

F I A M C
Federazione Internazionale
delle Associazioni
dei Medici Cattolici

40 anni di enciclica HUMANAE Vitae dalla prospettiva dell'etica medica

Riassunto:

L'enciclica Humanae vitae del papa Pablo VI fu pubblicata 40 anni fa e generò un'opposizione considerabile in tutto il mondo. Come esempi più vistosi di questo rifiuto si trovano la *Dichiarazione di Königstein (Königsteiner Erklärung) dei vescovi tedeschi* e la *Dichiarazione di Mariatrost (Mariatroster Erklärung) dei vescovi austriaci*. Questi comunicati lasciavano la decisione sulla scelta dei metodi di regolazione della natalità unicamente alla coscienza dei coniugi. Così numerose persone furono allontanate dalle idee centrali dell'enciclica e finirono per decidersi a favore della contraccezione (artificiale). Le conseguenze dello sviluppo di questi avvenimenti sono oggi visibili e li analizzeranno di seguito; ugualmente saranno esaminate le *minacce della vita non nata*. Nella seconda parte saranno trattate *le minacce della vita nata, specialmente della donna, causate dal controllo della natalità*. Nel terzo capitolo si cercheranno di trarre conclusioni sulle *cause e conseguenze del No alla fertilità e della mentalità contraccettiva* dal punto di vista della società nel suo insieme.

Minacce della vita non nata a causa del controllo della natalità

Particolarmente conosciuta è la minaccia del non nato a causa dei diversi metodi abortivi, sia chirurgici che chimici. Generalmente, appena si menziona che molti pericoli minacciano l'embrione nelle sue prime fasi della vita, perfino spesso si tacciono intenzionalmente. Insieme all'aborto, bisogna porre un'attenzione speciale a queste minacce per illuminare la coscienza rispetto a questa questione, soprattutto perché, viste nell'insieme dell'umanità, sono molto gravi non solo per la loro qualità, ma anche per la loro quantità.

La contraccezione presenta anche, nei metodi usati più abitualmente in una forma quasi sistematica, *proprietà che ostacolano l'annidamento dell'embrione*. In primo luogo bisogna analizzare la contraccezione ormonale nei suoi quattro meccanismi d'azione (inibizione dell'ovulazione, muco cervicale, endometrio e tube) globalmente come esempio classico di prevenzione dell'annidamento.

Di questi quattro meccanismi, due sono implicati nella prevenzione dell'annidamento: l'endometrio e le tube. D'altra parte, i dispositivi intrauterini fanno anche parte della contraccezione ormonale. Anche i preparati deposito con progestinici hanno uno spiccato effetto inibitorio dell'annidamento.

L'intercezione, come contraccezione post coitale (= intercepción poscoital = pillola del giorno dopo = contraccezione di urgenza) ugualmente è maggiormente inibitoria dell'annidamento; benché, presa prima dell'ovulazione, può agire come inibitore dell'ovulazione. A questo punto è importante ricordare che la "pillola del giorno dopo" può ottenersi oggi senza ricetta in molti paesi.

Non bisogna neanche dimenticare i vaccini contraccettivi in forma di vaccini contro l'ormone HCG o, ancora in fase di sperimentazione, il vaccino anti embrione.

Infine non si deve dimenticare la minaccia originata dalla riproduzione assistita (FIVET, ICSI), tecnica che causa la perdita di embrioni in larga misura. Questi metodi di trattamento della sterilità producono "nuova vita", ma a costo di innumerevoli embrioni che devono rinunciare alla propria. A questo bisogna aggiungere le perdite causate dalla diagnosi preimpianto (PD), che ha un carattere selettivo. In questo contesto sorgono altri pericoli, tra l'altro anche per i bambini nati, per le gravidanze multiple molto più frequenti, che implicano da un lato il feticidio selettivo e da un altro parti prematuri coi possibili danni conseguenti per il bambino nato. Gli embrioni eccedenti si utilizzano per la ricerca di e con embrioni, specialmente alla ricerca di cellule staminali embrionali ed infine per la clonazione.

Tuttavia, anche determinati trattamenti medici che possono applicarsi per fini non contraccettivi suppongono una minaccia per il giovane embrione, come per esempio *l'ablazione endometriale* (laser e termica).

Anche la modernità del nostro stile di vita, tanto applaudita, si riprende. spesso inconsciamente le sue vittime. Per esempio, la promiscuità favorisce l'espansione delle malattie a trasmissione sessuale (MTS o Sessuale Transmitted Diseases) che possono portare ad endometriti (per esempio, causate da clamidia) che possono inibire l'annidamento. Appena conosciuto è l'effetto antiestrogeno della nicotina che ostacola similmente l'annidamento dell'embrione. Inoltre alcuni droghe (LSD, cocaina) possono avere anche effetti inibitori dell'annidamento.

La consistenza dell'inibizione dell'annidamento si misura con l'indice EDI (*Embryo Destruction Index*), creato da Bayle per la contraccezione orale. Il calcolo evidenzia cifre terrificanti della distruzione di embrioni: a livello mondiale, solamente la pillola combinata già mette insieme più di 10 milioni di aborti precoci all'anno. A questo dato bisogna aggiungere gli innumerevoli aborti precoci, per esempio causati dalla minipillola, dai progestinici deposito, dallo IUD e dalla pillola del giorno dopo..

Se si confronta il numero totale delle morti per malattia, incidente, etc. registrate nelle statistiche, che si stimano in circa 54 milioni di casi, con il numero di aborti (volontari), 42 milioni, più quello di aborti precoci ed altri tipi di distruzione embrionale, questi ultimi superano largamente il numero delle morti "naturali." Se, inoltre, si considera che gli aborti (volontari) e gli aborti precoci hanno un origine iatrogéna, cioè sono causati da un medico, si pone come minimo il dubbio di che cosa è stato della missione curativa della medicina.

C'è un problema che richiede un'attenzione speciale: la questione semantica dell'aborto precoce. Fino al 1965 l'inizio della gravidanza si situava nel momento della fecondazione, nell'anno 1965 l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists, la maggiore organizzazione di ginecologi dell'USA) lo stabilì nel momento dell'annidamento dell'embrione. Tutti gli interventi realizzati prima dell'annidamento non si definiscono più da allora come interruzione di una gravidanza. Questo periodo è rimasto completamente senza protezione; ciò ebbe conseguenze non solo rispetto alla contraccezione, ma anche rispetto, per esempio, alla ricerca su e con embrioni, soprattutto la ricerca con cellule staminali embrionali.

Minacce della vita nata, specialmente della donna, causate dal controllo della natalità

Gli effetti secondari della pillola sono stati discussi nella letteratura scientifica in forma molto controversa e, soprattutto, hanno avuto valutazioni molto diverse. In un'analisi motivata si mostreranno e commenteranno i diversi aspetti della questione. Tenendo in conto gli effetti secondari della contraccezione ormonale, si illustrano tutti gli effetti di questi potenti ormoni che nella maggioranza dei casi si somministrano senza prescrizione medica.

Come premessa bisogna definire la pillola come un derivato del cortisone, poiché da questo derivano inevitabilmente determinati effetti secondari, come il maggiore rischio di infezioni. In particolare bisogna menzionare le infezioni da clamidia, la MTS (malattia a trasmissione sessuale) più diffusa nel mondo per l'azione degli ormoni della pillola. A causa della salpingiti derivano numerosi casi di sterilità tubarica.

Il secondo grande fattore è l'effetto cancerogeno della pillola, per cui l'OMS classificò nell'anno 2005 la pillola come cancerogeno in relazione coi carcinomi cervicale, della mammella e del fegato. Nel cancro cervicale, un'infezione, di nuovo, gioca un ruolo decisivo: il virus del papilloma umano, favorito anche dagli ormoni della pillola.

D'altra parte, la pillola ha un effetto protettivo rispetto ai carcinomi dell' endometrio e delle ovaie. Tuttavia, facendo un bilancio di questi carcinomi e degli altri effetti secondari della pillola, il risultato è chiaramente sfavorevole alla contraccezione ormonale.

Il terzo gruppo di effetti secondari è rappresentato dal rischio di trombosi e dalle malattie cardiovascolari, potenziate in larga misura dalla pillola.

Ugualmente si analizzano i cambiamenti del metabolismo e le disfunzioni psichiche e sessuali provocati dalla pillola, come la possibilità di malformazioni in bambini durante e dopo l'uso della pillola.

Un tema sempre di più attuale e stimolante, gli ormoni nell'acqua sotterranea, che derivano in quantità considerabile dalla pillola, non deve essere dimenticato. Inoltre bisogna tenere in conto che, per questa causa, il numero di spermatozoi negli uomini è diminuito di un 50 per cento negli ultimi 50 anni.

Infine non bisogna lasciare da parte i famosi "benefici della pillola", specialmente per potere realizzare un bilancio corretto degli effetti secondari e dei vantaggi della stessa.

"No" alla fertilità: cause e conseguenze della mentalità contraccettiva

Il "No" alla fertilità non significa altro che la separazione della sessualità dalla procreazione. Non è questo "No" alla fertilità, contemporaneamente, un "No" al creatore? Bisogna investigare la sua influenza sulle madri, i bambini, la famiglia e la società e, in particolare, le conseguenze di questo No alla fertilità.

In questo contesto bisogna studiare con più dettaglio la medicina riproduttiva ed esaminare minuziosamente termini come "salute riproduttiva" e "diritti riproduttivi." Bisogna anche analizzare la contraccezione e la sessualità, e specialmente la sessualizzazione della società, che include l'educazione sessuale nelle scuole.

A che cosa ci riferiamo esattamente con gli anticoncezionali? Si tratta realmente di contraccezione, od in realtà piuttosto di aborto precoce? Lo studio mostra risultati sorprendenti al riguardo che devono essere analizzati.

Che parte giocano le definizioni linguistiche ed i loro cambiamenti di significato?

Si tratteranno anche le conseguenze del No alla fertilità, molto esplosive per la nostra società, che hanno come esito finale una separazione della procreazione dalla sessualità come quella che troviamo nel caso della fecondazione in provetta.

Tra le conseguenze si trovano anche gli effetti secondari degli anticoncezionali che colpiscono soprattutto le donne. Tra esse emergono specialmente - causate dalla promiscuità - le malattie a trasmissione sessuale, ed in particolare le clamydie, che possono causare sterilità e la conseguente fecondazione artificiale. Si analizzano anche gli effetti per la società nel suo insieme, tra essi la decadenza morale e la diminuzione della popolazione.

Nonostante la contraccezione, il numero di aborti aumenta, che dimostra che l'aborto si trasforma in un rimedio per i fallimenti della contraccezione.

Si porrà anche attenzione alle conseguenze della procreazione in vitro. Come conseguenza della mentalità contraccettiva (anti life mentality) bisogna considerare, anche, l'eutanasia, specialmente in relazione con l'aborto.

La conclusione del dilemma esistente può essere solo che bisogna promuovere un cambiamento del nostro modo di concepire, oggi, la sessualità, orientato ad un ritorno ad una forma naturale e desiderata da Dio della sessualità e della fertilità; nel caso della regolazione della natalità abbiamo a disposizione l'eccellente regolazione naturale della fertilità. Così si chiude il circolo della Humanae Vitae, il cui contenuto in realtà è stato confermato sovrabbondantemente dallo sviluppo della mentalità contraccettiva e ha smentito i suoi critici.

Introduzione

Agli inizi degli anni 60 apparve la pillola contraccettiva nel mercato ed in poco tempo acquisì grande popolarità (1). In relazione diretta si trova lo sviluppo successivo del comportamento sessuale, soprattutto nel mondo occidentale, evoluzione che diventò più evidente nell'anno 1968 dovuta a tre famosi eventi che aiuterebbero a determinare chiaramente il futuro di molti paesi industrializzati:

1. La rivoluzione culturale del 68, anche chiamata rivoluzione sessuale, proveniente dalla Francia (maggio del 68) e, in parte, anche della Germania. Si estese per gran parte del pianeta.
2. L'enciclica Humanae Vitae del papa Paolo VI del 25 Luglio 1968.
3. La Dichiarazione di Königstein dei vescovi tedeschi (30-8-1968) e la Dichiarazione di Mariatrost dei vescovi austriaci (22-9-1968).

I tre eventi sono intimamente relazionati e colpirono ampiamente la stessa problematica. Nei tre casi si tratta, tra le altre cose, della relazione con la sessualità ed il suo legame con la procreazione.

Il movimento del 68 reclamò come uno dei punti chiave una sessualità libera e, conseguentemente, la liberalizzazione dei metodi contraccettivi come dell'aborto (2). Nella posizione diametralmente opposta si trova l'enciclica Humanae Vitae che esclude la regolazione artificiale della natalità ed accetta unicamente la regolazione naturale della fertilità.

Come motivazione per la pubblicazione della Humanae Vitae, Paolo VI scrive: "In tutti i tempi l'adempimento di questo dovere ha presentato alla coscienza dei coniugi seri problemi, ma col recente evolversi della società, si sono prodotti mutamenti tali che hanno fatto sorgere nuove questioni, che la Chiesa non poteva ignorare trattandosi di materia che tanto da vicino riguarda la vita e la felicità degli uomini"(3).

Le dichiarazioni dei vescovi tedeschi ed austriaci relativizzarono il contenuto dell'enciclica Humanae Vitae, lasciando totalmente la decisione sulla contraccezione alla coscienza dei coniugi. Allo stesso modo della rivoluzione del 68, queste dichiarazioni ebbero ripercussione oltre la Germania e l'Austria nei cattolici di altri paesi in merito a queste questioni. Allo stesso tempo, anche il contenuto dell'enciclica fu respinto indipendentemente da entrambe le dichiarazioni in tutto il mondo, tanto da dentro la Chiesa come da parte di laici. Anche i mezzi di comunicazione svolsero un ruolo poco trascurabile.

Le domande da approfondire sono:

1. Nel maggio 1960, l'impresa nord americana Searle presentò il preparato ormonale "Enovid", ad alto dosaggio. Un anno dopo, il 1 giugno 1961, il consorzio tedesco Schering presentava "Anovlar", la prima pillola per l'Europa. In entrambi i casi, le vendite di questa categoria di prodotti si contavano dopo pochi anni in milioni (!). La pillola contraccettiva ha portato alla "rivoluzione sessuale" degli anni 60 un elemento chimico decisivo.

Dal punto di vista demografico, il *baby bust* (cioè, il contrario del *baby boom*) od una diminuzione senza precedenti del tasso di natalità, significò non solo una discesa tanto brusca della natalità che superò di gran lunga le discese di entrambe le guerre mondiali, relativamente alla diminuzione della natalità, includendo anche i morti nella guerra. Per comprovare queste affermazioni, basta dare un'occhiata alle numerose fonti documentali su demografia, per esempio alle piramidi di popolazione. Sebbene è vero che l'impresa Schering qualifica il *baby bust* come "mito", unicamente si è limitato a pubblicare questa affermazione in Internet. Per questo rozzo rifiuto di una relazione tra la pillola, da un lato, con gli eventi più gravi di tutta la storia demografica, per l'altra, neanche si offre qualche tipo di argomentazione rudimentale; semplicemente si limitano ad una breve frase. "Il *baby bust* è un mito."

In questo contesto è anche molto criticabile la frase che oggi si sente fino alla nausea: "meglio prevenire che abortire". Quasi in forma spasmodica si cerca di nascondere che il grande incremento nella distribuzione di contraccettivi viene accompagnato da un incremento diretto del numero di aborti. Questa frase, meglio prevenire che abortire, si smaschera senza troppa difficoltà come "mito" storico, usando le stesse parole dell'impresa Schering. Chiunque può capire questi concetti senza sforzo a partire da un semplice paragone: bisogna solo confrontare la disponibilità in aumento degli anticoncezionali moderni col picco attuale del numero di aborti (benché non siano mancati negli ultimi anni i tentativi di provare il contrario). Il volere elevare la pillola alla categoria di strumento efficace contro l'aborto non può che essere un'evidente illusione; piuttosto agisce allo stesso modo di una parete anti-incendio fatta di legno (vedi al riguardo la citazione di Pierre Chaunu).

2. "assaltiamo le muraglie della sua antiquata morale e non lasciamo una pietra in piedi. Nessuna vittoria della rivoluzione del 68 è tanto totale e tanto chiara come la liberazione della sessualità." Traduzione di Die 68er Revolution, <http://www.kaikracht.de/68er>.

3. Papa Paolo VI: Enciclica Humanae vitae, "La trasmissione della vita." Edita in tedesco per Christiana-Verlag (1981), 1, pag. 13.

- Che significato diamo al concetto di contraccezione?
- Che effetti ha avuto la contraccezione? In che situazione ci troviamo attualmente rispetto alla contraccezione?
- Che effetti ha avuto l'enciclica Humanae Vitae e quali avrebbe avuto se fosse stata seguita? Come bisogna stimare o giudicare la sua importanza in questo contesto?

La ricerca seguente si compone di tre parti: nella prima si descrivono le minacce della vita non nata a causa del controllo della natalità; nella seconda, le minacce della vita nata, specialmente della donna, causate dal controllo della natalità, facendo uso della contraccezione ormonale; e nella terza, le cause e le conseguenze del No alla fertilità, della mentalità contraccettiva contemporanea, da un punto di vista sociale critico.

Gli effetti del controllo della natalità

Minacce a causa del controllo della natalità

A) Multiple minacce della vita non nata

Le minacce della vita non nata sono, come si vedrà di seguito, di natura molto diversa. Colpiscono tutto il campo della procreazione, per la quale attualmente si usa la parola riproduzione. Perciò dobbiamo analizzare in questo contesto tutto il campo della medicina riproduttiva, specialmente le tecniche riproduttive, poiché oggi tutto ciò che riguarda la nascita della vita umana, ed anche come evitarla, compreso l'aborto, si ingloba nel concetto "riproduzione."

Generalmente si parla di "salute riproduttiva" e della rivendicazione, perfino del diritto, di ogni donna, di ogni coppia, ad avere accesso a questi metodi e tecniche, tanto per un fine come per l'altro. Le cose hanno evoluto fino ad arrivare al punto che i "diritti riproduttivi" devono equipararsi ai "diritti umani."

Il processo incominciò con la *separazione crescente di sessualità e fertilità* alla fine degli anni 50 ed agli inizi degli anni 60, che inevitabilmente si vide seguita dalla *separazione di fertilità e sessualità*. Ideologicamente entrambe le "separazioni" sono intimamente relazionate.

Il primo passo fu la contraccezione, soprattutto sotto la forma della pillola contraccettiva, che generò un atteggiamento negativo verso i bambini, che finì nel trasformarsi in un pregiudizio generale contro essi. A partire da qui la successione logica fu - anche se ancora molti non lo vogliono riconoscere - la liberalizzazione dell'aborto.

Non c'è sicuramente una espressione che riveli più chiaramente l'aspro "No" alla fertilità ed ai bambini della "pillola antibaby." Il dr. Horst Witzel che durante l'introduzione della stessa nel mercato europeo lavorava come giovane ricercatore in Schering AG (e più avanti come membro della giunta direttiva) vide in questo nome una "tragica denominazione erronea" (4). Perfino trovò che l'uso di questo nome sarebbe potuto essere una causa della bassa accettazione iniziale della pillola nel mercato, probabilmente per le connotazioni negative associate.

Tuttavia, questa prima denominazione può essere la più esatta di tutte quelle avute fino ad oggi, poiché è quella che meglio e più concisamente descrive tutta la situazione. Quasi con ogni sicurezza non c'è un altro termine in tutto del mondo che denoti con più chiarezza il "No" ai bambini; questo non è presente almeno in forma incosciente, benché maggiormente si pronuncii in una forma molto cosciente. Al contrario dell'opinione di Witzel, può concludersi che la creazione del nome "pillola antibaby" non è in assoluto una "tragica denominazione erronea", ma piuttosto dimostra che lo sconosciuto autore di tale nome azzeccò istintivamente, sfortunatamente perfino in due sensi: poiché l'atteggiamento anti-bebè non si limita in alcun modo al "No" al concepimento di un bambino, ma include anche un "No" rotondo ad un bambino già formato, disgraziatamente nella maggioranza dei casi, poiché finisce con un aborto (volontario). Il nome "pillola antibaby" concentra perfino in due parole quello che Pierre Chaunu riassunse già, nell'anno 1981, in poche frasi in una forma tanto azzeccata:

non ci sono una contraccezione, un aborto ed una sterilizzazione, ma le tre formano un tutto nel quale una cosa porta forzatamente all'altra (...) Da venti anni tutto si consuma in ogni momento e posto secondo lo stesso schizofrenico piano. Per porre fine all'aborto, etichettato come crimine e flagello contro l'umanità, si migliora l'offerta di tecniche contraccettive, si amplifica l'accesso libero a tutta l'informazione, si sviluppano piani di educazione sessuale nelle scuole. Appena si è implementata e rinforzata la contraccezione con il pretesto che si vuole eliminare l'epidemia degli aborti clandestini, appaiono immediatamente richieste per il diritto all'aborto. In appena alcuni giorni il discorso di prima dà un giro di 180 gradi. Improvvisamente l'aborto smette di essere un crimine (.), ma il gran male risiede nella clandestinità. Il destino dal bambino è secondario: a chi gli importa? (5).

Chaunu scrisse questo testo nel 1981 con lo sguardo rivolto allora ai due decenni dall'inizio della nuova era della contraccezione. Oggi, 40 anni dopo la *Humanae Vitae* e quasi 50 anni dopo l'entrata in questa era, non c'è niente nel testo che sia rimasto fuori luogo; al contrario, la valutazione di Chaunu dei primi 20 anni di questa "era" si è vista confermata completamente e mantiene vigente il suo valore (6).

Ma quello non è tutto, sicuramente né Chaunu né l'autore della parola "pillola antibaby" aveva chiaro come si sarebbe rivelato il significato, tanto orribilmente reale e letterale, della parola: Questo ha relazione con l'effetto inibitorio dell'annidamento dei contraccettivi orali che è ormai impossibile mettere oggi in dubbio. Questo aspetto letale per la vita non era niente affatto al centro dell'attenzione nell'epoca, poiché era solo conosciuto da pochi esperti; ma è dal 1938, cioè già da 70 (!) anni, che è disponibile per una sua eventuale consultazione (7).

Tipi di minaccia

Se l'anticoncezionale agisce prima dell'annidamento, si tratta di inibizione dell'impianto. Se l'intervento ha effetto dopo l'annidamento, parliamo di aborto nel suo senso più letterale.

Tuttavia possiamo, anche, distinguere tra una minaccia invisibile (aborto precoce, cioè inibizione dell'impianto mediante contraccettivi) ed una minaccia visibile (aborto). Ma non lo dimentichiamo: in entrambi i casi si tratta di un aborto!

Possiamo classificare, quindi, anche i tipi di minaccia secondo il "metodo contraccettivo": la prevenzione (*del concepimento*) in sé, la combinazione di prevenzione ed inibizione dell'impianto (*dell'embrione*) (per esempio contraccettivi ormonali come la pillola e la minipillola, Depo Provera, Norplant (*impianti sottocutanei di progestinici*), lo IUD (*spirale*), la "pillola del giorno dopo", RU 486) e l'aborto volontario. La riproduzione assistita è in questa classificazione una forma speciale di minaccia, poiché la minaccia per l'esistenza dell'embrione si trova fuori dal seno materno.

A partire da ora ci orienteremo con la seguente classificazione:

I. ABORTO

1. Aborto chirurgico
2. Aborto chimico

II. CONTRACCEZIONE

Qui è inclusa la contraccezione nel suo senso più ampio:

1. Contraccezione ormonale
2. IUD
3. Vaccini contraccettivi
4. Antiprogestosterone: RU 486
5. Altri:
 - Spermicidi con nonoxinol
 - Sterilizzazione della donna: gravidanza ectópica dopo la sterilizzazione tubarica.

III. INTERCEZIONE = contraccezione postcoitale

IV. RIPRODUZIONE ASSISTITA

4. Asbell, B.: Die Pille, pag. 220.

5. Chaunu, P.: Die verhütete Zukunft. Stuttgart, 1981, pag. 207. Titolo in italiano: Storia e popolazione: un futuro senza futuro.

6. Uno degli indizi più importanti è la statistica dell'aumento del numero di aborti in Inghilterra, precisamente il paese che tanto in anticipo e in forma tanto estensiva liberalizzò l'aborto.

7. Parkes, A.S.; Dodds, E.C.; Nobile, R.L.: "Interruption of Early Pregnancy by Orally Active Oestrogens", in British Medical Journal. N° 4053, 10-9-1938, pag. 557.559

V. TRATTAMENTI MEDICI

1. Ablazione della mucosa endometriale

2. Medicine abortive (Cytotec)

VI. STILE DI VITA**I. ABORTO**

Di forma più opprimente appare l'aborto nel suo senso più letterale, calcolato dall'OMS in 45-60 milioni di casi all'anno in tutto il mondo. L'aborto si trasforma così nel secondo metodo più usato di controllo della natalità nel nostro pianeta, solo dietro gli anticoncezionali ormonali.

Se si confronta la statistica di morti del mondo secondo la causa con le morti dovute all'aborto, si trovano risultati sorprendenti:

CAUSE DI MORTE	PIU' FREQUENTI NEL MONDO	Fonti Documentali
	milioni	
TOTALE DECESSI PER ANNO (SENZA ABORTI)	54	Statistica della popolazione dell'ONU 2007
MALARIA	1	Giornata mondiale della malaria 2007/Medici senza Frontiere
SUICIDIO	1	OMS
INCIDENTI	1.2	Relazione sulla salute mondiale 2004
TUBERCOLOSI	2.0	Giornata mondiale della TUBERCOLOSI 2007/Medici senza Frontiere
VIH/SIDA	2.9	Relazione mondiale dell'AIDS dell'ONU del giornata mondiale dell'AIDS 2006
Morti infantili	10.6	Lancet 3/2005
Cancro	1.09	Österr. Krebshilfe, Giornata mondiale del cancro 2006 / OMS
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	17.5	Giornata mondiale dei medici 2007 / W.H.F.
Altri	6.0	
Aborti	42	OMS / Lancet 10/2007

YOU! Magazin, una rivista giovanile anonima,

YOU, a sua volta, menziona il Foro medico di Salisburgo (Salzburger Ärzteforum) come fonte: "<http://www.salzburgeraerzteforum.com>" /

Da questa statistica si deduce che l'aborto chirurgico e chimico è la causa di morte più frequente del mondo, e ciò tenendo conto che la statistica non include le vittime dei metodi di aborto precoce di cui si parla anche in questo studio. Se consideriamo che la maggior parte delle altre cause di decesso sono determinate da malattie o incidenti, le morti per aborto sono necessariamente causate dall'intervento cosciente di terze persone. In linea di principio si tratta di casi di morte di origine iatrogéna (8), cosa che rende la questione più sgradevole, specialmente se teniamo in considerazione la missione curativa della medicina. A questi si dovrebbe anche aggiungere la distruzione di embrioni causata dalla ricerca su e con embrioni, soprattutto quella relativa alla ricerca su cellule staminali. Se sommiamo tutte queste vittime iatrogéne (aborti precoci, aborti convenzionali e la distruzione di embrioni di altro tipo) si supera largamente il numero di morti per malattia od incidente. In altre parole: i medici del mondo sono responsabili, come minimo, di tante morti quante la natura. Questo non si era mai verificato nella storia della medicina! L'utero si trasforma, dunque, nel posto più pericoloso per la vita umana, quando in realtà dovrebbe offrire la migliore protezione e sicurezza al non nato.

8. cioè, causate da un medico, vedi Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258ª edizione, 1998, pag. 735. Qui bisogna tenere in conto che, in determinati paesi, un altro tipo di personale medico, come per esempio infermiere, può realizzare aborti, ma sempre col consenso medico.

Dalla prospettiva giuridica, la giurisprudenza riguardo all'aborto e le decisioni legali su cui questa si basa tendono sempre di più verso un diritto esplicito all'aborto, poiché frequentemente argomentano sempre di più a favore di un diritto totale della donna a decidere, cioè, a decidere sul suo bambino non nato.

In alcuni celebri manuali e lavori della ginecologia si usa già da anni un'espressione contestabile: sono stati introdotti nel linguaggio di questi testi - disgraziatamente in brutta sintonia coi testi di organizzazioni pro-aborto - i termini, molto materialisti, Schwangerschaftsgewebe ("tessuto" della gravidanza) e Schwangerschaftsprodukt ("prodotto" della gravidanza). Imitando tali pubblicazioni, nella scienza medica si ignorano oramai non solo parole come "bambino non nato", "embrione" o "feto", ma spariscono, anche, dall'uso vocaboli come "zigote" o "blastocite", termini specialistici per nulla sospetti e neutrali per la biologia.

A livello linguistico, autori di libri specializzati espellono dalla ginecologia e dalla medicina un essere che in Germania, dal suo primo giorno (*di esistenza, cioè dal concepimento*), gode secondo l'articolo 1923 del Codice civile del diritto ad ereditare (!). Coscientemente od inconsciamente riducono verbalmente un individuo autonomo alla stregua dell'appendice e del tessuto tumorale (la cui estirpazione logicamente non presenta, al contrario di quella di un (*bambino*) non nato, dubbi di tipo etico in nessun momento).

In tutto il mondo, l'aborto si depenalizza in larga misura; questo cessa di essere un delitto grazie alla legislazione corrispondente. A partire da questo si cerca di derivare sempre di più un "diritto" all'aborto. Nell'Unione Europea, solo tre paesi hanno ancora una normativa restrittiva riguardo l'aborto, Irlanda, Malta e Polonia, e si trovano sotto una grande pressione per liberalizzare la loro legislazione.

L'assemblea parlamentare del Consiglio dell'Europa offrì il 16-4-2008 una prova del suo atteggiamento a favore di un'evoluzione verso un diritto all'aborto in Europa approvando la risoluzione "Accesso ad un aborto senza rischio e legale in Europa" per 102 voti contro 69 (e 14 astensioni).

Nel testo della risoluzione si "invitano" i paesi membri "a garantire l'esercizio effettivo del diritto delle donne all'accesso ad un aborto senza rischio e legale"⁽⁹⁾. In ogni modo non si arrivò ad una decisione diretta sul "diritto delle donne all'aborto", come si era formulato originalmente nella bozza della relazione. Ma la conseguenza per il bambino continua ad essere la stessa.

Per potere garantire un "diritto all'accesso ad un aborto senza rischio e legale", deve essere legalizzato un "aborto senza rischio e legale", cioè che si deve poter offrire in forma completa, come già succede nella maggioranza dei casi. Il passo verso un "diritto" all'aborto diventa ancora più breve e si trasformerà presto in realtà.

Un altro passo in questa direzione sono gli sforzi contro l'obiezione di coscienza nei casi di aborto, appoggiati anche da corporazioni dell'UE. "Esperti indipendenti per i diritti fondamentali". una corporazione consultiva della Commissione europea. pretende di spossessare il personale medico del diritto all'obiezione di coscienza, obbligandoli a partecipare ad aborti o ad indirizzare le donne interessate ad un ginecologo disposto a realizzare l'aborto ⁽¹⁰⁾.

La stessa cosa pretende una pubblicazione dell'ACOG ⁽¹¹⁾ del 2007 ⁽¹²⁾, nella quale l'organo superiore della Società Americana di ginecologia ed ostetricia mette in dubbio la libertà di coscienza, sovvertendo i valori morali vigenti fino ad oggi e mettendo in primo luogo l'autonomia della donna. La coscienza del medico occupa ora un posto secondario.

9. Baier, Stephan: "Eine Abstimmung gegen die Ungeborenen", in: Die Tagespost, n°48, 19-4-2008, pag. 3.

10. "obbligo di collaborare?", mercoledì 28-12-2005 09:27, <http://www.kreuz.net/article.2447.html>. In linea di principio - per esempio secondo l'interpretazione del giurista G. Hirsch - un farmacista in Germania, a partire dalla legislazione attualmente vigente, ha il diritto a rifiutarsi di fornire la pillola postcoitale. Neanche lui può essere obbligato a partecipare alla distruzione di embrioni. Vedi: Günter E. Hirsch, "Die Becchi danach", in: Medizinrecht 1/1987, pag. 12-16.

11. American College of Obstetricians and Gynecologists.

Come è noto, una media del 60 per cento dei ginecologi italiani si rifiuta di praticare l'aborto (13). Gli sforzi in senso contrario di determinati organi dell'UE porteranno forzatamente ad una situazione di grave conflitto.

Si informa, anche, che in Inghilterra e Galles inevitabilmente si registrano più casi di obiezione di coscienza da parte di giovani ginecologi. Lì si registra un aumento dell'obiezione di coscienza dei ginecologi, dopo la liberalizzazione sorprendentemente ampia dell'aborto dell'anno 1968 e l'aumento del numero di aborti (che si è raddoppiato dall'inizio degli anni 70 arrivando attualmente ai 190.000 aborti all'anno). Questa evoluzione si è trasformata in un'autentica crisi in Inghilterra, dove ci sono troppo pochi ginecologi disponibili per la realizzazione di questa pratica (14). Se la cosa dipendesse dal "diritto all'accesso ad un aborto senza rischio e legale" e dalle leggi di molti paesi del mondo, bisognerebbe ammazzare tutti i bambini non nati. Un'idea in sé assurda, ma che si incastra con la realtà. "Ammazzare si è trasformato nel mezzo più facile da scegliere" (15).

Tenendo conto del fatto che gli aborti sono spesso finanziati dai sistemi di sanità pubblici, Josef Isensee, il famoso giurista di Bonn, diede il seguente titolo ad uno dei suoi testi: "Lo Stato ammazza" (16). Una grande croce sono gli aborti tardivi, poiché con molta frequenza si ammazzano bambini capaci di vivere. La Corte suprema dell'USA confermò nell'aprile del 2007 con una sua decisione la proibizione dell'aborto tardivo, benché riguarda solo il "Partial birth abortion", un metodo di aborto particolarmente barbaro (17). Ma non cessa di essere un raggio di speranza!

I.1. Aborto chirurgico

- I.2. Aborto chimico:
- Antiprogesterone: RU 486 (Mifegyne)
 - Prostaglandina (Cytotec, attualmente in combinazione con RU 486)
 - Metotrexato

I.1. Aborto chirurgico

È il metodo di aborto più usato. Tuttavia, nei paesi occidentali l'aborto chimico con RU 486 ha sostituito già il chirurgico, come per esempio può osservarsi in Svizzera, dove già i 2/3 degli aborti si realizzano mediante Mifegyne.

Metodi chirurgici:

- Metodo di aspirazione: il più usato
- Raschiamento (*svuotamento e revisione della cavità uterina*)
- Regolazione della mestruazione (Karmann).

Tra questi metodi predomina l'aspirazione, generalmente realizzata con un aspiratore (isterosuttore) elettrico.

Non confondere col Manual Vacuum Aspirator (MVA), un metodo di aspirazione con una pompa manuale che ha molti rischi per la donna, come per esempio infezioni o perforazioni dell'utero. Il MVA è molto diffuso nei paesi in via di sviluppo e spesso è usato da personale non medico, come le levatrici (ostetriche), perfino anche per lo svuotamento dell'utero dopo aborti incompleti allo scopo di rendere completi gli aborti spontanei.

Anche la regolazione della mestruazione secondo Karmann si realizza con un MVA.

12. "The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine", ACOG Committee Opinion, n° 385, novembre 2007. http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co385.pdf.

13. Jugend für dai Leben-Österreich, citata in: LEBE, Informationsblatt der Bewegung für dai Leben. Tirolo del Sud, 90, maggio- settembre 2008, anno 16.

14. Laurance, Jeremy: "Abortion crisis as doctors refuse to perform surgery" in: The Independent, lunedì 16-4-2007.

15. Karl Simpfendorfer nella sua lettera "Premio letterario internazionale germanofono" "Premio della vita", Heidelberg, Settimana della vita 2008.

16. Isensee, Josef: "Der Staat tötet. L'aborto come prestazione della previdenza sociale e della protezione costituzionale della vita non nata", in: Hoffacker, Paul; Steinschulte, Benedikt; Fietz, Paul-Johannes (editori): Auf Leben und Tod. Abtreibung in der Diskussion. Bergisch-Gladbach, 5ª ed., 1991, pag. 175 ss.

