca dapprima con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e poi l'anno successivo con il Population Council (organizzazione internazionale particolarmente impegnata nei confronti dei Paesi in via di sviluppo) che evidenziò l'efficacia del farmaco nell'indurre aborti precoci. Il mifepristone è così entrato nell'uso in Francia e Cina nel 1988, in Svezia nel 1992, nella maggior parte degli altri Paesi Europei nel 1999, negli Stati Uniti e in Russia nel 2000, in India nel 2002 e nel 2010 in Italia.

Nel 2003 sempre l'**OMS ne ha attestato la sicurezza** e ha stabilito le linee guida per il suo utilizzo (11), per poi raccomandarlo, tre anni dopo, come alternativa più sicura delle tecniche chirurgiche, **nei Paesi in via di sviluppo** con scarse risorse economiche (12). Nella nostra realtà, però, la semplicità del metodo, senza necessità di sala operatoria e anestesia e in completa privacy, ne ha favorito un uso disinvolto, banalizzando il problema, con una tendenza perversa ad aumentare il ricorso all'aborto.

Il mifepristone agisce con un blocco competitivo sui recettori per il progesterone (verso cui presenta un'affinità cinque volte superiore) provocando la degenerazione del corpo luteo, la necrosi e il distacco della decidua e quindi dell'uovo impiantato con morte dell'embrione, mentre il collo uterino tende ad ammorbidirsi. **Solo nel 5% dei casi il materiale intrauterino viene eliminato spontaneamente entro un**





paio di giorni (emivita del mifepristone 18-20 ore circa), manifestando un sanguinamento come una mestruazione, altrimenti è agevolato dalla somministrazione di **prostaglandine** (misoprostolo o gemeprost), che favoriscono l'espulsione stimolando le contrazioni uterine e facilitando la dilatazione della cervice, con un successo nel 95% dei casi, entro 4-6 ore nel 60% e entro 24 ore nel 30% dei casi (13). Il protocollo (14) della FDA (Food and Drug Administration) prevede l'assunzione di 1-3 compresse orali da 200 mg di mifepristone seguita da 400 µg di misoprostolo sempre per via orale dopo 36-48 ore, ripetibile dopo tre ore in assenza di effetto.

Come qualsiasi farmaco, il mifepristone non è esente da **controindicazioni** (15): non deve essere adoperato dopo le 9 settimane di amenorrea (in quanto aumenta l'incidenza di espulsioni incomplete, di effetti collaterali

e di complicazioni) o in caso di gravidanza extrauterina (che, com'è noto, richiede un diverso trattamento), né va usato in caso di allergia nota al medicinale, insufficienza surrenalica (per l'effetto antiglicocorticoide, che lo fa utilizzare nel morbo di Cushing), alterazioni emocoagulatorie o terapia con anticoagulanti o cortisonici. Anche le prostaglandine non possono essere somministrate nei soggetti affetti da ipertensione arteriosa, angina pectoris, insufficienza cardiaca, aritmia, sindrome di Raynaud, asma grave.

Vanno altresì considerati con grande attenzione gli **effetti collaterali** e le eventuali **complicanze** (16), ugualmente frequenti sia nelle donne giovani che nelle adulte (17). Cause prevalenti di morbilità e di mortalità risultano essere **le emorragie e le infezioni**. Sono anche frequenti **dolore** e spasmi addominali più intensi che

richiedono analgesici (30% dei casi), cefalea (fino al 35%), una **nausea** fastidiosa (fino al 60%), vomito ripetuto (fino al 44%), una **diarrea** transitoria (30%), una sensazione di **debolezza**, spesso accompagnata da un abbassamento della pressione arteriosa (10%).

Di solito si osserva una perdita ematica più abbondante e persistente rispetto al metodo chirurgico, e ciò è dovuto alla mancata inibizione da parte dei glucocorticoidi del rilascio di monossido di azoto (NO), potente vasodilatatore coinvolto anche nella mestruazione, proprio per l'effetto di contrasto svolto dal mifepristone (18). Nello 0,1-0,2% dei casi si rende necessario ricorrere a trasfusioni di sangue per perdite ematiche notevoli.

Nel post-aborto una perdita simil - mestruale si può protrarre sino a dieci giorni dopo le prostaglandine. Se persiste oltre può essere dovuta a un aborto non completo o a una gravidanza extrauterina non considerata. È da valutare al più presto una perdita subito abbondante, legata anche in questo caso alla persistenza di materiale nella cavità uterina. Secondo la letteratura **una revisione chirurgica si rende necessaria in quasi il 5% dei casi**. Per escludere tale eventualità viene consigliato un

controllo ecografico dopo due settimane.

Sono state descritte **reazioni allergiche** con eritema cutaneo, orticaria, più raramente angioedema, formicolii agli arti e shock. Ma la complicanza più grave è l'insorgenza di una **sepsi che in alcuni casi ha avuto un esito letale** [vedi p. 29]. Sono state riportate (1 caso ogni 100.000 aborti) infezioni dovute a Clostridium Sordellii e Clostridium perfringens (19, 20, 21, 22), caratterizzate dal punto di vista clinico da una leucocitosi con neutrofilia, ematocrito elevato, lieve o nessun aumento della temperatura, tachicardia e ipotensione refrattaria a terapia, edema diffuso. Sebbene ad esito infausto, non viene consigliata una profilassi antibiotica che anzi potrebbe aumentare il rischio che si manifesti l'infezione. In particolare, nel caso del C. Sordellii, il mifepristone, bloccando i recettori del progesterone e dei glucocorticoidi, interferisce con il rilascio e l'azione del cortisolo e delle citochine, con una compromissione del sistema immunitario che non riesce ad ostacolare la diffusione endometriale dell'infezione; le risposte anomale di cortisolo e citochine, accoppiate al rilascio di potenti esotossine e di un'endotossina da parte del batterio, sono la causa del rapido sviluppo di uno shock settico letale (77).



Non vanno trascurate infine le possibili **interazioni con altri farmaci** (9). Sebbene non siano stati effettuati studi in proposito, sulla base del metabolismo del mifepristone, mediato dal citocromo CYP3A4, è possibile che il ketoconazolo, l'itraconazolo, l'eritromicina possano inibirlo, aumentandone i livelli sierici. Allo stesso modo agisce il succo di pompelmo che non deve essere assunto durante il trattamento. Al contrario rifampicina, desametasone, ivermectina e alcuni anticonvulsivanti (fenitoina, fenobarbitale, carbamazepina) possono aumentarne il metabolismo, riducendone i livelli sierici.

In base a quanto noto sull'inibizione in vitro, la somministrazione contemporanea di mifepristone può indurre un aumento dei livelli sierici dei farmaci substrati del citocromo CYP3A4. A causa della lenta eliminazione del mifepristone dall'organismo, tale interazione può essere osservata per un periodo prolungato dopo la sua somministrazione. Per tal motivo occorre fare attenzione quando il mifepristone viene somministrato insieme ai farmaci substrati del citocromo CYP3A4 che abbiano uno stretto intervallo terapeutico, e tra essi alcuni usati durante l'anestesia generale.

L'efficacia del metodo potrebbe, in via teorica, ridursi a causa delle proprietà

antiprostaglandiniche dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) inclusa l'aspirina (acido acetilsalicilico). Ma da alcune evidenze risulta che la somministrazione di FANS in contemporanea con le prostaglandine non interferisce sulla maturazione cervicale o sulla contrattilità uterina e pertanto non ne inficia il risultato.

Varie metanalisi (23) concordano su **un 5% di fallimento della metodica** entro i 49 giorni, secondo alcuni associato a polimorfismi del gene che codifica per il recettore degli estrogeni (24). Se nel corso della procedura la gravida dovesse decidere di rinunciare ad interrompere la gravidanza si è visto che, dopo aver assunto soltanto il primo farmaco, per il concepito il rischio malformativo ad esso connesso non è maggiore di quello di una qualsiasi gravidanza. Invece, nel caso in cui la gestante decida di portare avanti la gravidanza, dopo l'assunzione senza successo di tutti e due i farmaci, è riportato un aumento dell'aborto tardivo, del parto prematuro e di rischio malformativo. Per tale ragione viene raccomandato alle donne di evitare il concepimento durante il mese successivo all'aborto farmacologico e di adottare valide misure di contraccezione il prima possibile, a meno che non siano state sterilizzate. ■



Esiste un antidoto al veleno



Francesca Romana Poleggi

Negli Stati Uniti i dottori Matthew Harrison, George Delgado e Mary Davenport hanno scoperto che se si somministrano dosi elevate di progesterone dopo aver preso la prima pillola abortiva, invece di prendere la prostaglandina, l'azione bloccante del mifepristone viene neutralizzata.

L'azione del progesterone per bloccare l'effetto letale del mifepristone è efficace: operando attraverso siti come abortionpillreversal.com, heartbeatinternational.org, optionline.org, e i numeri di telefono dedicati, che rispondono 24 ore su 24, i volontari americani finora hanno **salvato la vita a più di 1.000 bambini e alle loro madri**, il 64-68% delle donne che hanno chiesto aiuto.

Non è stato registrato alcun aumento dei difetti alla nascita, tra i bambini salvati, e il tasso di parti pretermine è risultato inferiore rispetto a quello della popolazione generale.

I prolife americani, inoltre, stanno lottando egregiamente per sfondare il **muro di silenzio omertoso** che gli abortisti e i media ad essi asserviti hanno innalzato sull' "antidoto" alla RU-486.

In alcuni Stati federati, come Oklahoma, North Dakota, Arkansas, Kentucky, Nebraska e Tennessee, sono riusciti a far passare delle leggi che prevedono che tutte le donne che chiedono l'aborto in pillole vengano **informate** della possibilità di ripensarci, dopo aver preso il mifepristone. È ovvio che il successo della procedura è tanto più probabile quanto più tempestivamente si interviene. Se viceversa la donna assume anche le prostaglandine le possibilità di salvare il bambino - e che nasca sano - sono bassissime.

In tempi in cui non si parla d'altro che di **libertà di scelta, di autodeterminazione e di consenso informato** ci si aspetterebbe che anche i promotori dell'aborto, soprattutto le femministe, accolgano norme del genere di buon grado. E invece quando hanno potuto hanno trovato modo di impugnare le suddette normative davanti a giudici federali che ne hanno sospeso l'applicazione. Il motivo ufficiale è che la FDA non ha ancora espresso una valutazione ufficiale della procedura.



A Generation Making a World of Difference

A BRIEF HISTORY OF HEARTBEAT INTERNATIONAL

Gli aborti farmacologici in USA sono il 40% del totale e sono consentiti fino a 10 settimane di gestazione. Anche lì senza che sia cambiata la fisiologia femminile né le sostanze impiegate nell'aborto chimico, è stato consentito un progressivo ampliamento dei termini e una progressiva privatizzazione della procedura (si somministra il mifepristone addirittura a distanza, on line) senza alcuno scrupolo e in palese contraddizione con la prescrizione di opportune cautele disposta in un primo momento.

