

## “L’ABORTO PROCURATO”

### **Introduzione. La diffusione dell’aborto procurato, aspetti storici e culturali**

Il grave tema dell’*aborto procurato*, per la sua ampiezza e complessità, potrebbe essere studiato sotto molteplici prospettive (storico-sociologica, legislativa e culturale oppure teologica e morale); si sceglie in questa sede di affrontare l’argomento dal punto di vista della “metodologia bioetica”: si partirà dai dati della scienza, precedentemente illustrati, sulla identità biologica della vita umana prima della sua nascita, se ne valuteranno le conclusioni alla luce dell’etica razionale, per illuminare le coscienze anche di chi non condivide una determinata scelta religiosa.

Come introduzione al tema descriveremo gli aspetti storici e culturali che hanno determinato, a partire dalla seconda metà dello scorso secolo, la legalizzazione e la diffusione dell’aborto procurato con modalità nuove ed allarmanti rispetto al passato. Nel 1990 venne pubblicato da un autore francese un testo dal titolo: “*L’avortement: enjeu politique*” (l’aborto, obiettivo politico) che spiegava chiaramente come l’aborto volontario non fosse più un evento raro e doloroso, scaturito da situazioni familiari difficili di povertà o disagio sociale, ma un vero e proprio “*obiettivo di politica internazionale*” in cui erano implicate anche diverse Organizzazioni Internazionali, fra cui alcune Agenzie delle Nazioni Unite (UNFA), non tanto per arrestare il ricorso all’aborto, quanto per *pianificarlo e legalizzarlo*.

La politica del *birth-control* (il controllo delle nascite) inizia dopo la seconda guerra mondiale sostenuta dalla corrente *neomalthusiana*, per paura di un eventuale *boom demografico* del dopoguerra, specialmente nei Paesi in via di sviluppo. Nelle previsioni dell’incremento demografico non si teneva conto, però, che la cultura industrializzata ed urbanizzata aveva già degli elementi di diminuzione automatica del tasso di crescita (ad es. il ritardo dell’età del matrimonio con la conseguente restrizione della finestra dell’età fertile); si organizzarono dunque, a partire dagli anni 1950-60, delle *strategie di controllo delle nascite* attraverso la *contraccezione, la sterilizzazione e l’aborto*, utilizzando piani di politica internazionale. Tre grandi potenze, USA, Giappone ed Europa si allearono con il sostegno di alcune agenzie dell’ONU per la popolazione, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Banca Mondiale ed i finanziamenti di grandi fondazioni (ad es. Rockefeller, Ford, IPPF), per favorire nel mondo e soprattutto nei Paesi in via di Sviluppo *le leggi per la liberalizzazione della contraccezione, la sterilizzazione e l’aborto ed anche l’imposizione per legge un numero limitato di figli*. Nei Paesi in via di sviluppo la concessione di aiuti economici veniva condizionata dalla diffusione di centri medici per praticare i cosiddetto *family planning* (pianificazione delle nascite): in India s’impose per un certo periodo la sterilizzazione; in Cina da più di 40 anni vi è l’obbligo del figlio unico (sino ad oggi sono stati realizzati 400 milioni di aborti, 8 volte i morti dell’ultima guerra mondiale). Si organizzarono anche grandi Conferenze Mondiali sulla popolazione (Budapest 1974, Mexico City 1984, Cairo 1994 e Pechino 1995, sulla donna) allo scopo di organizzare programmi politici “per la salute riproduttiva” che erano imposti ai diversi Paesi dalle autorità internazionali. Queste politiche stanno oggi minacciando l’America latina (prima protetta dalla “Convenzione di Costa Rica”, che affermava il diritto alla vita sin dal concepimento), si continuano a diffondere in Africa, in Asia e permangono in Europa dove l’attuale crisi economica chiede un’inversione di tendenza.

L’aborto da “*delitto*” divenne un “*diritto*” ed esplose la sua legalizzazione che ha determinato l’attuale cifra di circa 55 milioni di aborti legali l’anno nel mondo. Negli ultimi tempi è anche preoccupante la massiccia produzione farmaceutica delle pillole abortive (intercettivi e contragestativi) e sul versante opposto del fine della vita, la richiesta della *legalizzazione dell’eutanasia*, soprattutto in Europa.

