

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, assurde 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-



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 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.



**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**

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 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 ricovera 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 3 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 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 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.

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.

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 oggi 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.