17. Corte suprema dell'USA, 18-4-2007: Partial-Birth Abortion Ban Act, condanna del caso Gonzalez contro Carhart.

I.2. Aborto chimico

Antiprogesterone

L'antagonista del progesterone Mifepristone o RU 486 (Mifegyne) è conosciuto come pillola abortiva ed è molto discutibile. Fu quella che iniziò la distruzione chimica dei non nati a gran scala. Come argomento a beneficio della RU 486 si trovò che questa tecnica abortiva non era tanto "aggressiva" come l'aborto chirurgico. Benché questo, soprattutto per motivi psichici, non sia reale, come si è dimostrato per differenti vie. Nella pratica, la RU 486 normalmente si associa ad una prostaglandina, generalmente il misoprostol, poiché da sola normalmente non è sufficientemente efficace.

Si usa, anche, somministrare la RU 486 come contraccezione di emergenza, in forma di contraccettivo post coitale ("pillola del giorno dopo"). Si suppone che il vantaggio è una maggiore sicurezza ed inoltre sorgono meno effetti secondari che con la "pillola del giorno dopo" classica. Bisogna aggiungere che può prendersi fino a 5 giorni dopo il rapporto sessuale senza protezione ed in una dose abbastanza più ridotta che per l'aborto volontario chimico con la RU 486.

La **prostaglandina** può agire da sola come abortivo, come per esempio il misoprostol (Cytotec), provocando contrazioni dell'utero.

Il **methotrexate** è un citostatico, usato originariamente per il trattamento del cancro, del quale successivamente si scoprì il suo uso come abortivo chimico. Si impiega soprattutto nel trattamento di gravidanze ectópiche, ma anche in parte per l'aborto di gravidanze intrauterine generalmente in combinazione con una prostaglandina.

La minaccia dell'aborto è appariscente, registrabile anche obiettivamente, rimane un sostrato visibile che può osservarsi a prima vista.

È anche, in particolare, degno di menzione l'aborto come conseguenza della diagnosi prenatale, nel caso del rilevamento di malformazioni, in alcuni casi in bambini capaci di vivere.

A questi si aggiunge, inoltre, la diagnosi preimpianto che si riprenderà anche innumerevoli giovani vite.

Ma come è la situazione per altre minacce, non tanto visibili, della vita non nata? Dove si trovano questi pericoli? Chi parla e chi non parla di questo sterminio massiccio ma silenzioso dei non nati?

II. Contraccezione

II.1. Contraccezione ormonale

Con questo esempio può mostrarsi con facilità la problematica delle - per dirlo in qualche modo - minacce invisibili della giovane vita non nata, specialmente dell'intreccio tra la prevenzione in sé e l'aborto precoce. Perciò si cercherà di essere un po' più concreti.

- a) Contraccettivi orali (18) (CO): pillola e minipillola
- b) Preparati deposito estrogenici:
 - Cerotti ormonali (EVRA)
 - Anello vaginale, NUVARING
- c) Progestinici deposito:
 - Depo Provera = "iniezione trimestrale."
 - Impianti ormonali: Norplant, Implanon
- d) IUD con progestinici ("spirale ormonale")

18. Contraccezione orale o contraccettivi orali = OC, secondo le sigle in inglese di: Orale Contraceptives; cioè: COC = Combined Orale Contraceptives).

II.1. a) Contraccezione orale e b) Preparati deposito estro progestinici

Meccanismi d'azione:

- 1) Inibizione dell'ovulazione 2) Muco cervicale 3) Endometrio 4) Tube

Indice Pearl (PI) dei contraccettivi orali combinati (e.p.) = 0,2-6 (Teichmann)

Indice Pearl

Indica il numero di gravidanze non desiderate per ogni 100 donne che usano il metodo contraccettivo per un anno. (Conseguentemente i valori bassi sono i più desiderati, poiché equivalgono ad una quota di "fallimenti" minore o ad una maggiore sicurezza del metodo).

1) Inibizione dell'ovulazione:

L'intenzione originale dell'inventore della pillola era l'inibizione dell'ovulazione, cioè un'imitazione dello svolgimento del ciclo mediante componenti altamente dosati di estrogeni e progestinici. I primi tipi di pillola prodotti concordavano in gran parte con questa idea - benché non al 100 per cento-, con un contenuto ancora relativamente alto di estrogeni e progestinici.

A causa del gran tasso di effetti collaterali, tanto obiettivi che soggettivi, che si poterono osservare, il contenuto ormonale si andò riducendo, ciò fece aumentare sempre di più il numero di ovulazioni impreviste. Già negli anni 70 si documentò un 7 per cento di ovulazioni impreviste e successivamente un 7-10 per cento.

Jones e Darroch Forrest descrivono tassi di fallimento raramente alti, soprattutto nel primo anno di consumo. Durante questi primi 12 mesi si dà un 1,9 per cento nelle donne sposate (di 35-40 anni di età) e fino ad un 18,1 per cento nelle donne celibi (di più di 20 anni) (19). Questo significa che in almeno un 1,9-18,1 per cento di questo gruppo si sono dovute verificare ovulazioni impreviste. Ma poiché non tutte le ovulazioni impreviste finiscono in una fecondazione e non tutti gli ovuli fecondati si impiantano nell'endometrio (vedi "Endometrio"), il numero di ovulazioni impreviste dovrebbe essere abbastanza superiore alle percentuali menzionate di fallimento.

Questo alto tasso di fallimento in adolescenti fu confermato nel simposio Sessualità giovanile e contraccezione (20), nel quale si parlò di tassi di fallimento (Indice Pearl) di 15-18 per cento tra i giovani. Secondo questa informazione, la pillola viene assunta correttamente solamente in un 50-60 per cento dei casi.

Killick et al. studiarono la crescita dei follicoli sotto gli effetti del preparato combinato o trifasico Trinordiol: in 8 di 22 cicli di trattamento, nel secondo giorno di assunzione poterono osservare follicoli dominanti di 10 mm o più, cioè nel 36 per cento dei casi. I valori di estrogeni concorderebbero con quelli della crescita di follicoli. Tuttavia, non si scoprirono segni di ovulazione. Gli autori dello studio scoprirono, anche, che i livelli di estradiolo e gonadotropina erano significativamente più alti iniziando l'assunzione della pillola nel 5° giorno del ciclo (invece del 1° giorno) ed in donne che svilupparono una crescita dal follicolo. I valori di gonadotropina si mantennero alti durante tutto il ciclo, perfino dopo la diminuzione del follicolo, ciò si scoprì anche nel periodo di sospensione della pillola.(21).

Teichmann lo descrive in una forma simile, benché in una forma un po' criptica: "che il grado di soppressione dell'attività ovarica diminuisce abbandonando le quantità di estrogeni e progestinici eccessivamente alte si poté osservare già con l'introduzione di preparati con 50 µg di etinilestradiolo" (22). In altre parole: L'inibizione dell'ovulazione perseguita ("soppressione dell'attività ovarica") si otteneva più efficacemente coi primi preparati, semplicemente perché contenevano una dose ormonale molto più alta. Quindi i preparati attuali, con dose più bassa, hanno smesso di ottenere tale grado di inibizione dell'ovulazione.

19. Jones e Darroch Forrest 1989.

20. Simposio Sessualità giovanile e contraccezione: un aggiornamento, 3-4-2008, nel Seedamm Plaza, Pfäffikon (Svizzera). Gruppo di lavoro Ginecologia infantile e giovanile GYNEA.

21. Killick et al. 1987.

22. Teichmann 1989.

Il successo ridotto delle pillole moderne nell'inibizione dell'ovulazione è il prezzo che bisogna pagare per smettere di soffrire gli effetti secondari dei primi preparati.

Concretamente questo significa:

Dose ormonale	Tasso dell'inibizione dell'ovulazione ricercata	Tasso degli effetti secondari non desiderati
ALTA	ALTO	ALTO
BASSA	BASSO	BASSO

Con la minipillola che contiene dosi molto basse di progestinici, si ottiene solo scarse volte un'inibizione dell'ovulazione, perciò il suo meccanismo d'azione risiede nel suo effetto sul muco cervicale, l'endometrio e la mobilità delle tube. In questo modo, la sua principale funzione è l'inibizione dell'impianto (*dell'uovo fecondato*).

2) muco cervicale

Dal ciclo naturale si sa che il progesterone rende più compatto il muco cervicale, che forma una sorta di barriera per la risalita degli spermatozoi (*nel canale cervicale*). Così questa situazione concorda parzialmente con l'effetto di un inibitore dell'ovulazione. Alcuni autori la descrivono, accanto all'inibizione dell'ovulazione, come l' "effetto contraccettivo principale" (Lauritzen 1989) ed il "secondo effetto principale degli inibitori dell'ovulazione" (Furch 1991), in modo che la fecondazione non può avere luogo e l'effetto sull'endometrio indicato da Furch "non ha effetto." Altri autori prima citati sottolineano la funzione del muco cervicale in forma simile, per esempio Teichmann 1991.

Contro tale "secondo effetto principale" si oppongono gli esperimenti con i conigli di Chang e Hunt: un gruppo ricevette estrogeni artificiali (EE); un secondo gruppo progestinici artificiali (norgestrel o noretinodrel); ed un terzo non ricevette alcun tipo di ormone. Dopo vari giorni di trattamento si inseminarono artificialmente le coniglie. Sezionando gli animali morti, in quelle che erano state trattate con ormoni si trovarono migliaia di spermatozoi nelle tube. In quelle che riceverono progestinici perfino nel 72 per cento rispetto agli animali del gruppo di controllo (23). Questo dimostra - almeno nello studio su animali - che il muco cervicale ispessito dai progestinici non rappresenta una barriera assoluta.

Nelle molte spiegazioni degli ultimi anni circa la - disgraziatamente solo presunta - grande importanza del *muco cervicale ispessito dai progestinici* la maggioranza degli autori suole lasciare ingiustamente da parte in particolare un processo naturale e fisiologico: *la produzione di estrogeni in un follicolo in processo di maturazione*.

Per comprendere meglio questa importante situazione, di seguito si spiega brevemente come, durante un ciclo mestruale normale senza interferenze, il periodo centrale del ciclo è dominato dall'influenza degli estrogeni.

(1) Il muco del collo uterino o cervice è in realtà molto compatto durante la maggior parte del ciclo (più di 3 delle 4 settimane). In queste circostanze, rappresenta un *ostacolo quasi impossibile da superare* per i germi infettanti e specialmente per gli spermatozoi, che sono di dimensioni maggiori (24).

(2) Affinché la fertilità e la procreazione siano possibili, tenendo in conto questa efficace barriera, il sistema riproduttivo femminile deve creare *condizioni favorevoli in particolare per gli spermatozoi*, ciò accade grazie ad un gran numero di processi: (a) Il canale del collo uterino si allarga, in modo che aumenti sostanzialmente la larghezza del passaggio; (b) il numero di globuli bianchi, o leucociti, diminuisce notevolmente, poiché la loro missione è quella di distruggere le cellule estranee; e (c) la barriera cervicale si fa più permeabile attraverso la fluidificazione del muco cervicale, fino ad ora molto compatto.

23. Chang e Hunt 1970.

24. A questo punto deve essere chiaro che l'esistenza di questa barriera cervicale tanto efficace in un organismo femminile sano è una situazione normale, e non è provocata da nessun ormone introdotto artificialmente.

Tutti questi fenomeni accadono nel *periodo centrale del ciclo*, cioè, nel momento dell'ovulazione. Dall'ovaia (dove si trovano gli ovuli) scoppiando il follicolo (*maturo*) viene liberato un ovulo per la sua eventuale fecondazione, il quale sarà accolto successivamente dalla tuba.

(3) La cosa decisiva è che questi processi sono *controllati dagli estrogeni prodotti dalla stessa donna*, soprattutto dal più efficace di essi, l'estradiolo. Si forma nel rivestimento dell'ovulo, il *follicolo ovarico*. In ogni ciclo *uno* di questi follicoli cresce a partire da uno dei follicoli oofori (che sono presenti allo stato di riposo *nell'ovaio*), fino ad un volume di circa 2 cm.

Simultaneamente alla crescita del follicolo aumenta enormemente la produzione di estrogeni; in realtà aumenta tanto che la concentrazione di estrogeni nel periodo centrale del ciclo equivale a 3.000 volte o più (!) le quantità presenti due settimane prima, all'inizio del ciclo. Questo estrogeno è quello che - similmente ad un interruttore ormonale - attiva tutta una serie di cambiamenti fisiologici, tra i quali quelli menzionati prima nei punti 2a-c, ma che includono anche molti di più. I cambiamenti provocati dagli estrogeni colpiscono diversi organi bersaglio, tra i quali da sottolineare le tube di Falloppio, l'endometrio, il muco prodotto dal canale cervicale (*cérvix*).

(4) Benché, in confronto, nel sangue si riflette solo una piccola parte del grande aumento della concentrazione di estrogeni nel follicolo, è sufficiente per attivare tutti questi vari cambiamenti che creeranno le condizioni indispensabili per la fecondazione. In conseguenza di questo rapporto tanto diretto tra il volume del follicolo ed la produzione di ormoni che ha luogo in esso, si deve concludere che quando sta per verificarsi l'ovulazione, si ha il massimo della produzione naturale di estrogeni e l'ormone può sviluppare tutti i suoi effetti, tra i quali indubbiamente si trova l'apertura della barriera cervicale attraverso la fluidificazione del muco cervicale. Questo è il motivo per il quale le utilizzatrici della pillola più attente osservano sempre nel periodo centrale del ciclo artificiale, prodotto mediante un inibitore dell'ovulazione, una fase nel muco cervicale simile a quella tipica del ciclo fisiologico non influenzato.

Come **conclusione** inconfondibile ci devono rimanere due aspetti: in primo luogo, *non c'è fallimento nell'inibizione dell'ovulazione senza produzione di estrogeni*. In secondo luogo, *non c'è produzione di estrogeni senza gli effetti degli estrogeni*; logicamente anche quello che interessa la barriera cervicale nella forma della sua perdita. O espresso altrimenti: un'ovulazione imprevista significa che anche il canale cervicale (*cervix*) è permeabile, esattamente allo stesso modo che si verifica in un'ovulazione normale. La barriera cervicale è unita all'inibizione dell'ovulazione: o funzionano simultaneamente entrambe o falliscono contemporaneamente entrambe (sono come una squadra di due, o entrambe agiscono contemporaneamente o fanno pausa insieme).

D'altra parte, le più di 50.000 "gravidezze nonostante la pillola" in Germania dovrebbero essere da sole una prova sufficiente. Così Friedrich Andreas Stapf, lo specialista in aborti più conosciuto nell'ambito tedesco, indicò già in una conferenza nell'università di Augsburg il 13-11-1990 in uno dei suoi articoli scientifici in modo inconfondibile che la *stragrande maggioranza degli aborti è originata da un fallimento della pillola*, perfino, come egli commentò esplicitamente, nonostante un *uso coscienzioso* dei contraccettivi. Significa questo altro che non sia che la barriera cervicale è stata superata in migliaia di casi? Logicamente no, *poiché senza spermatozoi che raggiungano la meta non c'è fecondazione*.

3) **endometrio = inibizione dell'annidamento:**

Sotto la denominazione inibizione dell'impianto dobbiamo comprendere tutti i tentativi di ostacolare od impedire che un embrione, nelle due prime settimane della sua vita, raggiunga l'endometrio nel *momento adeguato* e nelle *condizioni* indispensabili per la sua sopravvivenza; in modo che muoia. Tuttavia, questa non è più "contraccezione", bensì *sorpassare eticamente un limite* in forma inaccettabile, *poiché in questa maniera non si ostacola più il concepimento di un essere umano, ma si fa morire una persona esistente*.

L'inibizione dell'annidamento si basa sulla trasformazione secretoria incompleta dell'endometrio causata dai C.O. e dai cambiamenti regressivi di questo che aumentano col tempo di assunzione dei C.O.. Nel caso dei preparati combinati può osservarsi quasi sempre una "secrezione rigida", nella quale le ghiandole sono strette, perdono la loro funzione e mostrano un

aspetto quasi atrofizzato; contemporaneamente, lo stroma mostra una reazione pseudodeciduale. Dietro l'assunzione ininterrotta di preparati combinati per vari anni, lo stroma perde spesso la sua funzione e diventa fibroso. Le donne reagiscono in forma disuguale ad un'assunzione prolungata di preparati monofasici o bi(*tri, quadri*)fasici: in alcuni casi, dopo molti mesi di assunzione si possono avere ancora segni di secrezione nelle ghiandole; in altri le ghiandole possono perdere la loro funzione dopo poco tempo dall'inizio dell'assunzione con una reazione importante dello stroma.

I due autori della grande opera di consultazione *Kontrazeption mit Hormonen* ("Contracezione ormonale") H.D. Taubert e H. Kuhl, professori universitari nel dipartimento di endocrinologia ginecologica di Francoforte, affermano da più di un quarto di secolo in maniera chiara ed inconfondibile l'effetto inibitorio dell'annidamento degli steroidi sessuali.

E quasi senza eccezione, tutte le pillole contraccettive ormonali, includendo gli inibitori dell'ovulazione, sono composte essenzialmente da etinilestradiolo da una parte e da progestinici; cioè, non sono altro che steroidi sessuali artificiali. E per mostrare più esplicitamente che questa informazione è conosciuta nel mondo scientifico da tempo ed è considerata come ovvia, di seguito si trovano alcune frasi prese espressamente non dalla seconda edizione del libro del 1995, bensì dalla prima edizione di Taubert/Kuhl del 1981, edita lo stesso anno, nella quale gli autori fanno riferimento ad un "effetto inibitorio dell'annidamento di quasi tutti i tipi di pillole" (25). E nel 1995 (26):

"si è verificato che mediante la somministrazione di estradiolo non solo si può ritardare di vari giorni lo sviluppo dell'endometrio, ma anche del modello di secrezione di uteroglobina e di altre proteine. Con questo modello di secrezione, asincrono con lo sviluppo della blastociti, si ottiene un ambiente ostile per la blastociti (27) in modo che non possa avere luogo l'impianto."(28)

Anche nelle regioni anglofone si descrive l'effetto inibitorio dell'impianto della pillola. In *Williams Obstetrics*, uno dei libri di testo più usati negli Stati Uniti, si spiega:

"Allo stesso modo degli estrogeni [artificiali], i progestinici [artificiali] creano un endometrio sfavorevole per l'annidamento della blastociti."(29)

Qualcosa di simile troviamo in *Danforth's Obstetrics and Gynecology*:

"L'assunzione di anticoncezionali riduce la produzione di glicogeno nelle ghiandole dell'endometrio, ciò mette in pericolo la sopravvivenza delle blastociti nell'utero."(30)

Alla domanda si può provare scientificamente la premessa che la vita umana incomincia con l'annidamento e non con la fusione dell'ovulo con lo spermatozoo?",

Lauritzen rispose in 1986 come segue:

"Senza dubbi, la vita umana incomincia con la fusione dell'ovulo con lo spermatozoo e la conseguente divisione dell'ovulo (*fecondato*). Tuttavia, il medico e l'avvocato affrontano il problema che, almeno in una fecondazione normale, l'inizio della vita non può essere stabilito. Pertanto, è importante sapere, tanto per il giudizio medico come per il criterio legale, quando può stabilirsi obiettivamente una gravidanza, ed oggi si stabilisce immediatamente dopo l'impianto dell'uovo (*fecondato*) nell'endometrio. [Che assurdità, signore professore universitario! Da quando esiste l'annidamento del seme o degli ovuli, eh?/] Nel momento in cui l'embrione si collega con la circolazione della madre, questo invia segni che si possono dimostrare, per esempio beta-HCG o SPI.

25. Taubert/Kuhl: *Kontrazeption mit Hormonen*, 1981.

26. Taubert/Kuhl: *Kontrazeption mit Hormonen*, 1995.

27. Beier, H.M.; Kühnel, W.; Petry, G.: "Uterine secretion proteins as extrinsic factors in preimplantation development", in: *Advanc. Biosci.* 6, 1971, pag. 165-189.

28. Taubert/Kuhl: *Kontrazeption mit Hormonen*, 1995, pag. 41.

29. *Williams Obstetrics* 1993, pag. 1323.

30. *Danforth: Obstetrics and Gynecology*. 1994, pag. 626.

Per questo si è ricordato che l'inizio della gravidanza, così come si può stabilire obiettivamente, dovrebbe essere il punto di partenza per definire il problema, in modo che l'inizio della gestazione, non della vita umana, incomincia nel momento dell'impianto. Con questa definizione, estratta da fatti comprovati, si stabilisce che i metodi che inibiscono l'impianto dell'ovulo fecondato come il dispositivo intrauterino (*spirale*) o la pillola, non costituiscono un aborto indotto. Per appoggiare questa tesi, fanno notare che più della metà di tutti gli ovuli fecondati abortiscono naturalmente prima dell'impianto." (31)

Lauritzen 1989:

"La pillola nella sua forma classica agisce in tutti i casi come un contraccettivo, non come un abortivo. Con le preparazioni fasiche e con le preparazioni combinate, l'inibizione dell'ovulazione avviene praticamente sempre. Tuttavia, questo è solo uno degli effetti protettivi. In aggiunta (perfino con preparati monofasici e preparati sequenziali) si hanno effetti contraccettivi sul muco cervicale, sull'endometrio, così come alterazioni della motilità tubarica, ed infine sulla stessa ovaia. È realmente certo che non avviene in tutti i casi un'inibizione dell'ovulazione con le moderne preparazioni a basso dosaggio (Micropillole): in questo senso sembra che si verifichino più spesso le ovulazioni. Il fatto che le pillole a basso dosaggio danno un'inibizione insufficiente della crescita follicolare; si dimostra per la frequenza di cisti ovariche od ovaie cistiche, quando si somministrano preparazioni di estrogeno-progestinico a basso dosaggio. Veramente, si dà anche un'inibizione della crescita follicolare e dell'ovulazione, benché non sempre, e, in tali casi, l'effetto sul muco cervicale arriva a svolgersi appropriatamente: allora questo fenomeno costituisce il principale effetto contraccettivo. In questo caso c'è anche certamente un'influenza sull'endometrio e sulla motilità tubarica, ma è probabilmente minore. ... In sintesi, con preparazioni a basso dosaggio l'effetto sul muco cervicale è il più importante, ma giocano anche un ruolo i cambiamenti dell'endometrio e la motilità tubarica che rendono più difficile l'annidamento. In questo contesto la pillola non può descriversi come un abortivo: l'effetto incomincia prima dell'annidamento."(32)

E' da sottolineare che, nelle due ultime citazioni di Lauritzen, è dato alla contraccettione un significato differente dell'usuale: non significa oramai semplicemente prevenzione della fecondazione, ma anche prevenzione dell'annidamento dell'embrione. È importante osservare che questa inibizione dell'impianto non si descrive come "interruzione di una gravidanza", poiché questa incomincia solo con l'annidamento e l'effetto inibitorio dell'impianto della pillola ha luogo "prima dell'annidamento." In questo modo si accetta come evidente che gli embrioni umani si perdano a causa dell'inibizione dell'annidamento. Lauritzen ammette in realtà apertamente che "senza dubbio la vita umana incomincia con la fusione dell'ovulo e dello spermatozoo e la conseguente divisione dell'ovulo." In questo contesto, non c'interessa tanto l'inizio della gravidanza, bensì quello della vita umana e che questo essere umano appena creato è ucciso dall'effetto inibitorio dell'annidamento della pillola. *In conseguenza la pillola non è solo contraccettiva, ma anche abortiva.*

Beller (Iowa, USA, 1990) rispetto allo IUD ed alla pillola, pensa questo:

"Una domanda critica è: quale è il limite per l'aborto? L'inibizione dell'impianto? Dove si vuole tracciare il confine? Se si rifiuta l'inibizione dell'impianto perché è abortiva, allora è possibile che lo IUD non possa più essere scelto e, pertanto, per quello stesso motivo neanche si potrà prendere mai più la pillola."(33)

31. Lauritzen 1986.

32. Lauritzen 1989.

33. Beller 1990.

4) Tube

A questo punto facciamo riferimento al meccanismo d'azione dei contraccettivi ormonali sulla motilità delle tube, che ritarda il trasporto dell'embrione. Inoltre si mostrano anche i cambiamenti nella composizione delle secrezioni tubariche che potrebbero avere un'influenza negativa nel trasporto dell'embrione.

Un altro effetto abortivo della pillola (Mall-Häfeli 1986):

” 4. La Pillola ha un'azione multifattoriale. Da solo, il trasporto tubarico ritardato fa sì che l'ovulo diventi troppo vecchio ed impedisce lo sviluppo di un embrione vitale, come abbiamo visto nella fecondazione in vitro.”

Leidenberger descrisse così nel 1992 l'effetto della pillola:

"Il modo di agire dell'inibitore dell'ovulazione si descrive solo parzialmente come il blocco della secrezione della gonadotropina ipofisiaria e, pertanto, l'ovulazione da una parte ed il blocco cervicale, progestinico-dipendente, della migrazione dello spermatozoo dall'altra.

Con l'uso della maggior parte dei contraccettivi ormonali non si raggiungono le condizioni fisiologiche per l'annidamento nell'endometrio, si altera la sincronizzazione tra la trasformazione dell'endometrio e la motilità tubarica e si cambia la composizione delle secrezioni tubariche."

Taubert e Kuhl si esprimono in forma simile:

"La somministrazione di ormoni steroidei può influenzare la velocità di trasporto dell'ovulo fecondato come la composizione delle secrezioni nelle tube e nell'utero, in modo che si altera lo sviluppo della blastociti a causa dei cambiamenti nell'offerta di sostanze nutritive e di enzimi. È di importanza cruciale che l'utero sia ricettivo solo per un breve periodo di tempo per le blastociti che vanno ad impiantarsi. In conseguenza, la ricettività uterina può vedersi perturbata da un cambiamento nella combinazione e nella successione temporanea di estradiolo e progesterone."(34)

Vediamo l'informazione della Schering:

"gli estrogeni ed i progestinici hanno influenza sulla motilità delle tube e, così, nel trasporto dell'ovulo, per cui l'ovulo (*fecondato*) non arriva all'endometrio nel momento nel quale questo offre le migliori condizioni per l'annidamento. Inoltre si modifica la composizione della secrezione tubarica, e di conseguenza della maturazione dell'ovulo."

In quanto alla frequenza dell'inibizione dell'impianto:

riguardo ai cosiddetti inibitori dell'ovulazione (o metodi contraccettivi ormonali) si sono tenuti in considerazione due aspetti: 1. Che grandezza potrebbe avere il "rischio" individuale di una donna di provocare, magari senza saperlo, un "aborto preclínico"(35) mediante la pillola?

2. Che grandezza ha la distruzione di embrioni mediante la pillola dal punto di vista della società nel suo insieme?

34. Taubert/Kuhl: Kontrazeption mit Hormonen, 21995, pag. 42.

35. Così denominano, per esempio H. KUHL/C. JUNG-HOFFMANN, le perdite per cause naturali (!) di embrioni, in: Kontrazeption. Stuttgart, 1996, pag. 11. Questa formulazione potrebbe dare l'impressione che esiste un tipo di aborto naturale. Ipoteticamente la metà di tutti gli embrioni muoiono in forma "preclínica" e sono eliminati in modo discreto (con la mestruazione); gli autori indicano al riguardo che "*l'intercezione post coitale non si può considerare in nessun caso come induzione di un aborto precoce*", pag. 95. Questo significa che, se teniamo in conto la natura in concreto, parliamo di "aborto" (il che richiama alla mente un'interruzione della gravidanza). C'è qui qualcosa che non quadra. Se, da un lato, classifichiamo la morte naturale di un embrione con la parola "aborto"; perchè vogliamo evitare peraltro la stessa parola per la distruzione di embrioni indotta in forma non necessaria? Se si usa il termine "aborto", così triste, in relazione con un fenomeno fisiologico naturale, non si può lasciare da parte per la distruzione iatrogena della vita sotto forma di intercezione o d' inibizione dell'impianto. Tenendo in conto l'uso delle parole che fanno gli autori, è un errore grossolano denominare la perdita di embrioni causata dalla somministrazione di intercezionali speciali come "in nessun caso (...) un aborto precoce."

In Francia, **B. Bayle** (36) giunge ad una conclusione paragonabile: parte della premessa di 1-2 gravidanze per ogni 100 anni di assunzione della pillola, (cioè, un indice Pearl: $PI = 1-2$); contemporaneamente dimostra che il numero di inibizioni dell'impianto deve essere superiore al numero di gravidanze durante l'uso della pillola, perciò stima le inibizioni (*dell'impianto*) in 3-10 per ogni 100 anni di uso. Applicando conseguentemente questi risultati alla situazione della Francia, giunge alla conclusione che la distruzione di embrioni è approssimativamente uguale al numero degli aborti registrati ufficialmente nel paese. Poichè egli non vede in questi dati una cifra di poco conto, giunge alla rispettabile conclusione che si dovrebbe creare un Indice di distruzione embrionale ("Indice de destruction embryonnaire"), denominato EDI in inglese: "Embryo Destruction Index."

La grandezza dell'effetto come abortivo precoce della pillola in Germania e paesi simili

Per determinare la grandezza delle cifre per la società nel suo insieme, è necessario riferire l'IDE (il numero di embrioni distrutti per ogni 1.200 cicli (37) o per ogni 100 anni di uso) con la frequenza di uso della pillola in un paese. Per esempio, per la Germania (6,6 milioni di utenti della pillola = 6,6 milioni di anni di uso) bisogna moltiplicare l'IDE per $6.600.000 / 100 = 66.000$, si divide per 100 poiché l'IDE, come la PI, fanno riferimento a 100 anni. Se partiamo da un valore medio dell'IDE di 4, possiamo dedurre i seguenti dati per i paesi di lingua tedesca:

NAZIONI	POPOLAZIONE (38)	DONNE CHE USANO LA PILLOLA (39)	DISTRUZIONE DI EMBRIONI (40)
GERMANIA	80 MILIONI	6.6 MILIONI	~ 244.000
AUSTRIA	8.2 MILIONI	0.68 MILIONI	~ 27.000
SVIZZERA	7.4 MILIONI	0.61 MILIONI	~ 24.000

Tavola 1: Distruzione di embrioni nei paesi di lingua tedesca

Nel caso della Germania possiamo ricavare le seguenti conclusioni:

- 1) nonostante gli inibitori dell'ovulazione si sono verificati e si verificano casi di ovulazioni per milioni;
- 2) Per centinaia di migliaia si sono verificati e si verificano
 - a) nonostante le barriere cervicali ipoteticamente forti casi nei quali furono attraversate;
 - b) inibizioni dell'impianto, per le quali muoiono più di 250.000 embrioni.

La conclusione contraria sarebbe stata proprio inevitabile, cioè, considerare "l'intercezione postcoitale", soprattutto la "pillola del giorno dopo" e lo "IUD", in tutti i casi senza eccezione come un metodo per la "induzione di un aborto precoce."

Inoltre bisognerebbe anche rimarcare che è indiscutibile che ci sono molte perdite naturali di embrioni prima dell'impianto, le quali - e c'è qui unanimità - sono originate nella maggiore parte dei casi da alterazioni cromosomiche. Tuttavia il tasso di mortalità naturale non arriverebbe al 10 per cento; J. Rötzer, per esempio, lo quantifica approssimativamente in un 8 per cento. Già da decenni precisamente queste cifre tanto assurdamente alte (in quanto alla mortalità naturale nelle prime due settimane di vita) pullulano nella letteratura scientifica. Generalmente si menziona un 40-60 per cento, a volte perfino un 70 per cento. Al contrario, P. Fritz criticò già abilmente nel 1980 che si tratta di "una di quelle bufale che tutti copiano gli uni dagli altri senza consultare l'opera originale." (P. FRITZ, Ibid., pag. 366).

36. Bayle, B.: "L'activité antinidatoire des contraceptifs oraux", in: *Contracep. Fertil. Sex.* 22 (1994), n° 6, pag. 391-395.
 37. Per semplificare i calcoli, nella maggior parte della letteratura scientifica si usa il numero 1.200. Alcuni autori usano, anche, la cifra di 1.300 cicli; ciò ha una giustificazione completamente logica, poiché la durata media di un "ciclo mensile" non è di 30 giorni bensì più esattamente di circa 28 giorni, con ciò si avvicina più ad un mese lunare che ad un mese del nostro calendario. Di conseguenza dovremmo, anche, usare preferibilmente il numero 1.300 cicli per ogni 100 donne, poiché concorda meglio con la realtà. Una donna fertile ha annualmente approssimativamente 13 "cicli mestruali." Questa ha come conseguenza che tutte le cifre dell' IP, indice di Pearl, come quelle dell'IDE (indice di distruzione di embrioni), dovrebbero correggersi con un fattore $13/12$, cioè di un 1,08 o di un 8 per cento. Pertanto, il numero di embrioni distrutti per l'inibizione dell'impianto sarebbe anche maggiore. Tuttavia, nella cornice dei calcoli che si espongono qui, tentiamo semplicemente di offrire una certa approssimazione della situazione, perciò non terremo in conto questi dettagli.

- 3) per migliaia si sono dati e si danno annualmente
- a) annidamenti (gravidanze nonostante la pillola), attorno a circa 66.000 casi; (41)
- b) aborti a causa di un fallimento della pillola. (Le statistiche precedenti mostrano che almeno la metà di queste gravidanze finiscono con un aborto) (42)

In tutto il mondo, i dati di Bayle (1994) supporrebbero: con 61 milioni di utenti della pillola, 50 milioni di aborti, 2-7 milioni di embrioni distrutti a causa della pillola. Oggigiorno più 100 milioni di donne prendono la pillola; per cui, se facciamo i calcoli corrispondenti, si avrebbe una distruzione di embrioni causata dall'uso della pillola dell'ordine di 3,2 - 11,4 milioni all'anno.

Perché la pillola agisce come abortivo: "conoscenze basilari" di farmacologia

Per cominciare è un errore considerare la pillola come un semplice contraccettivo (metodo di prevenzione della gravidanza), poiché dei quattro meccanismi d'azione generalmente riconosciuti, solamente due si situano prima della fecondazione: (1) l'inibizione dell'ovulazione, cioè ostacolare la maturazione dell'ovulo, e (2) ispessire il muco cervicale nel canale cervicale, che impedirebbe che gli spermatozoi l'attraversino.

Spesso i "contraccettivi ormonali" si denominano ancora erroneamente "inibitori dell'ovulazione". La poca riuscita di questo nome si ricava dai meccanismi di azione degli ormoni (progestinici) e delle combinazioni ormonali, estrogeni più progestinici."(43)

Gli altri due principali meccanismi di azione sono (3) l'endometrio e (4) le tube. Gli effetti in queste aree non si manifestano fino a *dopo* la fecondazione o concepimento; pertanto, né per il loro oggetto né per il loro significato possono chiamarsi contraccettivi, ma piuttosto appartengono all'ambito della "intercezione", cioè sarebbe una "protezione a posteriori" (44) (e quindi, per i suoi effetti, si aggiungerebbero a "la pillola del giorno dopo").

"Con la somministrazione di progestinici nella fase follicolare, come è il caso di quasi tutti gli inibitori dell'ovulazione, si ostacola la proliferazione normale dell'endometrio e si induce una trasformazione secretoria unicamente abortiva. Gli *inibitori dell'ovulazione* agiscono non solo *evitando l'ovulazione*, cioè come anticoncezionali, ma anche *ostacolando l'impianto*, nel caso in cui effettivamente si verifica l'ovulazione e la fecondazione."(45)

38. nell'anno 2004, dai dati degli Istituti di Statistica. Austria: [www.statistik.at/fachbereich_03 / bevoelkerung_tab2.shtml](http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab2.shtml); Svizzera: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung.html; Germania: www.destatis.de/basis/d/bevo/bevoTAB5.php.

39. I dati della Germania, 6,6 milioni, sono menzionati in Leitlinien Empfängnisverhütungen (2004), un dato condiviso per la Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, DGGEF, Società tedesca di endocrinologia ginecologica e medicina riproduttiva, in collaborazione col Berufsverband der Frauenärzte e.V. (Associazione professionale di ginecologi, citato in Feige et al. : Gynäkologie, 2006, pag. 226. Le cifre per Austria e Svizzera sono state calcolate dall'autore che parte un po' dalla premessa semplificata che Austria e Svizzera sono paragonabili con la Germania in quanto alla composizione della popolazione da un lato (proporzione di donne in età fertile) ed all'atteggiamento al riguardo della contraccezione, in concreto rispetto alla preferenza della pillola su altri metodi contraccettivi. 6,6 milioni = 38,5 per cento di un totale di 17,2 milioni di donne tedesche in età fertile, 14-44 anni.

40. se prendiamo un valore di 4 per l'Indice di distruzione di embrioni (IDE).

41. se partiamo da un valore di 1 per l'indice Pearl.