I pro-life americani hanno comunque **chiesto alla Fda di rimuovere del tutto la pillola abortiva dal mercato, classificandola come un rischio per la salute pubblica.** ■

Heartbeat International raccoglie e coordina centinaia di iniziative di aiuto alla vita sorte in tutti gli Stati Uniti fin dai tempi della legalizzazione dell'aborto, nel 1973. Opera essenzialmente attraverso il programma *Option Line* operativo 24 ore su 24 per telefono (800-712-HELP) e attraverso un sito web all'avanguardia, *OptionLine.org*. Attraverso le chiamate, i messaggi di testo, le chat e le e-mail indirizzano le donne incinte che chiedono aiuto ai medici e ai volontari più vicini.

La RU-486 e il destino dell'embrione



Giuseppe Noia

Ginecologo, docente di Medicina Età Prenatale UCSC, direttore Hospice Perinatale Policlinico Gemelli, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Presidente dell'AIGOC (Associazione Italiana Ginecologi e Ostetrici Cattolici), ha fondato e presiede Il Cuore in una goccia onlus.

L'aborto è sempre e comunque la distruzione di un... capolavoro di valore inestimabile. L'aborto chimico rende l'atto più facile e ancor più banale.

Un "cumulo di cellule" rappresenta la frontiera, il limite, eticamente invalicabile, al di là del quale ogni passo risulta condizionante il futuro della scienza e della vita.

Chi ha paura dell'embrione al punto tale da combatterlo con ogni mezzo? Chi ha paura della fragilità di questo essere microscopico che ha però nella sua interezza la dignità della persona umana? Qual è la verità? Qual è il bene?

Ogni essere umano, in fondo, è assetato di verità e di bene, ma diventa facile, nel clima culturale attuale senza valori etici di riferimento, entrare in una sorta di Babele interiore delle opinioni, assurte a verità. Così **non si percepisce più il confine tra bene e male** e una desolante "scala dei grigi" socio-culturale porta a definire "diritto" la soppressione di un essere umano debole e indifeso, come l'embrione.

È strano come un "cumulo di cellule" possa rappresentare **la frontiera**, il limite, eticamente invalicabile, al di là del quale ogni passo risulta condizionante il futuro della scienza e della vita: l'embrione umano è un individuo? L'embrione è una persona? L'embrione è un figlio? La natura e l'identità dell'embrione, la sua dignità in quanto persona implicano una grossa **responsabilità della scienza**.

Nel clima culturale della cosiddetta "terza cultura", molto ben definita da L. Brockman come la «cultura dominata da scienziati ed altri pensatori del mondo empirico che, attraverso il proprio lavoro o i propri scritti, stanno prendendo il posto degli intellettuali tradizionali nel rendere visibili i più profondi significati della nostra vita, ridefinendo



chi e che cosa noi siamo» (25), risulta evidente anche la **manipolazione delle conoscenze sulla vita prenatale**.

Per un discernimento etico tra ciò che la scienza fa per la persona umana e ciò che la scienza fa contro la persona umana, oggi, si può affermare con solide basi scientifiche che **l'embrione esprime un protagonismo biologico molto evidente**, che si fonda su questi cinque punti:

1 - La sua **identità umana** (46 cromosomi): nella definizione dell'identità umana la sincaria è la relazione fondamentale, ma essa è stata preceduta dalla singamia e il tutto è un insieme di relazioni biogenetiche in un processo e non in un solo momento (74).

2 - La sua **individualità e unicità** (sequenze ALU): l'unicità delle sequenze aminoacidiche ALU fanno sì che la specificità delle sequenze definisca il nuovo individuo come unico e irripetibile. Esse sono le impronte digitali di ciascuno di noi (75).

3 - La sua **autonomia biologica** (capacità dell'embrione di sopravvivere anche in

condizioni di difficoltà ossigenativa con lo shift metabolico energetico). Senza una relazione di supporto nutrizionale (elementi di metabolismo anaerobico forniti dal pabulum endotubarico), l'embrione, privo fino all'impianto di fonti energetiche ossigenative, non avrebbe alcuna possibilità di sopravvivenza: è la sua autonomia biologica che gli permette non solo di sopravvivere, ma di moltiplicarsi, di differenziarsi e di assumere e dirigere il piano-programma genomico scritto durante la sincaria (76).

4 - **L'assunzione del piano programma genomico** (imprinting genomico, polarizzazione, assializzazione): la capacità di sopravvivenza nell'organismo materno dipende dalla soppressione dell'interazione immunologica materno-fetale (26 e 27). Ognuno di noi, infatti, da embrione, possiede il 50% di patrimonio genetico del proprio genitore maschile e quindi candidato a essere rigettato; ma il processo di identificazione durante questa relazione "di tipo biologico-biochimico" non è solo importante ai fini dell'impianto ma, come hanno giustamente

sottolineato gli autori dell'editoriale del British Medical Journal del novembre 2000, determina le condizioni che avranno conseguenze anche dopo l'impianto: nella vita prenatale fino alla nascita, nella prima infanzia, nell'adolescenza e nella vita adulta.

5 - Il **“cross-talk”** (mirato all'impianto e alla tolleranza immunologica) tra embrione e madre dimostra che esso è **un direttore d'orchestra non solo del suo impianto, ma anche del suo destino futuro**. Nello stadio tra 2 e 8 cellule molte citochine vengono prodotte dall'embrione non solo per la crescita, ma anche per **comunicare**: Wegmann dice che «l'embrione è immerso in un mare di citochine da lui stesso prodotto» (28).

Inoltre, **la relazionalità madre bambino** è biologico-sensoriale, legata alla crescita naturale dell'embrione, e psichica, secondo la legge del tutto o niente. La percezione avviene immediatamente e indipendentemente dalla dimensione del concepito: quando la madre perde il figlio, la sua sofferenza e l'elaborazione del lutto non sono proporzionali ai centimetri o ai grammi. Si può interrompere una **percezione biologica**, ma non è possibile eliminare la **percezione psichica**, né anticiparla. La dignità umana non dipende dalle dimensioni, dalle capacità intellettive, cognitive e affettive, ma è ontologicamente intrinseca.

Tutta la contemplazione che la scienza ci offre

dinanzi al protagonismo dell'embrione, della sua autonomia biologica e del suo essere medico della madre attraverso l'invio delle cellule staminali guaritrici, tutta la relazionalità simbiotica tra l'embrione e la madre viene completamente distrutta, disintegrata dalla scelta abortiva. È come se stessimo contemplando un capolavoro artistico ineguagliabile e questo venga fatto a pezzi e distrutto da uno scalpello appuntito.

Ma il vero patrimonio dell'umanità è la persona umana.

E l'aborto distrugge i veri capolavori: le persone; e con esse distrugge le relazioni tra le persone (madre-figlio; uomo-donna); distrugge il vissuto irrecuperabile di ogni unicità e individualità che rappresenta il frutto dell'amore fra un uomo e una donna.

Che cosa copre gli occhi del cuore d'una madre, che pur vedendo battere il cuore del proprio bambino, decide di abortire? Che cosa copre gli occhi della genialità, della razionalità e della mente di tanti medici che attraverso la conoscenza scientifica sanno bene che l'embrione è “una persona relazionata”, ma consigliano l'aborto, spesso sotto una malcelata forma di pietà umana? Che cosa copre gli occhi della mente e del cuore di chi si riempie la bocca della cultura dei diritti per piante e animali, e alla creatura umana più debole, al cucciolo dell'uomo, non riconosce il diritto principale, che è il diritto alla vita? ■

Quando la madre perde il figlio, la sua sofferenza e l'elaborazione del lutto non sono proporzionali ai centimetri o ai grammi.

«Guardare la morte di mio figlio»

Giuseppe Noia

L'aborto farmacologico cerca di silenziare la verità scientifica della relazione biologica, immunologica, ormonale e psicodinamica, che sin dal primo istante del concepimento si crea tra il figlio e sua madre.

DONNE DEVASTATE

La recente decisione del Ministero della salute di estendere la possibilità di assumere la RU-486 da 7 a 9 settimane, con l'esclusione del ricovero obbligatorio per le madri, ci interroga profondamente sugli **aspetti psico-sociali e medico-scientifici** di questa scelta.

La semplicità dell'assunzione di una pillola, senza il controllo medico che possa monitorare l'aborto e le eventuali complicanze, è quanto di più **banalizzante** e, nel contempo, quanto di più **devastante sul piano psicologico per la madre**. Anche se la donna non vede con gli occhi del corpo il proprio bambino, lo vede e lo sente con gli occhi dell'anima. La madre **percepisce la presenza di un figlio fin da subito** (anche prima del test di gravidanza, a volte). Molte donne, dopo un aborto spontaneo al secondo mese

di gravidanza, mi hanno detto: «Professore, a chi devo dire che sto soffrendo come se avessi perso un figlio di 1,70 m. e 70 kg, invece di un embrione di 12 mm?».

L'aborto farmacologico cerca di silenziare la verità scientifica della relazione biologica, immunologica, ormonale e psicodinamica, che sin dal primo istante del concepimento, si crea tra il figlio e sua madre. Oggi sappiamo, per esempio, che già dalla quarta settimana l'embrione comincia a sviluppare tutta una serie di pattern sul piano della sensorialità, in termini di gusto e olfatto, attraverso la relazione con la madre; così come, sul piano degli scambi cellulari, egli invia alla donna cellule staminali che, attraversando la placenta, per via ematica, raggiungono zone patologiche materne per circoscriverle e guarirle: **il feto, infatti, in tal senso, è "medico della madre"**.

Vorremmo una scienza onesta e giusta, che non ponga gli interessi economici al di sopra del rispetto della dignità della persona umana (la madre e il figlio).

Da parte sua, la madre sviluppa una forte e intima percezione della presenza del figlio: questa “simbiosi materno-fetale” è un meraviglioso mistero che la scienza conosce bene. Perciò, la scelta di abortire con la RU-486 non può essere indolore: sul piano fisico, essa comporta **contrazioni dolorosissime**; sul piano psichico genera **un’iper-responsabilizzazione della donna**, perché è lei che deve assumere la pillola, è lei che deve farsi protagonista e spettatrice dell’agonia del proprio figlio e dei fenomeni emorragici che potranno durare fino a due settimane; e in un luogo qualsiasi, senza preavviso, la donna - nel 56% dei casi - può essere esposta all’esperienza devastante di **vedere l’embrione espulso dal proprio corpo con tutto il sacchetto embrionale**. Questo evento si associa con maggior frequenza a **effetti psicologici negativi** come incubi, flashback, pensieri indesiderati legati all’esperienza stessa (29).