A diffondere la cosiddetta “*cultura della morte*” in Occidente è una “*filosofia del benessere*” che sviluppa una cultura edonistica e selettiva, di tipo individualistico; essa pone al centro al centro i valori del soggettivismo, della libertà e del relativismo, *oscurando il valore inviolabile della dignità*

dell'individuo umano soprattutto nei momenti più vulnerabili della sua esistenza. Questi cambiamenti culturali hanno determinato un *graduale sfaldamento del valore della vita*, anche nel sentire comune: sui problemi specifici della vita (aborto, contraccezione, fecondazione artificiale, eutanasia ecc.) manca un'adeguata riflessione e formazione etica, non solo fra la gente comune, ma anche fra le persone più colte e tra i fedeli cristiani. Dalle statistiche si ricava, ad esempio, che la pratica dell'aborto, soprattutto dovuto a difetti o malformazioni del feto (frutto di una “mentalità eugenetica”) è richiesto anche da coppie cristiane che non hanno ricevuto una corretta formazione in questo ambito ed hanno elaborato giudizi etici non adeguati rispetto alla gravità delle problematiche in esame.

Un altro punto importante da sottolineare è il profondo legame che sussiste fra il tema del rispetto della vita e quello dello sviluppo dei Paesi. Molti economisti e demografi considerano l'attuale crisi delle nascite nei Paesi occidentali come una causa importante e spesso taciuta dell'attuale crisi economica europea e mondiale. Se la popolazione invecchia aumenta la richiesta di servizi e diminuisce la domanda di beni e di prodotti innovativi, si abbassa la crescita di produttività; la denatalità fa calare anche la propensione al risparmio che implica minori mezzi per la produzione e gli investimenti; infine, se non ci sono attese di sviluppo per la popolazione, e quindi di potenziali acquirenti, gli imprenditori non affrontano il rischio di nuovi investimenti e l'economia ristagna. *L'apertura e l'accoglienza della vita è quindi un fattore necessario per il futuro ed il benessere di ogni Paese.*

Nella nota lettera Enciclica *Caritas in Veritate* (29-06-2009), anche il Papa Benedetto XVI pose il tema dell'accoglienza e della difesa della vita umana all'interno della più ampia questione dello sviluppo economico e sociale del mondo. Egli affermò che «*l'apertura alla vita è al centro del vero sviluppo. Quando una società si avvia verso la negazione e la soppressione della vita, finisce per non trovare più le motivazioni e le energie necessarie per adoperarsi a servizio del vero bene dell'uomo*» (CV n.28). *Una nuova civiltà ed un nuovo sviluppo nascono dunque innanzitutto dal un cambiamento e da un rinnovamento morale.*

### **L'aborto procurato: definizioni e procedure**

Il termine italiano “aborto”, deriva dal latino *abortus*, participio passato di *ab-orior*, che significa perire, venir meno nel nascere, e si contrappone al termine *orior*, nascere. L'aborto indica, in termini generali, l'interruzione di una gravidanza prima della *viabilità del feto* (cioè della sua possibilità di vita autonoma, se il parto dovesse essere prematuro). Si distingue l'*aborto spontaneo*, cioè l'interruzione della gravidanza che si verifica per cause accidentali o patologiche, indipendenti dalla volontà umana, dall'*aborto procurato* o IVG (Interruzione Volontaria della Gravidanza), che indica l'interruzione della gravidanza *diretta ed intenzionale*, attraverso la soppressione della vita del nascituro. Si parla, invece d'*infanticidio* se la soppressione del feto o del neonato avviene *durante il parto*, esso è considerato un *omicidio* dal diritto penale.

Nei manuali italiani di *diritto penale* il tema dell'aborto volontario è trattato nell'ambito dei “reati contro la vita e l'incolumità personale” ed è definito come l'“interruzione intenzionale della gravidanza con la conseguente morte del concepito”. Questa definizione mette in evidenza l'*intenzionalità dell'atto di uccisione di una vita umana prima della nascita*, nonostante molti ordinamenti moderni la depenalizzino.

*Dal punto di vista clinico*, la scelta della tecnica con cui interrompere una gravidanza dipende dall'epoca in cui è avvenuta la fecondazione: 1) Per indurre l'aborto in un periodo precoce della gravidanza, generalmente entro i 40 giorni dalla fecondazione, si utilizzano preparati chimici che hanno lo scopo di determinare la morte dell'embrione umano sia prima dell'impianto in utero - si parla di farmaci *intercettivi o antinidatori* -, sia dopo tale evento - i cosiddetti preparati chimici *contragestativi* -. In entrambi i casi si tratta di *veri e propri abortivi* poiché, come abbiamo descritto in dettaglio nella relazione sull'inizio della vita umana, dal punto di vista biologico un nuovo individuo umano inizia il suo sviluppo al momento della fecondazione che avviene nelle tube di