42. Friedrich Andreas Stapf, famoso nell'area di lingua tedesca per avere realizzato decine di migliaia aborti, mise lo sguardo al gran numero di fallimenti della pillola in una conferenza nell'Università di Augsburg il 13-11-1990 in uno dei suoi articoli scientifici. Secondo lui, originano "almeno (...) 51.500 gravidanze non desiderate con una contraccezione ottima"; mediante l' "uso di altri metodi contraccettivi non tanto sicuri" si aggiungono inoltre a questa cifra "almeno 35.000 gravidanze non desiderate". (citato in Berkold, H. 1992, pag. 29; vedi www.nidationshemmung.de/berkold,

43. Husmann, F.: "Hormonale Kontrazeptiva. Wirkungsmechanismen, Indikationen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen", in: Deutsches Ärzteblatt, 1975 (10), 647.654, pag. 647.

44. Il nome "prevenzione" si estende per includere l'intercezione, per questo motivo metodi quali lo IUD o la "pillola del giorno dopo" non si considerano come metodi abortivi.

45. Taubert, H. D.; Kuhl, H: Kontrazeption mit Hormonen, Stuttgart 21995, pag. 42.

Sono i progestinici artificiali che si trovano nella pillola (tanto nella pillola combinata come nella minipillola) quelli che agiscono sull'endometrio come sulle tube. Senza questi effetti, l'embrione potrebbe muoversi per tre giorni nelle tube e potrebbe alimentarsi di piruvato e lattato, che sono secreti abbondantemente dalle tube. Dopo approssimativamente altri tre giorni di attesa, nel 6° o 7° giorno embrionale (= 21° giorno del ciclo) incomincerebbe il suo annidamento (impianto) nell'endometrio che si prepara in questo momento esatto per l'arrivo dell'embrione. La sua forte crescita ("proliferazione") da circa 1,5 mm originali fino a circa 6-9 mm può osservarsi perfino mediante ecografia, benché questo sia solo il segno più esteriore di un'importante trasformazione.

I progestinici non solo riducono e modificano le secrezioni delle tube, ma diminuiscono anche la loro mobilità, perciò l'embrione arriva spesso con ritardo nell'endometrio; se è che questo fosse adatto per un'annidamento. Al contrario, se l'influenza degli estrogeni artificiali (etinilestradiolo) è maggiore, si ha un trasporto insolitamente rapido e l'endometrio non è ancora preparato per l'arrivo dell'embrione.⁽⁴⁶⁾ Tuttavia, i progestinici causano prima di tutto una trasformazione insufficiente ("secrezione") dell'endometrio affinché non possa offrire all'embrione sostentamento né alimento sufficienti. Si verifica sempre una situazione simile quando, dopo un'ovulazione nonostante l'uso della pillola (in Germania, circa 6,6 milioni di utenti all'anno) avviene per di più una fecondazione (cosa che si verifica in circa 300.000 casi).

I tassi di ovulazioni nonostante la pillola variano tra un 1,9 percento ed un 18,1 percento in funzione della collettività ⁽⁴⁷⁾; tuttavia si può prendere come valore medio un 10 percento. Già nel 1975, F. Husmann scrisse circa i primi preparati degli inizi degli anni 60 "che, nonostante la somministrazione di dose relativamente alta di combinazioni di estrogeni e progestinici, in un 6,8 percento dei cicli si verifica un'ovulazione, ma l'effetto contraccettivo degli ormoni mantiene tutti i suoi effetti." Molto abilmente estrae la seguente conclusione: "Queste osservazioni permettono di riconoscere l'importanza del resto dei meccanismi (d'azione) per l'effetto contraccettivo degli ormoni"⁽⁴⁸⁾, il che suggerisce chiaramente gli effetti inibitori dell'impianto addizionali degli "inibitori dell'ovulazione".

"Il resto dei meccanismi" appaiono anche nei prospetti:

<i>Aus dem Beipackzettel von "Orlest 21</i>	«Del prospetto di "Orlest" 21"»
<i>Durch die Hormonzufuhr kommt è zu einer Hemmung der Eireifung und der Ovulation, zu Veränderungen dia Endometriums, dai damit ungeeignet zur Nidation wird; die Spermiedurchlässigkeit dia zervikalen Schleimpfropfes wird unterdrückt und die Tubenmotilität negativ beeinflusst.</i> "La somministrazione di ormoni produce un'inibizione della maturazione dell'ovulo e dell'ovulazione, cambiamenti nell'endometrio affinché non sia adatto per l'annidamento; riduce la penetrabilità dello sperma attraverso il muco cervicale e ha influenza negativa sulla motilità delle tube. Aus desse Faktoren resultiert eine sichere Empfängnisverhütung, wenn dai Präparat vorschriftsmäßig eingenommen wird. "grazie a questi fattori si ottiene una prevenzione della fecondazione sicura, purché si prenda adeguatamente il preparato."	
<i>Aus dem Beipackzettel von "Yermonil</i>	«Del prospetto di Yermonil"»
<i>Zusätzlich wird unter Yermonil der Schleim im Gebärmutterhals zäher, so daß männliche Samenzellen nicht in die Gebärmutter aufsteigen können.</i> "Con Yermonil il muco del collo cervicale diventa inoltre più spesso, in modo che gli spermatozoidi non possano penetrare nell'utero. Außerdem wird die Gebärmutter Schleimhaut nur unvollkommen für die Einbettung eines befruchteten Eies vorbereitet. Neanche l'endometrio si prepara correttamente per l'annidamento di un ovulo fecondato. Yermonil schützt also durch mehrfache verschiedene Wirkprinzipien vor dem Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft "Yermonil protegge mediante vari meccanismi di azione contro una gravidanza non desiderata."	

Tavola 2: estratti originali di prospetti con indicazioni chiare all'inibizione dell'annidamento (aborto precoce).

46. gli studi più recenti sono quelli che hanno dimostrato l'importanza di questi processi: "La sincronizzazione di questi processi (...) è essenziale per un'impianto." (Kuhl, H.; Jung-Hoffmann, C. Ibid., [Nota 17], pag. 10. Una descrizione come, per esempio, quella di H. Döring negli anni 60 e 70 ("nessuna trasformazione secretoria completa") non permettono di dedurre l'importanza che questi processi abbiano luogo con le minori interferenze possibili - causate dal progestinico - (vedi Döring, Empfängnisverhütung, 2ª ed., 1967, pag. 35).

Di questi documenti originali degli inizi degli anni 90 se ne possono trovare tre o quattro dozzine (!) (49). A partire dallo studio di 59 prospetti e documenti specialistici, H. Berktold mostra che la maggioranza di essi menzionavano l'inibizione dell'impianto come effetto della pillola (50). Può trovarsi, inoltre, anche nel piano di studi degli studenti di farmacologia (51).

Sarebbe di vitale importanza che i medici avessero sempre presente la questione fondamentale e davvero evidente dell'inibizione dell'impianto (ricordiamo, a causa della pillola combinata!). In quanto al movimento per la vita, gli rimane ormai solo prestare più attenzione ai risultati, tanto chiari ed inequivocabili, dei farmacologi: non sono pochi, bensì piuttosto la grande maggioranza dei libri di testo di farmacologia più usati, quelli che menzionano l'inibizione dell'impianto (dopo l'inibizione dell'ovulazione) come terzo o perfino secondo (!) effetto principale della pillola (vedi i prospetti della tavola 2). Per esempio, il "Mutschler" menziona questo meccanismo di azione della pillola non solo nell'edizione estesa, ma anche nell'edizione abbreviata nel capitolo "Conoscenze di base" (52). Ma perfino nei libri di testo di embriologia non si può evitare letteralmente l'inibizione dell'impianto (53). Né i medici né gli attivisti pro vita dovrebbero ignorare queste conoscenze basilari

Cause del fallimento dell'inibizione dell'ovulazione e della barriera cervicale

a) Farmacocinética e farmacodinámica o perché le medicine agiscono tanto diversamente

Molte persone non specializzate in medicina hanno sentito parlare qualche volta dell' "aggiustamento (*terapeutico*)" di un paziente (per esempio, nel caso di diabetici od epilettici). Benché in realtà solo una quantità relativamente piccola di medicine richiedono di aggiustare il dosaggio ed il metodo di somministrazione in maniera individuale per ogni persona, rimane chiaro un fatto molto cruciale della scienza farmacologica: le medicine hanno spesso potenze molto differenti, perciò si possono avere differenze di effetto fino addirittura al 1.000 per cento (!).

La cosa sorprendente è che non solamente questa differenza esiste tra persone differenti (variabilità interpersonale), ma anche in una stessa persona (variabilità intrapersonale). Teichmann sottolinea che, specialmente nell'assunzione di etinilestradiolo, cioè, uno dei principi attivi più importanti della pillola combinata, il "livello plasmatico dell'ormone (...) puoi variare fino a 20 volte" [!] "in un stesso individuo".(54) Qui bisognerebbe aggiungere: *Questo è valido in casi di un'assunzione assolutamente corretta.* Qui neanche si tiene in conto il problema di dimenticare la pillola! Potremmo avere una sensazione di falsa sicurezza se partissimo dalla premessa che una dose doppia o triplo di inibitori dell'ovulazione basta.(55) Quella è solo una riserva di sicurezza volutamente alta, poiché si basa sulla media.

47. Jones, E. F.; Darroch Forrest, J.: "Contraceptive Failure in the United States: Revised Estimates from the 1982 National Survey of Family Growth", in: Family Planning Perspectives, 1989, 21, pag. 103.109.

48. Husmann, F.; Ibid. (nota 24, pag. 648. In questo punto bisogna tenere in conto che questo fa riferimento alle pillole con la dose più alta che si sono prodotte. La riduzione della dose (per diminuire o ammorbidire gli effetti secondari) significò al contrario una riduzione costante del tasso di successo dell'inibizione dell'ovulazione.

49. da allora, gli effetti di inibizione dell'annidamento della pillola non si menzionano oramai tanto apertamente. Vedio Böhl, R.: "Die Wirkung der ANTI-BABY-becchi vor und nach der Empfängnis", in: Schriften der Aktion Leben e.V. 3^a ed., 2001, pag. 21-22. (disponibile per Internet in: www.aktion-leben.de/schriften/sdl07.html).

50. il testo completo è disponibile in: www.nidationshemmung.de/berktold.html.

51. vedi: www.pharma.uni-bonn.de/fachgruppe/pdf/vorlesungen/pci/kontrazeptiva.pdf, pag. 2: "Angriffspunkte der Becchi" (Aree di effetto della pillola).

52. Mutschler, E.; Geisslinger, G.; Krömer, H.; Ruth, P.; Schäfer-Korting, M.: Mutschler Arzneimittelwirkungen kompakt.

Basiswissen Pharmakologie und Toxikologie. Stuttgart, 2005, pag. 219-220, appartato "2.8.8. Contraccettivi ormonali."

53. Sadler, Th.: Medizinische Embryologie. Stuttgart, 2003, pag. 34. Qui perfino si fa riferimento esplicitamente alla "immagine della secrezione rigida" in relazione con l'endometrio, la quale acquisisce "un stato non adeguato per l'annidamento."

54. Teichmann, A. T.: Kontrazeption. In Kompendium für Klinik und Praxi. Stuttgart, 1991, pag. 64.

55. Vedi, per esempio, W. Furch in un comunicato di stampa di "Pro Vita" del 19-2-1993.

Tuttavia, dell'opera di Teichmann possiamo concludere che, in molti casi, perfino 20 volte questa dose (un 2.000 percento!) può essere insufficiente.(56)

b) Abituarsi agli effetti

Spesso le medicine hanno un effetto calante, ciò naturalmente accade anche con la pillola. Di conseguenza, soprattutto le consumatrici a lungo termine devono considerare che i loro preparati ormonali continueranno a perdere effetto, ciò implica anche una sicurezza contraccettiva calante.

c) Produzione di estrogeni propria del corpo nel follicolo (57)

E' un fatto molto importante che si trascura sfortunatamente spesso, come già si è menzionato prima: il follicolo in processo di maturazione rappresenta un centro di produzione cruciale di estrogeni propri del corpo; cioè, esattamente l'ormone che, in confronto al progestinico, ha un *effetto fluidificante sul muco cervicale*, che con un 98 percento di acqua praticamente non oppone ostacolo alcuno agli spermatozoi. All'effetto insufficiente di un inibitore dell'ovulazione, a partire da un diametro del follicolo di 15 mm (attorno al 9° giorno del ciclo, cioè, abbastanza prima della ovulazione) va aggiunta una grande produzione di estrógeni (58) e, quindi, *una perdita della barriera cervicale. Non c'è fallimento nell'inibizione dell'ovulazione senza produzione simultanea di estrogeni.* Le pillole più usate sono quelle che contengono le *dosi più basse* (= quasi tutte le moderne!)(59)

d) Quando il preparato si prende "correttamente" (60) o la dimenticanza della pillola

La contraccezione ormonale ha alcuni difetti, come spiega il tenore di varie conferenze nel congresso: Un numero molto alto di donne (secondo i differenti studi varia tra il 30 percento ed il 60 percento) dimentica almeno una volta al mese di prendere la "pillola".(61)

Possiamo partire dalla premessa che almeno in un 10 percento di tutti i cicli si dimentica l'assunzione di una compressa e, in un 1 percento dei casi, perfino di più di 3 compresse.(62)

Solo questo 1 percento significa nel caso della Germania: tutti i mesi, più di 66.000 donne hanno nel loro ciclo una sicurezza contraccettiva abbastanza ridotta. La semplice dimenticanza dell'assunzione è stata da sempre il problema più conosciuto della pillola, in modo che un breve commento al riguardo dovrebbe bastare. Anche la rivista giovanile *Bravo* avvisò i suoi lettori di essere molto attenti agli errori nel suo uso:

"Avviso: se si dimentica la pillola una o due volte, la maturazione dell'ovulo avrà luogo. Le gravidanze prodotte per tali errori nelle prime assunzioni non sono tanto rare."(63)

Secondo il simposio JUGENDSEXUALITÄT UND KONTRAZEPTION (Sessualità giovanile e contraccezione) la pillola si prende correttamente solo in un 50-60 percento dei casi.(64)

Con la nascita di Internet, le dimenticanze della pillola sono anche lì un tema ricorrente.(65)

56. Questo problema si descrive molto più dettagliatamente di quello che è possibile qui in Rella, W., Ibid. pag. 25-33. Della stessa opinione che Teichmann è H.-D. Taubert e H. Kuhl, Ibid., (nota 26) pag. 96-99.

57. Vedi Leidenberger, F.: Klinische Endocrinologie für Frauenärzte. Berlino, 21997, pag. 72. Rella, W., Íbid., (nota ???), pag. 53. Kuhl, H.; Jung-Hoffmann, C., Íbid., (nota 17) pag. 5-7.

58. Secondo H. Kuhl e C. Jung-Hoffmann, Íbid., [nota 17], pag. 5, ap. 2, tra il 7° ed il 13° giorno del ciclo si triplica la concentrazione di estradiolo fino ai 300 pg/ml. Vedi anche Rella, W., Íbid, (nota????), pag. 20.

59. Relativamente molte utenti della pillola dovrebbero potere ratificare questa affermazione: nonostante l'assunzione di un preparato può osservarsi ancora una fase di muco cervicale relativamente liquido. È un errore fisiologico tanto invalso quanto grave il dare alla barriera cervicale un'importanza maggiore per la fertilità. La sua funzione primaria più importante è relazionata con la protezione contro infezioni, poiché nella maggior parte dei giorni si è per norma infértili.

60. Vedi la tavola 2, riproduzione di un prospetto del prodotto "Orlest" 21.

61. Medical Tribune, n° 46, 17-11-2006, edizione svizzera: IX Congresso dell'European Society for Contraception.

62. H.-D. Taubert e H. Kuhl, Íbid., (nota 26, pag. 194.

63. *Bravo*, n° 51/1973, "Wenn Mädchen die Becchi bekommen."

64. Simposio Sessualità giovanile e contraccezione: un aggiornamento, 3-4-2008, nel Seedamm Plaza, Pfäffikon (Svizzera). Gruppo di lavoro Ginecologia infantile e giovanile GYNEA.

65. Introduca semplicemente nel suo motore di ricerca di Internet il termine "aiuto dimenticare pillola" ed osservi la frequenza dei risultati della ricerca.

e) Perché giustamente il dimenticare la pillola aumenta enormemente l'effetto inibitorio dell'impianto.

Per una causa di semplice comprensione, la fine di una fase della pillola significa una probabilità abbastanza maggiore di distruzione di embrioni da parte della stessa. *I quattro meccanismi principali di azione agiscono in momenti molto differenti:*

1. La barriera cervicale compare già dopo 36 ore;
2. L'ovulazione bloccata si ristabilisce soprattutto nel ciclo successivo, nel quale tende ad inibire (*l'ovulazione*) in circa tre quarti delle donne; in quasi un quinto, questo accade nel secondo ciclo seguente; nel resto, perfino dopo;
3. in questo momento l'endometrio, danneggiato dai progestinici, ha recuperato già tutte le sue funzioni normali in più della metà delle donne.

Questo significa: Dopo la scomparsa dei meccanismi contraccettivi nei primi giorni rimangono solo i meccanismi intercettivi che durano varie settimane; perciò hanno *il loro maggiore effetto* in particolare *nei giorni fertili dei due primi cicli successivi.*(66)

I preparati deposito estroprogestinici hanno gli stessi meccanismi di azione dei contraccettivi orali:

II. 1 b) Preparati deposito estro progestinici:

- Cerotti ormonali (EVRA).
- Anello vaginale (NUVARING)

Tra i contraccettivi ormonali con meccanismi di azione simili si trovano i preparati seguenti:

II. 1. c) Progestinici deposito

L'inibizione dell'ovulazione si studiò, anche, con l'impianto ormonale Norplant. In questo caso si tratta di capsule di plastica con levonorgestrel che si impiantano sotto la cute e che svolgono il loro effetto attraverso la liberazione graduale di progestinico; la loro vita utile raggiunge i cinque anni. Norplant agisce in tre modi distinti: inibendo l'ovulazione, alterando l'endometrio e rendendo più compatto il muco cervicale. Croxatto et al. hanno dimostrato che il tasso medio annuale di ovulazioni nonostante il trattamento è del 44,4 per cento; in concreto, nel primo anno è del 11,1 per cento e già nel secondo del 61,9 per cento, ciò suppone un drastico aumento solo dopo un anno.(67) Come a partire da esperimenti con animali (68) si conosce che, prendendo Norgestrel, un 72 per cento degli spermatozoi riescono ad attraversare il muco cervicale e salire nelle tube, devono verificarsi numerose fecondazioni, se teniamo in conto il 44,4 per cento mediamente registrato di ovulazioni nonostante il trattamento.

Altrettanto alta può arrivare ad essere l'inibizione dell'annidamento, poiché il muco cervicale, come già abbiamo visto, nel caso delle ovulazioni nonostante il trattamento non ottiene l'effetto desiderato.

La stessa cosa dovrebbe essere valida per altri progestinici deposito, come Depo Provera (iniezione trimestrale). Recentemente Norplant é stato sostituito ampiamente da Implanon (etonogestrel) (69), con ciò da Luglio 2002 Norplant può non trovarsi più nelle farmacie dell'USA per i suoi effetti secondari. In altri paesi, specialmente del terzo mondo, continua ad essere uno degli anticoncezionali più raccomandati e somministrati.

66. Più completo che qui, convincente e con le fonti corrispondenti lo descrive W. Rella, *Íbid.* pag.48.

67. Croxatto et al. 1982.

68. Chang e Hunt 1970.

69. efficace per 3 anni.

II. 1. d) IUD con contenuto in progestinici : vedi IUD.

II. 2. IUD

Come funziona lo IUD o spirale?

Il meccanismo esatto di azione ancora non è chiaro, ma si conoscono parti concrete di questo complesso processo e si sa che lo IUD colpisce in molti modi il funzionamento normale della fecondazione e dell'annidamento.

Meccanismi di azione che tutti gli IUD hanno in comune:

Lo IUD rappresenta un corpo estraneo per l'organismo e specialmente per l'utero. Di lì sorge lo stimolo di espellere questo corpo estraneo, ciò che a volte accade; d'altra parte, l'organismo si difende contro lo IUD mediante l'aiuto del sistema immunitario, nonostante senza successo.

Uno IUD genera una reazione infiammatoria meccanica e cronica nell'endometrio e nelle tube, perciò i globuli bianchi si moltiplicano (Wollen 1994a) e sono attratti lì insieme a cellule del sistema immunitario. Così si modifica la composizione del liquido che si trova nella cavità dell'utero e nelle tube. Attraverso questa reazione infiammatoria si alterano i processi di fecondazione ed impianto. Tra altri effetti, si ha un' influenza negativa sulla motilità delle tube (così come coi contraccettivi orali) sebbene mediante un meccanismo diverso.

In sintesi si può dire che la reazione naturale dell'organismo contro il corpo estraneo rappresentato dallo IUD colpisce nello stesso tempo, anche, indiscriminatamente tutto quello che si trovi nell'utero o nelle tube, come per esempio gli spermatozoi, un ovulo fecondato od un embrione impiantato il cui sviluppo normale generalmente ostacola (Ortiz 1996).

Meccanismi di azione addizionali di ogni tipo di IUD:

2.1 IUD totalmente di plastica:

Insieme alla reazione infiammatoria meccanica, si altera lo sviluppo dell'ovulo fecondato. In un studio realizzato in Argentina (Vidalo-Romero 1987), si trovarono valori elevati di β -HCG nel sangue della madre giusto prima del flusso mestruale, che finalmente comparve, in un 20 per cento dei cicli; ciò significa che si era prodotta una fecondazione e possibilmente anche l'annidamento dell'embrione.

In un altro studio Ortiz et Al. trovarono, inoltre, nella metà delle portatrici di IUD un EPF (*Early Pregnancy Factor*) (70) positivo che successivamente diventò negativo, ciò chiaramente indica l'effetto abortivo dello IUD.(71)

2.2. IUD di rame:

Il rame rinforza l'infiammazione prima descritta nell'utero e nelle tube . *Insieme agli effetti negativi nella penetrazione degli spermatozoi ed ovuli*, questi due si vedono danneggiati anche in altri modi, come le possibilità di impianto degli embrioni.

Uno dei risultati più importanti fu che, sotto gli effetti di IUD al rame, diminuisce il numero di recettori degli estrogeni e del progesterone nell'endometrio, per cui non si sviluppa più correttamente per l'annidamento dell'embrione: il "nido" non può prepararsi adeguatamente (Buckley 1994).

2.3. IUD medicati al progesterone:

oltre a tutti gli effetti propri di tutti gli IUD, in questo caso l'effetto principale risiede nella liberazione di ormoni. Gli effetti prolungati del progesterone (Levonorgestrel) comportano cambiamenti profondi dell'endometrio, rendendolo più sottile ed immaturo e, pertanto, con una circolazione sanguigna più difficoltosa.

70. Early Pregnancy Factor che dà già positivo tra 6 e 24 ore dopo la fecondazione.

71. Ortiz, M. et Al.: Mechanisms of Action of Intrauterine Devices. Obstetrical and Gynecological Survey. 1996, volume 5 1, n° 12, supplemento p. pag. 47.

In una donna su cinque (*l'endometrio*) diventa atrofico a tal punto che non si hanno più praticamente le modificazioni cicliche e non risponde più all'influenza degli estrogeni. La mestruazione smette allora di avere luogo.

D'altra parte, durante i primi mesi possono verificarsi sanguinamenti più abbondanti, prolungati ed irregolari che successivamente si riducono fino a sparire completamente. Con lo IUD "Mirena"®, 1/5 delle portatrici cessa di avere le mestruazioni già dopo il primo anno. Normalmente si applica a donne che soffrono di metrorragie forti o prolungate o di sanguinamenti non previsti come terapia contro queste anomalie mestruali.

Nel primo anno di applicazione, Mirena® libera 20 µg di Levonorgestrel nella cavità uterina, che si riducono fino a 14 µg nel quinto anno. Le concentrazioni plasmatiche sono, dopo l'inserzione in donne premenopausali, di 459 pg/ml dopo il primo mese, di 368 pg/ml dopo tre mesi e di 357 pg/ml dopo sei mesi (Lockhat 2005, Raudaskoski 2002).

La funzione delle ovaie si vede influenzata lievemente dalla concentrazione sistemica, poiché dopo un anno di applicazione il 25-35 percento dei cicli sono anovulatori (Nilsson 1984, Vercellini 2005). Tuttavia, nei tre primi mesi di uso, un 85 percento dei cicli sono anovulatori, ciò si associerebbe ad un livello ormonale efficace nell'organismo a breve termine (Vercellini 2005). Inoltre, il progesterone causa un ispessimento del muco prodotto nel canale cervicale, che risulta più difficilmente penetrabile dagli spermatozoi.

Effetto contraccettivo o abortivo dello IUD ?

Nella letteratura scientifica normalmente si parla dell'effetto "contraccettivo", cioè "che previene la gravidanza", dello IUD, benché normalmente si sopravvaluti anche molto la sua influenza sugli spermatozoi.

Benché lo IUD ostacoli la penetrazione dello sperma e dell'ovulo ancora non fecondato, il suo effetto principale non si mostra fino alla fecondazione.

Per i seguenti motivi (72):

“1. Insieme alla "pillola del giorno dopo", lo IUD al rame appartiene al gruppo dei metodi contraccettivi postcoitali. Se si applica fino a 5 giorni dopo il rapporto sessuale (Spinnato 1997: fino a 72 ore) ostacola quasi nel 100 percento dei casi l'evoluzione di un'eventuale gravidanza, perciò è un metodo più "sicuro" della "pillola del giorno”.

2. Anderson 1994 e Pasquale 1996 descrivono le gravidanze in evoluzione sotto gli effetti di IUD con progesterone. Attorno a 1- 3 su 100 portatrici di un IUD all'anno rimangono incinte.

Risultati simili ottenne Van Kets (1997) per differenti IUD al rame: approssimativamente 2 ogni 100 donne rimangono incinta nei primi due anni di applicazione dello IUD; le giovani con molta più frequenza che le più anziane.

3. Spesso si sottolinea nella letteratura che gli effetti del progesterone rendono più compatto il muco cervicale, per cui è ostacolato il passaggio degli spermatozoi. Allo stesso tempo non c'è dubbio che, con uno IUD, le ovulazioni continuano ad aver luogo, cioè che si producono estrogeni. Questi agiscono "rammollendo" il muco, in modo che durante il periodo dell'ovulazione potrebbe essere penetrabile.

4. Come si è menzionato già al punto 2.3, Mirena® può avere influenza sulla funzione ovarica attraverso la concentrazione sistemica iniziale di Levonorgestrel, specialmente nei tre primi mesi di applicazione, nei quali un 85 percento dei cicli è anovulatorio (Vercellini 2005) e dopo il primo anno di applicazione lo sono ancora il 25-35 percento dei cicli (Nilsson 1984, Vercellini 2005).

72. Hefter, Almut e Schmidt, Susanne: "Die Spirale oder dai IUD", vedi il comma A del documento "Metodi contraccettivi: effetti secondario verhängnisvoll, dei quali nessuno parla", in: Süßmuth, Roland (editore): Empfängnisverhütung: Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge. Pag. 121.

Effetti secondari con altre minacce per la vita non nata:

- Alterazioni del flusso mestruale: 50-75 % di flussi più intensi (IUD di plastica e di rame)
- Amenorrea.
- Dolori addominali e di schiena.
- Espulsione.
- Perforazione
- Infezioni.
- Gravidanza ectópica: 10 volte più frequente
- Interruzione della gravidanza.
- Parto prematuro

Nonostante tutti questi fatti, si continua a negare spesso l'effetto abortivo precoce dello IUD, sicuramente perché la sua azione si manifesta maggioritariamente prima dell'impianto dell'embrione.

Nonostante, Beller (Muñiste, Germania) sottolineò già nel 1979/80: "Effetto abortivo della pillola. La pillola e lo IUD come abortivo precoce."

II. 3. Vaccini contraccettivi

- Vaccino anti-HCG.
- Vaccino anti-embrioni

Questi vaccini contengono sostanze (vaccino HSD-hCG) (73), la cui funzione è quella di formare anticorpi nell'organismo della donna contro l'ormone della gravidanza β -HCG. Inoltre sono unite alle anatossine tetaniche e difteriche o anche alla anatossina collerica come sostanze veicolatrici. Gli anticorpi diretti contro il β -HCG disattivano questo ormone, provocando un aborto precoce, probabilmente per la neutralizzazione dell'effetto luteotrópo del β -HCG.

Nel terzo mondo questi vaccini si somministrano alle donne, soprattutto sotto il pretesto del vaccino anti tetano, senza informarle del fatto che contemporaneamente sono vaccinati contro una gravidanza. E ciò senza sottolineare che generalmente un vaccino si usa contro una malattia, ed una gravidanza non è una malattia.

In principio questi vaccini hanno una vita utile di 1-2 anni, sono molto efficaci, reversibili ed hanno pochi effetti secondari. Nonostante, sono sorti già dubbi al riguardo della loro efficacia. Inoltre si conoscono, anche, alcune reazioni incrociate immunologiche.

Attualmente si stanno sviluppando vaccini diretti contro l'ormone gonadotropo, così come direttamente contro spermatozoi, ovuli ed embrioni giovani, questi ultimi con l'obiettivo di lasciarli morire.

La cosa interessante della questione è che in questo contesto si parla sempre della prevenzione della gravidanza, anche se questi vaccini abbiano come obiettivo un embrione già formato.

II. 4. Antiprogesterone

vedi Aborto chimico

II. 5. Altri

In questo gruppo si possono menzionare, per esempio, gli spermicidi, e specialmente quelli che contengono nonoxinol che può avere anche un effetto nocivo per l'embrione.

D'altra parte si sa, anche, che i fallimenti della legatura delle tube nella donna sono soprattutto gravidanze extrauterine, specialmente nelle tube, che generalmente finiscono col costare la vita al bambino non nato.

73. HSD hCG = heterospecies dimer. human chorionic gonadotropin

III Intercezione = contraccezione post coitale

= *Intercezione post coitale* = *pillola del giorno dopo* = *contraccezione di emergenza*

Definizione di intercezione (74):

"Nella ginecologia l'**intercezione** (anche chiamato **contragestione** o **contro-gestazione**) denomina tutti gli eventi che portano all'interruzione di una gravidanza tra la fecondazione e l'impianto, impedendo l'annidamento dell'embrione nell'endometrio." (Traduzione dalla Wikipedia in tedesco).

Con questo metodo, si prende dopo il rapporto sessuale - ma in qualsiasi caso prima di 72 ore (*dal rapporto*) - o una dose alta di un'associazione di estrogeni e progestinici oppure una dose alta di progestinici, in modo che l'endometrio si sviluppi rapidissimamente e dopo, con una caduta rapida del livello ormonale, si sfaldi. In tutto questo processo risulta, per l'embrione formato, impossibile annidarsi nell'endometrio.

Oggigiorno la contraccezione post coitale più corrente normalmente ha una dose alta di progestinici sotto forma di Levonorgestrel (= LNG, per esempio NorLevo®) (75) che ipoteticamente ha meno effetti secondari.

La pillola del giorno dopo è formata da 2 compresse con 0,75 mg di Levonorgestrel ognuna. Entrambe si prendono contemporaneamente o con un intervallo di 12 ore.

Aree di effetto di NorLevo®:

- Effetto sugli spermatozoi: limitazione della mobilità e della capacità di fecondazione ed ispessimento del muco cervicale; ciò avviene troppo tardi perché possa avere effetto mediante la pillola del giorno dopo.
- Inibizione dell'ovulazione, se si assume fino a tre giorni prima di questa.
- Ostacola anche l'impianto in almeno un 50 per cento, agendo sul corpo luteo, l'endometrio e la funzione delle tube (76).

L'efficacia (77) diminuisce col tempo:

- 95 per cento di efficacia nelle prime 24 ore;
- 85 per cento tra le 24 e le 48 ore;
- 58 per cento se si assume tra le 48 e le 72 ore;
- dopo 72 ore si ignorano i suoi effetti.

Contraccezione post coitale = intercezione: attualmente si riconosce più o meno come aborto precoce.

Anche l'intercezione post coitale si può realizzare con la RU 486, come già si è menzionato prima.

Teichmann commenta, al riguardo dell'intervento post coitale:

" In senso stretto non si aggiungono nella denominazione contraccezione le misure che si applicano post coitum per ostacolare una gravidanza ed il suo successivo sviluppo. Contro l'applicazione in questo modo di misure, generalmente anche chiamate intercezione post coitale, ci sono dubbi etici ragionevoli che tra un'interruzione della gravidanza e l'inibizione dell'impianto propria di questi metodi non ci sia alcuna differenza di gravità. In ogni caso si tratta di interventi che decidono sul destino dell'ovulo fecondato e della blastocisti che rappresentano già un primo stadio embrionale e nei quali pertanto c'è la potenza reale di trasformarsi in un essere umano. Tuttavia questi procedimenti post coitali, di fatto abortivi, si usano come misura di emergenza ed appartengono chiaramente al gruppo degli agenti terapeutici, benché in linea di massima non possano considerarsi metodi contraccettivi."(78)

73. HSD hCG = heterospecies dimer. human chorionic gonadotropin

74. <http://de.wikipedia.org/wiki/Embryo>

75. In Austria Vikela®, altri preparati sono Postinor®, Levonelle® o Plan®.

76. Rella, Walter: "Neue Erkenntnisse über die Wirkungsweise der 'Pille danach'", *Imago Hominis*, 2008, tomo 15, fascicolo 2, pag. 121-129.

77. http://www.sro.ch/a/fk/Notfal_832.asp.

78. Teichmann 1991

Non bisognerebbe dimenticare che la "pillola del giorno dopo" attuale è relativamente meno sicura rispetto alla contraccezione post coitale mediante lo IUD al rame, come si è menzionato prima.

Preparati:

- In passato: Tetragynon: etinilestradiolo e Levonorgestrel.
- La pillola normale, con gli aggiustamenti adeguati nel suo dosaggio, può impiegarsi come contraccettivo post coitale.
- Attualmente: per esempio, NorLevo® = Levonorgestrel.
- Bisogna prenderlo prima di 72 ore dopo il contatto sessuale

In Francia(79) la "pillola del giorno dopo" è procurata nelle scuole da infermiere abilitate e la stessa cosa è prevista in Germania(80). In Svizzera si può acquistare nelle farmacie senza ricetta.

Questo potrebbe servire ad ammettere il fallimento della contraccezione convenzionale tra gli adolescenti, poiché i C.O. hanno alti tassi di fallimento ed i preservativi non sono sufficienti (senza tenere già in conto la prevenzione dell'AIDS). Pertanto, rimane chiaramente solo la "contraccezione di emergenza."

Come si è spiegato già, anche RU 486 può essere usata come "pillola del giorno dopo" e lo IUD al rame è, come contraccezione di emergenza, molto più efficace della "pillola del giorno dopo."

IV. Riproduzione assistita

- FIV / ET

- ICSI

Un'altra delle minacce, apparentemente contraddittoria, è la riproduzione assistita moderna: poiché l'obiettivo della fecondazione in vitro (FIV) non è altro che quello di creare nuova vita. Nonostante ciò le FIV/ET sono chiaramente metodi che sfruttano e distruggono embrioni, a ciò si aggiunge la sperimentazione con embrioni, che in parte viola la legislazione regolatrice dei rispettivi paesi. Per questo tipo di metodi si dà un tasso di aborto del 20 per cento ed esiste un rischio di gravidanza ectopica del 3 per cento.

Bisogna rilevare che nella letteratura scientifica si indicano spesso solo i tassi di gravidanze biologiche; normalmente non si menziona invece il numero o la percentuale di nati vivi, i cosiddetti "bambini in braccio", probabilmente perché i risultati non sono troppo buoni. Ma per tale motivo si dovrebbero pubblicare sempre anche queste cifre, poiché in realtà la donna è interessata e paga unicamente per il bambino che può portarsi a casa e non per le gravidanze che si producono.

Già durante il controllo della fertilizzazione si scartano determinati embrioni che non hanno gli standard definiti, cioè, che normalmente si trasferiscono solo gli embrioni con due pronuclei.

A causa della diagnosi pre impianto (= diagnosi prenatale precoce) si scartano, inoltre, gli embrioni con malattie genetiche, ciò mostra che già qui, come nel controllo della fertilità, si sta discriminando tra chi è degno di vivere e chi non lo è.