In uno studio pubblicato su BJOG nel 2004, Helena Honkanen et al. hanno dimostrato che il dolore legato al processo abortivo dopo misoprostolo orale assunto a domicilio, è tale che la maggioranza delle donne (70%) sceglierebbe, in altre occasioni, di farlo in una struttura sanitaria piuttosto che a casa (30).

In un altro lavoro di Margaret M. Gary, le problematiche di tipo neuro-depressivo valutate in 145 donne si evidenziavano nel 7,6% due settimane dopo, e aumentavano fino al 13,8% nelle otto settimane dopo (31).

Un lavoro pubblicato su Frontiers in Neuroscience nel 2019 ha dimostrato che c’è una forte evidenza che nelle cavie l’aborto a medio termine (equivalente umano al primo trimestre) induce cambiamenti biologici e comportamentali molto negativi e significativamente impattanti sul piano neuro-



Vorremmo creare un’autentica “civiltà della vita e dell’amore”, capace di accogliere in maniera capillare la vita nascente e di sostenere ogni donna nel cui grembo si annuncia un figlio, senza esporla ai rischi di una pratica violenta e pericolosa per la sua salute.

comportamentale. C'è inoltre una differenza significativa tra l'aborto indotto e l'aborto spontaneo. L'aborto farmacologico, quindi, può avere un impatto fortemente negativo a livello neurofisiologico sulla donna (32).

ABORTI FALLITI, INFEZIONI ED EMORRAGIE

Si rileva inoltre che è possibile **la continuazione della gravidanza**, nonostante l'assunzione della RU-486. Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) inglese, nelle Abortion Care Nice Guidelines del 25 settembre 2019 (35) spiega che **tale probabilità aumenta man mano che aumenta l'epoca gestazionale**. L'estensione del termine dalla settimana alla nona settimana di gestazione voluta dal ministro Speranza contempla proprio questo rischio.

La continuazione della gravidanza dopo un aborto è doppiamente devastante sul piano psicologico e fisico, poiché la madre si trova dinanzi al problema delle possibili malformazioni fetali (rischio stimato del 23%) (31). Ripetere l'aborto vuol dire utilizzare farmaci a dosaggi più elevati, con sintomi e rischi ancora più rilevanti.

Quanto agli effetti avversi riportati nella letteratura internazionale, ci sono anzitutto le **emorragie**, tanto più gravi, quanto più avanza la gravidanza¹.

La FDA consiglia alle donne di contattare immediatamente il personale sanitario se il sangue impregna almeno due spessi

1 «Il rischio di perdite emorragiche di grossa entità e di trasfusione è maggiore in donne che si sottopongono ad aborto medico dopo la 7ª settimana»(36). E, ancora: «Il quadro globale suggerisce che le donne hanno maggiori probabilità di soffrire di forti emorragie dopo un aborto farmacologico, per un periodo medio accertato di perdite di sangue e crampi pari a dieci giorni» (37).
Le complicanze emorragiche, con l'estensione da 7 a 9 settimane, aumentano in quantità e pericolosità, così come aumenta il tasso di trasfusione sulle donne (38).



—
**Vorremmo
 si usasse un linguaggio
 veritiero,
 che con coraggio
 chiami “figlio”
 colui che viene visto
 come una minaccia
 da eliminare.**

assorbenti sanitari per due ore consecutive (39). In uno studio su 11.319 aborti farmacologici eseguiti in California tra il 2009 e il 2010, l'emorragia si è verificata in 16 casi (0,14%) (40).

La necessità di una **trasfusione di sangue** è un'indicazione di un'emorragia clinicamente significativa.

In uno studio condotto su più di 1.000 donne che hanno scelto l'aborto farmacologico in Norvegia, nel 3,2% è stato necessario una procedura di aspirazione a causa di un sanguinamento continuato (41).

Lo studio di 607 casi di assunzione di mifepristone (31) ha evidenziato 237 (pari a 23,7%) casi di **emorragia** che in 68 pazienti (28,7%) ha necessitato di una **trasfusione**. Si sono verificate 68 casi di **infezione** (28%), di cui 7 con shock settico (10,6%) e di questi 7 shock settici, **3 casi sono stati fatali** (42,8%).

Gli **interventi chirurgici di emergenza** sono stati 235 su 513 (45,8%) e c'è stata la necessità di completare l'aborto chirurgicamente nel 10% dei casi.

La necessità di aspirazione uterina dopo l'aborto farmacologico si rende tale a causa di residui embrio-annessiali, dolore persistente o sanguinamento (40, 42, 43, 44, 45). Ireland e colleghi hanno analizzato più di 13.000 cartelle cliniche elettroniche che documentano i risultati degli aborti farmacologici (fino a 9 settimane di gestazione) eseguiti in cliniche private di Los Angeles da novembre 2010 ad agosto 2013. Di questi, il 2,1% ha richiesto un'aspirazione uterina imprevista sia a causa di una gravidanza in corso (0,4%) sia per dolore persistente, sanguinamento o entrambi (1,8%). Altre stime recenti della necessità di un'aspirazione uterina imprevista arriva fino al 4,2% (42). I tassi variano in parte a causa delle differenze nelle popolazioni di studio (comprese le settimane di gestazione) e nei regimi di trattamento (40, 43, 45).

REAZIONI ALLERGICHE E COMPLICAZIONI CARDIOVASCOLARI

Le **reazioni allergiche** (edema del volto, eruzioni cutanee, prurito, parestesie alle estremità e anche shock anafilattico) non sono rare dal momento che per una donna è difficile se non impossibile sapere di essere allergica al farmaco. La prostaglandina usata insieme a RU-486 a scopo abortivo ha causato **complicazioni cardiovascolari** con pericolo per la vita compresi tre infarti cardiaci (di cui uno mortale) e 3 casi di grave ipotensione (46).

In un lavoro relativo a nove banche dati di tutto il mondo e nove riviste mediche cinesi relativo a 101 articoli e 1.364 pazienti, gravi effetti collaterali tra cui shock allergico o emorragico, aritmia, convulsioni e deformità neonatali sono stati osservati in 115 casi. In 1.015 casi è apparso sanguinamento vaginale, reazione allergica lieve o moderata. La revisione sistematica ha rilevato **i rischi relativi** (intervallo di confidenza del 95%, CI) di sanguinamento, dolore addominale, febbre e vertigini **più alti nei casi di aborto chimico rispetto all'aborto chirurgico**. Anche la durata del sanguinamento è più lunga (la sua differenza media ponderata è stata di 6,49 e il 95% CI è stato 6,08 - 7,80) (47).

"FEMMINICIDI"²

Per quanto riguarda le infezioni e gli **esiti fatali**, la FDA degli Stati Uniti ha riportato al 31/12/2018, 24 morti e 97 gravidanze ectopiche. Le morti erano associate in sepsi in sette dei **24** decessi pari a circa il 29% (risultati positivi per *Clostridium Sordellii* e 1 caso per *Clostridium perfringens*) ed era stato usato misoprostolo per uso vaginale. Inoltre, sono stati segnalati altri **11** decessi in donne di diversi Paesi: in 2 casi, pari al 18,18%, la sepsi era dovuta al *Clostridium Sordellii* (39). È assurdo che di questi decessi si debba ragionare **solo se e quando** le denunce dei familiari delle vittime finiscono sulla stampa.

L'omertà istituzionale non consente, né all'estero, né tantomeno in Italia, un adeguato **servizio di farmacovigilanza** volto a tutelare nel concreto la salute delle donne. Perciò, il numero delle morti e degli eventi avversi causati da RU-486 è sicuramente sottostimato, come si spiega la professoressa Morresi nelle pagine che seguono.

I dati americani della FDA, dal 28/9/2000 al 31/12/18, indicano 4.195 eventi avversi, con 1.042 pazienti ospedalizzate, escludendo le morti, 599 trasfusioni e 412 infezioni, delle quali 69 molto gravi.

Anche in Italia, le relazioni annuali al Parlamento sono lacunose e incomplete (cfr. p. 43). Nel 2015 si parla di **due** morti avvenute nel 2014: in Piemonte una donna, che dopo aver assunto la RU-486 si è dimessa volontariamente, si è ricoverata due giorni dopo per le prostaglandine e ha avuto un'improvvisa crisi cardiocircolatoria (sepsi streptococcica A). In Campania, una signora all'ottava settimana si era ricoverata per essere sottoposta a IVG chirurgica previa preparazione della cervice con prostaglandine, ma per l'insufficiente dilatazione cervicale la procedura non è stata completata ed è stata fatta un'altra applicazione di prostaglandine. Accertata la morte del bambino, la donna viene invitata a un ricovero prolungato, ma lei decide di ritornare a casa. Dopo due giorni la paziente torna al pronto soccorso con dolori addominali e febbre e, nonostante i trattamenti, nelle 24 ore successive al ricovero muore. Nel 2016 si parla di **un'altra morte**, sempre in Campania, senza ulteriori informazioni.

Il primo rapporto ItOSS Sorveglianza della Mortalità Materna (48), che si riferisce agli anni 2013-2017 e riguarda solo 8 Regioni, per il 73% dei nati vivi, scopriamo che oltre alle tre morti prima descritte ce ne sono **altre due** (una per emorragia massiva e anomalo impianto placentare; una classificata illegale senza ulteriori informazioni). Nel Rapporto regionale Mortalità

2 Ogni tanto la notizia di qualche "femminicidio" causato da RU-486 appare sulla stampa estera. Se non se ne occupa la stampa, le autorità sanitarie sono cieche e sorde al problema: in Francia nel 1991 (71), in Canada nel 2001 (67); nel 2003 in Svezia (68), in Inghilterra (59, 69) e in Australia (70) (Il Parlamento Australiano nel 2004 ha confermato 11 donne morte per RU-486) (72).

e Morbosità Materne in Emilia Romagna 2008-2016 scopriamo che c'è un'altra donna di 42 anni morta dopo IVG chirurgica con contemporaneo inserimento di IUD (spirale) per endocardite stafilococcica ed embolismo settico, 30 giorni dopo l'aborto volontario chirurgico (le morti avvenute entro il 42° giorno dal parto o dall'aborto sono considerate mortalità materne precoci) (49).