Fallopio, circa cinque giorni prima che inizi il processo d’impianto. 2) Se l’aborto procurato viene eseguito in fase più tardiva si utilizzano diverse *tecniche di tipo chirurgico* che in questa sede ci limiteremo ad elencare senza approfondirne i dettagli tecnici. *Entro il primo trimestre*, si utilizza principalmente la tecnica di aspirazione endouterina per via vaginale con cannule flessibili (*isterosuzione*), oppure, meno frequentemente, il metodo di dilatazione del canale cervicale e raschiamento (tecnica a maggior rischio di complicanze). *Dopo il primo trimestre*, si effettua la dilatazione cervicale e lo svuotamento con pinza a anelli (il feto viene fatto a pezzi), oppure si somministrano alte dosi transvaginali di prostaglandine E2. Dopo la 16<sup>a</sup> settimana lo svuotamento è preceduto dalla somministrazione di farmaci per stimolare le contrazioni uterine e la dilatazione cervicale (ad es. la somministrazione intra-amniotica di soluzioni saline ipertoniche). In alcuni Paesi la legislazione ha anche permesso il cosiddetto “aborto tardivo” o “*partial-birth abortion*”, che prevede l’uccisione del feto umano anche durante il parto; si tratta di una procedura cruenta e barbara che ha suscitato forti opposizioni sociali.

Alle tecniche di tipo chirurgico sono legate notevoli *complicanze*, quali la ritenzione del tessuto placentare, perforazioni dell’utero, lacerazioni del collo dell’utero, metrorragie (perdita di sangue di origine uterina); si osserva inoltre aumentata incidenza di gravidanze ectopiche, maggior frequenza di aborti spontanei e parti prematuri in caso di successive gravidanze. A questi aspetti bisogna aggiungere le *gravi e durature conseguenze psichiche* legate al vissuto dell’aborto volontario e ampiamente descritte in letteratura: *l’esperienza dell’aborto procurato lascia un’indelebile e dolorosa cicatrice nella psiche della donna, che percepisce di aver impedito ad una vita di continuare ad esistere*. Si tratta della “*Sindrome post aborto*” (*Post Abortion Syndrome*) cui oggi si stanno dedicando equipe di esperti per aiutare la donna a rielaborare il lutto dell’aborto e superare le profonde ferite psichiche che derivano da questa scelta.

Diverse associazioni che lavorano per l’accoglienza della vita umana prenatale, hanno proposto la pratica della *sepoltura dei bambini abortiti*, una iniziativa che permetterebbe di dare dignità e valore alle piccole salme aiutando anche i familiari a mantenere un legame affettivo con il bambino. In alcuni Paesi, come l’Italia, con l’accordo delle autorità locali sono state adibite apposite aree nei cimiteri pubblici e sono state preparate celebrazioni funebri adeguate. In passato i corpi, spesso smembrati, di questi piccoli bambini uccisi erano raccolti nei cosiddetti “rifiuti speciali” ed utilizzati come *materiale biologico* per ottenere prodotti di cosmesi o altri preparati farmaceutici. La sepoltura dei bambini abortiti permetterebbe di evitare ogni tipo di abusi e di sensibilizzare la società su queste tematiche.

### **L’aborto chimico: *intercettivi e contragestivi***

Descriveremo ora con qualche maggiore dettaglio l’*aborto chimico* – i composti chimici *intercettivi e contragestivi* – a cui si ricorre con sempre maggiore frequenza nei Paesi occidentali ed in via di sviluppo; esso presenta problematiche peculiari dal punto di vista non solo scientifico ma anche etico e sociale. Prima di descrivere gli aspetti tecnici di questa tipologia di aborto bisogna sottolineare che vi è un forte *legame fra contraccezione e aborto chimico*: i *contraccettivi ormonali* (ad es. la pillola estro-progestinica) hanno lo scopo d’impedire il concepimento *bloccando l’ovulazione* (impediscono la liberazione della cellula uovo dall’ovaio, attraverso l’alterazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-ovaio che regola questo evento) e *alterando il muco cervicale* prodotto dal collo dell’utero, di modo che gli spermatozoi non possano risalire lungo il canale cervicale e raggiungere la tuba per la fecondazione (questo effetto è secondario rispetto al blocco dell’ovulazione). Attraverso questi meccanismi d’azione s’impedisce la formazione dello zigote e quindi dell’embrione umano. I contraccettivi ormonali di ultima generazione, però, hanno anche un *effetto abortivo*, per avere la garanzia che la nuova vita, qualora abbia avuto inizio, non possa continuare il suo sviluppo. *Se avviene il concepimento*, infatti, essi *alterano l’endometrio* impedendo l’impianto dell’embrione nell’utero e *modificano la motilità delle tube di Falloppio*, contrastando la discesa dell’embrione in utero; si determina quindi la morte e l’eliminazione

dell’embrione stesso. Anche dal punto di vista culturale, non è infrequente che il ricorso all’aborto sia la conseguenza di una contraccezione fallita.