Tutto il processo della riproduzione assistita relativizza ugualmente il rispetto alla vita umana

Anche la riduzione di gravidanze multiple, nel senso di feticidi selettivi o non selettivi nel caso di gravidanze con più di 3 bambini, è una minaccia per la vita non nata, una schizofrenica conseguenza del delirio della tecnica: si pretende di "creare vita" e, sul momento, si distrugge la vita formata ed inoltre secondo criteri arbitrari.

Il medico si trasforma così nel giudice che decide sulla vita o la morte.

Alcuni dati circa FIV/ET ed ICSI

FIV/ET:

- Tasso di gravidanza per ogni ciclo di FIV con trasferimento (*di embrioni*): 25-30 per cento, secondo l'età della paziente ed il numero di embrioni trasferiti.

79. i progenitori possono essere solo informati col consenso dell'alunna.

80. si raccomanda nelle farmacie senza ricetta.

- Bambini nati: 43 percento (*del 25-30% di gravidanze. n.d.t.*).
- Tasso di aborto: 20 percento.
- Rischio di gravidanza ectópica: 3 percento.
- Dopo la realizzazione di 3 trasferimenti di embrioni c'è un tasso di gravidanza globale tra il 50 ed il 70 percento.
- Tasso di gemelli per FIV: 20 percento.

Un'altra forma di riproduzione assistita è l'ICSI (iniezione intra citoplasmatica di spermatozoi, in inglese) cioè, FIV con la microiniezione di uno spermatozoo nell'ovulo.

ICSI:

- Tasso di fecondazione: 96-98 percento.
- Gravidanze cliniche: 26-27 percento, bambini nati da queste: 45 percento.
- Tasso di malformazioni: in caso di entrambi le malformazioni urogenitali, alto .
- "Il tasso di grandi malformazioni è, con un 8,63 percento nel gruppo ICSI, maggiore che quello del 6,77 percento del gruppo di controllo ed è costituito principalmente da malattie dell'apparato cardiovascolare e del tratto urogenitale esterno." (82)

Altre conseguenze della riproduzione assistita con minacce per la vita non nata

- Gravidanze multiple
- Feticidio selettivo
- Parti prematuri
- Diagnosi preimpianto (DP).
- Sperimentazione con embrioni.
- Sperimentazione con cellule staminali embrionali.
- Saviour siblings (fratelli salvatore).
- Clonazione.
- Embrioni sovrannumerari

È facile da comprendere che le gravidanze multiple ed i parti prematuri cui normalmente vanno incontro sogliono portare con sé le conosciute possibilità di danni per i bambini prematuri.

La D.P. porta ad una selezione degli embrioni malati che non verranno impiantati. Inoltre il bebè su richiesta deve possedere le caratteristiche genetiche desiderate mediante interventi sul DNA, tra le quali il sesso è solo una variante di questa manipolazione.

La **sperimentazione su e con embrioni**, specialmente con cellule staminali, ha già una grande diffusione nella nostra società. Per ciò si sacrificano gli embrioni che siano necessari.

I **saviour siblings** sono i "bambini o fratelli aiutanti o salvatori": si tratta di bambini fatti con l'aiuto della tecnica in vitro per "beneficiare" un fratello maggiore malato che abbia bisogno di tale trattamento, poiché sono geneticamente identici (gli embrioni che non siano identici vengono scartati).(83) Procacciano al loro fratello maggiore malato le cellule staminali necessarie per il trattamento.

La **clonazione** rappresenta il massimo della manipolazione della vita umana e si divide in *clonazione terapeutica e clonazione riproduttiva*.

Un problema particolarmente grave è il **gran numero di embrioni**:

Se non si destinano alla sperimentazione embrionale con cellule staminali o di altro tipo, sorgono per questi embrioni eccedenti i seguenti aspetti:

Chiamati "fiocchi di neve" negli USA, questi embrioni crioconservati sono destinati al commercio dall'adozione embrionale.

81. ET = Embryo Transfer.

82. Prof. Hans Georg Bender, presidente della DGGG, Unire-Frauenklinik di Düsseldorf, Prof. Klaus Diedrich, direttore dell'Unire-Frauenklinik di Lübeck, PD dr. Michael Ludwig, direttore dello studio ICSI.

"sdfootnote1sym#sdfootnote1sym"

Christoph Rehmann-Sutter, presidente della Nationale Ethikkommission (Commissione nazionale di etica) della Svizzera definisce questo fenomeno come una “estensione della libertà di procreazione, per esempio l'embryo-shopping” = “coscienza dell'autonomia dei clienti nel libero mercato”.(84)

Questa situazione è più facile da capire se si tiene conto che in USA sono immagazzinati 400.000 embrioni crioconservati. Benché l'adozione di embrioni nella cornice dell'embryo-shopping, perfino pensando altruisticamente, offre all'embrione un'altra opportunità di sopravvivere, l'espressione “coscienza di autonomia dei clienti nel libero mercato” indica già il carattere materialista di questa attività: l'essere umano é degradato alla categoria di una merce.

V. Metodi di trattamento medico

- Ablazione dell'endometrio: laser o termica .

Altre minacce risiedono anche in determinate tecniche di trattamento medico della ginecologia:

Nella cornice dei trattamenti medici in sé, cioè che non abbiano un obiettivo contraccettivo o abortivo precoce, l'ablazione dell'endometrio per coagulazione e, più recentemente, mediante laser (Gyne Láser) hanno un effetto inibitorio dell'impianto: può prodursi una fecondazione ed all'embrione, mancandogli l'endometrio, è ostacolato l'impianto. I fabbricanti di tali dispositivi occultano questi fatti ed i medici a malapena pensano (coscientemente od inconscientemente?) di informare le loro pazienti al riguardo. Si possono offrire e consigliare questi metodi, conoscendo i loro effetti benché siano non desiderati, senza informare degli stessi il possibile utente? Dove va a finire il tanto famoso consenso informato, il consenso dopo aver avuto tutta l'informazione necessaria?

Altre terapie che possono generare contrazioni uterine:

- Prostaglandina, soprattutto Cytotec, originalmente (*usato*) per la terapia dell' ulcera gastrica.
- Methergin (metilergometrina): contrae l'utero.
- Ossitocina: genera contrazioni ed aiuta nell'allattamento

VI. Stili di vita

Molti dei comportamenti ed atteggiamenti della nostra società concorrono in forme diverse alla minaccia della vita non nata. Di seguito si enumerano alcuni degli esempi più dannosi:

- Promiscuità
- Malattie a trasmissione sessuale (MTS)
- Tabacco (la nicotina ha un effetto antiestrogeno appena conosciuto) (85)
- Alcool
- Droghe (per esempio: LSD, cocaina)

È facile da dedurre che la *promiscuità* implica un rischio maggiore di contrarre infezioni, specialmente le MTS seguenti con conseguenze per la fertilità:

- Clamidia
- Gonorrea
- Sifilide
- HIV/AIDS

83. Zenit, 27-5-2008.

84. Rehmann-Sutter, Chr.: SÄZ 14, febbraio di 2007, "Embryos for esce."

85. In un studio di Rosenberg et Al. si dimostrò che lo spotting ed i sanguinamenti durante i cicli della pillola sono significativamente più frequenti in fumatrici che in non fumatrici. Gli autori l'attribuiscono all'effetto antiestrogeno della nicotina, che riduce il supporto dell'endometrio. Diminuisce anche la sicurezza contraccettiva, come già si descrive in un studio menzionato. I sanguinamenti non previsti portarono alle donne affette a smettere di prendere la pillola, che aumentò il loro rischio di gravidanza. Questo maggiore rischio di gravidanza per l'effetto della nicotina sembra essere chiaramente accettato. D'altra parte, anche gli autori pensano ad un possibile effetto inibitorio dell'impianto della nicotina.

In questo contesto le (*infezioni da*) clamidie sono di vitale importanza per il loro **effetto inibitorio dell'impianto e, pertanto, abortivo precoce**, causato dall'**endometrite** che generalmente non presenta emorragia e rimane non diagnosticata per lungo tempo. In seguito alla diagnosi e ad una terapia antibiotica, niente ostacola che possa insorgere una gravidanza.

La contraccezione ormonale aumenta il rischio di infezione da clamidia e gonococco del 70 per cento. (86)

Carlo Morrison et Al. (Family Health International, Carolina del Nord, USA) hanno determinato i seguenti rischi di *infezioni da* clamidie e da gonococchi: un RR di 3,9 per C.O.C. e di 13,7 per Depo Provera. (87)

Discussione

Che importanza hanno l'inibizione dell'impianto e l'aborto precoce? Esaminiamo la dichiarazione della negazione dell'aborto precoce della maggior parte degli anticoncezionali ormonali, dello IUD e dell'intercezione.

Per rispondere a questa domanda dobbiamo tornare indietro di alcuni decenni:

Due dichiarazioni di principi degli anni 60 influirono decisamente il destino della contraccezione:

Nel 1963, il Dipartimento di salute, educazione e benessere sociale degli USA definì l'aborto come "tutte le misure che mettano in rischio la sopravvivenza dello zigote (88) in qualunque stadio tra il momento della fecondazione e quello della conclusione del parto" (89)

Quattro anni prima si erano già verificati i primi tentativi di modificarla:

Questa definizione disturbava gli abortisti ed i promotori della pianificazione familiare, specialmente dopo che la ricerca nel campo della contraccezione incominciò già ad orientarsi dalla prevenzione della propria fecondazione verso i metodi di aborto precoce. Il suo obiettivo era, dunque, sfumare la frontiera tra gli effetti contraccettivi ed i metodi abortivi. Questo poterono ottenerlo solo cambiando il significato della parola concepimento. Con questa parola non bisognava oramai intendere la fecondazione - cioè, la fusione di ovulo e spermatozoo -, bensì da allora l'annidamento dell'embrione nell'endometrio. Questo movimento finì per ottenere che l'American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, pubblicasse nel 1965 sul suo primo Terminology Bulletin (Bollettino di terminologia) la seguente definizione:

"Il concepimento è l'annidamento di un ovulo fecondato" (90).

Sosnowski, presidente della Southern Association of Obstetricians and Gynecologists (Associazione di ostetriche e ginecologi degli Stati del sud, e membro dell'ACOG) rivelò questa strategia nel suo discorso come presidente nel 1984 a Marco Island (Florida, USA), intitolato "L'ansia esemplificante: li abbiamo capiti e compresi?", come segue:

86. Louv et Al.

87. Morrison, Chiacchiera et al.: "Comparing rates of chlamydia and gonorrhea infection associated with the use of the pill, Depo-Provera, and nonhormonal contraceptive methods", Sexually Transmitted Infections, 2004.

88. lo zigote è la cellula diploide che deriva dalla fusione dell'ovulo e dello spermatozoo e che contiene i cromosomi di entrambi i progenitori

89. "all measures which impair the viability of the zygote at any truffs between the instant of fertilization and the completion of lavoro."

90. "Conception is the implantation of a fertilized ovum." American College of Obstetricians and Gynaecologists: Terminology Bulletin, "Terms Used in Reference to the Fetus", Chicago: ACOG, settembre di 1965.

Così i primi 14 giorni dopo la fecondazione rimasero senza protezione, quello che fu di speciale significato nel suo momento per l'effetto come abortivo precoce dello IUD che si era negato veementemente per molto tempo. Come può osservarsi, anche questo è valido per i cosiddetti inibitori dell'ovulazione. Ma la problematica della fecondazione in vitro ed il trasferimento di embrioni traggono ugualmente profitto del limite dei 14 giorni, poiché la FIV e le ET distruggono molti embrioni e, in alcuni paesi, questo limite è stato liberalizzato per la ricerca con embrioni. Di qui si estrae la "lungimiranza" di questa definizione.

“chiedo loro di riflettere alcuni minuti, poiché voglio condividere alcune preoccupazioni personali su cose con le quali dobbiamo trattare e che, secondo la mia opinione, (probabilmente) non sono esemplari. Non è che mi piaccia generare polemica, ma queste questioni sono provocatorie per natura e, se tenessi solo per me queste inquietudini personali per evitare temi controversi, la mia coscienza non sarebbe tranquilla e non potrebbe dormire la notte. In altre parole: ci sono alcune situazioni che mi inquietano che stanno già qui e che noi dobbiamo superare.

Non credo che sia esemplare il giocare a contorsionismi semantici nella nostra professione. Ci sono espressioni come “aspirazione mestruale” o “regolazione mestruale” che mi sembrano inaccettabili, come il modo di pensare che sottostà a queste attività: cioè che si evita di riconoscere che si sono abortiti [*bambini*].

Credo che questo è tipico della nostra attuale società permissiva che assai poco insegna alle persone ad assumere la responsabilità dei propri atti.

Mi risulta anche molto difficile riconoscere la ridefinizione, scientificamente non giustificabile, della parola "concepimento", che è passato da essere la "fusione di ovulo e spermatozoo" allo "impianto dell'ovulo fecondato." L'unico motivo di questo cambiamento che posso vedere giace nel dilemma dello IUD, che benché spacciato come metodo contraccettivo può avere l'effetto di un metodo abortivo. Ora che lo IUD perde popolarità e al centro dell'attenzione si trova la fecondazione in vitro, torneremo a cambiare la definizione?

In presenza di tutti gli argomenti che si sono discussi e benché possa comprendere la maggior parte di essi, personalmente credo che non ci sia niente di esemplare nel risolvere i problemi delle gravidanze non pianificate interrompendole (*con l'aborto*). ... Penso anche che l'educazione sessuale può essere esemplare solo se non si incentra unicamente nella gran varietà di metodi e tecniche esistenti, ma anche sottolinea esplicitamente il rispetto che una persona deve mostrare all'altra e la responsabilità che ogni individuo ha per il risultato delle relazioni interpersonali [intime], e se lei ed io abbiamo il coraggio necessario ed osiamo essere retrogradi, antiquati, perfino puritani per consigliare ai giovani che ci chiedono se è una decisione accettabile dire ‘no.’”

Nello stesso articolo spiega anche:

"In modo sorprendentemente chiaro, un organismo rispettato come l'American Journal of Obstetrics and Gynecology respinge il cambiamento di nome dell'aborto e lo rivela come una tattica di camuffamento. In questo caso, queste dichiarazioni si riferiscono anche allo IUD, come all'intercezione e, in questo modo, anche alla “pillola del giorno dopo”.

La cosa interessante è che Sosnowski chiede una nuova ridefinizione, tenendo in considerazione la FIV, ora di attualità, che metta in primo piano la fecondazione. Allo stesso tempo ha il coraggio non solo di discutere una possibile disapprovazione da parte dei suoi pazienti, ma anche di reclamarla.(91)

Lauritzen nelle sue argomentazioni è sufficientemente onesto per riconoscere senza indugi che l'inizio della vita umana si situa nella fusione di ovulo e spermatozoo. Ciò che egli non menziona è la situazione risultante *che l'effetto inibitorio dell'annidamento della pillola*, che ostacola l'impianto dell'embrione, *distrugge la vita umana allo stesso modo dell' "aborto di una gravidanza"* dopo un impianto corretto.

Non dimentichiamo, inoltre, che quello che si abortisce non è una gravidanza, bensì un bambino non nato. Si tratta dunque di un gioco di manipolazione con le parole che contemporaneamente è un gioco con la vita dell'embrione. Così i termini prevenzione della gravidanza e contraccezione od anticoncezione, coi loro distinti significati, hanno provocato una grande confusione e molte stragi. Per lo meno i contraccettivi ormonali orali dovrebbero chiamarsi correttamente "contraccettivi-intercettivi" o qualcosa di simile per essere obiettivi anche verbalmente coi loro effetti reali.

91. Sosnowski 1984.

Teichmann dice dell'intercezione post coitale, abilmente, che presenta dubbi etici:

"Contro l'applicazione di questo genere di misure, generalmente anche chiamato intercezione post coitale, ci sono dubbi etici ragionevoli che tra un'interruzione della gravidanza e l'inibizione dello impianto propria di questi metodi non si abbia nessuna differenza di peso. In qualsiasi caso si tratta di interventi che decidono sul destino dell'ovulo fecondato e della blastocisti che suppongono già un primo stadio embrionale e nei quali pertanto giace la potenza reale di trasformarsi in un essere umano. Tuttavia questi procedimenti post coitali, in quanto abortivi, si usano come misura di urgenza ed appartengono chiaramente al gruppo degli agenti terapeutici." (92)

Su questo si dovrebbero sottolineare due aspetti:

- 1) Sebbene è certo che Teichmann si riferisce esplicitamente all'effetto inibitorio dello impianto dei preparati ormonali somministrati soprattutto come post coitali, per esempio, la "pillola del giorno dopo", non lascia qui allo stesso modo né in nessuna altra parte della sua opera qualche tipo di dubbio etico perché gli anticoncezionali orali più usati, come gli inibitori dell'ovulazione o la minipillola, abbiano lo stesso effetto, "decidendo il destino dell'ovulo fecondato e della blastocisti." (Ricordando un'altra volta la sua maniera di descrivere l'effetto distruttore degli embrioni.)
- 2) Che un medico con ogni serietà chiami "terapeutici" gli "abortivi" ed aggiudichi a preparati mortali che non curano assolutamente niente senza barlume di dubbio, una "appartenenza chiara" al "gruppo degli agenti terapeutici", suppone un'assurdità tale, che assai poco ha paragone nella storia della farmacologia.

Senza dubbio determinate pillole post coitali hanno, in confronto con le pillole più usate, un tasso di inibizione dell'impianto più elevato. Ma logicamente questo non cambia per niente l'importante fatto che è stato esposto prima: I preparati combinati o semplici, cioè i contraccettivi più impiegati, hanno anche componenti inibitori dell'impianto, un fatto innegabile ed indubbio.⁽⁹³⁾ *Per questa ragione la pillola è eticamente tanto sospettosa e riprovevole come l'intercezione post coitale!*

A causa dell'uso abituale della pillola, registrato per milioni, bisogna riflettere su ciò che segue: malgrado la parte intercettiva abbia una percentuale relativamente piccola, di qualche millesimo (vedere sopra), sicuramente è una causa più frequente, in numeri assoluti, di distruzione di vita dell'uso di pillola post coitale, in paragone moltissimo più infrequente.

Ugualmente "l'inizio determinabile obiettivamente della gravidanza" è stato già superato ampiamente dai progressi della medicina: Mediante il così detto "Early Pregnancy Factor" può essere rivelata attualmente una fecondazione molti giorni prima dell'impianto, in pratica tra 6 e 24 ore dopo la fecondazione! I difensori della teoria dell'impianto vengono smascherati, senza prove che giustifichino la loro manipolatrice definizione. Attraverso questa prova, obiettivamente possibile, dell'esistenza di vita umana nella "terra di nessuno" creata arbitrariamente tra la fecondazione e l'impianto, il termine "aborto di una gravidanza", in riferimento agli interventi realizzati dopo l'impianto, rimane in una posizione incerta.

Ogni tanto si è cercato di *occultare l'effetto come abortivo precoce della pillola*, deliberatamente perché una pubblicazione precoce e generalizzata di questo fatto avrebbe allontanato molte donne dall'uso della pillola. Questa tattica si utilizza nel campo del management come lo descrive B. Nathanson: "la manipolazione verbale precede sempre la manipolazione sociale". Quando la pillola è stata introdotta nel mercato come un metodo ipoteticamente non abortivo, la società moderna si abituò al suo uso, così anche dello IUD. Le successive scoperte sul suo effetto come abortivo precoce non impressionano oramai le persone, poiché la forza dell'abitudine è maggiore che le conoscenze ottenute posteriormente. Queste ultime ogni volta trovano meno ripercussione e finiranno per non fare effetto alcuno. Ugualmente ci stiamo abituando gradualmente al concetto della morte, come si manifesta tanto nell'aborto come nell'eutanasia attiva; sempre di più introducendo nel dibattito le cosiddette ragioni umanitarie.

92. Teichmann, A. 1981, pag. 165.

93. vedere sopra.

Si argomenta, anche, con concetti come quello del "male minore", che non tiene conto del fatto che non si può fare alcuna cosa di negativo (*il male*) per ottenere qualcosa di positivo (*il bene*)." Malgrado l'embrione subito dopo la fecondazione sia un essere molto più piccolo di un embrione di varie settimane, continua ad essere ugualmente una persona e ha lo stesso diritto alla vita come negli stadi successivi, nei quali il mortale intervento è più appariscente.

Circa la frequenza dell'inibizione dell'impianto può commentarsi la cosa seguente:

Se si tiene in conto che le ovulazioni impreviste si verificano almeno in un 7-10 per cento dei casi e che l'indice Pearl dei contraccettivi ormonali orali è di 0,2-6, possiamo concludere che si verificano molte più ovulazioni impreviste che gravidanze risultanti da esse. Indubbiamente non tutte le ovulazioni impreviste esitano in una fecondazione, ma sicuramente un numero abbastanza più grande di quello che accettano gli autori che si riferiscono (*al meccanismo d'azione*) al muco cervicale, poiché si può e bisogna mettere in dubbio l'efficacia del muco cervicale, come si è dimostrato prima (vedere pag. 12-13).

Bayle introdusse un apporto originale suggerendo l' "IDE" per il calcolo quantitativo dell'inibizione dell'impianto, anche se questo importante fatto ha trovato poco eco nel mondo scientifico. Tra l'altro, nella sua opera giunge alla seguente conclusione al riguardo dei 61 milioni di donne che calcolò che prendevano a quei tempi la pillola: "questo numero significa da 2 a 7 milioni di embrioni assassinati all'anno." (94)

Oggi giorno più di 100 milioni di donne prendono la pillola (95); il che, se facciamo i calcoli corrispondenti, concorderebbe con una distruzione di embrioni legata all'uso della pillola compresa tra 3,2 e 11,4 milioni all'anno.

Negli USA già da tempo gli attivisti pro aborto riconoscono l'effetto come abortivo precoce dei CO. Kahlenborn cita dal New York Times il giudizio, molto famoso allora, di "Webster contro Reproductive Health Services" della Corte Suprema, nel quale Frank Susman, per conto degli abortisti, rispose così alla domanda del giudice Scalia:

"I metodi usati più abitualmente per quello che oggi giorno conosciamo generalmente (96) come contraccezione, gli IUD e le pillole contraccettive a basso dosaggio, che sono le pillole più sicure che abbiamo a disposizione per il controllo della natalità agiscono anche come abortivi. Dalla prospettiva scientifica e medica, entrambe le denominazioni sono valide allo stesso modo. (97, 98)

94. Bayle, B. 1994.

95. Djerassi, Carl, Zürich, 2008.

96. in parlata comune.

97. Kahlenborn, C.: Understanding the Link between the Pill, Breast Cancer and Abortion. 1998, pag. 187 (Alderson Reporting Company: "Transcripts of oral arguments before court on abortion case." New York Times, 27-4-1989, pag B 13).

98. The New York Time of Thursday, April 27, 1989 carried a transcript of the oral arguments in the Supreme Court case of Webster v. Reproductive Health Services. On pB13 the following dialogue between Frank Susman, lawyer for the Missouri abortion clinics and Justice Scalia appears: "**Mr. Susman:** . For better or worse, there non longer exists any bright line between the fundamental right that was established in Griswold and the fundamental right of abortion that was established in Rode. These two rights, because of advances in medicine and science, now overlap. They coalesce and merge and they are not distinct.

Justice Scalia: Mi scusi, you find it hard to draw a line between those two but easy to draw a line between (the) first, second and third trimester.

Mr. Susman: I do not find it difficult --

Justice Scalia: I don't see why a court that can draw that line can't separate abortion from birth control quite readily.

Mr. Susman: If I may suggest the reasons in response to your question, Justice Scalia. The most common forms of what we generically in common parlance call contraception today, IUD's, low-dose birth control pills, which are the safest type of birth control pills available, act as abortifacients. They are correctly labeled as both. Under this statute, which defines fertilization as the point of beginning, those forms of contraception are also abortifacients. Science and medicine refers to them as both. We are not still dealing with the common barrier methods of Griswold. We are non longer just talking about condoms and diaphragms. Things have changed. The bright line, if there ever was one, has now been extinguished. That's why I suggest to this Court that we need to deal with one right, the right to procreate. We are non longer talking about two rights".

Tuttavia la cosa più importante non è il numero reale di inibizioni effettive dell'impianto, bensì il fatto per sé stesso. Citando A. Laun: "solo la possibilità di un tale effetto implica già un no categorico a livello morale". Aggiunge anche: "Benché questo [l'inibizione dell'impianto] sia solo unicamente una possibilità, tutte le persone che promuovono la contraccezione nella lotta contro l'aborto dovrebbero respingere con la stessa intensità tutti i metodi "contraccettivi" abortivi"(99), il che non accade quasi mai. Senza tenerlo in conto, la mentalità contraccettiva non ha ridotto il numero di aborti, bensì li ha perfino incrementati. Vediamo la statistica al riguardo dell'Inghilterra:

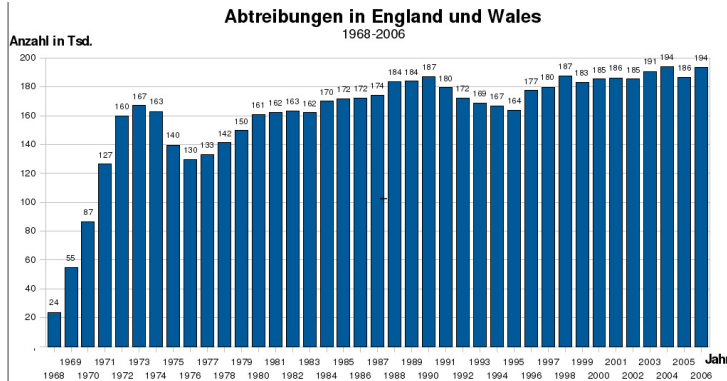


Illustrazione 2: numero di aborti in Inghilterra e Galles (1968-2006) (100)

In questo contesto si pone la seguente domanda: in presenza di una tale statistica, si può continuare a mantenere la posizione che l'ampia diffusione degli anticoncezionali è un metodo appropriato per frenare gli aborti? Non bisognerebbe piuttosto estrarre la conclusione contraria: che la crescita della contraccezione ha implicato un aumento del numero di aborti?

Possiamo riconoscere che insieme alla contraccezione post coitale ed all'intercezione, compresi la RU 486 ed al vaccino anti bambini, siamo arrivati ad una distruzione sempre di più perfezionata della vita umana prenatale, per contrasto con la prevenzione vera, sempre di più scarsa. A tutto questo bisogna aggiungere le tecniche di riproduzione assistita che incrementano ancor più la distruzione di embrioni per migliaia.

Si parla di una interpretazione in realtà abusiva dei processi riproduttivi umani, della sessualità come tale e, pertanto, della volontà del Creatore, poiché le vittime di questi atti sono gli innumerevoli non nati, ai quali fu negata la vita; ma anche i nati partecipanti che lo permettono attivamente o passivamente. Le conseguenze per tutti i coinvolti, per tutta l'umanità, sono incommensurabili. *Di fronte a questa situazione, l'Humanae Vitae è una delle pietre miliari più importanti di questa problematica mondiale!*

Sebbene sottolineiamo in modo particolare l'effetto inibitorio dell'impianto di determinati contraccettivi e rimarchiamo il loro valore non etico, dobbiamo anche essere consapevoli che non solo i metodi che agiscono come abortivi precoci, ma tutti i contraccettivi stanno in contraddizione con Humanae Vitae e, pertanto, dobbiamo respingerli.

99. Laun, A. 1991 (11).

100. il grafico mostra le cifre ufficiali dell'Istituto inglese di statistica.

B) Minacce della vita nata, specialmente della donna, causate dal controllo della natalità

Introduzione: "Le pillole uccidono" (101): problemi cruciali della contraccezione ormonale

In questo capitolo sono trattati i rischi e le malattie correlati con la contraccezione ormonale, dal maggiore rischio di infezioni passando per il suo effetto cancerogeno -benché in alcuni casi anche protettivo contro determinati carcinomi-, le malattie cardiovascolari, alterazioni del metabolismo, disfunzioni psichiche e sessuali fino alle possibili malformazioni ed alle conseguenze sull'ecosistema. Si prendono, anche, in considerazione i benefici della pillola e si stimano corrispondentemente.

Dalla prospettiva storica, bisogna ricordare che fino ai livelli più alti di direzione dei produttori, specialmente nell'impresa Searle (responsabile di Enovid) erano preoccupati per vari aspetti ed avevano molte reticenze sul lancio della pillola contraccettiva, che oggi si continua ancora a chiamare "pillola di controllo della natalità" nelle regioni anglofone (birth control pill). Queste reticenze non erano irrilevanti e si riferivano come minimo a due questioni: morale e Chiesa da una parte, e medicina ed effetti secondari dall'altra.

Temevano proteste massicce iniziali da parte della popolazione e logicamente anche dalle Chiese, soprattutto dalla Cattolica. Queste reticenze non erano infondate, poiché per esempio nello stato di Massachussets la semplice diffusione di informazione sulla contraccezione continuò ad essere proibita fino al 1972, cioè fino a 12 anni dopo l'introduzione della pillola! La compagnia Searle non temeva solo un boicottaggio ad Enovid, bensì anche a tutti i prodotti dell'impresa e, pertanto, una rovina economica totale. (Altre imprese si mantennero in attesa ed entrarono nel mercato all'ombra della Searle, ed unicamente dopo il pronto successo di Enovid.) Tuttavia i sondaggi di mercato (con articoli strategici in Readers Digest ed altre pubblicazioni) avevano mostrato che il prodotto avrebbe funzionato e non ci sarebbero state neppure tante proteste o queste sarebbero state trascurabili. Tutto il contrario: sembrava che il mercato lo stesse aspettando!

A questo si aggiunse anche che il ginecologo allora più conosciuto - e con distinzione -, John Rock, apparisse in modo quasi onnipresente in una grande varietà di riviste nordamericane come il portabandiera più illustre del suo campo; come cattolico dichiarato, era anche l'uomo più indicato per eliminare le possibili riserve previe che potesse trovare il prodotto. (Inoltre Rock era dell'opinione che la pillola, alla cui autorizzazione ed introduzione egli contribuì in larga misura, non era da considerare più che una variante del metodo del calendario, contro il quale la Chiesa non aveva avuto mai nessun problema. Rock credeva realmente che gli ormoni artificiali ritardassero solamente l'ovulazione ad un momento posteriore nel tempo.) Infine l'assenza di proteste aprì ad Enovid tutte le porte e portò all'impresa Searle benefici che si contarono in milioni: per esempio, nel 1964 l'utile netto fu di 24 milioni di dollari.(102)

Prima che Enovid fosse introdotto nel mercato nordamericano come un preparato puramente contraccettivo nel maggio del 1960, era stato somministrato già per tre anni come agente terapeutico contro i dolori mestruali.(103)

101. Col titolare "Pills kill" i giornali sensazionalisti nordamericani causarono negli anni 70 una certa polemica e dibattito per un tempo, benché poco dopo tornasse a cadere nella dimenticanza.

102. in ancora maggiori dimensioni, gli azionisti di Syntex poterono ottenere incredibili benefici. L'impresa, del quale Carl Djerassi era il direttore di ricerca, entrò nel crescente mercato nordamericano con due anni di ritardo, ma con forza. Con una marca propria e la concessione di due licenze, a Parke-Davis ed Ortho, già a metà degli anni 60 aveva conquistato grandi parti del mercato. Il valore emesso iniziale per azione di 2 dollari salì fino ai 8.000 dollari di 1993. Dietro B. Asbell, si commercia di un caso senza paragone nella storia "borsistica", Asbell, B.: Die Becchi, pag. 214. Carl Djerassi chiama il suo terreno di quasi 5 milioni di mq, molto bene situato, il "rancio SMIP" ("Steroids Made It Possible" o "Syntex Made It Possible", cioè: gli steroidi / Syntex lo resero possibile, (Asbell, B.: Die Pille, pag. 148.

103. Enovid era una combinazione di principi attivi con un totale di 10 mg di ormoni sintetici: 150 µg di mestranol e 9,85 mg di noretinodrel, di lì la denominazione "pillola combinata", dell'inglese "Combined Orale Contraceptive" o "COC". Il facile cattivo uso dell'agente terapeutico come metodo contraccettivo si diffuse velocemente per l'isola, in modo che il numero di supposte "disfunzioni" della mestruazione crebbe drasticamente.

In confronto ad Enovid, in Anovlar la dose ormonale era diminuita notevolmente. In Schering sulla base di un'ammirabile ricerca sugli steroidi che stavano realizzando dagli anni 20, erano sicuri che le quantità di ormoni di Anovlar sarebbero sufficienti.

Nonostante, studi della fine degli anni 50 in Porto Rico portarono alla luce un grave problema: sebbene era certo che Enovid poteva sopprimere l'ovulazione con un successo eccezionale, questo successo era accompagnato da alcuni effetti secondari di tale grandezza che la pillola contraccettiva stette per fallire già nelle prime fasi. Col tempo si era giunto alla conclusione che era impensabile immettere questo prodotto sul mercato.

In relazione diretta con questi gravi effetti secondari, c'erano anche altri due problemi basilari: in primo luogo, bisogna assumerlo regolarmente; ed in secondo, si somministra a donne completamente sane. Questi tre problemi (effetti secondari, somministrazione a persone sane ed una assunzione incomparabilmente molto lunga) si sono mantenuti per mezzo secolo dopo la comparsa della pillola fino ad oggi nella stessa misura. Ma così come mostrano i tassi di mortalità, sembra che la gente si sia abituata completamente: la morbilità e la mortalità sono accettati da tempo, da parte dei medici come della popolazione, con una naturalezza e rassegnazione, che con difficoltà possono definirsi razionali. In paragone, c'è probabilmente solo un altro prodotto rispetto al quale si è tanto tolleranti ed indulgenti: il farmaco per l'erezione "Viagra" ed i suoi equivalenti della concorrenza "Cialis" e "Levitra." Viagra causa la morte di uno ogni 20.000 uomini che l'assumono.(104)

Non invano era chiaro già dall'inizio che non si trattava oramai più di una medicina che si impiega contro un male, bensì di semplice protezione, il che allora fu quasi infame. Come mostra il mercato, che non ha cambiato e fino ad oggi continua ad essere fiorente, tutti i dubbi e le reticenze vengono messi chiaramente e senza problemi in secondo piano, e si accettano anche gli effetti secondari. Questo riguarda tanto i medici che lo prescrivono come, logicamente, le donne che lo assumono.

Nel caso dei contraccettivi, sembra d'essersi convertita in normalità l'accettazione di sorprendenti eccessive esigenze ed il sopportarle pazientemente. La situazione sembra non avere freno né davanti alla mortalità che si accetta con una facilità difficile da credere razionalmente, poiché i tassi di mortalità, conosciuti e consultabili da tempo, non solo non hanno fatto saltare nessun allarme, ma furono accettate insolitamente, benché siano 20 volte maggiori che quelle di "Lipobay", il prodotto della Bayer che finì per essere ritirato.

Alla fine degli anni 50 a Berlino, nell'azienda Schering non erano neanche sicuri di quello che la compagnia poteva aspettarsi dal mercato e dall'opinione pubblica. Nel febbraio del 1961, l'azienda approfittò dell'opportunità di sorpassare la Searle in Australia e portare il proprio prodotto, "Anovlar", alle valutazioni ginecologiche ed alle donne. L'esperienza realizzata fu che le proteste australiane sembrarono limitarsi a due medici cattolici, gli unici che si opposero ad un successo di vendite eccezionale. Dopo questa prova, la Schering osò il lancio di Anovlar nel mercato europeo il 1-6-1961. Come si mostrò negli anni seguenti, l'azienda ebbe, anche, nel suo paese di origine un autentico successo senza precedenti, nonostante tutte le reticenze avute e la relativa "stanchezza della pillola" che seguì negli anni 70.

Già alla fine degli anni 60 fu pubblicato il libro *The case against the Pill* di Bárbara Seaman, in USA, edito nell'area germanofona sotto il titolo *Ärzte contra Pille*.(105) Appena si pubblicò la versione tedesca, sparì dal mercato, ciò attrasse tutti gli sguardi; il libro si trasformò in un bestseller anche in USA. A quei tempi non si poteva avere neanche un solo esemplare per i critici.

Nel suo libro Bárbara Seaman, giornalista scientifica, intervistò ginecologi di fama degli USA sugli effetti secondari della pillola e li mise per iscritto, ciò provocò nel suo momento un calo nelle vendite della pillola in USA (106). Benché lì la stampa sensazionalista pubblicasse titoli come "La pillola uccide", in Europa non cessò la comparsa di notizie sui suoi effetti secondari, in parte molto gravi, da più di quaranta anni e pochi anni fa un studio della WHI causasse grande agitazione, niente ha potuto fermare il successo della contraccettione ormonale, e specialmente del metodo più popolare. Di seguito si vedrà quello che la medicina e, logicamente le donne, sono disposte ad accettare in cambio.