Facendo un calcolo solo su questi dati certi e considerando la sola morte del Piemonte causata dall'aborto farmacologico abbiamo una mortalità dello 0,78/100.000 IVG farmacologiche contro una mortalità dello 0,067/100.000 IVG chirurgiche, cioè **la mortalità per aborto volontario farmacologico è 11,64 volte maggiore di quella per IVG chirurgica.** Per cui è falso affermare, come ha fatto l'Aifa (8), «la comparabilità delle metodiche medica e chirurgica, in termini di efficacia e sicurezza, [...] nonché l'assenza di differenze nel profilo di sicurezza tra le donne ricoverate e quelle che avevano fatto ricorso alla dimissione volontaria dell'ospedale». La morte del 2014 in Campania - pur avendola considerata tra le IVG chirurgiche - ci dice chiaramente che somministrare prostaglandine e permettere il ritorno a casa per dimissione volontaria è molto pericoloso. Come può essere letale continuare a tollerare il commercio di prostaglandine (Cytotec) per l'aborto illegale (Comunicato AIGOC, Associazione Italiana Ginecologi e Ostetrici Cattolici, n. 5 del 28 agosto 2020) (50).

PAROLA ALLE DONNE

Accanto a tutte queste serie di evidenze è importante ascoltare **le testimonianze delle donne che hanno vissuto l'esperienza della pillola abortiva.**

Per esempio: «**Mi hanno assicurato che sarebbe**



stata una cosa semplicissima. E invece stavo malissimo: ho avuto contrazioni per 5-6 ore, vomitavo, ero completamente disidratata. Ho pensato che stavo per morire». «[...] **Prima di dare la pillola abortiva devono essere chiari,** si deve sapere a cosa si va incontro. Non si può assolutamente fare intendere che è come prendere l'aspirina»; «L'ho vissuta sulla mia pelle: non è come prendere l'aspirina, i medici devono

La "scelta" di abortire con la RU-486 non può essere indolore: sul piano fisico, essa comporta contrazioni dolorosissime; sul piano psichico, genera una iper-responsabilizzazione della donna.



essere chiari» (51).

«Ho dovuto affrontarlo **da sola**, l'aborto, e anche quello che ne è seguito: gli attacchi di panico, la depressione, mesi di terapia psicologica». «Non sono stata preparata a sufficienza, forse perché essendo medico (ortopedico) la collega ha dato per scontato che sapessi a cosa andavo incontro. Spero che alle donne sia spiegato meglio. Ma in realtà ne dubito fortemente». «Credo che dietro i provvedimenti annunciati dal Ministero ci siano **ragioni economiche**». «Non mettiamo l'economia prima delle persone». «Se non fossi stata sola, se avessi saputo a chi rivolgermi, avrei scelto la vita» (52).

«Prima di decidere bisognerebbe calarsi nel dolore delle donne». «Un dolore che è così profondo e senza speranza, perché deriva dal vivere e rivivere la morte di un essere umano, di un figlio» (53).

RICOMINCIARE A VEDERE L'ESSERE UMANO

È doloroso constatare come, dinanzi alla cultura dello "scarto", **siamo in presenza di una sclerocardia così grande e di un silenzio passivo**, che sembra renderci tutti incapaci di agire di fronte agli attacchi sempre più violenti contro la vita debole e fragile di tanti piccoli innocenti.

All'appello, infatti, risultano **tre grandi assenti**. In primo luogo, **una scienza onesta e giusta**, che non ponga gli interessi economici al di sopra del rispetto della dignità della persona umana (la madre e il figlio). In secondo luogo, siamo ancora lontani da un'autentica "**civiltà della vita e dell'amore**", capace di accogliere in maniera capillare la vita nascente e di sostenere ogni donna nel cui grembo si annuncia un figlio, senza esporla ai rischi di una pratica violenta e pericolosa per la sua salute.

E, infine, manca l'uso di un linguaggio veritiero, che con coraggio chiami "figlio" colui che viene visto come una minaccia da eliminare. Per quanto si voglia renderlo "anonimo e figlio di nessuno" rimane un "figlio", anzi, è un "figlio-fratello" e, nella prospettiva di un'etica umana per un futuro più umano, è "dono e grazia"!

Tutto ciò fa sentire un estremo bisogno di ricominciare a "vedere" l'essere umano. "Guardare" è una forma di comprensione dell'uomo che si sofferma solo su alcuni aspetti della sua totalità, spesso quelli più appariscenti e talora meno importanti, e che nasce da un riflesso fisiologico, appaga la percezione visiva,

ma rimane superficiale, non coinvolgente nel profondo, indifferente alla umana avventura. "Vedere" l'uomo, al contrario, è **comprenderlo tutto**, è entrare "dentro" la sua storia biologica e spirituale, è partecipare del suo destino tra gli uomini, è illuminare la gente sulla sua complessità e bellezza, è un gridargli continuamente un "I care" sincero, è abbracciarlo con la mente e con il cuore, in definitiva amarlo, dall'inizio alla fine.

Quando la scienza e la tecnologia possiedono questa luce, il nostro orizzonte è sereno, perché restituisce alla scienza il suo scopo fondamentale: illuminare la meraviglia della vita umana. ■



Il bambino nel grembo invia alla madre cellule staminali che, attraversando la placenta, per via ematica, raggiungono zone patologiche materne per circoscriverle e guarirle: il feto, in tal senso, è "medico della madre".

La "svolta culturale" della privatizzazione dell'aborto

Luca Marcolivio



È in atto una ennesima rivoluzione biopolitica di cui è difficile delineare numeri e contorni, proprio in ragione dello stato di isolamento con cui molte donne compiono la loro tragica scelta. Ne abbiamo parlato con Assuntina Morresi.

La "privatizzazione" dell'aborto rischia di mettere sotto traccia un problema che, però, continua ad esistere, assumendo dimensioni sempre più drammatiche. Nel 2006 Assuntina Morresi ed Eugenia Roccella diedero alle stampe *La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola RU-486* (Franco Angeli, seconda ed. aggiornata 2010) quattro anni prima che la pillola abortiva venisse introdotta in Italia. Un saggio per molti versi profetico che gettava lo sguardo su una realtà sempre più all'ordine del giorno. La pandemia da

Covid-19, ovviamente, non era prevedibile, tuttavia non ha fatto che accelerare i cambiamenti attuali intorno alla pratica abortiva.

Secondo Assuntina Morresi, docente di chimica fisica all'Università di Perugia, presidente del Movimento per la Vita di Perugia e della Federazione Umbra del MpV, è in atto un'ennesima rivoluzione biopolitica di cui è difficile delineare numeri e contorni, proprio in ragione dello stato di isolamento con cui molte donne compiono

I consultori non sono nell'elenco delle strutture in cui, per legge, si può abortire. Consentire l'aborto nei consultori rappresenterebbe una grossa svolta culturale nel senso del passaggio dell'aborto da problema sociale ad atto medico privato come tanti.

la loro tragica scelta. A colloquio con Pro Vita & Famiglia, la professoressa Morresi si è soffermata sulle ragioni delle scelte del Ministro della Salute, Roberto Speranza, e di alcune amministrazioni regionali e delle conseguenze che rischiano di portare.

Professoressa Morresi, quasi 15 anni fa lei ha scritto un libro sulla RU-486: quali furono le vostre conclusioni?

«L'obiettivo che io e la coautrice Eugenia Roccella denunciavamo era quello di **trasformare l'aborto in un atto sanitario privato** da parte della donna che faceva uso della RU-486. In questo modo, la scelta di abortire iniziava a non riguardare più la società nel suo insieme: se è un atto privato, perché occuparsene? Decide la donna in totale autonomia come per qualsiasi atto medico che la riguardi e, a questo punto, la legge 194 non viene nemmeno più rispettata, visto che, almeno nelle intenzioni, si prefiggeva di rimuovere le cause dell'aborto».

Quanto è cambiato rispetto ad allora?

«È cambiato il contesto culturale e politico di fondo, adesso poi siamo nel mezzo di una pandemia, quindi direi che è mutato proprio tutto, ad eccezione dei farmaci o, per meglio dire, dei prodotti chimici con cui si abortisce. Tutti i cambiamenti in merito all'aborto farmacologico degli ultimi dieci anni **non sono dovuti ad alcun cambiamento tecnico-scientifico**. La RU-486 è sempre la stessa e anche la seconda pillola (prostaglandine) che si prende è immutata, né sono state fatte nuove sperimentazioni».

In che modo la pandemia ha cambiato le carte in tavola?

«Per anni, in Italia, il ricorso all'aborto chimico è stato particolarmente residuale e concentrato nelle Regioni che hanno scelto di promuovere questa pratica: l'Emilia-Romagna, la Toscana e, in parte, il Piemonte. Il ricorso alla RU-486 rappresentava meno del 10% del totale degli aborti. Poi, qualche altra regione si è aggiunta, come, alla fine del



2018, l'Umbria e la Lombardia (regioni allora guidate rispettivamente da una maggioranza di centrosinistra e da una maggioranza di centrodestra), che hanno deciso di passare dal ricovero ordinario per aborto farmacologico al day hospital, proprio come aveva fatto l'Emilia-Romagna dieci anni fa, in contrasto con le linee di indirizzo ministeriali che invece prevedevano il ricovero ordinario.

È significativo che due amministrazioni regionali di colore politico diverso abbiano fatto la stessa scelta: già c'era nell'aria un "liberi-tutti"... Una certa mentalità è stata assorbita in modo trasversale e non ha trovato più ostacoli, ed è proprio la mentalità che io ed Eugenia Roccella denunciavamo nel nostro libro.

Nella fase 2 della pandemia, la Regione Umbria aveva approvato una delibera che promuoveva l'aborto chimico. Nella fase 3, c'è stata una marcia indietro, non con l'abolizione di quella delibera ma di quella del 2018 (Giunta Marini), che portava l'aborto chimico in day hospital. Nel 2018, in Umbria, gli aborti erano stati circa un migliaio ma gli aborti chimici a base di mifepristone e

prostaglandine erano stati soltanto 48. Con la seconda delibera di quest'anno, che io stessa avevo difeso, si sono scatenate le proteste, anche a livello nazionale».

Il Ministro della Salute, Roberto Speranza, consente l'aborto farmacologico fino alle nove settimane. Che vuol dire?

«È cambiato lo scenario politico e **c'è una forte spinta a rendere l'aborto un fatto privato**, quindi, a questo punto, la rimozione delle cause prevista anche dalla legge viene a cadere. Il Ministro ha voluto rifare le linee guida, ma vi sono regioni come il Piemonte che non hanno intenzione di applicarle completamente ma solo in parte. In primo luogo, adesso l'aborto con la pillola è possibile fino a nove settimane (prima lo era fino a sette), nonostante la letteratura scientifica confermi che, **più aumentano le settimane di gestazione, più aumentano le complicazioni**. L'altra novità consiste nel praticare l'aborto non solo in day hospital, ma anche nei poliambulatori e - questa è la novità più rilevante - nei consultori, **eliminando il**

Tutti i cambiamenti in merito all'aborto farmacologico degli ultimi dieci anni non sono dovuti ad alcun cambiamento tecnico-scientifico. La RU-486 è sempre la stessa e anche la seconda pillola (prostaglandine) è immutata, né sono state fatte nuove sperimentazioni.

ricovero. Soprattutto sui consultori è sorto il caos, perché non sono nell'elenco delle strutture in cui, per legge, si può abortire. Sempre la Regione Piemonte è intervenuta per vietare gli aborti nei consultori. Consentire l'aborto nei consultori rappresenterebbe una grossa svolta culturale nel senso del passaggio dell'aborto da problema sociale ad atto medico privato come tanti, senza alcuna connotazione problematica, dal momento che il consultorio è il luogo dove si fanno interventi di prevenzione come gli screening e si vaccinano i bambini».