**Gl’intercettivi** (dal termine inglese *interception*) agiscono precocemente ed hanno lo scopo d’impedire all’embrione umano d’impiantarsi in utero e quindi di proseguire il suo sviluppo. L’azione abortiva prima dell’impianto è perseguita attraverso l’assunzione di prodotti chimici detti *intercettivi ormonali*, oppure tramite l’utilizzazione di particolari dispositivi chiamati *intercettivi meccanici*. Nel linguaggio comune i prodotti ad azione intercettiva vengono indicati come “contraccezione d’emergenza”, una definizione ambigua che vorrebbe oscurare la loro azione abortiva.

- Gli *intercettivi ormonali* sono estrogeni e/o progestinici assunti in dosi molto elevate tramite compressa, entro le 12 ore e non oltre le 72 ore (3 giorni) da un rapporto che si ritiene essere stato fecondo. Per gli *estrogeni ad alto dosaggio* si utilizza solitamente l’*etinilestradiolo* che prevede la somministrazione di 0,5-2,0mg al giorno del farmaco per 5 giorni (protocollo *five by five*); la prima dose è somministrata entro le 72 ore dal rapporto sessuale. Tra gli effetti collaterali dell’assunzione di estrogeni, vengono segnalati nausea (54-70%), vomito (24-33%), cefalea, metrorragie ed episodi di edema polmonare. Vi è inoltre maggiore incidenza di gravidanze ectopiche, dovuta probabilmente all’interferenza con l’annidamento dell’embrione umano nell’endometrio ma non nella tuba. L’uso di *estroprogestinici combinati* prevede invece la somministrazione, entro 72 ore dal rapporto presunto fecondante, di 100µg di *etinilestradiolo*+0,5mg di *levonorgestrel* per due volte a distanza di 12 ore (si tratta di una versione modificata del cosiddetto “protocollo Yuzpe”, dal nome dell’autore dei primi studi sugli abortivi estroprogestinici). Tra gli effetti collaterali, oltre a quelli già descritti per i soli estrogeni, non è escluso il rischio trombo-embolico (il farmaco è infatti sconsigliato a pazienti con problemi legati alla coagulazione). I protocolli di utilizzo dei soli *progestinici*, sono stati messi a punto per ridurre gli effetti collaterali legati all’estrogeno: si utilizza il solo *levonorgestrel* in due dosi di 0,75mg a 12 ore d’intervallo. A questo farmaco, detto comunemente “pillola del giorno dopo” è associata una minore incidenza di nausea (21,3%), vomito (5,6%) e cefalea ma viene raccomandata prudenza alle donne con una storia di malattia tromboembolica. Negli ultimi anni il levonorgestrel è stato anche somministrato attraverso una singola dose di 1,5mg.

L’assunzione di questi prodotti chimici ha *lo scopo principale di alterare la struttura dell’endometrio uterino* preparato ad accogliere l’embrione concepito, impedendo l’impianto e provocando così l’aborto. A questo meccanismo d’azione si aggiungono anche l’*alterazione della motilità delle tube* (rallentamento o accelerazione), con conseguente difficoltà di trasporto dell’embrione, e l’interferenza con l’attività del corpo luteo (*luteolisi*), cioè la regressione precoce del corpo luteo, una ghiandola a secrezione interna che produce il progesterone, ormone importante per l’instaurarsi e l’evolversi di una gravidanza. La carenza del progesterone impedisce la normale prosecuzione della gravidanza. Questi tre meccanismi d’azione determinano un effetto complessivo che è di tipo abortivo.

Se la somministrazione avviene in *fase preovulatoria*, prima del picco LH, alcuni intercettivi sono in grado di *inibire l’ovulazione* (azione sull’asse ipotalamo-ipofisi-ovaio e blocco dell’ovulazione) in una percentuale variabile compresa fra il 21 ed il 33% a seconda che si ricorra al metodo Yuzpe o al levonorgestrel. Questo effetto di tipo contraccettivo è però *secondario* rispetto al *meccanismo abortivo* (che ha un’efficacia variabile dal 70 al 100% a seconda dei farmaci utilizzati) che *risulta la finalità principale della intercezione ormonale*. È importante a questo riguardo che *l’informazione sia chiara ed obiettiva* affinché la donna possa acquisire piena coscienza della sua scelta e sappia che attraverso l’uso di questi farmaci non sta evitando ma attuando un aborto.