104. agenzia del farmaco

105. Bárbara Seaman, 1970.

106. vedi il capitolo "Pillen killen" del libro *Die Pille* (La pillola) di Bernard Asbell, pag. 356.

Che cosa è la pillola?

La pillola è un derivato del cortisone. Del cortisone si conosce che è antiinfiammatorio, ma contemporaneamente facilita le infezioni.

Facilitazioni delle infezioni della pillola

Queste infezioni colpiscono la cervice, come l'endometrio e le tube.

Chi assume la pillola ha un RR (rischio relativo) di 3,0 di soffrire di cerviciti.

Favorisce specialmente:

- CLAMIDIE (RR 2,5 Tü)
- con la conseguenza di maggiore probabilità di:
- GRAVIDANZE ECTÓPICHE, ABORTO NATURALE E PARTO PREMATURO.
 - STERILITÀ.
 - VIRUS DEL PAPILOMA UMANO con la conseguente maggiore probabilità di
 - CARCINOMA CERVICALE.
 - HIV con la conseguenza di
 - AIDS
 -

Secondo Louv et AA., i Contraccettivi Orali aumentano il rischio di infezione di clamidia in un 70 per cento.

Charles Morrison et AA. (Family Health International, Carolina del Nord, USA) hanno determinato i seguenti rischi delle clamidie e dei gonococchi: un RR di 3,9 per COC e di 13,7 per Depo Provera (107).

Il Deutsches Ärzteblatt conferma, anche, questo favorimento delle infezioni causato dai CO (108): "la maturazione delle difese immunitarie nel tratto genitale non si completa e, nelle giovani fumatrici, si vede già rarefatta di per sé. Inoltre il rischio di infezione per CT (109) è maggiore con contraccezione ormonale (con l'assunzione della pillola contraccettiva); la sua comparsa può essere fino ad otto volte più frequente."

I tassi di diagnosi di clamidia nelle cliniche di malattie urogenitali (110) in Scozia sono aumentate in modo sproporzionato nella popolazione giovanile. Durante il 2002, I tassi nei maschi si sono alzati in quelli compresi tra i 20 ed i 24 anni (842/100,000), mentre nelle donne si sono innalzati in quelle tra i 16 ed i 19 anni (1209/100,000).

La prima annessite, infiammazione delle tube, riduce già la fertilità in un 20 per cento.

In quanto alla trasmissione di HIV ed altre MTS, l'Alan Guttmacher Institut spiega:

"ci sono fattori biologici che aumentano il rischio delle donne nella loro adolescenza di soffrire di MTS (malattie a trasmissione sessuale): 'le donne giovani contraggono più facilmente che le maggiorenni MTS perché dispongono di meno anticorpi protettivi e la poca maturità della loro cervice facilita la trasmissione di un'infezione'" (111).

La tecnica nella medicina favorisce così la sterilità, con la conseguente fecondazione in vitro e trasferimento di embrioni.

107. Morrison, Chiacchiera et al.: "Comparing rates of chlamydia and gonorrhea infection associated with the use of the pill, Depo-Provera, and nonhormonal contraceptive methods", Sexually Transmitted Infections, 2004.

108. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102: A 2021. 2025 [n° 28. 29]

109. CT = Chlamydia trachomatis.

110. GUM = genitourinary medicine = medicina urogenitale

111. There are biological factors which heighten the risk of STIs for young women in their teens: "Young women contract [STIs] more easily than adults because they have fewer protective antibodies and the immaturity of their cervix facilitates the transmission of an infection". Alan Guttmacher Institute: Sexually Transmitted Diseases Hamper Development Efforts. AGI 1998.

http://www.agi-usa.org/pubs/ib_std.html

RISCHIO DI CANCRO

- CERVICALE
- ENDOMETRIALE
- OVARICO
- DELLA MAMMELLA
- DEL FEGATO

CERVICALE**Carcinoma cervicale**

Molti studi confermano la relazione tra l'assunzione di CO e la formazione di un carcinoma cervicale. Si formano lievi cambiamenti benigni dopo la sospensione della pillola che diventano più evidenti fino a 2-3 anni dopo la sospensione fino a formare un carcinoma. Inoltre si è potuto osservare una correlazione con la durata dell'assunzione e la potenza della pillola. Ugualmente è interessante che, secondo le statistiche, il fumare 20 sigarette o più aumenta significativamente il rischio di carcinoma cervicale fino a 3 o 4 volte. Anche l'alcool è responsabile proporzionalmente di displasia severa.(112) Con una assunzione della pillola per dieci anni, Brinton et AA: poterono osservare un rischio di carcinoma cervicale di 1,82 (82 %) (113) con una assunzione tra 5 e 9 anni di 1,37 (37%) ;(114) nel caso in cui la assunzione incominciasse prima di compiere i 20 anni, il rischio è di 1,28, (28%) .(115)

Parazzini et al.. trovarono che, dopo avere preso la pillola per più di due anni, il rischio di formazione di un carcinoma cervicale era di 1,83, cioè un 83%, e nel caso che avesse incominciato la assunzione prima di compiere i 25 anni, di 1,49 (49%).(116)

Secondo Daling et al. il rischio di carcinoma cervicale con una assunzione di CO per più di 5 anni è di 1,3 (30%); se si incominciò a prendere la pillola prima dei 17 anni, il rischio raggiunge 2,3 (130%), cioè più del doppio.(117)

Uno studio di Ursin et al. ha dimostrato un rischio raddoppiato (2,1) con l'assunzione di CO anche di adenocarcinoma cervicale (una forma rara del cancro cervicale); dopo una assunzione di più di 12 anni, il rischio è perfino 4,4 volte maggiore.(118) Per l'adenocarcinoma (compreso il carcinoma adenosquamoso) Thomas et AA. poterono osservare un rischio di 2,2 (120%) con una assunzione di CO di più di 8 anni ed un rischio di 3,3 (220%) se la assunzione incominciò prima di compiere i 20 anni.(119) Fino ad allora si era supposto che unicamente il CO facilitava la formazione del carcinoma di epitelio piatto cervicale.

Potè osservarsi, anche, che i CO agiscono come co-fattori potenziatori del cancerogeno virus del papilloma (HPV), come dimostrano diversi studi.(120)

Nel summit clinico europeo dell' HPV del 1998 di Vienna si verificò che si poteva registrare un aumento dell'adenocarcinoma cervicale invasivo in Europa. Il carcinoma cervicale in sé poteva essere attribuito ad un'infezione cronica per l' HVP. Secondo Bosch il virus aumenta 65 volte il rischio di un carcinoma cervicale e, se si tratta del tipo di alto rischio HPV-16, il rischio aumenta fino a 130 volte.(121) Se si prendono in considerazione i CO - come abbiamo descritto già - come co-fattori potenziatori dell'effetto dell'HPV, la pillola svolgerebbe un importante ruolo nella formazione del carcinoma cervicale.

112. Beral et a quello., 1989. Guhr, 1972. Harris et a quello., 1980. Ory et a quello., 1977. Peritz et a quello., 1977.

Rabe e Runnebaum, 1986. Vessey et a quello., 1983. . La Vecchia et a quello., 1986

113. Brinton et al. 1986.

114. Brinton et al qu. 1990.

115. Brinton et al. 1986.

116. Parazzini et al. 1990.

117. Daling et al. 1996.

118. Ursin et al., 1994.

119. Thomas et al. 1996.

120. Pater et al., 1990. Nature, 1988, 335, 765 e 832. Stanimirovoc B., 1990 The role of human papillomaviruses among the risk factors for cervicale carcinoma.

121. Sexualmedizin 1998.

L'IARC, Centro Internazionale di Ricerche sul Cancro, considera i COC come cancerogeni per gli esseri umani, tra l'altro anche in relazione col carcinoma cervicale. (122)

Tuttavia, anche indipendentemente dall'infezione da HPV, la pillola facilita il carcinoma cervicale. Un gruppo internazionale di ricercatori potè dimostrare che le donne che avevano assunto CO per più di 5 anni avevano un rischio relativo di carcinoma cervicale invasivo di 1,9 (90%), in paragone con le donne che non avevano usato mai la pillola. Il rischio aumentava con la durata del trattamento ed il maggiore si trovò nelle donne che la stavano assumendo nel momento dello studio (current users). La presenza dell'HPV (tanto positiva come negativa) praticamente non aveva importanza.(123)

Sono anche interessanti i ritrovamenti di un grande studio di Herrero et al. che mostrò che le donne alle quali si erano somministrati progestinici iniettabili (124) per 5 anni o più avevano un rischio da 2,4 a 3,0 volte maggiore di formazione di carcinoma cervicale. Le utenti di lungo termine di progestinici iniettabili che non avevano ricevuto nessuna iniezione negli ultimi 5 anni presentavano un rischio relativo di 5,3. Gli autori spiegano questo rischio elevato per le difese immunitarie che, diminuite per l'effetto dei progestinici, potrebbero creare per l' HPV ed altri agenti infettivi un ambiente favorevole allo sviluppo del loro effetto cancerogeno.(125)

La monografia dell'IARC del 2007 conferma, a partire da un metanalisi, la cancerogenicità dei CO in quanto al carcinoma cervicale con la durata dell'esposizione fino ad un rischio relativo di 3,3 dopo più di 10 anni di assunzione.(126)

Sappiamo oggi che più si sviluppa un carcinoma cervicale quanto più precoce sia stato il primo rapporto sessuale, meno pulito sia il primo partner e più frequente sia il cambiamento di compagno. Naturalmente questo comportamento sessuale dipende in larga misura dalla contraccezione moderna.

Un altro fattore di rischio è, insieme al tabacco (vedere sopra), un sistema immune depresso (malattie autoimmuni, AIDS).

È la contraccezione moderna, specialmente la "pillola", quella che fomenta da un lato le relazioni sessuali precoci ed il cambiamento di compagno, e dall'altro facilita la formazione del carcinoma cervicale attraverso la trasmissione dell' HPV. Nonostante, oggigiorno esiste un vaccino contro questo virus, col quale sembra che il circolo tenda a chiudersi. Ma solo in apparenza, poiché si tratta di un pesce che si morde la coda. La cosa più logica sarebbe, dal punto di vista medico., eliminare un fattore di rischio tanto evidente come la contraccezione ormonale.

Nel corso "Prevenzione e vaccini contro l' HPV. Un'introduzione" del primo semestre dell'anno 2007/2008 della Geburtshilflich-gynäkologischen Klinik della clinica universitaria di Tubinga (Germania), nel capitolo "Che relazione c'è tra l'HPV ed il carcinoma cervicale?" si commentò in questo modo (127):

122. V Cogliano, E Grosse, R Baan, K Straif, B Secerne, F El Ghissassi per il Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro dell'OMS: "Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment", *Lancet Oncol* **6** (2005), pag. 552.553.

123. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Green J., *Lancet* 2007; 370: 1609-1621.

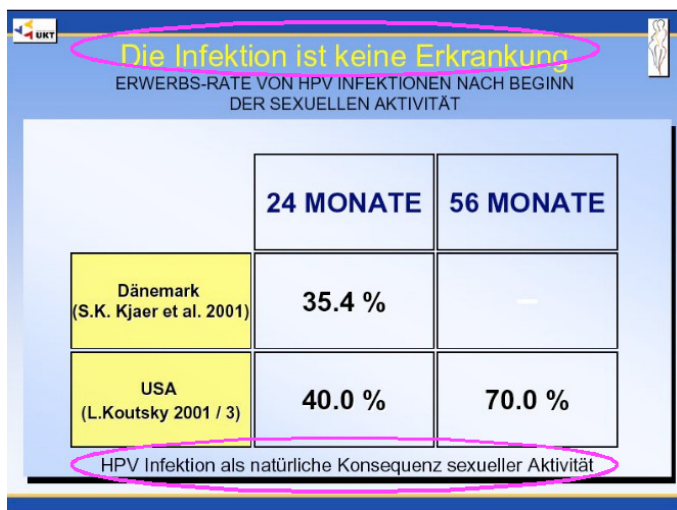
124. soprattutto MAPD, acetato di medroxiprogesterone di deposito [Depo Provera] o enantato di noretindrone.

125. Herrero et Al.

126. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans "Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy", *The Lancet Oncology*, volume 91 (2007)

127. Presentazione del corso della Geburtshilflich-Gynäkologische Klinik, università di Tubinga, 21-1-2008. A. Nauth: "Vorsorge & HPV-Impfung. Ein Überblick."

Rimarchiamo specialmente due delle affermazioni che si fecero:



Die Infektion ist keine Erkrankung
ERWERBS-RATE VON HPV INFEKTIONEN NACH BEGINN DER SEXUELLEN AKTIVITÄT

	24 MONATE	56 MONATE
Dänemark (S.K. Kjaer et al. 2001)	35.4 %	—
USA (L.Koutsky 2001 / 3)	40.0 %	70.0 %

HPV Infektion als natürliche Konsequenz sexueller Aktivität

1. "L'infezione [da HPV] non è una malattia" (prima riga) e
2. "L'infezione da HPV come conseguenza naturale dell'attività sessuale" (ultima riga).

Di seguito si fa propaganda del vaccino contro l'HPV, benché si riconosca che il vaccino contiene solo un massimo di quattro tipi di virus, tra i quali i virus ad alto rischio 16 e 18, presenti nel 70 per cento dei casi di carcinoma cervicale ed altri tipi di tumori maligni. Mediante questo vaccino, dunque, può evitarsi il carcinoma cervicale solo fino ad un 70 per cento dei casi.

Da qui deriva la contraddizione seguente:

un'infezione che può esitare in un carcinoma in una certa percentuale di casi, causata dall'HPV, un virus di un livello patologico notoriamente alto, non si considera malattia. Inoltre si aggiunge che bisogna considerare l' HPV come una "conseguenza naturale dell'attività sessuale."

Che l'infezione è conseguenza dell'attività sessuale non lo metteremo in dubbio. Che si veda come una "conseguenza naturale" dell'attività sessuale suggerisce che qualunque attività sessuale è qualcosa di normale con chi sia e quando sia. Attualmente si sa che le infezioni del tratto genitale degli adolescenti si trasmettono più facilmente per il precario sistema immunitario di questi e per la mancanza di maturità delle cellule cervicali tipica dell'età.⁽¹²⁸⁾ Pertanto, l'attività sessuale dei giovani non è una cosa innocua e, di conseguenza, neanche l'infezione da HPV è una "conseguenza naturale dell'attività sessuale." Si pone la domanda se, tenendo ovviamente in conto il rischio maggiore di trasmissione di infezioni in questa età, non dovremmo sconsigliare ai giovani la pratica sessuale e la promiscuità. Ma non si sente neanche una parola in codesto senso! Benché oggi sia disponibile il vaccino contro l'HPV che si raccomanda senza eccezione. Tuttavia, il vaccino non ha effetto nel 30 per cento delle vaccinate, poiché contiene solo 2 (vaccino Cervarix®) ⁽¹²⁹⁾, o 4 (Gardasil®) ⁽¹³⁰⁾, dei più di 100 tipi di virus conosciuti.⁽¹³¹⁾ Questo 30 per cento di donne restanti possono contrarre un carcinoma cervicale, nonostante il vaccino, mediante la trasmissione degli HPV non compresi nel vaccino, che in alcuni casi la prevenzione non può evitare. Possiamo trovare anche esempi di ciò.

¹²⁸ There are biological factors which heighten the risk of STIs for young women in their teens: "Young women contract [STIs] abiti easily than adults because they have fewer protective antibodies and the immaturity of their cervix facilitates the transmission of an infection". Alan Guttmacher Institute: Sexually Transmitted Diseases Hamper Development Efforts. AGI 1998. (http://www.agiusa.org/pubs/ib_std.html, ¹²⁹ Cervarix® immunizza contro i tipi VPH-16 e 18.

¹³⁰ Gardasil® è un vaccino tetravalente ed immunizza contro i tipi VPH-6 e 11, responsabili della formazione di cambiamenti benigni nell'area anogenital, come i VPH-16 e 18 (virus di rischio in un 70 per cento per il carcinoma cervicale).

¹³¹ il vaccino dell' HPV contro il cancro del collo uterino, discutibile dalla prospettiva sanitario-politica. Discorso in **22. INER-Tagung, Oberbozen, 4-5-2008 / Prof. Dr. Walter Rhomberg, Bludenz.**

A parte il fatto che, almeno secondo la comprensione contemporanea della medicina, i vaccini si impiegano contro le infezioni patologiche, si corre il pericolo che le ragazze giovani abbiano un falso senso di sicurezza vaccinandosi, benché loro sia raccomandato di continuare ad usare protezione (*condom*).

Questo è un grave scandalo nella cornice della nostra società permissiva, appoggiata dalla medicina che include questo tipo di affermazioni nel curriculum di una facoltà di medicina. Il permissivismo sessuale si fortifica in questo modo e si accetta il rischio di un'infezione severa da HPV in questa età di per sé vulnerabile.

ENDOMETRIALE

Carcinoma endometriale

I preparati combinati ad alto dosaggio offrono protezione contro il carcinoma endometriale, specialmente in donne nullipare.(132)

Altri studi confermano questo effetto protettivo dei CO: Orly et Al. poterono osservare nel più grande studio al riguardo (CASH) un rischio minore del 40 per cento (0,6) per le donne che li avevano assunti rispetto a quelle che non li avevano mai assunti. Con un'assunzione di 10 anni comunque 20 anni dopo la prima assunzione, il rischio diminuisce del 60 per cento (0,4).(133)

In quanto ai periodi a lungo termine dopo la sospensione dell'uso della pillola, Levy et al.(134) e Jick et al.(135) confermano un effetto protettivo della pillola dopo 10 anni di avere lasciato l'assunzione di CO (0,3 [70 per cento] e 0,35 [65 per cento] rispettivamente); tra 11 e 19 anni dopo, la riduzione del rischio era di 0,4 (60 per cento) e 0,45 (55 per cento) rispettivamente; e 20 anni dopo era ancora di 0,8 (20 per cento) e di 0,62 (38 per cento) rispettivamente.

Sembra che l'effetto protettivo della pillola continui a decrescere col tempo, specialmente 20 anni dopo averla lasciata.

Secondo Henderson et Al. i CO combinati che contengono estrogeni ed alte dosi di progestinici, proteggono dal carcinoma endometriale solo le donne magre.(136)

Al contrario, i contraccettivi orali aumentano il rischio di contrarre due carcinomi endometriali abbastanza infrequenti: il coriocarcinoma e la mola idatiforme invasiva, tumori che possono sorgere durante la gravidanza. Palmer poté osservare che un'assunzione di CO di cinque anni o più, aveva come conseguenza un rischio 6 volte maggiore di coriocarcinoma ed un rischio 2,8 volte maggiore di mola idatiforme invasiva.(137)

Il dr. Larry Maxwell informò nell'incontro annuale della Society of Gynecologic Oncologists del 2004 che i CO ad alta potenza avevano un effetto protettivo contro il carcinoma dell'endometrio un 70 per cento maggiore in donne con IMC elevato (>25) dei CO ad alta potenza. Questo riguarda solo i progestinici.(138)(139) Così, l'effetto protettivo dipende in parte dal dosaggio, così come osservarono Schildkraut et Al. nel caso del carcinoma ovarico.

132. Kaufman et al.,1980. Hulka et al., 1982. The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study, 1983.

133. Ory et al. 1987.

134. Levy et al. 1991.

135. Jick et al. 1993.

136. Henderson et al. 1993.

137. Palmer 1991.

138. Endometrial cancer: high-potency OCPs in heavier women protective, OB/GYN News, 15-4-2004 per Kate Johnson.

139 G.L. Maxwell et al.: "Progestin and estrogen potency of combination oral contraceptives and endometrial cancer risk", Gynecologic Oncology, volume 103, n° 2, novembre 2006, pag. 535.540.

OVARICO**Carcinoma ovarico.****CARCINOMA EPITELIALE.****- Effetto Protettivo**

- Per più di 15 Anni.
- Dalla pillola combinata.
- La Protezione scompare dopo 20 Anni

Ma:

TUMORI OVARICI A CELLULE GERMINALI: FACILITAZIONE = RISCHIO DOPPIO

Weiss et Al. osservarono nel 1981 che un'assunzione di 4 anni o più di CO aveva un effetto protettivo contro lo sviluppo di un carcinoma ovarico.(140)

Uno studio di Centers of Disease Control rimarcava che il rischio di carcinoma ovarico diminuiva con gli anni di uso di CO e si manteneva basso perfino dopo avere lasciato la pillola.(141) Gli autori suppongono che l'uso di CO evita annualmente 1.700 casi di carcinoma ovarico negli USA.

Secondo Rabe e Runnebaum, "l'effetto positivo della pillola combinata contro i carcinomi endometriale ed ovarico" si basa "su risultati di studi nei quali si impiegarono preparati ormonali ad alto dosaggio, cioè 50 mcg o più di etinilestradiolo. È possibile che, con l'uso della micropillola, gli effetti protettivi positivi si vedano ridotti in relazione coi tipi di carcinoma menzionati. Converrebbe aspettare i risultati di studi prospettici più ampi."(142)

Nel 1991, Rabe et al., nella presentazione dei risultati dello studio multicentrico dei CO in Heidelberg circa i fattori di rischio della contraccezione ormonale in Germania, fecero questo commento :

"Con un dosaggio da 20 a 30 µg di etinilestradiolo si è raggiunta un zona limite che offre un controllo del ciclo sufficiente e sicurezza contraccettiva con una somministrazione contemporanea di progestinici. Tuttavia, ancora non può stimarsi se queste combinazioni mantengono un effetto protettivo positivo nei confronti dei carcinomi endometriale ed ovarico. Se si continua a ridurre la dose di etinilestradiolo è abbastanza plausibile che, malgrado si mantenga l'effetto contraccettivo, si diminuisca o sparisca l'effetto protettivo contro il carcinoma ovarico a causa delle ovulazioni non previste.(143)

Hankinson et al. realizzarono un metaanalisi e mostrarono che le donne che qualche volta avevano preso la pillola godevano di una riduzione del rischio globale del 36 per cento per il carcinoma ovarico rispetto a quelle che non l'avevano presa mai; ed una riduzione del 50 per cento se l'assunzione era durata 5 o più anni. La riduzione si manteneva fino a 10 anni dopo la sospensione del CO.(144) I dati analizzati provenivano dagli anni 60 e 70, quando abitualmente la dose di estrogeni e progestinici erano maggiori che negli anni 80 e 90.

La riduzione del dosaggio ha implicato un'attività ovarica maggiore, poiché ogni volta sono più ovulazioni non previste.

Goldzieher espresse nel 1994 la seguente opinione: "la protezione contro questi tipi di carcinomi riproduttivi (come l'ovarico e l'endometriale) si verificò ripetutamente nei contraccettivi orali ad alto dosaggio, ma fino ad oggi ancora non nei contraccettivi orali con dosaggi minori."(145)

140. Weiss et a quello. 1981.

141. CDC Cancro and Steroid Hormone Study 1983.

142. Rabe e Runnebaum, 1986.

143. Rabe et a quello. 1991.

144. Hankinson et a quello., 1992.

145. Goldzieher 1994.

Henderson et al. menzionano nel 1993 l'effetto protettivo dei CO combinati contro i carcinomi endometriale ed ovarico, ma dicono contemporaneamente che la maturazione del follicolo è il fattore decisivo per il carcinoma ovarico, e non tanto l'ovulazione.(146)

Secondo le conoscenze più attuali, coi CO a basse dosi il follicolo matura e, in parte, si ha un'ovulazione (che, come sappiamo, è preceduta da una maturazione del follicolo) più spesso che prima, in modo che la protezione contro il carcinoma ovarico dovrebbe essere molto minore di quella che si dava anteriormente.

A questo bisognerebbe aggiungere - anche per il carcinoma endometriale - la questione della riduzione del rischio a lungo termine dopo la sospensione della pillola, che Rosenberg et al. analizzarono in un studio caso/controllo nel 1994. In questo studio esaminarono donne con carcinoma ovarico epiteliale che avessero assunto la pillola per almeno tre anni e che l'avessero sospesa in periodi di tempo differenti.

Ottennero i seguenti risultati:

Tempo dopo l'ultima assunzione di C.O. (anni)	Rischio Relativo
Nessuna Assunzione	1,0
< 15	0,4
15 – 19	0,5
>20	0,8

Similmente al carcinoma endometriale, l'effetto protettivo della pillola diminuisce man mano che passano gli anni dall'ultima assunzione.

I risultati sull'effetto protettivo della pillola si riferiscono nella maggiore parte al carcinoma ovarico epiteliale. Nel caso dei carcinomi non epiteliali, più infrequenti (circa 7 per cento) come il tumore a cellule germinali e stromale, si diedero i seguenti risultati:

Secondo John et al., la pillola aumenta il rischio di tumore a cellule germinali il doppio (2,0), mentre riduce il rischio di tumore stromale allo 0,37, cioè del 63 per cento .(148)

Fishman et al. informarono su una nulligravida di 28 anni che dopo 4 anni di assunzione di CO ammalò simultaneamente di carcinoma endometriale ed ovarico.(149)

J. M. Schildkraut et al. classificarono i progestinici in alta e bassa potenza progestinica ed alta e bassa potenza estrogenica e poterono osservare che i CO con alta potenza progestinica avevano un effetto protettivo maggiore per l'ovaia. La potenza estrogenica non aveva nessun tipo di influenza su questo effetto. Così sembra che la composizione ed il dosaggio dei progestinici influiscono sull'effetto protettivo dei CO (150)

IARC: Si sottolinea "contemporaneamente l'effetto protettivo contro i carcinomi ovarico ed endometriale (l'ultimo solo per la pillola)." Tuttavia, né nel comunicato stampa né in un articolo di Lancet Oncology (2005; 6: 552-553) si trovano dati quantitativi che facilitino un apprezzamento dei rischi.

Come i media informano della riclassificazione dell'IARC, molti ginecologi dovranno affrontare consultazioni difficili. Il consiglio del Centro che **le donne dovrebbero soppesare i benefici ed i rischi delle pillole ormonali insieme al suo medico è di poco aiuto, poiché una monografia dettagliata (volume 91) non sarà pubblicata fino all'inizio dell'anno "prossimo" .(151)**

146. Henderson et a quello. 1993.

147. Rosenberg et a quello. 1994.

148. John et a quello. 1993.

149. Fishman et a quello., 1995.

150. J M Schildkraut et a quello.: "Impact of Progestin and Estrogen Potency in Orale Contraceptives on Ovarian Cáncer Risk", JNCI J Natl Cáncer Inst e 2002 94(1):32.38.

151. Cogliano, Vincent et al.: "Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment", The Lancet Oncology, volume 6, n° 8, agosto 2005, pag. 552-553

Sulla monografia 91, edita finalmente nel 2007, si informa di un effetto protettivo dei CO contro il carcinoma ovarico indipendente dal dosaggio ormonale dei preparati di CO.

La protezione dura fino a 20 anni dopo la sospensione dei CO. Lo studio non contiene alcuna valutazione dei rischi rispetto ad altri carcinomi (della mammella, cervicale e del fegato) .(152)

John R. MacLaughlin et al. trovarono un rischio minore per il carcinoma ovarico se si assumono CO nelle portatrici di BRCA1 (rischio relativo 0,56) e nelle portatrici di BRCA-2 (rischio relativo 0,39) perciò raccomandano CO alle portatrici di BRCA1/2.(153)

L'ultimo studio del Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer conferma l'effetto protettivo dei CO contro il carcinoma ovarico. Secondo i calcoli degli autori, la pillola potrebbe evitare annualmente fino a 30.000 carcinomi ovarici in tutto il mondo; perciò patrocinano una diffusione più ampia ed un più facile accesso alla contraccezione ormonale sotto forma di CO.(154)

In questo contesto sono interessanti i risultati di Whittemore, il quale, mediante l'analisi di 12 studi, poté osservare che le donne bianche godevano di una riduzione del rischio del 15 per cento per ogni bambino dato alla luce (155). Già nel 1990 Gwinn et al. osservarono, a partire dallo studio CASH che le donne con tre figli avevano un rischio un 40 per cento minore e le donne con cinque figli un rischio un 70 per cento minore di carcinoma ovarico. Inoltre le donne che avevano allattato per un periodo cumulativo di due anni avevano un rischio un 70 per cento minore di carcinoma ovarico.(156) Secondo Whittemore, si trova anche un rischio ridotto simile del 19 per cento nelle donne che hanno allattato qualche volta, sebbene si riduce con ogni mese di allattamento.(157)

RIDUZIONE DEL RISCHIO di carcinoma ovarico DEL 15 % PER OGNI PARTO.

- *3 figli 40 per cento / 5 Figli 70 per cento.*
- *ALLATTAMENTO TOTALE DI 2 ANNI: Rischio ridotto del 70%*

152. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. "Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy", The Lancet Oncology, volume 91 (2007).

153. JOHN R MCLAUGHLIN et al.: "Reproductive risk factors for in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study", in: The Lancet Oncology, volume 8, n° 1, gennaio 2007, pag. 26-34.

154. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. "Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23.257 women with ovarian cancer and 87.303 controls." Lancet 2008; 371; pag. 303-14.

155. Whittemore 1993.

156.Gwinn et al. 1990 (CASH).

157. Whittemore 1993.

DELLA MAMMELLA**Carcinoma della mammella***Prima della 1^a gravidanza completa (FTP)**Rischio 125 percento (4 anni di CO,)**225 percento (8 anni di CO)**(PIKE, San Francisco)**VARI STUDI = Rischio relativo 1,8 - 4,1**(MANCHESTER, LUND, BOSTON)*

- *Più di 4 anni di pillola prima della prima gravidanza (158)*
= rischio relativo di 1,72 = maggiore rischio del 72 percento.
- *Pillola >10 anni con inizio prima di compiere 18 anni*
= rischio relativo di 3,1 = maggiore rischio del 210 percento
Kahlenborn, vari studi

Il rischio globale è di: 1,47 (1,21 - 1,76)

Visto da un'altra prospettiva, la nulliparità ed il non allattamento, come una prima gravidanza precoce (prima dei 18 anni) o tardiva (dopo i 35 anni) sono fattori di rischio per la formazione di un cancro di mammella.

Le donne che assumevano contraccettivi orali mostrarono una proliferazione maggiore rispetto alle donne con cicli mestruali naturali (Feuerhake 2003). Potè osservare anche che l'attività proliferativa relazionata con la fase luteinica era minore dopo una gravidanza completa e dopo avere allattato che nelle nullipare o in quelle che non avevano allattato.

Anche questo problema è molto dibattuto nella letteratura scientifica. Gli studi di Pike et al. causarono agitazione commentando che c'era un rischio di cancro della mammella di più del doppio (125 percento) se si era presa la pillola prima della prima gravidanza completa per quattro o più anni. Le donne che avevano preso la pillola per otto o più anni avevano un rischio incluso maggiore, del 252 percento. Pensano che l'assunzione di CO durante lo sviluppo delle ghiandole mammarie può elevare il rischio di cancro. Il rischio aumentava, anche, se aveva incominciato il consumo della pillola prima di compiere 25 o 23 anni. Quanto più lungo fosse il periodo di assunzione, la tendenza del rischio relativo aumentava molto significativamente. Osservarono anche una relazione col contenuto di progestinici, nella quale una quantità maggiore di un progestinico aumentava questo rischio. Il rischio relativo diminuiva dopo una gravidanza completa, benché il risultato al riguardo non era statisticamente rilevante.(159)

Mentre lo studio CASH all'inizio degli anni 80 (Ory) non osservò nessuna relazione tra il consumo di CO prima della prima gravidanza completa ed il cancro della mammella (160), dopo un'ampliamento dello studio nel 1993 (Wingo) potè dimostrarsi un rischio un 40 percento maggiore nelle donne minori di 44 anni.(161)

Altri studi si mostrano contrari ad una relazione tra l'uso di CO ed il carcinoma della mammella (162) mentre le analisi di La Vecchia et al. mostrarono un rischio un 20 percento maggiore (163) e Meirik et al. un rischio del doppio dopo un uso di 12 anni (164), l'ultimo senza tenere in conto se l'assunzione era stata prima o dopo la prima gravidanza completa.

158. FTP = First Term Prsegnancy: la stessa cosa che una gravidanza completa

159. Pike et al. 1981. . Pike et al. 1983.

160. Ory et al. 1983, CASH = Cancro And Steroid Hormone study der Centers of Disease Control.

161. Wingo et al. 1993 (CASH).

162. Stadel et al. 1985; Shapiro 1986.

163. la Vecchia et al., 1986.

164. Meirik et al. 1986.

Gruppi di Manchester (165) Boston (166) e Lund (167) poterono confermare la formazione di carcinoma della mammella per il consumo di CO. Perciò il rischio relativo oscilla in questi studi tra 1,8 e 4,1, cioè approssimativamente tra 2 e 4 volte maggiore.

Anche Chilvers et al. poterono osservare nello studio conosciuto come United Kingdom Case-Control Study un rischio di cancro della mammella un 44 per cento maggiore in donne giovani minori di 36 anni che avessero preso CO durante almeno 4 anni prima della loro prima gravidanza completa.(168)

Secondo Romieu et al., le donne di meno di 45 anni che avevano preso CO durante 4 o più anni prima della prima gravidanza completa avevano un rischio un 72 per cento maggiore di cancro della mammella, benché questa ricerca si limitasse a studi realizzati prima del 1980.(169)

Thomas trovò che le donne che avevano preso la pillola per lunghi periodi di tempo prima della loro prima gravidanza completa avevano un rischio un 42 per cento maggiore.(170)

Joyeux vede una relazione chiara tra i CO ed il carcinoma della mammella.(171) Trattandosi di un carcinoma che non dà segni fino a molti anni dopo, pensa che molti studi che negano una tale relazione non sono concludenti perché tennero in conto solo periodi di tempo troppo brevi.

Aggiunge:

"In Cina si è ritornato ai metodi naturali, da un lato perché la sterilizzazione e la pillola erano troppo care e, per l'altro, perché si era osservato un aumento del cancro della mammella."(172)

ed anche:

"Il cancro della mammella non si mostra dopo il primo anno di uso di ormoni, bensì dieci anni dopo o più, perciò rimane sconosciuto. Oggi è il momento nel quale aumentano i cancri della mammella e dell'ovaio in modo incontrollato, ma in Europa non si parla di ciò. Negli Stati Uniti, al contrario, il consumo della pillola scende vertiginosamente, similmente al consumo del tabacco."(173)

Ugualmente Rush e Jones poterono osservare un rischio un 20 per cento maggiore di formazione di carcinoma della mammella in donne giovani e nullipare che avevano preso la pillola per lungo tempo (8 anni o più).(174)

White et al. trovarono un rischio relativo un 50 per cento maggiore in donne che avevano partorito e che avevano preso la pillola almeno per un anno nei primi cinque anni dopo il menarca (la 1^a mestruazione nella vita di una donna) .(175)

Quattro grandi studi: Rischio di cancro della mammella con uso precedente di CO in donne minori di 45 anni e prima della prima gravidanza completa:

Wingo 1993 (CASH)	40 per cento
White 1994	50 per cento
Brinton 1995	42 per cento *
Rosenberg 1996	88 per cento *

* calcolato coi dati dell'autore .