Grazie a Speranza, si potrà abortire "comodamente" a domicilio. Questo cosa comporta?

«In Italia, l'aborto a domicilio è una conseguenza del fatto che, se si va in ambulatorio, non c'è ricovero: visto che l'aborto farmacologico non è prevedibile nella tempistica, perché non è possibile sapere a priori quando inizierà l'emorragia che segna l'avvenuta interruzione di gravidanza, per forza di cose, vi saranno **donne che abortiscono in casa**. Con il day hospital - a maggior ragione nei poliambulatori, e, se fosse veramente consentito, nei consultori - si dà la prima pillola e poi si torna a casa, e per la seconda, si torna comunque a casa a fine giornata, sia che si è abortito, sia che non si è abortito. C'è il ricovero solo per complicazioni (ad esempio un'emorragia grave). In altri Paesi la seconda pillola si può assumere direttamente a casa».

Si hanno dati relativi agli eventi avversi e ai decessi a causa della RU-486?

«Fino a qualche anno fa eravamo fermi a qualche decina di donne morte dopo aver preso la RU-486. Il problema è che, con l'aborto chimico, **non c'è farmacovigilanza efficace**. Delle poche decine di decessi di cui siamo a conoscenza in tutto il mondo, si è saputo grazie alle **segnalazioni dei familiari o della stampa**. C'è il caso di un marito che, dopo aver appreso di un'altra donna morta per aborto chimico, ha fatto riesumare il cadavere della moglie, facendone effettuare l'autopsia in forma



Assuntina Morresi



privata, e solo così ha saputo dell'infezione da *Clostridium Sordellii* che l'aveva uccisa, dopo l'aborto farmacologico. I due casi noti in Italia, segnalati nella relazione presentata in Parlamento, sono di due donne morte a seguito di aborto farmacologico. Anche qui, però, non abbiamo avuto la prima segnalazione della farmacovigilanza, ma **dalla stampa**. Stesso discorso per eventi avversi o effetti collaterali. Negli USA, il limite è esteso alle dieci settimane di gestazione e non c'è obbligo di segnalare gli eventi avversi (infezioni, emorragie), tranne quelli fatali. **Se però le donne abortiscono a casa, nessuno segnalerà gli eventi avversi e tanto meno gli effetti collaterali** (diarrea, vomito, ecc.)».

Chi non viene preso affatto in considerazione in questi drammi è proprio il nascituro, il quale sembrerebbe davvero destinato a una morte particolarmente crudele...

«Sono assolutamente d'accordo: purtroppo, il nascituro viene sempre messo da parte e il suo destino viene sempre dimenticato, quando l'aborto è legittimato. **Con la RU-486, il bambino è ancor più dimenticato**, anche perché la madre rimane isolata e nessuno la sostiene, quindi a maggior ragione, nessuno sostiene la creatura che porta in grembo. Non so valutare la sensibilità dell'embrione (che dopo l'ottava settimana diventa feto) al processo abortivo, ma il giudizio morale sull'atto non cambia. Sicuramente, con questa modalità, **per una donna è molto più penoso abortire**. Se non fosse in atto questo pesante cambiamento culturale, non ci occuperemmo dell'aborto farmacologico, adesso. Non è mai stato discusso al di fuori dell'ambito medico se fosse meglio il Karman rispetto al raschiamento, come invece è avvenuto per la pillola abortiva, per cui sono intervenuti consigli regionali e addirittura comunali, proprio perché introdurre la RU-486 è compiere un atto politico, significa **cambiare la legge 194 senza passare per il Parlamento**». ■





Donne vittime di reticenze e colpevoli silenzi

Francesca Romana Poleggi

È ovvio che la prima vittima dell'aborto è un bambino innocente. Ma non ci stancheremo mai di rimarcare l'ipocrisia omertosa delle sedicenti femministe che fingono di non vedere i gravi danni che l'aborto provoca alle donne, ancor più gravi e frequenti in caso di aborto farmacologico

LA PIAGA DELL'ABORTO CLANDESTINO

La legalizzazione dell'aborto "libero e gratuito", come richiesta dalle femministe degli anni Settanta, si basava su un assioma: **solo l'aborto legale può essere sicuro.**

La propaganda radicale in Italia¹ ha quindi inventato cifre assurde sulle donne morte per aborto clandestino, e negli anni Settanta, personaggi del calibro di Enrico Berlinguer dicevano che ogni anno per questo **morivano ventimila donne.** Le stesse falsità sono arrivate fino ai giorni nostri (55). Sul sito dell'Istat, invece, **chiunque può controllare** che, ad esempio nel 1977, il totale di donne morte dai 15 ai 50 anni, per qualsiasi causa, era di 3.348.

In realtà **la salute e la mortalità materna dipendono da ben altri fattori**, come il livello di igiene e di assistenza medica generale, il livello di istruzione, il livello di povertà, l'accesso all'acqua potabile e così via, e la legalizzazione dell'aborto non apporta nessuna riduzione della mortalità materna. **I dati Oms² sono chiari:** il Paese che ha il minor tasso di mortalità materna (minore di USA e Canada, minore di quello dei Paesi scandinavi) è la Polonia (3/100.000), dove la legge sull'aborto è molto restrittiva.

1 Negli Stati Uniti è stato il dottor Bernard Nathanson, co-fondatore della NARAL, National Abortion Rights Action League, dopo la sua conversione, a rivelare che nel 1973 avevano deciso a tavolino di inventare di sana pianta un milione di aborti clandestini l'anno e - come conseguenza - centinaia di migliaia di donne morte.

2 I dati sono del 2018 perché la relazione del 2019 non offre il dettaglio Stato per Stato, ma solo il dato aggregato dell'Europa. In bibliografia il link (55).

Comunque, per l'aborto clandestino, nel 1978 è stata varata la legge 194 (in realtà la legalizzazione non ha sconfitto l'aborto clandestino ancora oggi: nel 2018, secondo le stime della Relazione ministeriale (56), ce ne sono stati circa 20.000). Ma, in più di quarant'anni, **non si è affatto tenuto conto dei pericoli per la salute fisica e psichica delle donne** connessi all'aborto. E l'aborto chimico è molto più rischioso di quello chirurgico (si vedano i dati riportati dal professor Noia più sopra).

L'ABORTO LEGALE DIVENTA CASALINGO COME L'ABORTO CLANDESTINO

È dunque una priorità che l'aborto sia "sicuro". **Ma l'aborto è "sicuro" perché è "legale" o perché si svolge in ambiente medico, quindi protetto?** Allora perché il ministro Speranza e gli abortisti vogliono che avvenga fuori dagli ospedali? Come abbiamo visto a p. 14, la circolare del 12 agosto 2020 consente alla madre di andare a casa, a mezz'ora dall'assunzione del mifepristone. Poi prenderà la prostaglandina e tornerà di nuovo a casa. O potrà addirittura prenderla da sola? Il tutto avviene in giorni di dolore e di sangue. **Da sola, a casa, la donna dovrà valutare** l'entità del dolore, dell'emorragia, della febbre, della nausea, e da sola dovrà decidere se e quando è ora di chiamare il medico. E se la corsa al pronto soccorso avvenisse troppo tardi?

Anche la Food and Drug Administration degli Stati Uniti ha denunciato a più riprese il pericolo dell'aborto chimico³; ma l'ideologia maschilista che pervade la politica e la magistratura, anche negli USA (58), rifiuta di vedere quello che è il vero interesse per la salute delle donne⁴.

Allora, cosa è successo tra il 2010 e il 2020 che ha fatto cambiare idea al nostro Ministero? Le donne sono sempre le stesse, le sostanze chimiche non sono cambiate.

C'è poi un dato inoppugnabile: **gli eventi avversi da RU-486 sono decisamente sottoriportati.**

DATI NON RIPORTATI

Non sapremo mai **quante donne muoiono** per un'emorragia o un'infezione provocata da un aborto farmacologico. Di tanto in tanto arriva qualche notizia, che però la stampa relega in secondo piano e non ha mai risonanza mediatica. Come si può leggere nella nota 2 a p. 29, le donne muoiono di RU-486 in tutto il mondo. In Inghilterra, recentemente, una coraggiosa ex impiegata di una clinica abortista ha denunciato il moltiplicarsi degli eventi avversi - compresi due decessi - dovuti alla maggior diffusione dell'aborto in pillole casalingo durante l'epidemia di Covid-19 (59). Nello suo articolo, il professor Noia ha parlato anche dei 24 decessi negli Stati Uniti riportati dalla FDA. Va detto, però, che solo con l'autopsia si può accertare se la morte sia dovuta alla RU-486 e, considerando che le autopsie in America si fanno solo quando c'è una denuncia penale (altrimenti sono a pagamento), il dato dei 24 decessi è

3 «Nel 2016, dopo aver esaminato i dati e le informazioni aggiuntive presentati dallo sponsor di Mifeprex e dopo aver preso in considerazione i dati di sicurezza che si erano resi disponibili dopo l'approvazione iniziale di Mifeprex, la FDA ha concluso che alcune restrizioni continuano a essere necessarie per garantire l'uso sicuro di Mifeprex» (39 e 57).

4 La Corte Suprema degli Stati Uniti, con la sentenza dell'8/10/2020, ha permesso ai medici di distribuire la RU-486 a distanza, senza visitare la paziente, respingendo il ricorso presentato dal Governo (58).





certamente sottostimato, è la punta di un iceberg.

Ma almeno negli USA la FDA qualche dato lo riporta. Le fonti ufficiali nel resto del mondo sono ancor più omertose e reticenti: è uno scandalo che in un Paese sedicente civile non ci sia un'adeguata azione istituzionale di farmacovigilanza sulla RU-486, come ha detto la professoressa Morresi nell'intervista pubblicata nelle pagine precedenti.

E poi, **quante emorragie e infezioni** vengono ricondotte ad aborti spontanei, quando invece nella realtà sono stati indotti da RU-486 o da sostanze analoghe (Cytotec)?

Aborti spontanei?

Nel 2008 i dati Istat registravano circa 76.799 aborti spontanei. Tale dato è cresciuto del 22% rispetto al 1994 e del 35% rispetto al 1985, con punte del 67% tra le giovanissime (15-19 anni). Come si spiega questo aumento, vista l'altissima attenzione di oggi verso la gravidanza, sempre più medicalizzata e monitorata proprio per prevenire con efficacia gli aborti spontanei? Dipenderà dal fatto che all'esame clinico non è possibile distinguere un aborto spontaneo da un aborto farmacologico⁵?