L’uso di estrogeni a scopo abortivo risale agli anni ’40 dello scorso secolo; a partire dagli anni ’70 inizia il trattamento con estroprogestinici e la sperimentazione di prodotti composti da soli progestinici; negli anni ’80 vengono utilizzati a scopo abortivo anche il *danazolo* ed il *mifepristone*. Nel 1994 il *Center for Reproductive Law and Policy* (USA), insieme ad altri gruppi tra cui il

Planned Parenthood di New York City richiedono alla Food and Drug Administration (FDA) prodotti con specifica indicazione d’uso “contraccezione d’emergenza”; nel 1997 la FDA dichiara l’efficacia e la sicurezza dei regimi ormonali comunemente utilizzati per l’aborto chimico e dispensa le case farmaceutiche da ulteriori e costosi *trials* sperimentali. Inizia così l’autorizzazione e la diffusione dei composti chimici abortivi. In Europa la commercializzazione inizia a partire dagli anni ’80 in Gran Bretagna, Olanda e Finlandia per poi diffondersi in quasi tutti i Paesi europei. In Italia è autorizzata la commercializzazione di due specialità medicinali, il *Norlevo* (dal 2000) e *Levonelle* (dal 2001), a base dello steroide sintetico *levonorgestrel*; esse possono essere acquistate in farmacia con prescrizione medica. Questi farmaci si sono diffusi in ogni Continente e sono l’oggetto di particolare attenzione delle organizzazioni di *pianificazione familiare (family planning)*, che premono sui governi locali dei Paesi in via di sviluppo per incrementarne la produzione e l’accessibilità. Il primo *target* della contraccezione d’emergenza sono state le donne vittime di violenza sessuale, e poi le cosiddette “donne a rischio” di una gravidanza nei campi per rifugiati o nei Paesi stranieri dove erano rifugiate. Il concetto di rischio è stato poi ampliato a tutte quelle donne che potrebbero iniziare la gravidanza senza averla programmata, in particolare le adolescenti, creando molteplici strategie per aumentare la diffusione della cosiddetta “contraccezione d’emergenza” (siti internet, linee telefoniche *ad hoc*, distribuzione di kit ed “educazione sessuale” nelle scuole). *Questi farmaci sono stati pubblicizzati come la “pillola del giorno dopo” o “contraccezione di emergenza” per indurre l’idea che si tratti di contraccettivi che impediscono il costituirsi di una nuova vita umana, in realtà il loro effetto principale è abortivo e sono stati spesso utilizzati con poca consapevolezza.*

Da pochi anni è entrata in commercio una nuova compressa, “EllaOne”, detta anche “Pillola del quinto giorno” a base di *ulipristal acetato* (CDB-2914), un “anti-ormone” ad azione antiprogesterinica. Si somministrano 30µg di *ulipristal acetato* fino a 120 ore (5 giorni) da un rapporto che si ritiene essere stato fecondo. Il principio attivo si lega ai recettori uterini del progesterone per impedire l’azione di quest’ormone; l’endometrio viene così alterato impedendo l’annidamento dell’embrione umano quindi la sua morte – azione abortiva –. e l’ovulazione non è avvenuta l’*ulipristal acetato* può inibirla o posticiparla attraverso diversi meccanismi d’azione di tipo contraccettivo (ad es. la posticipazione del picco di LH e l’inibizione della rottura del follicolo ovarico). Nonostante la commercializzazione di questo farmaco in diversi Paesi europei, sono ancora necessari studi sulla ripetitività dell’uso, sulla salute di feti e neonati esposti alla somministrazione del farmaco, sugli effetti in ragazze di età inferiore ai 16 anni.

- Gli *intercettivi meccanici*, sono invece dispositivi di forma e materiali diversi (acciaio, plastica, polietilene; polietilene e rame, polietilene e progesterone) che vengono inseriti all’interno dell’utero allo scopo d’impedire l’impianto dell’embrione – effetto abortivo –. Il più noto intercettivo meccanico è la *spirale* o IUD (*Intra-Uterine Device*) il cui effetto abortivo principale è dovuto all’induzione di una *reazione da corpo estraneo* che provoca una infiammazione cronica della mucosa endometriale impedendo l’impianto dell’embrione; la successiva liberazione di prostaglandine determina poi l’aumento dell’attività contrattile del muscolo uterino e vasocostrizione. Il dispositivo può essere rivestito di rame che determina l’effetto biologico d’inibire alcuni enzimi endometriali, alterando l’endometrio stesso. Infine, è possibile medicalizzare la spirale aggiungendo il *progesterone*, che determina l’atrofia degli strati superficiali dell’endometrio. *Gli ioni rame ed il progesterone hanno lo scopo di potenziare l’azione abortiva esplicita per effetto meccanico.*