Kahlenborn riassunse 18 studi al riguardo del rischio di cancro della mammella sotto il consumo di CO e prima della prima gravidanza completa; tra questi, 17 mostravano un rischio maggiore:

165. Key and Hannaford, 1988 (55)

166. Miller et al., 1989.

167. Olsson et al., 1989; Olsson et a quello., 1991.

168. Chilvers et a quello. 1989 (UK National Study).

169. Romieu et a quello. 1990.

170. Thomas 1991.

171. Joyeux, Montpellier (Francia), 1987.

172. Joyeux, Montpellier (Francia), 1987.

173. Joyeux, Montpellier (Francia).

174. Rushton e Jones 1992.

175. White et al. 1994.

Uno studio dei Paese Bassi osservò, con un uso di CO di 4 anni o più, in donne minori di 36 anni al momento della diagnosi, specialmente con una'assunzione parziale prima di compiere i 20 anni, un rischio relativo di 2,1. Se si prese la pillola a 19 anni o meno di età, il rischio incluso era di 3,5. Nelle donne giovani il rischio di cancro aumenta per ogni anno di consumo di CO prima e dopo avere compiuto i 20 anni di un fattore 1,44. In donne di età compresa tra i 46 ed i 54 anni, una durata dell'uso di 12 o più anni implicava anche il doppio di rischio. Il gruppo di età di 36-45 anni non si mostrava con questa tendenza. Tra i progestinici, l'acetato di noretisterone ed il desogestrel mostrarono un rischio più elevato.(176) Una ricerca di Brinton et al. concluse la cosa seguente: Le donne minori di 45 anni con un consumo di CO di 6 mesi o più avevano un rischio relativo di 1,3 (cioè un 30%); nel caso delle donne minori di 35 anni, il rischio relativo era di 1,7 (70%) con una crescita fino a 2,2 (un 120%, equivalente al doppio) se l'assunzione era durata 10 anni o più. Se aveva incominciato il consumo di CO prima di compiere i 18 anni e questo era durato 10 anni o più, il rischio relativo cresceva fino al 3,1 (circa 210%), che equivale al triplo. Il doppio di rischio potè osservarsi soprattutto tra le donne minori di 35 anni che avevano preso CO nei 5 anni anteriori alla diagnosi di cancro. L'associazione col CO fu evidente anche per i carcinomi avanzati. Secondo gli investigatori, la relazione tra il CO ed il cancro di mammella può giustificarsi biologicamente e non è condizionata per pregiudizi.(177)

Se si mettono insieme i dati del grande studio di Rosenberg et al., si estrae un rischio dell' 88% per le donne tra i 24 ed i 44 anni che presero la pillola prima della loro prima gravidanza completa (178), vedi anche Kahlenborn (179).

Questi risultati - riferiti alla facilitazione del carcinoma della mammella da un'assunzione previa di CO già nell'adolescenza. confermano i risultati di Pike et al.(180) e di Meirik et al.(181)

La più grande metanalisi realizzata sul carcinoma della mammella ed i CO, chiamata studio di Oxford, riunì i dati di 54 studi di 25 paesi ed includeva 53.297 donne che soffrivano di cancro della mammella. Questo studio diede come risultato un rischio lievemente maggiore di carcinoma della mammella per le donne che prendevano CO nel momento dello studio o che li avessero presi negli ultimi 10 anni. 10 anni o più dopo avere lasciato il consumo della pillola non si osservava più un maggiore rischio.(182)

Lo studio di Oxford cita anche 10 studi prospettici che, secondo Kahlenborn (184) sono difficili da valutare per i motivi seguenti: 1) studio con pazienti più vecchie che non erano quasi mai classificate per gruppi di età, soprattutto le donne minori di 40 anni nel 1995 o prima; 2) un alto tasso di rinunciatricie, poiché col passare del tempo, benché avessero incominciato lo studio con un gran numero di partecipanti, molte paziente abbandonarono per motivi diversi, in alcuni casi per morte tra l'atro di cancro della mammella; 3) un periodo breve di osservazione; 4) un numero basso di donne che finirono per sviluppare un carcinoma della mammella; 5) partecipanti in postmenopausa, molti di questi studi prospettici descrivono un consumo di ormoni dopo la menopausa, nei quali si investigò donne di più di 45 anni; 6) la mancanza di correzione di altre variabili, per esempio mancano spesso dati su anamnesi familiare, alcool o aborti, ciò che mette in dubbio l'esattezza degli studi.

176. Rookus y Van Leeuwen et al. 1994.

177. Brinton et al. 1995.

178. Rosenberg et al. 1996.

179. Kahlenborn C., Breast Cáncer. Its Link to Abortion and the Birth Control Pill, 2000, One more Soul, Printed in New Hope, Kentucky, USA).

180. Pike et al. 1983.

181. Meirik et al. 1986.

182. Collaborative Group on Ormonale factors in Breast Cáncer, 1996.

183. Kahlenborn C., Breast Cáncer. Its Link to Abortion and the Birth Control Pill, 2000, One more Soul, Printed in New Hope, Kentucky, USA).

184. Kahlenborn C., Breast Cáncer. Its Link to Abortion and the Birth Control Pill, 2000, One more Soul, Printed in New Hope, Kentucky, USA).

Contraccettivi orali e prognosi del cancro della mammella

Secondo un studio realizzato a Berlino, la contraccezione orale allungava il tempo di sopravvivenza delle pazienti affette da cancro della mammella. Si osservò che le donne che avevano preso la pillola soffrivano meno di tumori differenziati - che sono molto più aggressivi - degli altri. "Le pazienti affette da carcinoma della mammella che avevano preso CO" erano anche "significativamente più giovani e più spesso in premenopausa." Eppure, le utenti di CO avevano un tasso di sopravvivenza più alta, perfino indipendentemente dalla durata dell'assunzione: Un tempo di sopravvivenza di cinque anni si diede in un 79,5 per cento dei casi di uso di CO per quattro o più anni ed in un 70,3 per cento delle donne che non li avevano assunti. (185)

Al contrario Ranstam et al. trovarono che le donne con cancro della mammella che avevano preso la pillola prima di compiere i 20 anni avevano una sopravvivenza di cinque anni nel 62 per cento dei casi, mentre le donne che non l'avevano presa mai o non l'avevano fatto prima di compiere i 25 avevano un tasso del 86 per cento. (186)

Olsson et al. poterono osservare che si scoprivano tumori più grandi nei primi anni nelle donne che prendevano CO che nelle donne che non la prendevano. (187) Lo stesso studio spiegava anche che si potevano trovare maggiori concentrazioni di recettori di estrogeni e progesterone nelle cellule tumorali di queste donne; in concreto, quanto prima era incominciato l'uso di CO, più profondi erano i recettori. Ugualmente questi tumori crescevano più rapidamente ed ottenevano una gradazione più negativa. (188)

In un'altra pubblicazione, Olsson et al. descrivono che le donne che iniziarono più precocemente il consumo (a 20 anni o meno) hanno un rischio 5,3 volte maggiore di moltiplicazione dell'oncogeno HER/neu, associato coi tumori grandi, con gradazioni più alte di tumori, con tumori avanzati e con la mancanza di recettori steroidei, che indica una prognosi negativo. (189)

Ursin et al. trovarono un rischio un 70 per cento maggiore (rischio relativo 1,7) di sviluppo di un cancro in entrambe le mammelle con un'assunzione di CO di più di un anno di durata. Se si limita l'analisi alle donne che avevano partorito, il rischio aumentava fino a 2,1, cioè il doppio. (190)

Benché gli studi sopra citati circa il tasso di sopravvivenza sembrano contraddittori, mostrano in forma indubbia che, da una parte, esiste una relazione diretta tra il carcinoma della mammella - specialmente in donne giovani - ed il consumo di CO e, dall'altra, che si osservano più spesso tumori con peggiore prognosi che se non si è preso mai la pillola.

Inoltre bisognerebbe attendere il periodo di sopravvivenza di dieci anni per non trarre conclusioni precipitose.

Hulka e Stark commentano così: "Vari studi, compreso un studio internazionale dell'OMS, concludono che i contraccettivi orali (presi da 61 milioni di donne al mondo) implicano un rischio relativo da 1,3 a 1,5 maggiore di cancro della mammella diagnosticato prima dei 40-45 anni di età." (191)

Nell' Harrison, uno dei libri di testo di medicina interna più conosciuti, si può leggere: "Il consumo di contraccettivi orali per un periodo di più di quattro anni prima della prima gravidanza completa eleva il rischio relativo di cancro della mammella nella gioventù fino a 1,7." (192)

185. Schönborn 1994.

186. Ranstam et a quello. 1991.

187. Olsson et al. 1991, pag. 267, "Cancro Detection and Prevention."

188. Olsson et al. 1991.

189. Olsson et al. 1991, JNCL.

190. Ursin et al. 1992.

191. Hulka e Stark 1995.

192. Harrison's Principles of Internal Medicine 1998.

Sono importanti determinati estrogeni o progestinici ?

È conosciuto che da soli gli estrogeni aumentano il rischio di carcinoma della mammella, ma un consumo simultaneo di estrogeni e progestinici l'aumenta ancora più, il che si conosce come ipotesi "estrogen augmented by progestogen." Henderson et al. concludono al riguardo: "Può concludersi che la presenza simultanea di estrogeni e progestinici nei CO combinati non è protettiva contro il cancro di mammella, come lo è per i carcinomi dell' endometrio e dell'ovaio".(193)

Henderson et al. in un altro frammento: "Calcoli simili indicano che il consumo di CO combinati potrebbe implicare un aumento di circa il 9 per cento di comparsa di cancro della mammella in donne minori di 50 anni."(194)

Il consumo della pillola ed il cancro di mammella con altri fattori di rischio

Le donne con una parente che abbia sofferto di cancro della mammella e che abbiano preso la pillola per cinque o più anni hanno un rischio relativo di 3,1 - cioè il triplo - rispetto al rischio relativo di 1,9 (90 per cento) delle donne senza una tale parentela, come hanno dimostrato Brinton et al. (195)

Ravhinar et al. poterono osservare che le donne che prendevano la pillola con un anamnesi familiare di cancro della mammella avevano un rischio di 5,7 rispetto alle donne con rischio familiare ma che non avevano preso la pillola.(196)

Pike et al. avevano osservato già anteriormente che le donne senza una malattia benigna delle ghiandole mammarie con un consumo di CO di almeno 49 mesi prima della prima gravidanza completa avevano un rischio maggiore di 1,69 di soffrire di cancro di mammella; al contrario, le donne con una malattia benigna delle mammelle nell'anamnesi avevano un rischio infinitamente più elevato, in paragone col gruppo di controllo.(197)

Uno studio del Centro di Ricerca del cancro Fred Hutchinson di Seattle (USA) indica la cosa seguente: "Le donne che iniziarono il consumo della pillola nella loro adolescenza (fino a 5 anni dopo la prima mestruazione) avevano un rischio (*maggiore di*) un 30 per cento di cancro della mammella. Nelle donne di 35 anni o meno che avevano preso la pillola per dieci anni o più, il rischio aumentava di un 70 per cento. Calcolo totale: senza la pillola, 200 di 100.000 donne hanno cancro della mammella; con la pillola, 340." (198)

Partendo da questi dati è difficile da comprendere le tesi di Teichmann del 1997:

"Per fortuna, con le conoscenze attuali si può dimostrare senza problemi che aumenta unicamente in forma percettibile il rischio di tromboembolia, alla quale in generale in nessun caso si associano malattie mortali; mentre l'infarto del miocardio ed il carcinoma della mammella, con un rischio relativo all'incirca di 1, non dimostrano alcun aumento del rischio rilevante per una osservazione razionale. (199)

Kumle et al. pubblicarono nel 2002 un grande studio di coorte prospettico (Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study) con donne tra i 30 ed i 49 anni. Le donne che qualche volta avevano preso contraccettivi orali mostravano un rischio di carcinoma della mammella un 30 per cento superiore, le donne che stavano prendendo in quel momento la pillola avevano un rischio un 50-90 per cento maggiore ed un rischio un 20 per cento maggiore quelle che l'avevano presa nel passato. I preparati combinati mostrarono lo stesso aumento del rischio che le pillole con solo progestinici. È anche, in modo speciale, degno di menzione l'aumento del rischio con un uso a breve termine (< 13 mesi) e con un inizio dell'assunzione prima di compiere i 20 anni, come con un uso (< 12 mesi) prima della prima gravidanza completa.

193. Henderson et al. 1993

194. Henderson et al.

195. Brinton et al. 1995, pag. 832.

196. Ravhinar et al. 1988.

197. Pike et al. 1981.

198. White et al. 1994.

199. Teichmann 1997, pag. 263.

Le donne con una mutazione BRCA-1 che presero per la prima volta CO prima del 1975 ha un rischio maggiore (rischio relativo 1,42) di carcinoma della mammella che si manifesti prematuramente, se presero CO prima dei 30 anni (rischio relativo 1,29) o se li presero per almeno 5 anni (rischio relativo 1,33) come le donne alle quali si diagnosticò il carcinoma prima di compiere i 40 anni (rischio relativo 1,38) (Narod et al. 2002).

Depo Provera.

Il MPAD (200) favorisce troppo il carcinoma di mammella

L'iniezione trimestrale (MPAD) è responsabile di un forte aumento dei casi di cancro della mammella, secondo una nuova ricerca. Skegg et al. hanno messo insieme dati dell'OMS (201) e di studi della Nuova Zelanda. Osservarono che le donne che avevano ricevuto MPAD da due a tre anni prima di compiere i 25 anni avevano statisticamente un rischio significativamente più alto del 310 per cento (rischio relativo 4,1) di formazione di cancro della mammella. Le donne che avevano ricevuto MPAD durante più di due prima di compiere i 25 anni avevano un rischio del 190 per cento (rischio relativo 2,9) (statisticamente anche significativo). (202)

Staffa et al. commentarono circa il rischio del MPAD che "si concentra su due possibili gruppi di alto rischio: le donne che avevano usato MPAD durante almeno due anni prima di compiere i 25 anni e le utenti a lungo termine." (203)

E' da temere che il rischio di Norplant ed Implanon (204) sia in sostanza simile, per la lunga durata dell'effetto degli ormoni; sebbene ancora non sia stato studiato.

Lo studio della WHI constatò un rischio maggiore di carcinoma della mammella del MPA in combinazione con estrogeni, che dovrebbe avere la sua origine in un effetto specifico del MPA.

Jeng et al. (1992) trovarono una stimolazione elevata da parte di derivati del 19-nortestosterone in linee cellulari cancerogene positive per ER (recettori di estrogeni). Il potenziale di proliferazione di noretinodrel e noretindrone era maggiore di quello di levonorgestrel. La tendenza di proliferazione non si poteva combattere con un antigestágeno bensì con un antiestrógeno, che controlla l'effetto estrogenico di questi progestinici.

Isaksson et al. poterono osservare una proliferazione epiteliale mammaria correlata col livello plasmatico di levonorgestrel ($r=0,43$).

La cosa più interessante sono i risultati di una metaanalisi di Kahlenborn del 2006 che riassume 35 studi caso/controllo sulla correlazione tra gli anticoncezionali orali ed un carcinoma mammario che si presenti prima della menopausa dopo l'anno 1980. Questi risultati mostrarono un aumento del rischio con un consumo di CO prima della prima gravidanza completa con un rischio relativo di 1,44 e 1,52 (se il consumo durò più di 4 anni), per cui i risultati di Pike et al. rimangono in principio confermati.

Nell'anno 2005, il Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro classificò i preparati combinati di estrogeni e progestinici come cancerogeni. Questo si applica tanto ai contraccettivi orali, il che rappresentò una novità, come alla terapia ormonale postmenopausale.

L'uso a lungo termine aumenta il rischio di carcinomi della mammella e cervicale, così come di carcinoma epatocellulare. Perfino dieci anni dopo avere lasciato il consumo della "pillola", continua a potersi osservare un rischio maggiore di cancro della mammella. (205)

200. acetato di medroxiprogesterone deposito (MPAD) = Depo Provera.

201. Organizzazione Mondiale della Salute.

202. Skegg et al. 1995.

203. Staffa, J.A., Newschaffer, C.J., et al. 1992.

204. I progestinici deposito che si impiantano sotto la pelle in forma di capsule di silástic contenenti levonorgestrel.

Il carcinoma della mammella e lo IUD con progestinici (levonorgestrel = Mirena®)

Secondo Backman et al. (2005) le donne di tra i 30 ed i 39 anni presentavano tendenzialmente una frequenza maggiore a soffrire di un carcinoma della mammella, benché non si raggiungeva un dato statisticamente significativo.

Secondo le raccomandazioni della FFPRHC (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit) del 2004, si deve ricercare attentamente in paziente con cancro della mammella nella sua anamnesi personale l'uso di uno IUD con levonorgestrel. L'OMS sconsiglia lo IUD Mirena nei primi cinque anni dopo il primo esordio della malattia, dopo questi cinque anni si dovrebbe continuare a dare preferenza ai metodi non ormonali.

Oggi sappiamo che il rischio di carcinoma della mammella si riduce con ogni gravidanza e l'allattamento.

205. V Cogliano, E Grosse, R Baan, K Straif, B Secerne, F El Ghissassi per il Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro dell'OMS: "Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment", *Lancet Oncol* 6 (2005), pag. 552.553.

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=20949>

Comunicato stampa dell'IARC

http://www.iarc.fr/ENG/Press_Releases/pr167a.html

Million Women Study

<http://www.millionwomenstudy.org/>

Women Health Initiative "<http://www.whi.org/>"

Lancet Oncology 2005; 6:552.553; DOI:10.1016/S1470-2045(05)70273-4; "Carcinogenicity of combined Östrogenprogestagen contraceptives and menopausal treatment":

"[http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=cogliano0v&restrictdesc_author=Vincent Cogliano](http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=cogliano0v&restrictdesc_author=Vincent%20Cogliano)",

"[http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=grosse0y&restrictdesc_author=Yann Grosse](http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=grosse0y&restrictdesc_author=Yann%20Grosse)",

[http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=baan0r&restrictdesc_author=Robert Baan](http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=baan0r&restrictdesc_author=Robert%20Baan)

"[http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=straif0k&restrictdesc_author=Kurt Straif](http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=straif0k&restrictdesc_author=Kurt%20Straif)"

"[http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=secretan0b&restrictdesc_author=Béatrice Secerne](http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=secretan0b&restrictdesc_author=B%C3%A9atrice%20Secerne)"

and

"[http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=elghissassi0f&restrictdesc_author=Fatima El Ghissassi](http://www.thelancet.com/search/results?search_mode=cluster&search_area=cluster&search_cluster=thelancet&search_sort=date&restrictname_author=author&restricttype_author=author&restrictterm_author=elghissassi0f&restrictdesc_author=Fatima%20El%20Ghissassi)",

Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro dell'OMS

"Nel giugno del 2005 21 scienziati di otto paesi si riunirono a Lyon (Francia), sede dell'IARC, per dibattere sulla sicurezza dei preparati ormonali, assunti da milioni di donne. L'IARC stima che ci sono attualmente più di 100 milioni di donne che consumano contraccettivi orali, che equivarrebbe al dieci per cento di tutte le donne in età fertile. Nei paesi industrializzati sono un 16 per cento, mentre nei paesi in via di sviluppo sono il 6 per cento. Poiché i contraccettivi orali non possono prendersi durante tutta la vita, qualche volta il numero di donne che l'hanno presa dovrebbe essere molto maggiore. L'IARC stima che, in alcuni paesi, l'80 per cento di tutte le donne hanno preso qualche volta la pillola contraccettiva, oppure si sono lasciati impiantare preparati deposito."

"Il possibile rischio di cancro dei contraccettivi orali combinati è stato studiato in più di dieci studi di coorte e 60 studi caso/controllo, secondo una relazione di *Lancet Oncology* elaborata da una équipe dell'IARC diretta da Vincent Cogliano. In totale si redassero i dati di più di 60.000 utenti, che si analizzarono per la monografia.

Il risultato fu un rischio di cancro della mammella "leggermente più alto" per le utenti attuali o passate di contraccettivi orali combinati. Questo si giustificerebbe per un aumento del tasso di proliferazione negli epitelii delle ghiandole mammarie."

Fegato

Cancro di fegato

Cancro di fegato RR 3,0 Tü.

- **Pillola >8 anni = aumento di un 340 per cento del rischio = rischio relativo di 4,4.**
- **Pillola >5 anni = aumento di un 290 per cento del rischio = rischio relativo di 3,9**

E' un rischio anche 4 volte maggiore di carcinoma epatocellulare, specialmente pericoloso in Asia ed Africa.

Secondo Formano et al., il consumo di CO implica un significativo rischio relativo elevato di formazione di carcinoma epatocellulare di 3,8. Un uso di 8 anni o più mostra un significativo rischio relativo elevato di 20,1. (206)

Neuberger et al. poterono osservare che un uso breve di CO non si associava con un rischio più elevato di sviluppo di tumori, ma un uso di 8 o più anni con rischio 4,4 volte maggiore. (207)

Keiser e Pfeleiderer scrivono nel loro libro di testo di ginecologia (Martius): "Tra le donne con carcinoma di fegato epatocellulare predominano le utenti di contraccettivi orali." (208)

Cote ed Urmacher riferirono di una donna di 34 anni di età che sviluppò un raddomiosarcoma dopo un consumo di CO di 16 anni. (209) Questo fu il primo caso di sarcoma del fegato causato dai CO registrato nella letteratura scientifica. Mediante un ripasso della letteratura si può dichiarare che – sebbene è poco frequente – i CO possono causare tumori mesenchimali del fegato, cioè non solo tumori epiteliali come si commenta più su. Si conosce anche una cellula progenitrice multipotenziale sulla quale gli estrogeni potrebbero essere attivi, per cui si potrebbero formare tumori epiteliali come mesenchimali o misti.

Tavani et al. descrivono un rischio 3,9 volte maggiore in donne che presero la pillola per più di cinque anni; un rischio che si manteneva perfino 10 anni dopo averla lasciata, momento nel quale il rischio era di 4,3. (210)

Se si confermasse la tendenza di un rischio di tale grandezza in studi a lungo termine, questo avrebbe - specialmente nell'area afro-asiatica - conseguenze fondamentali poiché in queste regioni i carcinomi di fegato sono molto più frequenti in ogni modo che nei nostri paesi (211).

Nell'anno 2005, il Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro classificò i preparati combinati di estrogeni e progestinici come cancerogeni.

L'uso a lungo termine aumenta il rischio di carcinomi della mammella e cervicale, come di carcinoma epatocellulare (IARC). Il rischio di carcinoma epatocellulare aumentava con un consumo di COC prolungato in popolazioni con alta frequenza di infezioni per epatite B e malattie epatiche croniche, due delle principali cause del carcinoma del fegato. Potè comprovarsi anche una comparsa più frequente di carcinoma del fegato epatocellulare nelle ricerche che l'avevano escluso. (212)

206. Formano et al.1986.

207. Neuberger et a quello. 1986.

208. Keiser e Pfeleiderer 1989

209. Cote ed Urmacher 1990

210. Tavani et a quello. 1993.

211. Fauci et a quello. (Harrison, 1998.

212. V Cogliano, E Grosse, R Baan, K Straif, B Secerne, F El Ghissassi per il Centro Internazionale di Ricerca sul Cancro dell'OMS: "Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment", Lancet Oncol 6 (2005), pag. 552.553. (vedi nota 205).

TUMORI DEL FEGATO BENIGNI

Rischio relativo 50

- **ADENOMA DEL FEGATO**

Il rischio relativo associato al consumo della pillola da almeno 8 anni è 100 volte maggiore. Il rischio di una rottura con emorragia nel caso di adenomi è del 25-30%. (213)

Già solo per il rischio di adenoma del fegato, negli anni 70 si chiese di ritirare la pillola dal mercato (Bau metal.. 1973), il che non incontrò nessuna ripercussione.

La cancerogenicità della pillola si ammette ogni volta di più. Perché?

1. La letteratura scientifica è sempre più schiacciante.
2. Con la THS (*terapia ormonale sostitutiva*) la cancerogenicità è evidente ed il legame con la pillola è stato già dimostrato negli USA, in modo che gli altri Paesi non possano più ignorarlo.
3. La pillola del giorno dopo (PDD) adesso è in voga, si diffonde sempre più come “rimedio per tutto” ed in molti Paesi si può richiedere senza ricetta nelle farmacie (nonostante l’evidenza dimostri che il numero di aborti non sia diminuito). La PDD si promuove come efficace diverse volte durante un ciclo, incluso nelle adolescenti. Nonostante questo la maggior parte delle volte gli effetti della PDD non si menzionano!
4. L’aborto si offre quasi in forma globale: serve come ultimo rimedio disponibile.

Rischio di trombosi

- Trombosi venosa
- Embolia polmonare
- Infarto cerebrale: donne di 23-28 anni di età
- Infarto del miocardio

Rischio di trombosi:

- Donne tra i 20 ed i 40 anni: da un rapporto di 1:100.000 fino a 1:10.000
- Gravidanza/puerperio: un rischio approssimativamente 5 volte maggiore
- Pillola EE: un rischio approssimativamente 3-7 volte;
- Pillola contenente gestodene / desogestrel contro pillola 2° generazione: un rischio approssimativamente 2 volte maggiore
- Resistenza alla proteina C attivata (mutazione fattore V Leiden): un rischio approssimativamente 8 volte maggiore (con difetto eterozigoto)
- Fattore V Leiden + pillola
Pillola sola: approssimativamente 4 volte
Fattore V Leiden: approssimativamente 8 volte
Entrambe: approssimativamente 35 volte
Omozigoto: > 100 volte.

Lämmle 1996

PILLOLA – APPARATO CIRCOLATORIO**TROMBOEMBOLIA**

- **Trombosi venosa profonda** **Rischio relativo 2,5 Tü**
- **Embolia polmonare** **3,0**

**PILLOLA 3° GENERAZIONE CONTRO 2° GENERAZIONE:
= un RISCHIO approssimativamente 2 VOLTE MAGGIORE**

INCIDENTE CEREBROVASCOLARE

- **Tromboembolie cerebrali: rischio relativo 2,5 Tü**
- **Ischemico: 3 volte**
- **Emorragico: 1,5 volte**

MAGGIOR RISCHIO PER:

- **Tabacco: pressione alta**
- **2^a e 3^a generazione: simile**

INFARTO DEL MIOCARDIO**Tabacco + pillola: rischio relativo Tü:**

- **Non fumatrici 1,0**
- **Fumatrici occasionali 3,5**
- **Fumatrici assidue 20,0**

Cause di rischio	Rischio relativo atteso
Pillola della 2 ^a generazione	3,1
Pillola della 3 ^a generazione	1,1
+ pressione alta, sovrappeso, diabete	10
+ tabacco	100

METABOLISMO

Inoltre

- La pillola INFLUENZA E CAMBIA all'incirca 120 processi del metabolismo: inoltre
- **NORETISTERONE: EFFETTO ANDROGENIZZANTE**
- **ATTIVAZIONE DELLA PORFIRIA CUTANEA LENTA**
- **MANCANZA DI VITAMINE: B1, B2, B6, B12, C, E e ACIDO FOLICO**
- **IL MPAD FAVORISCE L' OSTEOPOROSI**

DISFUNZIONI PSICHICHE**Peterson commenta così gli effetti psichici della pillola:**

“Lo spaventoso degrado dell'affettività (umore e desiderio) e delle relazioni interpersonali nel gruppo della pillola ha probabilmente la sua origine nella maggior parte dalla psicosindrome endocrina causata dall'effetto degli ormoni (M. Bleuler), ciononostante la poco chiara motivazione contraccettiva delle donne utilizzatrici ha anche la sua importanza”. (214)

Secondo la mia esperienza, le donne cominciano a notare da una tendenza depressiva fino a depressioni reali, giustificabili dalla mancanza di vitamina B6 causata dalla pillola e dalle alterazioni nel metabolismo del triptofano associati.(215) Questi stati si possono trattare con la vitamina B6 con buon successo. Le donne riscontrano anche in se stesse cambiamenti profondi della personalità.

Secondo Grant, il tasso di suicidio tra le donne utilizzatrici è il doppio rispetto a quelle che non la utilizzano.

In un altro passaggio commenta che le donne che consumano la pillola tentano di suicidarsi 4 volte più spesso rispetto a coloro che si proteggono con un diaframma. (217)

214. Peterson 1978.

215. Teichmann 1991, pag. 94.

216. Grant 1988, pag. 118.

217. Grant 1988, pag. 122.

- DEPRESSIONI PER MANCANZA DI VITAMINA B6 E PER LE ALTERAZIONI ASSOCIATE DEL METABOLISMO DEL TRIPTOFANO
- TASSO DI SUICIDIO 4 VOLTE MAGGIORE CON LA PILLOLA
- CAMBI DI PERSONALITÀ

Ellen Grant, dottoressa inglese ed autrice del libro *The bitter Pill*, lo descrive molto bene: “la salute delle donne è stata sacrificata sull’altare della pianificazione della popolazione”.

SESSUALITÀ

Disfunzioni sessuali

Una gran parte delle donne patisce – specialmente con i CO più recenti – una diminuzione della libido fino alla perdita totale, giustificabile da un lato per l’effetto degli ormoni, dall’altro per la separazione praticamente perfetta di sessualità e procreazione causata dalla pillola. È risaputo che la possibilità di rimanere incinta già di per se stimola considerevolmente la libido.

Kontrazeptiva und sexuelle Dysfunktion - 1

Ethinylestradiol und die Gestagene in der Pille können SHBG unterschiedlich beeinflussen und somit auch die Testosteronspiegel

- An 124 Frauen wurden SHBG-Spiegel gemessen.

- Diese waren in Frauen, die die Pille einnahmen, vierfach höher als bei Frauen, die keine Pillen nahmen.

(Panzer et al. J Sexual Medicine 2006; 3: 104-113).

Kontrazeptiva und sexuelle Dysfunktion - 2

- Frauen mit sexuellen Störungen (Alter 22-50 Jahre)

- 43 Frauen unter oralen Kontrazeptiva, 64 keine orale Kontrazeptiva

- Messung von SHBG, freies und Gesamttestosteron

- Unter Kontrazeptiva höhere Serumwerte von SHBG und niedrigere Testosteronwerte

(Warnock et al. J Sexual Medicine 2006; 3: 878-882).

Se si usa un metodo di pianificazione familiare che escluda completamente ed intenzionalmente la procreazione, la natura - cioè, l’inconscio - si va spegnendo col tempo, per cui ne deriva una diminuzione corrispondente della libido.

Tuttavia anche si sono potuti trovare cause ormonali delle disfunzioni sessuali che si verificano col consumo della pillola.

Presentazione di un corso della Geburtshilflich-Gynakologische Klinil dell'università di Tubinga (Germania).

La cosa più sconvolgente è la perdita di un 30% della libido e le disfunzioni dell'orgasmo in circa il 25% delle utilizzatrici di pillola.

Sexualstörungen bei Frauen: Epidemiologie				
Alter	Libidoverlust	gestörte Lubrikation	Orgasmusstörung	Dyspareunie
18-24	32%	19%	26%	21%
25-36	32%	18%	28%	15%
35-44	30%	21%	22%	13%
45-59	27%	27%	23%	18%

Laumann et al., Int J Impotenc Res 1995, 10 suppl 3

Lo stesso per "Contraccettivi e disfunzione sessuale" 1 e 2

Lo stesso per lo studio IFG

Presentazione di un corso della Geburtshilflich-Gynakologische Klinil dell'università di Tubinga (Germania).

Presentazione di un corso della Geburtshilflich-Gynakologische Klinil dell'università di Tubinga (Germania) del 21-1-2008

Le disfunzioni della libido sotto l'uso della pillola sono causate dall'aumento della SHBG i cui effetti spesso permangono anche dopo aver smesso di utilizzare la pillola.

Così può darsi che la diminuzione o perdita della libido durerà in alcuni casi tutta la vita.

I lavori sopracitati documentano chiaramente questo aumento della SHBG. (218)

Horkheimer riassunse già nel 1970 la questione molto esaurientemente:

"dobbiamo pagare la pillola con la morte dell'amore erotico". (219)

Anche il **senso dell'olfatto** cambia con l'assunzione di CO, come ha dimostrato uno studio di *Wedeking et al.*. Al principio si determinarono gli antigeni leucocitari umani (HLA) che influiscono nell'odore corporale di tutti i partecipanti. Le donne mostrarono preferenza per l'odore di quegli uomini che avevano modelli di HLA differenti. Ciononostante, le donne utilizzatrici di CO scelsero modelli di HLA simili. Per questo circa il 60% delle donne sceglie una coppia inadeguata, poiché un "modello" di HLA simile equivale a una informazione genetica simile, che potrebbe portare più spesso alla endogamia. Nonostante il senso dell'olfatto si ristabilisca di nuovo dopo aver smesso l'assunzione di CO, col che l'odore del compagno potrebbe diventare fastidioso improvvisamente. Potrebbe essere che questo fosse un fattore, inoltre, dei tassi di divorzio più elevati degli ultimi 30 anni. (220)

218. Sex Hormone Binding Globulin o globulina trasportatore degli ormoni sessuali.

219. Horkheimer, Max: Die Sehnsucht nach dem ganz "Anderen", in: Gesammelte Schriften Band 7. Vorträge und Aufzeichnungen 1847-1979. Philosophisches, Würdigungen, Gespräche, pubblicato per Gunzelin Schmid Noerr, Amburgo 1970, 385.404., pag. 396.

220. Wedekind et al. 1995.

MALFORMAZIONI

In quest'ambito ci sono anche degli studi scientifici contraddittori.

Nel materiale abortivo delle donne rimaste incinte mentre utilizzavano la pillola o nei 6 mesi seguenti si è potuto osservare:

- Alterazioni cromosomiche (triploidia e monosomia X) nel 48% dei casi e
- Poliploidie (moltiplicazione del numero di poliploidi rispetto al numero normale) in un 30% dei casi.

Queste cifre risultano molto più alte rispetto a quelle delle donne rimaste incinte senza utilizzare CO (22% e 5% rispettivamente).(221)

Fulgraff e Palm menzionano nel capitolo "Besonderheiten der Arzneitherapie in Schwangerschaft und Stillperiode" (Peculiarità della terapia medica nella gravidanza e nell'allattamento) del loro manuale *Pharmakotherapie Klinische Pharmakologie* una **impronta dell'altro sesso e anomalie nelle estremità, cuore, esofago, trachea e reni** sotto l'uso di CO.(222)

Per quanto riguarda le malformazioni delle estremità in relazione ai CO, scrivono Jamerich et al. e Hill et al., questi ultimi inoltre scrivono sul labbro leporino e sulla palatoschisi.(223) In qualche modo, questa informazione ricorda la focomelia causata dalla talidomide e potrebbe essere che qui si attueranno gli stessi meccanismi. (vedere di seguito).

È stato provato che una mancanza di varie vitamine può arrecare malformazioni, per esempio vitamine B2, B5, B6, B12, acido folico, vitamina E o vitamina A, vitamina C e anche acido nicotinico. (224)

Così si è potuto osservare che l'effetto teratogeno (225) della talidomide (Cortergan) in gran parte era potenziato da una carenza di B2, B5, B12, E, A e acido folico.(226) Adesso si sa anche che la mancanza di varie vitamine - per esempio, B1, B2, B6, B12, C e E così come l'acido folico -(227) può essere conseguenza dell'assunzione di CO. Di conseguenza sorge spontaneo domandarsi se l'effetto mutageno dei CO non possa essere condizionato anche da questo.

Heinonen et al. notarono che un'assunzione di CO nei primi stadi della gravidanza aveva un tasso di malformazioni di 21,5 su 1000 contro 18,2 su 1000 con altro tipo di assunzione di ormoni e di 7,8 su 1000 donne che non utilizzavano ormoni.(228)

Altri studi non hanno potuto provare nessuna relazione concludente tra i CO e le malformazioni.(229)

Gli editori di **Obstetrical and Gynecological Survey** commentano un articolo che descrive la mascolinizzazione fetale a causa del danazolo somministrato durante la gravidanza:

"Il progesterone naturale non è teratogeno per il feto; nonostante ciò lo sono però i principi attivi del progesterone derivati dal testosterone. Questi includono l'etisterone, il noretisterone e il noretindrone."(230)

Ancora oggi alcuni preparati della pillola contengono noretisterone e derivati.

221. Münterfering et a quello., 1988. Horkheimer, Max: Die Sehnsucht nach dem ganz "Anderen", in: Gesammelte Schriften Band 7. Vorträge und Aufzeichnungen 1847-1979. Philosophisches, Würdigungen, Gespräche, pubblicato per Gunzelin Schmid Noerr, Amburgo 1970, 385.404., pag. 396.

222. 1986.

223. Jamerich D.T. et a quello., 1974. Hill et a quello., 1988.

224. Wynn, 1984. Woollam, 1980.

225. Effetto teratogeno = capacità di causare malformazioni durante la gravidanza.

226. Wynn 1984.

227. Teichmann 1991, pag. 93/94.

228. Heinonen et a quello. 1977.

229. Royal College of Generale Practitioners 1976; - Jacobs et al. 1974; - Klinger et al. 1976; - Vessey 1978; -Linn et al. 1983.

230. Obstetrical and Gynecological Survey 1986.

Secondo Kabarity e Mazrooei, certi CO inducono effetti inibitori della mitosi formando profasi anormali e un numero considerevole di micronuclei.(231) A seconda del tipo di progestinico, queste alterazioni possono essere di differente entità. Pinto descrive fessure del cromosoma nei linfociti in seguito al consumo di CO.(232) Questi risultati *in vivo* mostrarono un aumento significativo di aberrazioni cromosomiche. Liu e Ding poterono osservare alterazioni nel cromosoma in esperimenti con animali ai quali era stato somministrato CO nelle prime fasi di gravidanza.(233) Da questi dati dedussero che ci sarebbe potuto essere un effetto mutageno potenziale per i figli a causa del fallimento dei CO.