Reticenze dei referti clinici

È molto probabile che i medici e le strutture sanitarie curino donne che presentano problemi fisici o psichici derivanti da un aborto volontario senza averne o darne contezza.

Può essere la donna stessa ad aver remore a dire di aver abortito; e comunque, all'accettazione, la donna può essere registrata in base ai sintomi che accusa (dalla febbre, al vomito, ai dolori, all'emorragia, fino al tentato suicidio) e dell'aborto pregresso non resta traccia scritta nei documenti.

Il non riportare i dati relativi alle complicanze derivanti

⁵ Su internet ci sono siti dedicati che insegnano alle donne ad abortire clandestinamente: il portale "Women on Web" spedisce pillole per l'aborto in tutto il mondo e consiglia esplicitamente: «Non dire allo staff medico che hai cercato di indurre un aborto, puoi dire loro che hai avuto un aborto spontaneo». «I sintomi di un aborto spontaneo e di un aborto con le pillole sono esattamente gli stessi». Un altro sito web, www.earlyabortion.com, aggiunge che esse possono nascondere l'aborto anche ai familiari, spacciandolo per delle mestruazioni molto dolorose. Altrettanto esplicito è il sito dei radicali italiani (www.lucacoscioni.it).

dall'aborto è cosa diffusa a livello internazionale.

Anche quando la conseguenza dell'aborto è il decesso, i medici spesso non lo segnalano sul certificato di morte (60).

Nello Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto dei modelli di sorveglianza della mortalità materna dell'ISS (61) sono inclusi anche i codici descrittivi che si riferiscono agli aborti spontanei e indotti. Quindi i ricercatori italiani sono in grado di stabilire quante delle 260 morti materne individuate (tra il 2000 e il 2007) e delle 15 morti correlate, avvenute durante ed entro un anno dalla gravidanza, sono imputabili al parto, all'aborto spontaneo e all'aborto indotto; ma, omertosamente, **non lo rendono noto**. Né hanno risposto alla richiesta del dottor Reardon, che per i suoi studi voleva sapere il numero di decessi in base agli esiti della gravidanza.

Non solo: nelle Regioni i codici DRG (diagnosis-related group, che permettono di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale) sono formulati in modo generico. Ad esempio, il

codice 998.11 indica emorragie, il 639.92 indica anemie e sepsi: non si sa se siano riconducibili all'aborto.

Hush**Quando si parla degli effetti avversi dell'aborto l'ideologia cala un assordante silenzio, lesivo del diritto alla salute delle donne.**

Il documentario Hush, di Punam Kumar Gill, una femminista pro choice, ha indagato in modo obiettivo sulla connessione tra aborto e cancro al seno, successivi parti prematuri, disturbi alimentari, depressione e suicidio. Ha constatato che **alle donne non viene data un'adeguata informazione sui rischi** potenziali, che anzi molti negano a priori. Le organizzazioni scientifiche che avrebbero dovuto fornirle dati si sono rifiutate di collaborare. Addirittura è stata gentilmente allontanata dagli agenti di sicurezza del National Cancer Institute: la politica e il profitto prevalgono sulla scienza e sulla verità.



Le consulenze del Ministero della salute

In Italia, il Consiglio Superiore di Sanità ha dato il via libera all'aborto farmacologico casalingo con parere favorevole del CSS. L'unico ginecologo tra i componenti del CSS, il professor Giovanni Scambia del Gemelli di Roma, che è sempre stato molto contrario alla RU-486, non ha commentato **il parere poiché è stato secretato**. Perché?

Del resto, Speranza ha anche consultato la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Ma anche la relazione fornita dalla SIGO al CSS, a detta del presidente Antonio Chiantera, fa parte degli **atti secretati** (62). La scienza dovrebbe operare con la massima trasparenza, o no?

Le lacune nelle Relazioni ministeriali

Tutte queste reticenze non ci stupiscono. Le stesse Relazioni ministeriali sulla legge 194/78 lamentano che «**le Regioni non hanno aggiornato i loro sistemi di raccolta per poter riportare l'informazione in maniera completa**».

La critica si ripete ogni anno. Quanto ai dati del 2017, alcune Regioni non sono riuscite a ricevere i dati dalle strutture abortiste. Inoltre, sono state rilevate informazioni incomplete con i modelli D12/Istat (il modulo che deve essere compilato dal medico per ogni aborto). E sono mancate informazioni dalla Lombardia, dalla Liguria e dalla Puglia. A p. 12 dell'ultima Relazione (dati 2018) si ripetono le stesse frasi, ma in più si segnala la mancanza di informazioni anche da Toscana, Lazio e Campania: quindi **le Regioni in difficoltà di trasmissione dati aumentano anziché diminuire**.

Anche la puntualità nella trasmissione dei dati è carente, nonostante la nuova piattaforma informatica: l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) ammette che ci sono «margini di miglioramento per garantire **la completezza** delle informazioni e il rispetto della tempistica» (Rel. 2018, p. 12). L'**ISTAT**, nel report allegato alla Relazione del ministro della salute 2017, **afferma che le complicità post aborto sono probabilmente sottostimate** (63).



I ginecologi dell'AIGOC, nel comunicato stampa emanato il 24 giugno 2020 (64), si stupiscono del fatto che nel 2020 una scheda D12/ISTAT o una SDO (scheda dimissioni ospedaliera) possano essere inviate incomplete, e che «i funzionari addetti al controllo di queste schede non sentano il dovere morale di chiedere i dati mancanti prima di offrirli per una relazione ministeriale».

L'ultima Relazione ministeriale, poi, a p. 8 ammette che «l'analisi dell'attività dei **consultori familiari** per l'IVG nell'anno 2018 è stata effettuata in base ai dati raccolti per il **79%**»; e che «il colloquio post IVG viene registrato, in molti consultori, come generica visita di controllo e quindi alcune Regioni hanno fornito un dato parziale». Per quanto riguarda l'aborto farmacologico, in particolare, è degno di nota il rapporto del Ministero della salute intitolato "Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - anni 2010-2011"(65), da cui risulta che 8.181 donne in quei due anni hanno preso la RU-486 (di 287 di queste non è nota l'epoca gestazionale). A p. 16 si spiega che nel 31,7% dei casi non è stato indicato il numero di giorni di ricovero: si tratta di 2.590 donne. E conclude, a p. 20: «In alcuni casi è stato difficile risalire alle informazioni e **per alcune variabili la percentuale di dati non noti è abbastanza elevata**».

Eventi avversi non considerati

Circa gli eventi avversi, le Relazioni ministeriali parlano delle «complicanze **immediate** dell'IVG», ma non delle **complicazioni rilevate nel medio-lungo termine**.

Anche tra le complicanze immediate, però, c'è da notare la vaghezza della voce "**altro**". Altro da infezioni ed emorragie: non si sa di cosa si tratta, non si sa quanto sia grave.

Apprendiamo inoltre che il Sistema di sorveglianza sull'IVG «raccolge **solo le complicanze rilevate durante il ricovero**». E le complicanze manifestatesi al di fuori del regime di ricovero?

In particolare, il citato rapporto sugli aborti chimici negli anni 2010-2011, a p.17, dice che «nel 13,53% dei casi il dato non è stato indicato»: parliamo di 1.107 donne in due anni. A cui potremmo aggiungerne 76 che hanno lamentato "altro", che non sia emorragia (124 casi) o infezione (20 casi).

Lo stesso rapporto non sa se e dove 2.364 donne (su 11.236 che hanno abortito con le pillole) si siano presentate al controllo post aborto e di 2.666 donne che si sono presentate al controllo e che hanno manifestato complicazioni, non si sa che tipo di patologia abbiano subito (Tabella 16 del Rapporto citato).

A questo proposito, la dottoressa Donna Harrison, dell'Associazione americana ostetrici e ginecologi pro vita (AAPLOG) in un comunicato stampa (66) ha sottolineato che le ricerche sull'aborto chimico si sono concentrate solo a garantire rapidità nell'uccisione del bambino: di solito le tecniche mediche sono sottoposte a significative e rigorose indagini terapeutiche e tossicologiche pre-cliniche (anche sui topi), che invece non sono state fatte a proposito delle sostanze abortive.

Il Ministero, nell'ultima Relazione (dati 2018), a p. 50 specifica poi che «nel nostro Paese il numero di **donne morte** la cui causa è in qualche maniera collegabile all'IVG, da quando è in vigore la legge 194, è molto basso»: della qualcosa non possiamo che rallegrarci. Peccato, però, che "molto basso" sia un dato piuttosto **vago**: 5, 50, 500, rispetto agli 80.000 aborti annui sono certamente numeri "molto bassi". Ma poiché si tratta di vite umane, di donne, riterremmo opportuno poter averne contezza per aggiornare i dati sui "femminicidi" che tanto - giustamente - destano indignazione.

Non c'è poi alcun cenno alla **sindrome post abortiva**, il che è comprensibile poiché l'ideologia dominante nega che l'aborto possa avere le conseguenze psichiche anche gravi di cui parlano il professor Noia e la dottoressa De Mari. ■

Un magnifico dono alle donne



Silvana De Mari

Specializzata in chirurgia generale, chirurgia ed endoscopia dell'apparato digerente, e psicoterapia cognitiva. È anche una scrittrice fantasy di fama internazionale.

Una riflessione sulla condizione devastata in cui versano le donne che abortiscono, che abortiscono con la RU-486 e che abortiscono da sole in casa

Il dolore della donna che ha abortito viene negato, come se fosse pensabile che un gesto antifisiologico come l'aborto, che sprofonda il ventre della donna nella morte, possa non lasciare un solco nella mente, una voragine nell'inconscio.

In un mondo dove la psicologia ufficiale nega l'esistenza di una sindrome post aborto, è molto difficile parlare del post aborto farmacologico, che è ancora più drammatico di quello chirurgico.