Anche agli intercettivi meccanici sono associati diversi *effetti collaterali*, quali mestruazioni dolorose e crampi; il rischio di gravi infezioni pelviche e uterine; l’aumentato rischio (3-5%) di gravidanza ectopica; anemia dovuta a forti perdite ematiche; il rischio di perforazioni dell’utero e l’aumentato rischio d’infertilità. Spesso, come per i preparati chimici, chi utilizza questi dispositivi, soprattutto le ragazze giovani, non è a conoscenza della sua azione abortiva e dei rischi ad essi associati.

**I contragestativi** agiscono più tardivamente nel corso della gravidanza impedendone il proseguimento; essi hanno in generale lo scopo di *ridurre i livelli di progesterone* in circolo per provocare lo sfaldamento dell’endometrio e quindi il distacco dell’embrione umano già annidato nella parete uterina e sua espulsione. Tra essi ricordiamo la pillola RU 486, detta anche “pillola del mese dopo, le prostaglandine ed il vaccino anti-hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*).

I primi preparati chimici contragestativi sono stati progettati a partire dalla *metà degli anni ’60* riscontrando da subito diverse problematiche di ordine tecnico e scientifico. È emblematica al riguardo la storia della pillola RU486: all’inizio degli anni ’80, un ricercatore francese mette a punto una “pillola abortiva” in grado di provocare l’aborto entro sette settimane dal concepimento; essa è acquistata dalla casa farmaceutica Roussel-Uclaf ed etichettata come Roussel-Uclaf 38486 (da cui l’abbreviazione RU-486), iniziano così le prime sperimentazioni sul farmaco. Dalle prime sperimentazioni emergono diverse complicanze nel 50% dei casi osservati, fino ai 40 giorni successivi la somministrazione; nel 1988 la casa farmaceutica Roussel-Uclaf decide di non procedere alla commercializzazione ma il Ministero della sanità francese obbliga a mettere la pillola sul mercato, nonostante le proteste di molte organizzazioni femministe. Negli anni ’90 la pillola RU-486 è commercializzata negli USA ma prodotta in Cina perché non si trovano ditte americane disponibili ad assumere i rischi troppo elevati correlati all’assunzione del farmaco. Nel 2004 la *Food and Drug Administration* (FDA) inserisce tra gli effetti indesiderati “gravi infezioni batteriche, emorragie, morte”. Nonostante questi problemi la RU-486 viene utilizzata nelle gradi campagne di controllo delle nascite nei Paesi in via di sviluppo ed è oggi commercializzata in diversi Paesi del mondo. Quanto descritto ci rivela come le pressioni di tipo economico o le spinte sociali possano indurre la vendita di prodotti anche molto dannosi per la salute stessa della donna.

La procedura medica, distinta in più fasi, si basa sull’assunzione di almeno due principi attivi diversi, il *mifepristone* ed una *prostaglandina*, a distanza di 48 ore l’uno dall’altro. Il mifepristone è un “anti-ormone” che si lega ai recettori del progesterone presenti nell’endometrio, bloccandoli e impedendo l’azione dell’ormone. L’endometrio, non più sostenuto dal progesterone, si sfalda e si distacca il trofoblasto, che contiene l’embrione già impiantato. Dalle cellule endometriali in disfacimento vengono liberate le *prostaglandine* che stimolano le contrazioni uterine del miometrio e causano la dilatazione del collo dell’utero con l’espulsione dell’embrione umano. La pillola Ru486 non causa l’aborto nel 100% dei casi, l’effetto abortivo si verifica nelle prime fasi della gravidanza (entro 49 giorni dal concepimento) quando i livelli di progesterone sono ancora bassi. Con il procedere della gravidanza aumentano i livelli di progesterone ed il farmaco non riesce a raggiungere i livelli ematici sufficienti ad antagonizzare il progesterone in circolo. Numerosi sono gli effetti collaterali segnalati in letteratura sin dagli inizi della commercializzazione del farmaco: nausea, emorragie, morte da choc tossico, anche in donne giovani e in buona salute; nel 5-10% dei casi di assunzione si verifica la necessità di eseguire il raschiamento. Sono stati segnalati diversi casi di morti settiche nei Paesi occidentali. Da uno studio effettuato negli USA su 637 casi di effetti collaterali, si rilevavano 237 casi di emorragie (di cui 1 decesso, 42 casi di pericolo di vita e 168 in situazione molto grave); 66 casi d’infezioni (di cui 3 morti e 4 donne salvate *in extremis*); diversi casi di forme allergiche. Per 513 volte è stato comunque necessario il ricorso all’intervento chirurgico (di emergenza in 235 casi) e sono stati segnalati alcuni interventi d’urgenza per gravidanze extrauterine non diagnosticate (1 morte). Il farmaco ha rivelato, inoltre, un notevole tasso di “fallimento”, con il proseguimento della gravidanza nell’8% dei casi (se il farmaco è assunto entro i primi 49 giorni). I feti sopravvissuti hanno il 23% di possibilità di malformazione. È stato infine sottolineato che gli studi sulle adolescenti sono ancora carenti anche se il farmaco viene distribuito e pubblicizzato fra le ragazze tra 13-17 anni (*Ann of Pharmacotherapy*, 2006).