L'evidenza di cambiamenti nel cromosoma permette di supporre, in alcuni casi, conseguenze desolanti per le prossime generazioni.

In quanto alle malformazioni manifeste, la scienza ancora non è unanime, come abbiamo visto precedentemente. Ciò nonostante c'è però l'unanimità sulla raccomandazione che, al minimo indizio di gravidanza, si dovrebbe sospendere l'assunzione di CO.

- DISFUNZIONI DEL CROMOSOMA
- EFFETTO INIBITORE DELLA MITOSI
- EFFETTO MUTAGENO PROBABILMENTE DOVUTO A CARENZA DI VITAMINE
- PROSSIME GENERAZIONI ?

Questa volta i signori della creazione non rimangono a mani a vuote!

Ormoni nell'acqua sotterranea:

Estrogeni e sostanze simili agli estrogeni:

- Contraccettivi orali
- Ormoni nella post menopausa
- Altre sostanze diverse.

Effetto degli estrogeni:

- Femminilizzazione di animali maschi
- Riduzione del 50% del numero degli spermatozoi negli uomini.

Carl Djerassi spiegò, in un discorso in occasione del 175° anniversario dell'università di Zúrich (234) che la paura di rinvii in giudizio è un motivo per il quale molte imprese farmaceutiche si sono ritirati da questo mercato; cioè che si conosceva bene questa problematica in questi ambienti. Per questo motivo non si è lanciata mai sul mercato la "pillola maschile", sebbene si tengono già le conoscenze necessarie per essa.

BENEFICI DELLA PILLOLA

I cosiddetti effetti secondari positivi dei CO, conosciuti come "benefici della pillola", si promuovono sempre di più, quindi non possiamo non menzionarli in questo lavoro. Sembra quasi che i gravi effetti secondari dannosi della pillola si relativizzino, o anche si compensino, con questi benefici della pillola.

Quali sono questi effetti positivi, dei quali in parte si dice addirittura possano avere applicazioni terapeutiche?

Generalmente si menzionano i seguenti effetti:

- Sanguinamento più debole nelle mestruazioni e, quindi, meno perdita di sangue;
- Alleviamento dei dolori mestruali;
- Miglioramento dell'endometriosi;

231. Kabarity e Mazrooei 1984.

232. Pinto 1986.

233. Liu e Ding 1987.

234. Carl Djerassi nel suo discorso del 14-3-2008 con occasione del 175° anniversario dell'università di Zúrich: "Zukunft der menschlichen Reproduktion: Wünsche und Realitäten", Futuro della riproduzione umana. Desideri e realtà.

- Diminuzione della frequenza delle malattie mammarie benigne;
- Minor rischio di carcinoma ovarico ed endometriale;
- Meno cisti dell'ovaio;
- Riduzione delle infezioni pelviche
- Miglior controllo del ciclo
- Miglioramento di determinati problemi cutanei, così come della crescita pilifera condizionata dagli androgeni, incluso la perdita dei capelli.

Posizione rispetto a queste caratteristiche della pillola:

- **Sanguinamento più debole nelle mestruazioni e, quindi, meno perdita di sangue:** è certo solo durante l'assunzione della pillola. Nonostante ciò questo può essere ottenuto anche con trattamenti ormonali meno aggressivi.
- **Alleviamento dei dolori mestruali:** senza alcun dubbio, anche se si possono ottenere gli stessi risultati con metodi meno dannosi o non dannosi.
- **Miglioramento dell'endometriosi:** questa opinione è ancora oggi molto diffusa. È già da molto tempo che è stato osservato mediante laparoscopia che le donne che assumevano la pillola, specialmente pillole della 3^a generazione, avevano più endometriosi rispetto alle donne che non utilizzavano CO. Anche in ambito farmaceutico si indica l'agevolazione della endometriosi da parte di questi preparati.
- **Diminuzione della frequenza delle malattie mammarie benigne:** si menziona anche questo aspetto nella letteratura scientifica. D'altra parte, la pillola favorisce la formazione di carcinoma mammario. Che senso ha evitare alcune malattie benigne, favorendo però la formazione di altre più pericolose e maligne nello stesso organo?
- **Minor rischio di carcinoma ovarico ed endometriale:** il minor rischio di questi due tipi di carcinomi è valido soprattutto per le pillole combinate ad alto dosaggio, ma secondo me non per i preparati sequenziali. Con i preparati combinati a basso dosaggio ci sono dei dubbi sulla permanenza di tale protezione.

Particolarmente ingannevole è la diffusione di questi benefici della pillola senza menzionare allo stesso tempo il favoreggiamento del carcinoma della mammella da parte della pillola. Come mostra il calcolo cumulativo di Kahlenborn con l'esempio degli Stati Uniti, questo effetto negativo supera ampiamente la protezione positiva contro i carcinomi ovarico ed endometriale. A cosa serve ad una donna essere protetta dalla pillola contro questi due ultimi tipi di cancro a 50 anni o più di età se, all'età relativamente giovane da 35 a 45 anni, si ammala di cancro della mammella o per di più muore? La OMS ha classificato nel 2005 i CO come cancerogeni rispetto ai carcinomi della mammella, cervicale e del fegato.

Però c'è dell'altro: in quanto al rischio di trombosi abbiamo visto che si suole indicare il supposto maggior rischio di tromboembolia nella gravidanza e nel puerperio a favore della pillola. In relazione al carcinoma ovarico, sono precisamente la gravidanza e l'allattamento – a seconda del numero di gravidanze e durata dell'allattamento – che hanno un effetto protettivo maggiore rispetto alla pillola.

E proprio questo è ciò che si nasconde nelle discussioni attorno ai rischi della pillola, semplicemente perché rappresenta un ulteriore svantaggio della stessa.

Chiaramente ci sono due criteri per misurare, il che mette in dubbio la veridicità di tali argomentazioni.

- **Meno cisti all'ovario:**

Questo era il caso dei preparati ad alto dosaggio. Al contrario, i preparati a basso dosaggio ed i trifasici moltiplicano le cisti ovariche. Conseguentemente “si trova nei preparati con dosi basse di estrogeni e con dosi basse di progestinici o di relativa forte potenza una disposizione agli ovari cistici” (235), come in modo certo commenta Mall-Häfeli.

E Lauritzen: “Il fatto che le pillole a basso dosaggio diano una inibizione insufficiente della crescita follicolare, si dimostra con la frequenza di cisti ovariche o ovari cistici, quando si somministrano preparazioni di estro-progestinici a basso dosaggio.” (236)

I nuovi preparati inoltre hanno dosaggi ancora più bassi.

○ **Riduzione delle infezioni nella pelvi:**

Ancora si continua ad insistere su questo punto, sebbene ad eccezione delle clamidie, che come è risaputo sono favorite dalla pillola. Però se tralasciamo questo aspetto, è stato possibile osservare in molte laparoscopie annessiti non causate da clamidia e durante l'assunzione della pillola, specialmente in donne senza sintomi. Ci domandiamo se non sarà l'effetto analgesico degli steroidi della pillola ciò che maschera la sintomatologia dell'infezione. Dato che l'infezione da clamidia rappresenta la MTS più frequente del mondo, l'effetto favoreggiatore delle infezioni della pillola assume importanza. Attualmente è per tutti certo che l'effetto steroideo della pillola debilita le difese immunitarie. Questa accettazione si trova anche con il carcinoma cervicale rispetto al HPV. Ed il HPV appartiene esso stesso al gruppo delle MTS moderne più diffuse.

○ **Miglior controllo del ciclo:**

Questo è un termine che induce in inganno, poiché il ciclo che ha luogo sotto l'effetto della pillola è praticamente un ciclo sostitutivo; cioè, si disattiva il ciclo regolare naturale delle donne e si crea un ciclo artificiale mediante ormoni estranei al corpo. Per controllo del ciclo si intende meglio l'osservazione dei processi del ciclo a partire dai quali si possono determinare deviazioni patologiche che, in alcuni casi, si possono sottoporre a trattamento; similmente alla regolazione naturale della concepimento.

○ **Miglioramento di determinati problemi cutanei, così come della crescita pilifera condizionata dagli androgeni, incluso la perdita dei capelli:**

Questo è sicuro per determinate pillole, però niente affatto per tutte, poiché ci sono anche pillole che, come progestinico, contengono un derivato dell'ormone maschile testosterone. Nel caso delle pillole “benefiche per la pelle”, l'effetto desiderato suole durare solamente mentre si continua a prendere la pillola. Una volta terminata l'assunzione della pillola il problema torna ad apparire di nuovo.

Una volta abbandonati questi preparati si osservano massivi effetti boomerang, che si devono trattare per esempio con Roacutan. Quello corrisponde ad un modo di operare che, essendo radicali, potremmo definire come “uscire dal fuoco per cadere nella brace”.

c) “NO” alla fertilità: cause e conseguenze della mentalità contraccettiva.

Influenza sulle madri, i bambini, la famiglia e la società

La procreazione è in un certo modo un incarico sacro del nostro Creatore. È uno dei punti centrali, se non il più importante, della volontà del Creatore.

Dall'inizio della storia si è cercato di regolare la fertilità, già dall'Antichità. Però mai si era raggiunto il livello di oggi. Le possibilità tecniche ed i progressi scientifici permettono questa regolazione a livelli mai visti prima.

La procreazione è un mandato diretto del Creatore: “siate fecondi e moltiplicatevi e riempite la terra e sottomettetela”.

236. Lauritzen 1989.

Adesso sembra che l'uomo non solo ha sottomesso la Terra -in modo non sempre lodevole -, ma anche la fertilità, o meglio, l'unione di sessualità e fertilità; cioè, la sessualità distinta sostanzialmente da questa fertilità in un modo che minaccia di far sparire quest'ultima. In teoria già si sta parlando di separare completamente la fertilità e la sessualità, per la quale si sono già gettate le basi – avendo completato già la possibilità della separazione previa della sessualità dalla fertilità – con la fecondazione extracorporea in forma di FIV/ET e ICSI e, più recentemente, con la clonazione.

Non è casualità che si unisca la procreazione tanto strettamente con la sessualità, la quale – da una prospettiva biologica – non è altro che un impulso procreativo. Si potrebbe dire che così si è unito l'utile al dilettevole. La sessualità non è altro che un mezzo per il fine: la fertilità.

Il Creatore ha unito la sessualità e la procreazione intenzionalmente affinché non si potessero separare. “Ciò che Dio ha unito non lo separi l'uomo”. Questa ultima citazione ha un doppio significato: sessualità e procreazione, così come uomo e donna nel matrimonio. Entrambe le cose senza dubbio appartengono l'una all'altra.

Questo è il punto chiave di tutta la questione. Così come uomo e donna appartengono l'uno all'altro, allo stesso modo la sessualità appartiene alla fertilità, in modo inseparabile. Ciò nonostante, esprimerlo oggi equivale quasi alla pena di morte nella nostra società, anche se sia stato ideato, pianificato e previsto così dalla volontà del Creatore. E proprio contro questa volontà si ribella l'uomo moderno, che è cosciente delle sue crescenti possibilità e vuole resistere a Dio.

Si ribella a questa missione procreatrice che va associata con una serie di limitazioni: da una parte la monogamia, dato che il matrimonio in sé non sempre è un'impresa facile; dall'altra parte un numero indeterminato di figli, che può arrivare ad essere un peso; e infine, limitazioni nell'ambito sessuale se per determinati motivi non si desidera avere più discendenti.

Il NO alla fertilità non significa altro che la *separazione di sessualità e procreazione*. Questo NON conduce inevitabilmente a questa separazione.

La sessualità si incontra per diversi motivi al centro di tutto: è implicata in modo primordiale nella formazione e trasmissione di una nuova vita. Allo stesso tempo è espressione dell'amore tra due persone e acquisisce, grazie a questo aspetto di unione della coppia, un significato cruciale.

St. Exupéry lo esprime in maniera esauriente – anche se non si riferisce alla sessualità – nel **Piccolo Principe**: “sei responsabile per sempre di ciò che hai addomesticato”. Questo pensiero si può applicare con facilità alla coppia, poiché nel contesto della sessualità, l'uomo lascia un'impronta nella donna e la donna nell'uomo.

Di conseguenza qualsiasi intervento nella sessualità è un atto molto delicato che, se si percepisce come corrisponde, assomiglia all'effetto di un terremoto. I promotori della separazione di sessualità e procreazione lo sanno molto bene, e cercano di far credere che operano a favore della donna, offrendole il diritto alla propria autodeterminazione. Ciò nonostante nascondono il fatto che si attaccano gli aspetti più intimi della donna, specialmente in quello che si riferisce all'aborto. Se la conseguenza della libera sessualità è la distruzione della vita recentemente creata, si danneggia profondamente la donna nel cuore della sua femminilità, perfino della sua maternità. Si crea una polarizzazione, una tensione, che alla fine, a causa di una contraddizione irresolubile, lacera il cuore delle donne e delle madri.

La separazione causata dalla contraccezione sembra, a prima vista, poco appariscente. Ciò nonostante, se la osserviamo più da vicino, ci sono processi vitali che si mettono in gioco, per esempio con la diminuzione e perfino la perdita della libido. Questo si spiega – insieme alle alterazioni ormonali – con la circostanza che una sterilizzazione, anche se solo temporanea, disattiva puntualmente l'autentico oggetto della sessualità: la fertilità. Biologicamente e psicologicamente, l'organismo non la perdona.

Non è questo NO alla fertilità allo stesso tempo un NO al *Creatore*, in qualche modo un NO alla sua creazione?

Poiché ciò che dobbiamo prevenire non è altro che la vita che il Creatore ci ha regalato.

Cause del “NO” alla fertilità

- Edonismo
- Perdita della fede
- Opposizione al Creatore
- Reazione al concetto antico della sessualità, troppo restrittivo
- Libertinaggio
- Diffusione della sessualità come prodotto di consumo n°1
- Femminismo

Vediamo un poco più dettagliatamente le cause del no alla fertilità. In primo luogo troviamo l'**edonismo**, una causa genuina nella forma della sessualità come tale, nella quale **soggiace un impulso edonista che, nella nostra società moderna, assume di volta in volta un valore maggiore.**

Già di per se l'uomo è vulnerabile a questo impulso. La sessualità si sopravvaluta e deifica.

In seguito c'è la **perdita della fede**, con la quale è molto relazionata anche se sembra difficile da immaginare.

Una atea e femminista disse una volta: “ se non si crede in nulla, tutto è permesso”. In questo contesto, questa frase è senza dubbio certa.

Questa perdita della fede porta automaticamente **all'opposizione contro il Creatore**, come anche la **reazione al concetto antico della sessualità, troppo restrittivo** (anche vedendo le conseguenze del libertinaggio contemporaneo ci si pone la domanda di cosa sia migliore).

Il **libertinaggio** nel senso di una libera disposizione della sessualità si converte così nel polo opposto alla sessualità restrittiva. E così sviluppò la **diffusione della sessualità come prodotto di consumo numero uno.**

Questo sviluppo è stato un ottimo input per la crescita del **femminismo**, che propugna l'autonomia della donna con un diritto all'autodeterminazione e alla realizzazione personale, e per il quale la questione della regolazione della natalità è stata ed è un punto centrale. Lo slogan di Simone de Beauvoir “il mio ventre è mio” diventò popolare e spianò il cammino all'aborto in tutto il mondo. Allo stesso tempo le donne si convinsero che essere sposa e madre fosse un compito di bassa categoria. Così si riuscì a integrarla lentamente nel mondo lavorativo e allontanarla dalla famiglia. I bambini passano più tempo con estranei e sono sempre meno desiderati.

Una volta che le donne si adattarono al mercato del lavoro, la questione dei figli incominciò a ritardarsi, il che comportò automaticamente una fertilità decrescente.

Una conseguenza inevitabile di questo sviluppo è stata che la contraccezione e la riproduzione assistita finiranno per giocare un ruolo cruciale.

A questo punto si impone la realizzazione di un contesto contemporaneo. Ritorniamo all'anno 1968, nel quale si produssero tre eventi che segnarono non solo quell'anno bensì tutta un'epoca.

1. La rivoluzione del 68 con la “la rivoluzione sessuale”.

Questo è stato, senza dubbio, l'inizio della società dell'ozio.

Se lo analizziamo più dettagliatamente, già molti anni prima si andava organizzando questo movimento. La “pillola”, disponibile nel mercato dagli inizi degli anni 60, è stato di fatto ciò che permise di produrre questa rivoluzione. Entrambe vanno a braccetto. Anche la scuola di Francoforte contribuì notevolmente.

2. L'enciclica *Humanae Vitae* del 25 di luglio del 1968 pose il contrappunto alla rivoluzione del 68, con contenuti diametralmente opposti.

La problematica attorno alla sessualità interessò tanto la rivoluzione del 68 (237) che la *Humanae vitae*.

L'ideologia del 68 è andata naturalmente oltre.

3. Relativizzazione della HUMANAЕ VITAE

Ebbe la sua origine nella *Dichiarazione di Konigstein* dei vescovi tedeschi del 30-08-1968 e nella *Dichiarazione di Mariatrost* dei vescovi austriaci del 22-09-1968, che rimandavano tutta la responsabilità alla coscienza dei coniugi.

Relativizzarono la *Humanae Vitae*, creando un punto di inflessione decisivo nell'ambito ecclesiastico, le cui conseguenze ci affliggono ancora oggi.

Quali furono le motivazioni di queste dichiarazioni che relativizzarono la HUMANAЕ VITAE?

Fu:

- Paura di fronte alla reazione dei rivoluzionari?
- Una resa di fronte ad essi?
- Una resa rispetto allo spirito dell'epoca?

Altre cause di questo NO:

- Progressi della medicina
- Possibilità di separare sessualità e procreazione
- Medicalizzazione della prevenzione della gravidanza
- Novità: per la prima volta un medicinale non si somministrava previa prescrizione medica
- La medicina si trasforma nel braccio esecutore di vari gruppi di interesse
- Politica demografica
- Politica di spopolamento
- Interessi economici: industria chimica/aborto

I **progressi della medicina** parteciparono in gran misura a questi eventi nel rendere possibile la **separazione di sessualità e procreazione** in forma di pillola, IUD, ecc. Nel contesto di questo sviluppo successe qualcosa di mai visto: la **prevenzione dalla gravidanza si medicalizzò quasi completamente**. Il medico, fino ad allora promotore della vita, si trasformò inaspettatamente e senza volerlo in un militante impegnato ad impedire nuova vita e limitare le nascite, il che danneggerebbe il mondo occidentale tanto demograficamente che economicamente per molte decadi.

La **medicalizzazione** non nacque dal nulla, visto che la maggior parte dei contraccettivi moderni sono "medicinali" nel senso più ampio del termine. Cioè: si tratta dell'uso di sostanze che intervengono in un modo tanto ampio e fondamentale nell'organismo umano che è d'obbligo consultare uno specialista appropriato.

E quindi apparve un'altra **novità**: per la prima volta non si somministrava un medicinale per indicazione medica, bensì per altri motivi, se si vuole chiamarlo così per indicazione puramente sociale. Questa è una circostanza importante nella valutazione dei rischi, poiché quanto minore sia l'indicazione medica, maggiore diventa il rischio.

Un investigatore del rischio concluse una volta che quando sparisce l'indicazione medica, il rischio diventa improvvisamente infinito.

237. "assaltiamo le muraglie della sua antiquata morale e non lasciamo neanche una pietra in piedi. Nessuna vittoria della rivoluzione del 68 è tanto totale e tanto chiara come la liberazione della sessualità." Die 68er Revolution <http://www.kaikracht.de/68er>, (vedasi nota pag. 2)

La misura con la quale si è disposti da decenni a concedere i contraccettivi in generale, e la contraccezione ormonale in particolare, uno **stato eccezionale, insolitamente tanto esteso lo riassumiamo nuovamente di seguito:**

- Dalla **prospettiva farmacologica** si impiegano sostanze il cui scopo non è né la diagnosi né la cura (o almeno il palliativo) di una malattia e che, quindi, possono essere un medicinale in assoluto. I contraccettivi inducono piuttosto uno stato patologico in accordo con la definizione di questo: in concreto una sterilità temporanea, che significa anche che si impiegano metodi per i quali non hanno nessuna indicazione, poiché la presenza di una fertilità fisiologicamente normale non è qualcosa che bisogna curare.

Di conseguenza l'utilizzo di contraccettivi significa porre alla pari ingiustamente persone completamente sane e che, quindi, non necessitano di alcun trattamento, con quelle pazienti che soffrono di infertilità da stato patologico, persone che sono "pazienti" nel senso reale della parola. L'eccezionalità farmacologica dei contraccettivi è facile da riconoscere in una delle opere scientifiche più importanti, che non può mancare nel repertorio di nessun medico: la famosa ROTE LISTE (un compendio sui medicinali disponibili in Germania). I contraccettivi non si trovano nella sezione dei medicinali ginecologici, ma formano esplicitamente una sezione propria. Nonostante ciò, ad essere fiscali, non dovrebbero nemmeno trovarsi lì, poiché senza la premessa di una indicazione medica chiara non dovrebbero formare un gruppo farmacologico di medicinali, ma dovrebbero includersi nell'area dei prodotti di stile di vita.

- La **sanità pubblica**, che in generale si trova sotto l'enorme pressione dei costi e si vede obbligata al risparmio, rimane in silenzio di fronte ai molteplici casi nei quali deve coprire i costi della pillola. Nel caso di altri preparati che si impiegano per la realizzazione di uno stile di vita personale, questo sarebbe impensabile. Che la sicurezza sociale si faccia carico dei costi per il trattamento di malati è qualcosa che speriamo tutti, però perché deve pagare il trattamento di persone sane?
- Sotto la prospettiva dell'**ecologia**, il mistero dell'eccezionalità di determinati contraccettivi ormonali non è niente affatto più semplice: mentre si osservano in maniera molto critica le acque residuali dell'industria e dell'agricoltura, sembra che si rimanga ciechi di fronte agli ormoni prodotti dalle aziende, le quali emettono nell'ambiente le sostanze più potenti che conosciamo e contro le quali non c'è ancora depuratore che sappia come trattarle: gli ormoni possono avere effetto fatale, come si è già dimostrato nel mondo animale, dove per esempio sono stati riscontrati casi di "femminilizzazione" di animali maschi.
- L'aspetto più grave **dell'eccezionalità dei contraccettivi** si mostra senza dubbio nella **medicina**, specialmente nella ginecologia. Si permette che si accettino gli effetti secondari come se si trattasse di un destino inevitabile e non di una decisione personale cosciente. La mole di studi, della quale è impossibile avere una visione generale visto il numero elevato, circa tutti gli aspetti immaginabili della pillola, inclusi naturalmente i suoi effetti secondari, ha acquisito una normalità che già si dà per certa e sulla quale sembra non ci sia bisogno di discutere.

Persino quando questi effetti secondari entrano nel campo delle malattie non necessarie, cioè della morbilità, fino alla mortalità. In questo modo, professionisti riconosciuti e famosi della ginecologia possono trattare il tema in maniera aperta e senza tabù e parlare dei tassi di mortalità della pillola. Il professore di ginecologia C. Lauritzen, di Ulm (Germania), calcolò nell'anno 2000 la mortalità causata dai contraccettivi in circa 3,5 casi su ogni 100.000 all'anno (lo studio aveva il titolo inconfondibile "Tödliche Nebenwirkungen der 'Pille'" [Effetti secondari della pillola] (238).

238. Lauritzen, C.: "Tödliche Nebenwirkungen der Becchi", en: *tägl. praxis*, tomo 41 (2000), pag. 181.

E l'esempio dei professori H.D. Taubert e H. Kuhl, di Francoforte, mostra che 20 anni fa era già impossibile scrivere in maniera libera sulla mortalità dei contraccettivi e persino classificare i tassi di mortalità per età (239), come fecero in una monografia specializzata che fu patrocinata da una impresa farmaceutica.

Quello che sarebbe realmente normale si è visto recentemente nell'esempio di Lipobay: il preparato contro il colesterolo venne lanciato sul mercato nel 1997 e fu consumato da 6 milioni di pazienti in tutto il mondo. Quattro anni dopo, l'8/8/2001, dopo il 52° caso sospetto, un portavoce della multinazionale Bayer spiegò che “avevano preso la decisione di sospendere la commercializzazione”(240). Chiunque può fare i calcoli: 52 (probabili) morti in 4 anni equivale ad un tasso di mortalità annua di 13; se teniamo conto che fu utilizzata da 6 milioni di pazienti, questo ci dà un tasso di mortalità di 0,2 su ogni 100.000. A partire da questi dati c'è da chiedersi questo: se con un tasso di mortalità di 0,2 si è ritirato il prodotto dal mercato dopo 4 anni, com'è possibile che in altri casi un tasso di mortalità approssimativamente 20 volte maggiore (riconosciuto da tempo dalla comunità scientifica e documentato senza riserve) non porta a nessun tipo di conseguenze, nonostante i 47 anni di commercializzazione?

Questa situazione dimostra la dimensione dei due metri che si impiegano attualmente. Senza un cambio di mentalità dei medici, e naturalmente soprattutto dei ginecologi, e anche dell'opinione pubblica, questa incomprensibile differenza si manterrà inalterata: per alcuni tolleranza zero, per altri una tolleranza di uno e vari zeri. Con questo studio pretendiamo tra l'altro apportare un contributo affinché la comunità scientifica, i mezzi di comunicazione e l'opinione pubblica la smettano di considerare in modo diverso e di accettare le morti causate dall'uso dei contraccettivi.

- In Germania c'è inoltre l'eccezionalità giuridica di una regolamentazione sorprendentemente ampia per gli inibitori dell'annidamento (art.218 del Codice Civile Tedesco), che assomiglia ad un assegno in bianco per l'arbitrarietà totale, poiché secondo il codice civile, la distruzione di embrioni da parte degli inibitori dell'impianto è esplicitamente esente da responsabilità penale in tutti i casi. Al contrario, secondo la legge di protezione degli embrioni tedeschi (Embrionenschutzgesetz), la distruzione di embrioni è completamente proibita, anche individualmente, come è giusto che sia. La **medicina** quindi si trasforma nel **braccio esecutore** di vari gruppi di interesse.

Si potrebbe obiettare che la “sottomissione della fertilità” ha cause fondate, per esempio nei casi di **sovrappopolazione o esplosione demografica**, come si è solito fare per situazioni nelle quali necessita urgentemente un controllo sulle nascite. Questa è la giustificazione pubblica per l'introduzione della contraccezione o persino dell'aborto.

Supererebbe i limiti di questa opera analizzare i contro argomenti demografici, specialmente se si tengono in conto le abbondanti risorse esistenti per una crescita della popolazione che rendano non necessari la contraccezione e l'aborto, cioè la **politica demografica dell'ONU**, sviluppata ormai decenni fa e in gran parte già applicata, specialmente dal **Population Council**.

Col tempo si è già dimostrato che la teoria della sovrappopolazione della Terra non era che una favola, uguale all'esplosione demografica, che non ha mai avuto luogo. A causa di queste teorie sono state motivate più o meno molte persone affinché appoggiassero e promuovessero la contraccezione. Questo si è allargato fino alla **politica di spopolamento**, che si arrivò ad applicare in Kosovo. L'UNFPA,(241) su richiesta di Milosevic, agì su larga scala nella regione e distribuì preservativi (scaduti), pillole del giorno dopo e pompe di aspirazione tra la popolazione.

È ovvio che dietro tutti questi fatti ci siano importanti **interessi economici: l'industria chimica e l'industria farmaceutica** raccolsero i benefici e hanno guadagnato milioni ostacolando che si facessero conoscere ampiamente gli effetti secondari, che di fatto si cominciarono a conoscere molto presto.

239. Taubert, H. D. e Kuhl, H.: Kontrazeption mit Hormonen, 11981.

240. <http://www.wdr.de/themen/kultur/stichtag/2006/08/08.jhtml>

241. Fondo delle Nazioni Unite per le attività in materia di Popolazione.

Anche l'aborto è un business: negli USA l'industria dell'aborto, così come si conosce, guadagnava negli anni 80 circa 500 milioni di dollari all'anno. E tutto ciò si promuove sistematicamente. Da alcuni anni possiamo aggiungere a tutto ciò l'aborto chimico in forma di RU 486.

Non dovremmo nemmeno dimenticare che dietro tutti questi sforzi sicuramente c'è anche la paura del primo mondo di essere inghiottito dalla minaccia della crescente popolazione del terzo mondo con conseguente diminuzione del proprio tenore di vita. Il divario tra il nord ed il sud è probabilmente uno dei motivi di questi sforzi che ha più influenza. Però che con questi metodi si sta mettendo a rischio la capacità di sopravvivenza di molte regioni del terzo mondo, poichè non si sta ostacolando direttamente, sembra non essere ovvio per la maggioranza. Od è magari qualcosa di desiderato ed intenzionale ?

Questa potrebbe essere la ragione per la quale molti governi occidentali negano aiuti medici, soprattutto ostetrici, a molte regioni del terzo mondo, nelle quali la situazione è, in parte, disastrosa. E nel caso in cui si concedano aiuti ginecologici a questi Paesi, gli aiuti economici si concedono solamente congiuntamente all'applicazione di metodi contraccettivi o dell'aborto. Altrimenti non c'è solidarietà.

Un ex funzionario del Fondo della Popolazione delle Nazioni Unite lo confermava recentemente. Questo Fondo concedeva appoggio finanziario solo alle ONG (242) che includessero ideologia e metodi di "salute riproduttiva" nei loro programmi di sviluppo (243).

Carl Djerassi, il "padre della pillola anticoncezionale", come lui stesso si definisce, nel suo discorso in occasione del 175° anniversario dell'Università di Zurigo commentò così in merito alla crescita della popolazione: "La crescita della popolazione e la qualità della prevenzione non hanno alcuna relazione. Come esempio citò Guatemala e Bulgaria: in entrambi i Paesi c'è una diffusione simile dei metodi anticoncezionali. La Bulgaria è il Paese nel quale la popolazione si riduce più rapidamente, viceversa il Guatemala è uno dei Paesi "pediatricamente" (244) più dinamici.

Djerassi cita un altro esempio, il Giappone, paese nel quale a metà degli anni 60 in un anno si ebbe una riduzione drastica del numero delle nascite – riduzione che si recuperò l'anno seguente – perché di sicuro le bambine nate quell'anno non troverebbero un buon marito (245). In quell'anno non apparve un nuovo contraccettivo nel mercato né aumentò in eccesso il numero di aborti. Il successo della diminuzione delle nascite si spiega unicamente con la volontà della popolazione di avere meno nascite.

Tutto questo non significa altro che, **secondo Djerassi, tutte le misure anticoncezionali in sé sono un bluff che ha portato benefici solo all'industria chimica.**

Si sarebbe potuto rinunciare perfettamente alla pillola e si continua a poterlo fare attualmente.

E adesso diamo uno sguardo al tema "Prevenzione e sessualità".

La prevenzione ha bisogno della sessualità, però la sessualità ha bisogno della prevenzione?

Che sessualità?

- Libertinaggio: libera disponibilità della sessualità;
- Promiscuità;
- Pornografia;
- Sessualizzazione della società;

242. Organizzazioni Non Governative.

243. Kath.net, 22-11-2005, 10:46. "Ehemaliger Funktionär dia Un-Bevölkerungsfonds packt aus" <http://www.kath.net/detail.php?id=12096>.

244. Paese che hanno una gran proporzione di popolazione giovane.

245. Carl Djerassi nel suo discorso del 14-3-2008 in occasione del 175° anniversario dell'università di Zürich: "Zukunft der menschlichen Reproduktion: Wünsche und Realitäten" (Futuro della riproduzione umana. Desideri e realtà).

In questo contesto ci si pone la seguente domanda: che sessualità? La sessualità non è la stessa cosa che la sessualità. Che volto ha il tipo di sessualità della quale stiamo parlando?

Una citazione di Sigmund Freud chiarisce la questione: “Conosciuti sono gli impulsi che si raggruppano attorno alla procreazione umana, l’impulso erotico e l’impulso sessuale che possono creare tanta dipendenza che, così come l’espansione cancerogena, possono arrivare a distruggere la personalità di una persona”.

La prevenzione è pensata e sviluppata specialmente per una forma concreta di sessualità: la sessualità nel senso di libertinaggio, cioè, la sessualità prematrimoniale ed extramatrimoniale, la sessualità della promiscuità, dato che da queste situazioni non deve, in teoria, nascere un bambino.

È in queste situazioni che la separazione di sessualità e procreazione rende in gran misura imprescindibile l’impiego della contraccezione, poiché questo tipo di sessualità esclude la procreazione.

Anche se non vogliamo discutere sul fatto che la sessualità (meglio l’*unione sessuale*) appartenga necessariamente alla coppia, se si separa dalla procreazione, quello che domina è la lussuria.

Si potrebbe dire che la libera disponibilità della sessualità rende di conseguenza le persone disponibili. E questa disponibilità apre porte e finestre all’abuso e, per tanto, allo sfruttamento sessuale. Specialmente in questo contesto la donna è in pericolo, poiché viene degradata a oggetto sessuale dell’uomo.

Bisogna avere chiaro un concetto molto semplice: quanto più sessualità, tanto più gravidanze, seguendo il ragionamento che quando si pratica la sessualità, per principio è possibile una gravidanza e ciò non si può mai escludere.

Proprio a questa questione è orientata la propaganda, tanto da parte degli ideologi demografici come dell’industria chimica o dell’ideologia anticoncettiva. Questo include anche la diffusione e promozione adeguate del tipo appropriato di sessualità, che è ciò per cui alla fine dei conti serve la *pornografia* che diede inizio alla *sessualizzazione della società*. Suggestionata da questa pornografia, l’idea della sessualità cambiò e si liberalizzò in forma totalmente automatica.

Se analizziamo il comportamento sessuale moderno, possiamo osservare il risultato di questi sforzi. Wendy Shalit, una nordamericana di origine ebrea, lo descrive in modo sensazionale in un libro, *Un ritorno alla Modestia* (246), che causò certa critica. Se si pratica – secondo le osservazioni del libro – per esempio il *hook-up* (247) in USA – in Spagna più conosciuto come “sveltina” -, non si può fare altro che usare contraccettivi per questa sessualità vissuta così vertiginosamente, poiché altrimenti le conseguenze sociali sarebbero imprevedibili. La pressione esterna riafferma così – creando queste circostanze, o anche dei fatti - questa convinzione.

La prevenzione è arrivata al punto di fomentare l’amore omosessuale, dato che si tratta di una forma non riproduttiva della sessualità.

Altre cause di questo sviluppo:

Possiamo osservare ogni giorno di più che questa problematica è una faccenda con molti fattori e cause, però questo non esenta le persone dall’obbedire all’HUMANAE VITAE!

- Commercializzazione di sessualità e prevenzione;
- Educazione sessuale a scuola;
- Confusione dei limiti tra prevenzione della gravidanza e aborto precoce.

246. Shalit, Wendy: *A Return to Modesty / Discovering the Lost Virtue*, Simón & Schuster, New York 1999.

247. Hookup=Avere sesso (o sesso orale) = rappresenta la forma più informale [più fuggitiva, più sbrigativa, più negligente, più occasionale] delle relazioni sessuali; qualunque vincolo emozionale è disprezzabile.

Attorno a questo tipo di relazioni si è creato una serie di rituali, per esempio il Post-Dumping Checkup (controllo dopo allungarlo/la) o il Pre-Hookup Check for Priore Post-Dumping Checkup Intervals: una studentessa domanda allo studente prima di "eccitarsi" a quali intervalli in seguito ha l'abitudine di chiamare le sue ex-amiche ad una ripetizione-per sapere a che cosa attenersi nel futuro.

Tutto ciò getta le basi per la commercializzazione della sessualità così come della prevenzione con tutti i suoi metodi.

Questa sfortunata unione ha comportato conseguenze imprevedibili per la nostra società. Niente è rimasto praticamente intatto. Specialmente ha colpito e colpisce la gioventù alla quale, sopraffatta da questa sessualità permanente, non rimane altra scelta. L'immoralità si converte in normalità e si definisce come tale. I valori conservati fino ad ora si stravolgono.

Si comincia con questo già all'asilo, segue nella scuola elementare e termina nell'istituto con l'educazione sessuale, che completa il lavoro. La continuazione di questo processo si può incontrare oggigiorno nella commercializzazione della sessualità su internet, come ad esempio in forma di pedopornografia. Vista così, la contraccezione è diventata imprescindibile, incluso l'aborto, che attualmente è il metodo di regolamentazione della natalità più usato e appartiene già senza alcun dubbio al grande schema della contraccezione ed alla mentalità contraccettiva della nostra epoca, che certamente include anche l'aborto precoce mediante metodi inibitori dell'"impianto".