L'aborto è antifisiologico. Il compito dell'utero è contenere la gravidanza fino alla fine. Tutto il corpo della donna aspetta il bimbo, ogni cellula, sin dal concepimento, al punto tale che benché abbia un patrimonio genetico diverso, il feto non è aggredito dal sistema immunitario. Questa spettacolare fisiologia viene infranta dall'aborto. E se questo è un gesto volontario, è evidente che tutto il sistema psicofisico della donna ne sarà alterato: la mente viene immersa in una realtà di morte. **L'aborto volontario è un suicidio differito.**

La sindrome post abortiva è negata nella maggioranza dei libri di psicologia. Come ricorda la dottoressa Simona Berardi, nel suo documentato articolo sulle conseguenze psicologiche dell'aborto chimico (78), Vincent Rue nel 1981 ne ha parlato come di una forma particolare di **sindrome da stress post-traumatico**, e ha descritto un quadro clinico consistente in disturbi emozionali (ansia e depressione, principalmente, ma anche fobie), disturbi comunicativi, con una possibile chiusura al mondo; disturbi alimentari, con la riacutizzazione di sintomatologie pregresse, o con sintomatologie nuove; problemi nell'affettività; comparsa di problemi psicosomatici e un pensiero ricorrente al ricordo dell'aborto, per un periodo di tempo che ovviamente varia, ma che è in media tra i sei e i ventiquattro mesi. Disturbi che possono esplodere in caso di un'altra gravidanza, o di un aborto o di una perdita; che possono indurre all'aborto seriale, quando cioè una donna o, più

precisamente, una ragazza, anzi una ragazzina, arriva a 20 anni avendo già collezionato una mezza dozzina di aborti.

L'aborto spezza la fede della donna in se stessa.

C'è un sintomo che nessuno descrive e che io ho ritrovato sistematicamente nelle mie pazienti: è il **fallimento**. Fallimento lavorativo, oppure sentimentale; fallimento estetico, fallimento esistenziale. C'è un inconscio punirsi: con la promiscuità sessuale, con la droga, con un altro aborto e poi un altro aborto. Lo squittio continuo del femminismo militante sul fatto che non bisogna colpevolizzare la donna, che un aborto equivale in tutto e per tutto a un'estrazione dentaria, permette che si crei un tabù assoluto. La donna dichiara serenamente di non provare alcun disagio. Però la sua vita fallisce.

Secondo le poche statistiche che qualcuno è riuscito a fare, per esempio quelle contenute negli *Archives of Women's Mental Health*, un aborto causa un aumento del 160% nei tassi di suicidio in USA; del 225% nel Regno Unito, secondo il *British Medical Journal*; del 546% in Finlandia, secondo *Acta Obstetrica et Ginecologica Scandinavica*. Un aumento del 138% del tasso di depressione, sempre secondo il *British Medical Journal*, un aumento del 450% del rischio di abuso di alcol e droghe (*American Journal of Drug and Alcohol Abuse*) e maggior tasso di tossicodipendenza (*Journal of Child Psychiatry and Psychology*).

In USA, il 79% delle donne che hanno abortito si sentono in colpa, ma **il tabù femminista vieta di dare loro consolazione**. Invece, alle mie pazienti io dico: «Prendete atto di cosa

è successo, date un nome al piccolo, pregate per lui, compensate salvando un'altra vita, per esempio aiutando un'altra mamma in un Centro aiuto alla vita».

Il dolore della donna che ha abortito viene negato, come se fosse pensabile che un gesto antifisiologico come l'aborto, che sprofonda il ventre della donna nella morte, possa non lasciare un solco nella mente, una voragine nell'inconscio.

In questo disastro arriva **la pillola RU-486**. E perché il disastro non risparmi nulla, viene offerta come civiltà estrema, la **comoda situazione domiciliare**, salutata dal ministro Speranza come un dono di civiltà e di affetto a tutte le donne.

Non ci sono prove scientifiche che l'aborto farmacologico sia sicuro come quello chirurgico e le insufficienti e squallide statistiche di cui disponiamo sono poche, riguardano pochi anni e sono approssimate per difetto: i casi di morte registrati riguardano **donne giovani**, con genitori **occidentali**, della media **borghesia**, ben determinati a **pretendere le autopsie** che nessuno aveva voglia di fare. Dove questa ferrea determinazione non ci sia, una quarantenne sola, una donna africana povera, **difficilmente la morte verrà messa in rapporto con l'aborto** (cfr. p. 40).

L'aborto chirurgico almeno è fatto da altri.

La donna ne è il complemento oggetto, non il soggetto. Ha firmato dei moduli, non tiene lei in mano l'aspiratore che smembrerà il piccolo corpo, non tiene lei il forcipe che si pianta nelle piccole carni per estrarle. L'aborto dura

L'aborto chirurgico almeno è fatto da altri. La donna ne è il complemento oggetto, non il soggetto. E avviene in un luogo speciale, un luogo separato: non si impregnano di morte e di dolore le mura di casa, le tende, i ninnoli, il divano...

un **tempo molto limitato**, avviene in un **luogo speciale**, l'ospedale, poi la donna esce dall'ospedale e torna a casa. Il luogo di morte è stato l'ospedale, un posto dove la donna non abita, un luogo separato da lei.

L'idea che l'aborto farmacologico sia migliore per la donna è semplicemente stupida: l'aborto farmacologico è **meno caro, è più doloroso e ha un tasso di mortalità 10 volte più alto**.

È meno efficace e necessita per l'intera procedura 15 giorni e almeno tre visite, **15 giorni in cui la morte riempie la mente e il subconscio**, in cui **il corpo della madre diventa il sarcofago di quello del figlio** prima agonizzante e poi morto, giorni in cui il dolore è talmente forte da rendere necessari analgesici come il toradol. Di morte e di dolore si impregnano le mura della casa, le tende, i ninnoli, il divano su cui la donna vomita, il water dove il "prodotto del concepimento" come è chiamato, che però ha testolina arti occhi e viso ben riconoscibili, cade.

Se va tutto bene. Altrimenti a tutto questo **occorre aggiungere l'intervento ospedaliero**.

Non mi pare ci sia bisogno di studi accurati per capire che l'aborto farmacologico è ben più devastante di quello chirurgico; ma comunque gli studi ce li abbiamo: nel 1998 il *British Journal of Obstetrics and Gynecology* (29) ha pubblicato uno studio che afferma che il 56% delle donne che hanno usato la RU-486 ha riconosciuto l'embrione espulso e lo porta stampato nella memoria: no, non era una mestruazione un po' più abbondante,



come aveva cinguettiosamente garantito qualcuno, e il 18% non smette di avere incubi e pensieri ricorrenti.

Il mifepristone blocca i recettori del progesterone e causa una lenta morte dell'embrione. Se si cambia idea, si può ancora salvare il piccolo somministrando progesterone, ma quasi nessuno lo dice (si veda a p. 20). Per un 3-5% delle donne questa prima compressa è sufficiente, e si ha l'espulsione dell'embrione. Nelle 24 ore successive all'assunzione della prima compressa, il 3-5% delle donne espelle l'embrione, tutte le altre devono tornare in ospedale a prendere il misoprostolo, che causa le contrazioni e l'espulsione del sacco amniotico con l'embrione dentro, già morto, nei quattordici o quindici giorni successivi. Un 8%, nonostante le prostaglandine, non ha

l'espulsione e deve quindi andare in ospedale a fare l'aborto chirurgico, dopo due **settimane di attesa, contrazioni e sanguinamenti**. Il 56% delle donne - come abbiamo detto - riconosce il bambino nell'assorbente o nel water, dopo averne aspettato la morte e l'espulsione per una decina di giorni, una decina di giorni di emorragia e dolore. La donna è l'unica artefice, è lei che inghiotte le pillole, è lei che attende prima la morte, poi l'espulsione, è lei che pulisce il vomito sul divano e il sangue nel water. Lei **da sola deve rendersi conto se l'emorragia è troppo abbondante o se ha un'infezione** (che può manifestarsi anche senza febbre!) e se è quindi il caso di correre al pronto soccorso per salvarsi la vita.

Ringraziamo il ministro Speranza per questo magnifico dono alle donne. ■



Un sintomo tipico della sindrome post abortiva è il fallimento.

Bibliografia

- 1 - Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. (GU Serie Generale n.140 del 22-05-1978)
- 2 - Consiglio Superiore della Sanità, Parere del 18/3/2004 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1782_listaFile_itemName_1_file.pdf
- 3 - Consiglio Superiore della Sanità, Parere del 20/12/2005 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1782_listaFile_itemName_2_file.pdf
- 4 - Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 9 dicembre 2009 - Serie generale, p.58 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2009/12/09/286/so/229/sg/pdf>
- 5 - Ministero della salute, Notifica del parere espresso dal CSS in data 18/3/2010 in materia di farmaco RU-486 <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7773591.pdf>
- 6 - Ministero della salute, Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine elaborate dalla Commissione avente la finalità di predisporre le Linee Guida sulla modalità di utilizzo del farmaco RU-486 e di definire le modalità per la raccolta dei dati utili al monitoraggio del suo impiego, Approvate in data 24 giugno 2010 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1302_allegato.pdf
- 7 - Circolare del Ministero della salute, Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine", 7/8/2020, Registro-classif:DGPRE.9/I.4.d.a.1.7/2019/1 <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato228648.pdf>
- 8 - Determinazione Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) n. 865/2020, Modifica delle modalità di impiego del medicinale Mifegyne a base di mifepristone (RU-486), <https://www.aifa.gov.it/web/guest/-/determinazione-aifa-n-865-2020-di-modifica-delle-modalita-di-impiego-del-medicinale-mifegyne-a-base-di-mifepristone-ru486->
- 9 - Foglietto illustrativo del Mifegyne <https://www.dica33.it/prontuario-farmaci/foglietto-illustrativo-mifegyne-8437.asp>
- 10 - Spitz IM, et al, Clinical pharmacology of RU-486, an antiprogesterin and antigluocorticoid, *Contraception*, 1993b, 48: 403-44
- 10bis - Heikinheimo O et al, The pharmacokinetics of mifepristone in humans reveal insight into differential mechanisms of antiprogesterin action, *Contraception*, 2003 Dec; 68 (6): 421-6
- 11 - World Health Organization (WHO), Safe abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems, Geneva, WHO, 2003 https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- 12 - WHO, Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists, March 2006 https://www.who.int/medicines/publications/EssMeds_RHealth.pdf
- 13 - Trupin SR et al, Medical Abortion. Overview and Management, *Medscape Women's Health*, 2001 Dec; 6(6): 4
- 14 - Federal Agency Drug Administration (FDA), Mifepristone/misoprostol abortion protocol, https://www.reproductiveaccess.org/wp-content/uploads/2014/12/mifepristone_protocol.pdf
- 15 - Fiala C, Improving Medical Abortion. Using mifepristone in combination with a prostaglandine analogue, Stockholm 2005, Karolinska University Press
- 16 - Gary MM, et al, Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient, *Ann Pharmacother*, 2006 Feb; 40(2):191-7
- 17 - Niinimäki M, et al, Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study, *BMJ*, 2011 Apr 19; 342:d2111
- 18 - Miech RP, Pathopharmacology of excessive hemorrhage in mifepristone abortions, *Ann Pharmacother*, 2007 Dec; 41(12):2002-7
- 19 - Fischer M, et al, Fatal toxic shock syndrome associated with Clostridium Sordellii after medical abortion, *N Engl J Med*. 2005; 353 (22): 2352-60
- 20 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Clostridium Sordellii toxic shock syndrome after medical abortion with mifepristone and intravaginal misoprostol - United States and Canada, 2001-2005, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005 Jul 29 ;54(29): 724.
- 21 - L Cohen et al, Toxic shock associated with Clostridium Sordellii and Clostridium perfringens after medical and spontaneous abortion, *Obstet Gynecol* 2007 Nov; 110(5): 1027-33
- 22 - Murray S, et al, Septic shock after medical abortions with mifepristone (Mifeprex, RU-486) and misoprostol, *CMAJ* 2005;173:485