La produzione e la vendita di questi prodotti abortivi fanno anche insorgere *nuove questioni per gli obiettori di coscienza*: per i medici ed farmacisti, in particolare, si pone la scelta se prescrivere e somministrare un prodotto che ha anche *attività abortiva*. Il tema è cruciale ed in diversi Paesi, fra cui l’Italia, si sta discutendo sulla possibilità dell’inserimento di obiezione di coscienza anche per i farmacisti.

### **L’aborto volontario: valutazioni etiche**

Per la valutazione etica dell’aborto procurato, seguendo la metodologia bioetica, bisogna innanzitutto studiare *la realtà biologica del neoconcepito*; si deve poi considerare *il valore oggettivo della vita umana dall’istante del concepimento*, esaminato in se stesso e in relazione alle situazioni contingenti (ad es. la malattia della madre o la malattia del nascituro); si devono infine valutare le *responsabilità* delle persone e delle istituzioni coinvolte nell’evento dell’aborto – ad es. il comportamento del medico e degli operatori sanitari di fronte alla richiesta di IVG e di fronte alla legge (*obiezione di coscienza*) – , ed anche le responsabilità politiche e sociali.

Il piano dei valori e della *verità oggettiva* può essere differente dal giudizio sulle *responsabilità soggettive*, perchè il soggetto può avere delle attenuanti (ad es. stato di costrizione o d’ignoranza) e in ogni caso va aiutato anche qualora avesse commesso un illecito morale. Permane però *la realtà oggettiva dell’azione in sé*: l’aiuto morale alle persone coinvolte nella pratica dell’aborto volontario riguarda anche l’informazione sulla *verità oggettiva*, che permette di non ripetere l’eventuale errore commesso e di prevenirlo, per quanto dipende dalle responsabilità di ciascuno.

*I dati della biologia e della genetica*, già esaminati in modo approfondito, mettono chiaramente in luce il costituirsi di una nuova individualità biologica umana a partire dalla fecondazione. La successiva *analisi degli aspetti filosofici ed antropologici*, ci porta a riconoscere nell’individuo biologico umano il pieno statuto di persona umana sin dal concepimento. *Lo zigote è già in atto un individuo umano*, dotato di vita propria, con una *propria identità* conferitagli da un unico principio sostanziale unificante. La persona si manifesta attraverso le sue capacità e si esprime nei suoi comportamenti, ma non si esaurisce, né tantomeno si riduce ad essi. Pertanto il non esserci ancora attuale di determinati caratteri o comportamenti (come è inevitabile nel caso della vita umana prenatale), non equivale all’assenza della persona: la persona c’è prima ed oltre l’espressione delle sue capacità e comportamenti. Secondo questa prospettiva *non esiste una vita umana priva di soggetto, e non ci può essere una continua e graduale transizione da “qualcosa” a “qualcuno”*. Non si può pensare ad una vita umana senza pensare alla vita di uno specifico essere umano.

### **Il valore oggettivo della vita umana prenatale e la valutazione etica dell’aborto procurato**

I dati della biologia uniti alla riflessione filosofica mettono in luce l’*intrinseco valore* della vita umana e la sua “*sacralità*” sin dal momento della fecondazione. Ogni persona umana ha dunque lo stesso valore dal concepimento alla morte e non si può mai affermare che l’esistenza di un uomo “non sia degna”. In questa prospettiva *la vita umana fisica è un valore “fondamentale”* su cui si fondano e si sviluppano tutti gli altri valori della persona; da qui scaturisce *il diritto fondamentale alla tutela della vita fisica*.

L’aborto procurato è l’uccisione deliberata e diretta, comunque venga attuata, di un essere umano innocente nella fase iniziale della sua esistenza, compresa fra il concepimento e la nascita. Nell’aborto procurato viene soppressa una vita umana in via di sviluppo, cioè il valore fondamentale, il costitutivo stesso della vita di un individuo. L’*atto in sé* e l’*intenzione*, nell’aborto procurato, si uniscono per impedire la nascita di una vita umana che si sta già sviluppando. Nella sua verità oggettiva l’aborto procurato è l’uccisione di un essere umano con delle aggravanti, perché si sopprime la vita di un bambino innocente, debole e totalmente affidato alla cura ed alla protezione della madre che lo porta in grembo. Per questo motivo, nessuna ragione, anche se grave e drammatica può giustificare la soppressione di un essere umano innocente.

Questa valutazione morale vale per ogni *intervento sugli embrioni umani* che, pur mirando a scopi in sé legittimi, ne comportano inevitabilmente l’uccisione; è il caso, ad esempio, della *sperimentazione sugli embrioni*. Bisogna aggiungere che, data la gravità della materia, sia sufficiente il “dubbio” circa l’identità personale per essere moralmente obbligati ad assumere il comportamento più sicuro, allo scopo di evitare qualsiasi pericolo o rischio riguardo alla persona umana, perché *è oggettivamente grave assumere il rischio di un omicidio*.

Anche dal punto di vista giuridico, il riconoscimento del *valore universale della persona umana* dovrebbe esigere il riconoscimento dei diritti umani al concepito: poiché il diritto alla vita è il primo dei diritti fondamentali della persona, se viene a mancare questo fondamento nessun’altro diritto potrà essere riconosciuto o rivendicato. Anche il *diritto alla libertà*, così importante per la sensibilità contemporanea, non può essere esercitato se non presuppone il diritto alla vita.

È infine importante sottolineare *le responsabilità delle persone coinvolte nell’azione dell’aborto volontario*. La vita umana nascente è affidata totalmente alla cure e alla protezione della madre, ma circostanze drammatiche oppure ragioni egoistiche, possono portare una donna a sopprimere la vita che porta in sé. È però ingiusto addossare tutta la responsabilità di un aborto alla madre, perché, accanto alla donna, ci sono altre persone la cui responsabilità può essere pari e talvolta maggiori di quella della stessa madre. Può essere colpevole il *padre del bambino* che spinge direttamente la madre ad abortire o indirettamente, lasciandola sola di fronte ai problemi, talvolta enormi, di una gravidanza. Non si possono neppure dimenticare le sollecitazioni o le complicità che provengono da *parenti, amici, consulenti dei consultori pubblici*. Una grave responsabilità ricade sui medici e sugli operatori sanitari che provocano concretamente l’aborto, o che collaborano in maniera diretta a questo atto – pensiamo anche alla responsabilità diretta dei *farmacisti* che vendono le pillole abortive; nel Parlamento italiano si sta discutendo in questo periodo la possibilità di *obiezione di coscienza* anche per i farmacisti.<sup>1</sup> Esistono, inoltre, pesanti responsabilità collettive a livello di legislazione e di mass-media/cultura che contribuiscono a creare una vera e propria mentalità contro la vita umana non ancora nata. L’atteggiamento, non solo dei cristiani, verso le legislazioni abortiste dovrebbe essere dunque di *completa dissociazione* poiché l’uomo non può mai ubbidire ad una legge intrinsecamente immorale.

Queste considerazioni non riguardano soltanto il credente ma richiamano la responsabilità di ogni essere umano, indipendentemente dal suo credo, verso un tema fondamentale nella cultura attuale perché la società ed il mondo di oggi hanno bisogno di guardare con occhi nuovi, con *speranza al futuro*; ma per avere speranza è necessario *rispettare la vita di tutti*.

---

<sup>1</sup> L’obiezione di coscienza in ambito sanitario è il *rifiuto* da parte di un operatore sanitario di *obbedire ad una legge* che lo obbliga a mettersi a disposizione dell’autorità medica competente per l’esecuzione di un intervento in contrasto con la propria coscienza. Attualmente l’obiezione di coscienza legale per la pratica dell’aborto volontario perché lo Stato riconosce il valore della vita umana come valore civile fondamentale per l’ordinamento giuridico. Essa non ha solo lo scopo di difendere la *coscienza individuale*, ma anche quello di mantenere nella *coscienza sociale la percezione del valore della vita*, anche quando la legge stessa lo viola.