- 23 - Kahn JG, et al, The efficacy of medical abortion: a meta-analysis, *Contraception*, 2000; 61: 29-40
- 24 - Wang N, et al, Association of the G2014G Genotype in Estrogen Receptor 1 Gene with Failure of the Mifepristone-Induced Termination of Early Pregnancy, *Tohoku J. Exp. Med.*, 2010, 220 (1), 77
- 25 - Brockman J, *The third culture. Beyond the Scientific Revolution*, Simon And Schuster, New York 1995.
- 26 - Ribatti D, Peter Brian Medawar and the discovery of acquired immunological tolerance, *Immunol Lett.* 2015 ottobre; 167 (2): 63-6. doi: 10.1016 / j.imlet.2015.07.004. Epub 2015 17 luglio.PMID: 26192442.
- 27 - Bischof P, et al, Un modello per l'impianto della blastocisti umana e la placenta precoce, *Hum Reprod Update*, 1996 maggio-giugno; 2 (3): 262-70. doi: 10.1093 / humupd / 2.3.262.PMID: 9079419
- 28 - Hunziker RD, et al, Placenta as a selective barrier to cellular traffic, *Immunol.* 1984 Aug;133(2):667-71.PMID: 6736646
- 29 - Slade P et al, A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care, *BJOG* 1998, 105, 1288-95
- 30 - Honkanen H et al, Studio multinazionale dell'OMS su tre regimi di misoprostolo dopo mifepristone per l'aborto medico precoce, *BJOG* 2004 lug;111(7):715-25. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00153.x.)
- 31 - Gary M.M. et al, Analysis of Severe Adverse Events Related to the Use of Mifepristone as an Abortifacient, *Annals of Pharmacotherapy* 2006, 40
- 32 - Camilleri C et al, Biological, Behavioral and Physiological Consequences of Drug-Induced Pregnancy Termination at First-Trimester Human Equivalent in an Animal Model, *Frontiers in Neuroscience*, 29 May 2019
- 35 - NICE (National Institute for Health and Care Excellence), Improving health and social care through evidence-based guidance, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/chapter/Recommendations>
- 36 - American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Practical Bulletin, 143, 2014.
- 37 - Royal College of Obstetricians and Gynecologists, (RCOG), Guidelines, 2011; Update Guidelines, March 2, 2020
- 38 - Chinese Cochrane Center, 2004 Jan; 39(1): 39-42
- 39 - FDA, Federal Agency Drug Administration, Mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 12/31/2018, RCM # 2007-525 NDA 20-687, <https://www.fda.gov/media/112118/download>
- 40 - Upadhyay UD et al, Incidence of emergency department visits and complications after abortion, *Obstet Gynecol*, 2015 Jan;125(1):175-83.
- 41 - Løkeland M et al, Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2014;93(7):647-653
- 42 - Chen MJ et al, Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review, *Obstetrics & Gynecology*. 2015;126(1):12-21.
- 43 - Cleland K et al, Significant adverse events and outcomes after medical abortion, *Obstetrics & Gynecology*. 2013;121(1):166-171
- 44 - Ireland LD et al, Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester, *Obstetrics & Gynecology*. 2015;126(1):22-28.
- 45 - Raymon EG et al, First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review, *Contraception*, 2013;87(1):26-37.
- 46 - Avrech O et al, Mifepristone (RU-486) alone or in combination with a prostaglandin analogue for termination of early pregnancy: a review, *Fertil. Steril.* 1991; 56:385-393.
- 47 - Yan Zou et al, Side effect of mifepristone in combination with misoprostol for medical abortion, 2004 gennaio; 39 (1): 39-42
- 48 - Dell'Oro S et al, Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della Mortalità Materna, *Not Ist Super Sanità*, 2019;32 (Suppl. 1, n. 1-2)
- 49 - Spettoli D et al, Mortalità e morbosità materne in Emilia-Romagna 2008- 2016. *Rapporto regionale. Bologna: Regione Emilia-Romagna*, 2018
- 50 - Comunicato AIGOC, N. 5 del 28 agosto 2020 <https://aigoc.it/2020/08/28/il-via-libera-alle-nuove-linee-guida-del-ministro-speranza-e-fondato-su-dati-inattendibili-incompleti-fuorvianti-e-privi-di-ogni-scientificita/>
- 51 - Melina G, L'ho vissuta sulla mia pelle: non è come prendere l'aspirina, i medici devono essere chiari, *Il Messaggero*, 08-08-2020
- 52 - Verlicchi D, RU-486, la drammatica testimonianza di chi l'ha vissuto: donne lasciate sole con il loro dolore, *Risveglio* 2000, 11-08-2020)
- 53 - Verlicchi D, Tra dolore e solitudine, il mio aborto con la pillola, *Avvenire*, 12-08-2020.
- 54 - E. Berlinguer, La legge sull'aborto, Editori Riuniti 1978; S. Luzzi, Salute e sanità nell'Italia repubblicana, Donzelli 2004, G. Scirè, L'aborto in Italia. Storia di una legge, Bruno Mondadori, 2000; StoricaMente - Università degli Studi di Bologna, Morti e decessi per aborto clandestino, https://storicamente.org/perini_aborto_italia_usa_link5
- 55 - WHO, World Health Statistics 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

- 56 - Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) - Dati definitivi 2018 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2924_allegato.pdf
- 57 - FDA, Questions and Answers on Mifeprex, aggiornate il 12/4/2019 <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/questions-and-answers-mifeprex>
- 58 - Supreme Court Of The United States, sent. No. 20a34, Food And Drug Administration, Et Al. vs. American College Of Obstetricians And Gynecologists, Et Al., 8/10/2020 https://www.supremecourt.gov/opinions/20pdf/20a34_nmjp.pdf
- 59 - Parke C, UK women die from 'DIY' home abortions, leaked NHS emails reveal, Fox News Channel, jul.30 -2020
- 60 - Reardon, D.C. et al., Deaths associated with abortion compared to childbirth - A review of new and old data and the medical and legal implications, *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, Spring 2004 <https://www.afterabortion.org/research/DeathsAssocWithAbortionJCHLP.pdf>
- 61 - ISS, a cura di Senatore S et al, Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto dei modelli di sorveglianza della mortalità materna, 2012 <https://www.iss.it/documents/20126/45616/dodici6web.pdf/8961fca4-b6b7-c290-d917-3153add4fed5?t=1581096989513>
- 62 - Andrea Zambrano, Segreti e verità taciute sui rischi della pillola killer: il ministro sapeva, *La Nuova Bussola Quotidiana*, 11/08/2020 <https://www.lanuovabq.it/it/segreti-e-verita-taciute-sui-rischi-della-pillola-killer-il-ministro-sapeva>
- 63 - Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) Dati definitivi 2016. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf
- 64 - AIGOC, Comunicato stampa n. 4, del 24/6/2020 <https://aigoc.it/2020/06/24/continua-a-dilagare-la-cultura-di-morte-e-dello-scarto-e-a-verificarsi-unulteriore-ingiustificata-contralegem-impennata-delle-certificazioni-urgenti-nettamente-piu-alta-la-mo/>
- 65 - Ministero della salute, Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine, Anni 2010-2011 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1938_allegato.pdf
- 66 - Harrison D, New Research Shows Potential for Mental and Physical Harm to Women Who Undergo Drug Induced Elective Abortions, *AAPLOG*, 31/5/2019 <https://aaplog.org/new-research-shows-potential-for-mental-and-physical-harm-to-women-who-undergo-drug-induced-elective-abortions/>
- 67 - Sylvia Hughes, Woman's death linked to 'abortion pill', *New Scientist*, 20 April 1991 <https://www.newscientist.com/article/mg13017651-600-womans-death-linked-to-abortion-pill/>
- 68 - Jan Sprangers, Rebecca dog av abortpiller, *Expressen*, Publicerad 13 mar 2004, uppdaterad 9 feb 2007, <https://www.expressen.se/nyheter/rebecca-dog-av-abortpiller/>
- 69 - Seamark M, Mother's heartbreak as A-level student dies two weeks after taking abortion drugs, *Daily Mail*, 13/6/2020 <https://www.dailymail.co.uk/news/article-1026005/Mothers-heartbreak-A-level-student-dies-weeks-taking-abortion-drugs.html>
- 70 - Donovan S, Death may spark backlash against abortion drug, *ABCNews*, 19 MarMarch 2012, <https://www.abc.net.au/news/2012-03-19/ru486-death-prompts-protocol-review/3899084>
- 71 - Riding A, Frenchwoman's Death Is Linked To Abortion Pill and a Hormone, *New York Times*, April 10, 1991 <https://www.nytimes.com/1991/04/10/world/frenchwoman-s-death-is-linked-to-abortion-pill-and-a-hormone.html>
- 72 - The Australian Parliament, Therapeutic Goods Amendment (Repeal Of Ministerial Responsibility For Approval Of RU-486) Bill 2005, https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Completed_inquiries/2004-07/ru486/report/c01
- 73 - Scandroglio T, Lo spirito della 194, *Notizie ProVita & Famiglia*, n.90, pp.18-19
- 74 - Serra A, L'Embrione umano. Un nodo cruciale della bioetica, *Consultori Familiari Oggi*, 1. 2003, pp.54-65; e Serra A, L'Uomo-embrione. Il grande misconosciuto, Edizioni Cantagalli, 2003.
- 75 - Mighell AJ et al, Alu sequences, *FEBS Letters*, Volume 417, Issue 1, 3, November 1997, Pages 1-5 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9395063/>
- 76 Pearson H, Your destiny from day one, *Nature*, 2002, 418, pp. 14-15
- 77 Miech R, Pathophysiology of mifepristone-induced septic shock due to *Clostridium sordellii*, *Ann Pharmacother*, 2005 Sep; 39(9):1483-8.
- 78 - Berardi S, Conseguenze psicologiche dell'aborto farmacologico (RU486), a cura del Centro di Aiuto alla Vita di Lodi, Codogno, Casale - Movimento per la Vita lodigiano. <http://www.mpvavlodi.it/mpvdocs/RU486-SimonaBerardi.pdf> ■

Dal 1962 approfondimenti, inchieste,
notizie e molto altro.

Scopriilo in edicola tutti i mercoledì



Diretto da Maurizio Belpietro