Secondo il "metodo anticoncezionale" troviamo la prevenzione in sè (248), una combinazione di prevenzione e inibizione dell'annidamento (aborto precoce) (249), ed infine l'aborto in sè.

Escalation della "contraccezione"

E' pieno di bugie lo slogan "meglio prevenire che abortire", cosa che molti non vogliono vedere. Se si riconoscesse la verità, non rimarrebbero molti dei metodi di prevenzione disponibili oggi (contraccettivi orali, Depo Provera, Norplant, Implanon, IUD, "pillola del giorno dopo", RU 486). In cambio si cerca di occultare o minimizzare questi fatti od il riconoscimento degli stessi relativamente a tutti i metodi attualmente disponibili. Non si vuole mettere in pericolo né perdere il libertinaggio sessuale che tanti sforzi ha richiesto per essere raggiunto. E per questo si passa letteralmente sopra cadaveri, anche se tanto piccoli, e si ignorano tutti gli effetti secondari dei diversi metodi, che si accettano come conseguenza naturale. Però tutto ha un prezzo, anche se non si discute di questo o, se lo si fa, troppo tardi. E di nuovo è la donna che deve pagarlo. Nonostante ciò, alcune donne hanno cominciato a rendersi conto di ciò, soprattutto le femministe; molte altre sembrano come addormentate e continuano a farsi manipolare. Che i medici, dal canto loro, siano anche essi manipolati è qualcosa che pochi vogliono riconoscere. Sembra allo stesso modo che la società abbia una benda sugli occhi.

Oggigiorno si questiona e si investiga tutto, però questo problema sembra essere tabù. Avrà a che fare questo con la cieca "fede nella scienza", che tanto spesso aveva denunciato Max Thurkauf?

Tutto ciò è stato estremizzato fino al parossismo soprattutto dalla decisione dell' ACOG del 1965 di definire il concepimento come l'impianto dell'ovulo fecondato (250) e non come la fecondazione dell'ovulo da uno spermatozoo, come già visto sopra (pag. 29) (attenzione: duplicato).

Vediamo un po' più nitidamente le due decisioni più importanti degli inizi degli anni 60 in relazione con l'effetto abortivo precoce.

Nell'anno 1963, il Dipartimento della salute, educazione e benessere sociale dell'U.S.A. definì l'aborto come segue:

"misure che mettono in pericolo la sopravvivenza dello zigote tra la fecondazione ed il parto"(251).

248. Per esempio, il preservativo.

249. Per esempio, gli anticoncezionali orali (pillola/minipillola), Depo Provera, Norplant, Implanon, lo IUD, la "pillola del giorno dopo", RU 486.

250. Testo originale in inglese: "Conception is the implantation of a fertilized ovum." American College of Obstetricians and Gynaecologists: Terminology Bulletin, "Terms Used in Reference to the Fetus", Chicago: ACOG, settembre di 1965.

251. testo originale in inglese (1963): ABORTION "ALL MEASURES WHICH IMPAIR THE VIABILITY OF THE ZYGOTE AT ANY Truffi BETWEEN THE INSTANT OF FERTILIZATION AND THE COMPLETION OF LABOUR."

Questa definizione non quadrava ai promotori della contraccezione, inibitrice in potenza dell'impianto, per cui l'ACOG pubblicò nel 1965 la seguente definizione di gravidanza: "il concepimento è l'annidamento di un ovulo fecondato"(252).

L'ACOG parlò anche di contraccezione post-fecondazione o di controllo di fertilità post-concettivo.

Così il concepimento, cioè la fecondazione, passa ad essere l'impianto dell'ovulo fecondato nell'endometrio. E quindi si è rivoltato tutto.

Con questa definizione non solo era sottratto al concetto concepimento il suo significato originale, ma anche l'inizio della gravidanza si situava nel momento dell'impianto dell'embrione e non nella fecondazione. Questo significa che i primi 14 giorni dopo la fecondazione perdono completamente la loro protezione! Anche se questo cambiamento aveva lo IUD in mente, è ugualmente valido per tutti i "contraccettivi" che intervengono tra la fecondazione e l'impianto. La gravità reale della definizione non si è visto veramente fino ad oggi, dove il centro dell'attenzione si è posto nella ricerca con gli embrioni – possibile grazie alla medicina riproduttiva -, specialmente nella ricerca con cellule staminali. In questo senso si è creata una zona grigia tra la fecondazione e l'impianto.

Secondo tutto ciò è completamente legittimo rinunciare a chiamare la pillola e simili come metodi abortivi precoci, mentre invece si potrebbero e dovrebbero chiamare, per i loro effetti, come inibitori dell'impianto.

Si potrebbe dire che tutto questo è un gioco di parole semantiche, se non fosse perché tutto quello che deriva da questo, che non sono altro che giovani vite umane, sta in pericolo per questa inibizione dell'impianto.

La CONTRACCEZIONE POST-FECONDAZIONE o CONTROLLO DI FERTILITA' POST-CONCETTIVO sono, secondo la nuova definizione citata sopra, una contraddizione in loro stesse. Se il concepimento deve essere l'impianto dell'embrione e gli inibitori dell'impianto agiscono prima dell'impianto, entrambi i concetti sono contraddittori, se non errati. Con l'uso di queste parole, il concepimento torna ad assumere il significato di fecondazione, con gli effetti delle sostanze corrispondenti dopo una fecondazione completata (post-concezione) e prima dell'impianto, il che sarebbe un inibitore dell'impianto.

Bisogna sottolineare che queste dichiarazioni ebbero luogo prima della pubblicazione dell'enciclica HUMANA E VITAE e per tanto spianarono la strada per eliminare la frontiera tra la prevenzione e l'aborto precoce.

La scrittrice femminista **GERMAINE GREER** commentò così:

"Attualmente la prevenzione si assimila all'aborto (...) non c'è nessuna prova che il consumo di pillola possa evitare che uno spermatozoo fecondi un ovulo (...) Indipendentemente se si considera la creazione e distruzione di tanti embrioni come qualcosa d'importante o no, bisogna dire chiaramente che è un cinico inganno per vendere alle donne metodi abortivi come se si trattasse di metodi anticoncettivi, questo non corrisponde al rispetto che è dovuto verso le donne come persone"(253).

È interessante che sia proprio una femminista militante, Germaine Greer, che esprima questa opinione. Su questo punto c'è una notevole coincidenza eclatante tra il femminismo e il movimento per la vita.

251 Testo originale in inglese (1963): ABORTION "ALL MEASURES WHICH IMPAIR THE VIABILITY OF THE ZYGOTE AT ANY Truffi BETWEEN THE INSTANT OF FERTILIZATION AND THE COMPLETION OF LABOUR."

252. Testo originale in inglese (1965): "CONCEPTION IS THE IMPLANTATION OF A FERTILIZED OVUM."

253. Greer, G.: The Whole Woman. London: Doubleday, 1999, pag. 92-93, cortesia della Family Education Trust., (Testo originale in inglese: "These days, contraception is abortion because... pills cannot be shown to prevent sperm fertilising an ovum... Whether you feel that the creation and wastage of so many embryos is an important issue or not, you must see that the cynical deception of women by selling abortifacients as if they were contraceptives is incompatible with the respect due to women as human beings.")

Conseguenze del “NO” alla fertilità e per la sessualità moderna e la contraccezione

In primo luogo bisogna tenere in conto che le cause menzionate del “NO” alla fertilità possono essere, allo stesso tempo, conseguenze dello stesso “NO”, ma maggiorate. Per esempio, l’edonismo è tanto causa che conseguenza, quest’ultima a sua volta in una gravità maggiore.

La conseguenza della mentalità contraccettiva che si trova sopra tutte le altre è tutta la riproduzione e la medicina riproduttiva in se, tra gli altri motivi anche perché proprio la contraccezione moderna – assieme alla infertilità temporale che si persegue – esita molto spesso in una infertilità permanente, per esempio a causa di infezioni che hanno la loro origine principale nella permissività e nel comportamento sessuale (partners multipli, MTS).

Altre conseguenze del “NO” alla fertilità

- Relativizzazione dei concetti morali
- Medicina senza valore, medicina senza etica
- Permissività nella medicina
- Fattibilità nella medicina

Con la **relativizzazione dei concetti morali** si persegue un’etica maggiormente libera dai valori. Nessuno può obbligare un altro a credere alla sua scala dei valori, anche quando si tratta della verità. Da qui nasce la medicina senza valore, una medicina senza etica. Questo comportò che un medico, “buon cattolico”, imbattendosi col nome “Federazione Mondiale dei Medici che rispettano la vita umana”, dicesse: “non esiste medico che non rispetti la vita”. Questa persona applicava lo IUD, un abortivo precoce, alle donne dicendo che era quello che volevano e che a loro non era possibile collocarselo da sole. Questo comportamento segnala un’altra conseguenza dell’ “etica moderna”: il **permissivismo della medicina**. Il paziente esprime i suoi desideri ed il medico è solo l’esecutore neutrale, senza valori. Questo si applica ad un gran numero di casi, dagli interventi cosmetici, passando alla contraccezione, alla diagnostica prenatale ed all’aborto fino all’eutanasia.

In relazione diretta con questo sviluppo si trova la crescente **fattività della medicina**. Per esempio è fattibile “correggere” un danno esistente; una situazione potrebbe essere, con una **sterilità ovarica causata da un’infezione, da una parte interventi microchirurgici nelle “tube” o, dall’altra, la fecondazione in una provetta (FIV/ET) della donna per aiutarla ad avere un figlio**. Se con quest’ultimo “metodo di trattamento” arriveranno ad annidarsi troppi embrioni nell’endometrio, si può uccidere mediante il feticidio selettivo il numero desiderato di bambini nel ventre materno per garantire al resto più alte possibilità di sopravvivenza. Con tali argomentazioni, apparentemente umanitarie, si giustifica il feticidio selettivo. Inoltre si mette da parte il fatto che, con questo tipo di trattamenti (fecondazione in una provetta con feticidio selettivo) si distrugge direttamente la vita umana e non si risolve la causa dell’infertilità, quindi, di fatto, non si tratta in assoluto di una autentica terapia. Inoltre, la FIV/ET e la ICSI utilizzano molti embrioni e sono di conseguenza distruttrici di embrioni; queste tecniche hanno già distrutto la vita di innumerevoli bambini mai nati.

A causa di questa fattibilità, di questo delirio del fattibile, la gente si comporta in modo spensierato con la fertilità naturale, poiché c’è sempre un altro rimedio in forma di riproduzione assistita. Il numero di vittime non si tiene in conto e molte volte viene sottaciuto.

E così passiamo al seguente punto: in primo luogo si registra una separazione tra la sessualità e la procreazione e adesso vediamo che, come conseguenza del no alla fertilità, si da una separazione della procreazione dalla sessualità; già appaiono i primi sforzi per eliminare completamente la procreazione naturale e restringere la nascita di nuovi bambini alla provetta. Speriamo che questo non accada mai.

Un’altra conseguenza è tutto l’ordito attorno alla **ricerca con embrioni**, specialmente sulle **cellule staminali**.

Altre conseguenze di questo “NO”

- Valutazione errata degli effetti secondari degli “anticoncezionali”
- Danni alle donne
- Sfruttamento della donna
- Rivendicazioni di genere

La valutazione errata degli effetti secondari degli “anticoncezionali” si riferisce specialmente agli effetti medici secondari, che pregiudicherebbero soprattutto le donne dal punto di vista della salute, benché si dimostri agire in beneficio della donna. Nonostante ciò, le pregiudicate sono di nuovo le donne, che soffrono uno sfruttamento sfrontato e non si rendono conto – di nuovo – dei danni che hanno loro causati fino a quando non sarà troppo tardi. Questo sfruttamento è di carattere sessuale, però anche morale ed economico.

Le donne, guidate dalle femministe, reclamarono la contraccezione, soprattutto nell’epoca della “pillola”, per la loro liberazione, tra l’altro sessuale. E di nuovo furono le femministe quelle che si resero conto rapidamente che questa liberazione era solo apparente e che erano state sfruttate sessualmente, e per questo abbandonarono la rivendicazione della “pillola”.

Un’altra conseguenza della mentalità contraccettiva è la promozione delle **rivendicazione di genere, per esempio fomentando l’amore omosessuale come una forma ugualmente valida di sessualità, ma non riproduttiva.**

Ecosistema ed ormoni

Ormoni nell’acqua sotterranea:

- Estrogeni e sostanze simili agli estrogeni;
- Contraccettivi orali;
- Ormoni nella postmenopausa
- Altre sostanze diverse (plastiche)

L’effetto degli estrogeni si osservò prima nel mondo animale, poiché causava:

- Una femminilizzazione degli animali maschi e
- Negli uomini, una riduzione del numero di spermatozoi

Infertilità maschile

Questa volta i **signori della creazione**, che in gran parte furono e sono implicati nella concezione ed elaborazione di metodi anticoncezionali (fatta eccezione per Margret Sanger e determinati circoli femministi), non sono usciti indenni, poiché **il numero di spermatozoi si è ridotto in 50 anni del 50%**, tra gli altri motivi per l’arricchimento delle acque sotterranee di estrogeni.

L’infertilità maschile è, ogni giorno di più, una questione ogni volta più angosciante, che non è così facile da guarire. Terapeuticamente si possono realizzare molti più interventi nella donna che nell’uomo. Gli uomini sono, per quanto riguarda le terapie contro la sterilità, più resistenti delle donne.

E la protezione facilita per la prima volta il proseguirsi di questa situazione ed il completamento del caos totale.

E, anche se sia difficile da credere, la medicina partecipa a questo senza alcuno spirito critico, anzi arriva a promuoverlo.

Inizialmente si escluse la pillola da questa situazione e la colpa si fece ricadere sugli ormoni della post menopausa e su altre sostanze, come la plastica, fino a che non è stato più possibile escludere la pillola come responsabile.

Altre conseguenze del “NO” alla fertilità

- Sessualità adolescente
- Gravidanze nell’adolescenza

- Crescita drastica del tasso di aborti tra gli adolescenti
- Crescita del tasso di suicidio tra i giovani
- Malattie a trasmissione sessuale (MTS): **clamidia, gonorrea, sifilide, HIV.**

Un effetto e conseguenza della separazione di sessualità e procreazione è senza dubbio la **sessualità adolescente**. Vengono ingannati con la cosiddetta sessualità sicura, cioè, come se potesse praticarsi un sesso svincolato dalla procreazione e si è fatto loro credere che hanno diritto alla sessualità, cioè, ad un piacere non adulterato, senza dare loro spiegazioni sulle reali conseguenze. Senza troppi giri di parole: non gli si dice che quando si pratica il sesso bisogna tenere sempre presente il concepimento di un bambino. Si raccomandano in modo superficiale anticoncezionali senza spiegare loro la mancanza di sicurezza degli stessi. Non è strano che le **gravidanze adolescenti ed il tasso di aborti tra le adolescenti** sia in parte **aumentato drasticamente**.

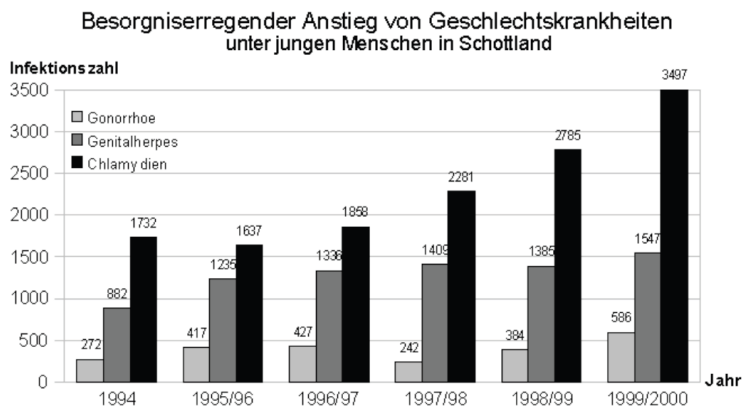
La situazione non è tanto sorprendente se si sa che la pillola si assume correttamente solo in un 50-60% dei casi ed i tassi di fallimento (indice Pearl) tra gli adolescenti sono del 15-18% (254). C'è già chi parla di "abbandono sessuale"(255).

Si è saputo anche che alcune cliniche di aborti degli U.S.A. abbiano somministrato intenzionalmente pillole a basso dosaggio, cioè insicure, a ragazze giovani aspettando che avessero una gravidanza non desiderata per poter aumentare i guadagni (la ex-proprietaria ed ex-dirigente di una clinica di aborti lo rese pubblico). Non possiamo dimenticare nemmeno **l'aumento del tasso di suicidio tra gli adolescenti**.

Una conseguenza diretta di questo comportamento sessuale è la **trasmissione di MTS, che può comportare l'infertilità per queste giovani persone, portando quindi alla separazione tra la fertilità e la sessualità** (256). A sua volta, questa infertilità obbliga a ricorrere alla **riproduzione assistita** in forma di FIV/ET ed ICSI. In questo modo il circolo vizioso ogni volta gira sempre più veloce. In aggiunta la pillola – come già si è visto – fomenta la diffusione di infezioni da clamidia e, probabilmente, anche l'infezione dell' HIV.

Recentemente si sta espandendo dagli U.S.A. una MTS che fino ad ora ha ricevuto poca attenzione: il *Mycoplasma genitalium*, la cui trasmissione si vede facilitata inoltre dal preservativo (257). I micoplasmata, in qualità di agenti più piccoli conosciuti, sono già la seconda MTS dopo le clamidie e possono causare anche la sterilità.

Statistica



Fonte: Scottish Executive, Information and Statistics Division (258)

254. Simposio Sessualità giovanile e contraccezione: un aggiornamento, 3-4-2008, nel Seedamm Plaza, Pfäffikon (Svizzera). Gruppo di lavoro Ginecologia infantile e giovanile GYNEA.

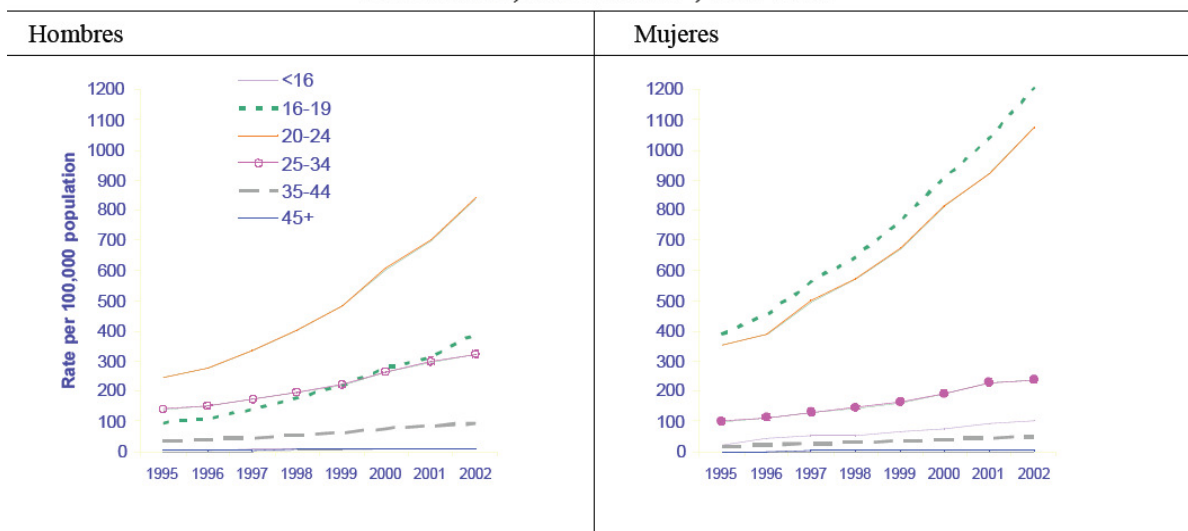
255. Keller, Claudia: "Aufklärung durch Pornofilme, Arche-Kinder sprechen über sexuelle Erfahrung", Tagesspiegel (Berlino), 22-06-2008 <http://www.tagesspiegel.de/berlin/art270,2556182>

256. Malattie a trasmissione sessuale.

257. Manhart, L. E. et al.: "Mycoplasma genitalium Among Young Adults in the United States: An Emerging Sexually Transmitted Infection", American Journal of Public Health

258. Scottish Statistics 2000. <http://www.show.scot.nhs.uk/isd/>

Tasa de diagnóstico de infección genital no complicada por clamidias por sexo y grupo de edad, GUM clinics, Reino Unido*, 1995-2002



*I dati della Scozia degli anni 2001 e 2002 non sono disponibili. Fonte: KC60 statutory returns and ISD(D)5 data.

Abbiamo qui una statistica britannica che mostra come siano aumentate le gonorree, le infezioni da clamidie e gli herpes genitali tra il 1994 ed il 2000. I dati si fanno riconoscere numericamente, tra i quali le clamidie emergono in modo evidente. A sinistra si mostrano i dati relativi agli uomini e a destra quelli delle donne. Particolare attenzione merita la linea verde: mostra che l'aumento avvenne soprattutto nelle ragazze tra i 16 ed i 19 anni e tra gli uomini tra i 20 ed i 24 anni. Forse si dovrebbe dire che la prima infiammazione delle tube riduce da sola di un 20% la fertilità. Bisogna aggiungere che la pillola favorisce pesantemente le infezioni da clamidie.

Nel caso della gonorrea troviamo una rappresentazione simile: nuovamente la situazione più grave è tra le donne dai 16 ai 19 anni e tra gli uomini tra i 20 ed i 24 anni.

Attualmente ai giovani si trasmette il messaggio che non c'è alcun bisogno di astinenza, poiché la diminuzione della paura di una gravidanza ha comportato un atteggiamento sessuale pieno di rischi, specialmente a un rischio maggiore di MTS.

Allora afferma il famoso Guttmacher Institut negli U.S.A., che promuove l'aborto, la contraccezione, etc., che questo rischio di MTS od infezioni in donne giovani si spiega con dei fattori biologici. Gli adolescenti si infettano perché nel loro organismo hanno meno anticorpi protettivi e l'im maturità della loro cervice facilita il contagiarsi di tali infezioni.

L'altra citazione dice: "le persone giovani attive sessualmente hanno una tendenza maggiore ad avere diversi partner". Questo si deduce automaticamente da tutto ciò che si è detto.

Però non è sufficiente. Anche la sessualità stessa può soffrire a causa della pillola. Questo è già stato detto dal filosofo Max Horkheimer, un co-fondatore della scuola di Francoforte:

"dobbiamo pagare la pillola con la morte dell'amore erotico." Max Horkheimer

DA MOLTO TEMPO si è potuto osservare una diminuzione ed anche una perdita della libido durante l'uso della pillola. Per molto tempo si è pensato che fosse uno stato reversibile dopo la sospensione. Nonostante nuovi studi mostrano che una grande percentuale di queste donne possono subire una perdita irreversibile della libido. Questo si basa su un aumento della globulina SHBG nell'organismo, che può mantenersi anche dopo aver cessato l'assunzione. In questo modo le donne prendono qualcosa, la pillola, per qualcosa che non le stimola più (vedere pag. 50).

Se si tiene conto che la contraccezione – specialmente la pillola – è il mezzo scelto per la soddisfazione dell'edonismo moderno, questa riduzione della libido a causa della pillola sembra

essere una contraddizione di per se stessa. O è che la cosa più importante è la soddisfazione dell'uomo?

Altre conseguenze del "NO" alla fertilità

- *Diminuzione della popolazione, specialmente in Occidente: popoli agonizzanti*
- *Protezione di attivi: libertinaggio*
- *Promozione dell'edonismo*

La diminuzione della popolazione portò a popoli agonizzanti nel mondo occidentale (come già detto prima)

A questi livelli sono ormai conosciuti da tutti i decrescenti tassi di nascite, col conseguente invecchiamento della popolazione ed i problemi sociali ed economici per lo Stato di benessere, e ciò nonostante continuano a mancare piani concreti per un aumento necessario dei tassi di nascite.

Carl Djerassi si esprime così nel suo discorso "Futuro della riproduzione umana. Desideri e realtà"(259): "la crescita della popolazione e la qualità della prevenzione non hanno alcuna relazione", il che è lo stesso che dire che la contraccezione non influisce nella crescita della popolazione (vedere pag.66).

Nonostante le conseguenze negative di questo NO continuiamo a dire che. "non vogliamo rinunciare alla libertà che abbiamo ottenuto" (R.Ehrenberger, psichiatra).

Si tratta di **non perdere il libertinaggio che abbiamo ottenuto** e continuare a **promuovere l'edonismo** a dispetto degli studi che contraddicono tutto ciò.

In qualsiasi caso, la donna non solo ne ha un godimento ipotetico, ma
- contro tutte le opinioni - ritorna ad essere vittima di questa mentalità.

Altre conseguenze del "NO" alla fertilità:

- Relativizzazione dell'importanza della sessualità;
- Considerazione del bimbo come nemico;
- Decadenza morale
- Promozione dei contraccettivi e dell'aborto;
- Conseguenze fisiche e psichiche dell'aborto, soprattutto la Sindrome post aborto (SPA)

Relativizzazione dell'importanza della sessualità

A questo punto ci sono due aspetti da tenere in considerazione:

il primo è il significato della sessualità, che consiste nella procreazione e nell'amore e nel dono reciproco della coppia. Come abbiamo già detto, mediante la contraccezione si lascia sempre di più da un lato la procreazione e la sessualità si vive separata da essa.

In secondo luogo si può osservare un fenomeno curioso: nonostante la tendenza verso la "naturalità", nella contraccezione non si tiene in conto questo concetto. La gente si oppone a quasi tutti i medicinali (incluso in basse dosi), però utilizza la pillola tranquillamente giorno dopo giorno per anni. Qui si ignora totalmente il "naturale", come se non potesse o non dovesse essere valido in questo ambito. Perché la contraccezione è una componente fissa del pensiero, è quasi integrata, fa parte della normalità, e perché si tratta dell'area molto importante della sessualità alla quale non si può rinunciare in nessun modo.

Dovrebbero utilizzarsi contraccettivi quando si è ormai deciso di non avere più bambini. Così si manifesta inevitabilmente una *predisposizione negativa verso i bambini*, e questo non solo rafforza la decadenza morale, ma anche la promozione dei contraccettivi e dell'aborto.

259. Carl Djerassi nel suo discorso del 14-3-2008 con occasione del 175° anniversario dell'università di Zúrich: " Il futuro della riproduzione umana: Desideri e realtà ".

Non bisogna dimenticare in questo ambito le *conseguenze fisiche e psichiche dell'aborto*, specialmente la *Sindrome post aborto* (SPA), anche conosciuta come malattia da stress post traumatico (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD).

Almeno sembra che si cominci a prendere coscienza, fino a un certo punto, di questi effetti. L'esempio più palese è forse il libro di testo "Ginecologia e assistenza medica nel parto" di Manfred Stauber e Thomas Weyerstahl: questo libro contiene, nelle sue tre edizioni (dalla prima edizione del 2001 fino alla terza edizione aggiornata del 2007), spiegazioni chiare e assolutamente inequivocabili delle conseguenze dell'aborto. Nel libro non solo si descrivono in maniera differenziata le complicazioni immediate, a breve ed a lungo termine da tenere in considerazione, ma si parla anche chiaramente delle conseguenze psichiche. Anche se Stauber e Weyerstahl non utilizzano il termine "SPA" (né come abbreviatura né nella sua forma completa "Sindrome post aborto), i sintomi che descrivono questi due autori corrispondono in grande misura a ciò che molti esperti del campo della psicoterapia denominarono già molti anni fa come SPA. Così, le spiegazioni di questo libro di testo sono totalmente contrarie alla negazione estrema da parte di quelle persone ed organizzazioni che non vogliono sentire niente sul tema e che negano l'esistenza di tali conseguenze con una ignoranza incomprensibile (260).

In realtà, queste persone non hanno motivo di dare ascolto a Stauber/Weyerstahl, né ai rappresentanti dei movimenti pro-vita che non sogliono star loro simpatici, né tantomeno alla chiesa. Quindi se fossero disposti ad ascoltarli, avrebbero potuto leggere già da alcuni anni i commenti di Etienne-Emile Beaulieu in persona, l'inventore della pillola abortiva "RU 486" conosciuto a livello internazionale:

"È anche insultante per le donne affermare che l'aborto è tanto semplice come l'assunzione di un'aspirina. È sempre difficile, tanto a livello psichico che fisico, e in alcuni casi tragico" (261).

Si ha quasi la sensazione che non si possa vivere senza contraccezione. La deformazione mentale sembra essere giunta a compimento. Così oggi appare l'impressione del "o questo o l'altro": non c'è una terza via, cioè il lasciare l'opzione aperta, l'essere aperti ad un bambino, così come esige Humanae Vitae, un'opzione di vita che potrebbe risparmiare molto stress e afflizioni all'uomo moderno.

Questa mentalità si è impadronita della nostra società da decenni, in modo da stabilirsi in forma crescente fino ad arrivare ad essere un componente fisso del nostro pensiero. Così si è sviluppata una dipendenza totale verso la mentalità contraccettiva.

260. Vedi, per esempio, le affermazioni in larga misura discutibili fatte nella rivista tedesca pro famiglia magazin (n° 1/2007). può trovarsi insuperabilmente l'espressione breve e rozza della SVSS (Schweizerische Vereinigung für die Strafflosigkeit dia Schwangerschaftsabbruchs, Unione svizzera per la decriminalizzazione dell'aborto) nelle cui pagine web può leggersi dagli anni 90 che la SPA è una "invenzione dei contrari all'aborto."

261. B. Asbell, Die Pille, pag. 406. In questo punto sarebbe desiderabile che gli abortisti tenessero finalmente in conto ed ammettessero che gli aborti sono associati spesso a conseguenze psichiche in parte gravi. Né più né meno che É.É. Beaulieu, l'inventore della pillola abortiva, è quasi incomparabilmente aperto ed onesto. In paragone con lui, molti rappresentanti delle associazioni "Pro Choice" continuano a togliere importanza, in una maniera irresponsabile, alla decisione di abortire ed alle sue conseguenze.

Quelli che vogliono evitare a tutti i costi di dare la ragione a persone che appartengono al campo del diritto alla vita, ad una chiesa od a qualche voce di segnalazione dell'area di Umanistica come la psicologia, potrebbero dare almeno la ragione a qualcuno che si incontra nel loro proprio cartello! Continua già ad essere ora di prendere sul serio questo voto di Baulieu che ha già molti anni, e poiché non si dà credibilità ad altre persone, darsela almeno in questo punto; perché quasi chiunque sta in contatto con donne che si sono sottoposte ad un aborto, e non guarda ad un altro lato a proposito, può e deve approvare la sua affermazione: "E' sempre difficile, tanto a livello psichico che fisico, ed in alcuni casi tragico."

[[Abtreibung. Vergleich mit Zahnarztbesuch. (Aborto. Paragone con una visita al dentista.) Uta Ellerstorfer, pro famila, ramo tedesco dell'IPPF,: pura invenzione; Annemarie Rey: invenzione dei contrari all'aborto.]]

A questo punto conviene citare un nuovo studio dell'Istituto Guttmacher del giugno del 2005; questo mostra come può essere insicura la contraccezione artificiale, e quali conseguenze comporta (262): ed avviene che in USA una gravidanza su due non è desiderata, il 53% delle quali dovute alla contraccezione artificiale. Di queste gravidanze non desiderate sopravvivono solo il 40% dei bambini, visto che escludendo un 13% di aborti spontanei, le donne si sottopongono a un aborto nel 47% dei casi.

Queste cifre mostrano chiaramente: l'aborto è necessario come sicurezza addizionale, come *sostegno della contraccezione*; e dimostrano la *relazione logica e funzionale* tra contraccezione ed aborto. Questa relazione è stata già individuata e definita chiaramente in diversi modi oltre 40 anni fa, e ha mantenuto la sua crudele validità fino ad oggi, nonostante ci sia chi dica esattamente il contrario (263). È importante indicare che questa relazione così fondamentale tra contraccezione ed aborto è stata osservata e descritta da persone molto differenti, anche da quelle che sono, senza dubbio alcuno, sostenitrici della contraccezione e dell'aborto:

"Dato che il resto dei metodi contraccettivi sono difettosi, ci sarà sempre richiesta di RU 486". E.E.Baulieu (264)

"Esistono prove inequivocabili del fatto che (al contrario di ciò che ci si aspetterebbe) l'estensione della contraccezione provoca un aumento del tasso d'aborto".(265) J.BURY (Brook Advisory Centres), 1981

"Se le persone utilizzano la contraccezione, ci sarà un aumento dei tassi di aborto, e non una diminuzione di questi..." (266) M.POTTS, 1973.

"Nessuna società ha controllato la sua fertilità..., senza ricorrere ad un notevole numero di aborti. Realmente, l'aborto è spesso il punto di partenza per il controllo della fertilità."(267) M.POTTS, 1979.

"Dato che gli aborti e la contraccezione comportano l'obiettivo comune di evitare nascite non desiderate e nascite che avrebbero luogo in un momento inopportuno, esiste un'alta correlazione tra esperienza abortiva ed esperienza contraccettiva nelle popolazioni nelle quali si ha accesso tanto alla contraccezione come all'aborto, ed in quelle in cui le coppie hanno tentato di regolare il numero di figli e la distanza tra loro. In queste società, le donne che hanno utilizzato contraccettivi si sottopongono più probabilmente ad un aborto rispetto a quelle che non li utilizzano. L'aborto da solo è un metodo inefficiente di regolazione della fertilità, ma incrementa la sua efficacia nella misura in cui l'estensione dell'uso di metodi contraccettivi gli concede la funzione di una misura di sicurezza" (268) Ch. Tietze

Probabilmente tra un 20% e un 50% delle utilizzatrici della pillola e una quantità considerevole di utilizzatrici di altri metodi si sottoporranno almeno a due o più aborti in 10 anni".(269)

Non c'è una contraccezione, un aborto ed una sterilizzazione, ma un'entità unica nella quale una cosa porta necessariamente all'altra. Allo stesso modo che l'amore, la sessualità e la procreazione formano un tutto a partire da realtà relativamente autonome ma non separabili completamente le une dalle altre, la contraccezione artificiale, l'aborto e la sterilizzazione non sono altro che tre tappe della stessa politica familiare". (270) Pierre Chaunu (1981)

262. Alan Guttmacher Institute, AGI, per incarico di " Planned Parenthood ", giugno 2005.

263. cita P. Chaunu; cita K. Bockmühl.

264. cita secondo B. Asbell, pag. 415

265. J.Bury 1981.

266. M.Potts 1973.

267. M.Potts 1979.

268. Ch.Tietze 1989.

269. Christopher Tietze, quoted in the National Abortion Rights Action Leagues's A Speaker's and Debater's Guidebook, Giugno 1978, pag. 24, cit. in Clowes 1997, pag. 73.

270. P.Chaunu 1979/81, pag.207.

“Non esiste in realtà una relazione tra la mentalità anticoncezionale moderna e la tendenza moderna all’aborto? Non è stata la pillola che ha dato origine all’era del sesso? Certo, e sempre si è evidenziato che l’aborto è diventato il metodo “anticoncezionale” più importante”.

Thomas Schirrmacher (271)

“L’aborto provocato o artificiale è uno dei metodi principali di controllo delle nascite”(272)
Encyclopedia Britannica

Dato che non esiste alcun metodo contraccettivo che offra una assoluta sicurezza e che sempre più si incontrano fallimenti nella contraccezione, ciò che si conferma con lo studio presentato sopra, l’aborto si usa più che mai come rimedio di questi fallimenti. La cosa curiosa è che la pillola è stata elogiata in diverse occasioni per evitare l’aborto, come mostra lo slogan “è meglio utilizzare anticoncezionali che abortire”. Inoltre, con l’introduzione della pillola si è propiziata la liberalizzazione dell’aborto (un piano schizofrenico secondo Chaunu) (273). Questa è la spiegazione di tutto ciò. I promotori della sessualità liberamente disponibile, e con essa anche della contraccezione, sapevano perfettamente che i metodi contraccettivi non offrivano una sicurezza totale, e che l’aborto era ed è necessario come rimedio dei fallimenti.

Può essere citato l’esempio dell’Inghilterra, con una accettazione della pillola pari al 43% ed un aumento degli aborti tra il 1969 ed il 1988 dal 7% al 20%, il che equivale ad un aumento approssimativo del 300%; anche tra gli adolescenti è passato dal 9% al 36%, il che corrisponde ad una QUADRUPPLICAZIONE.

Altre conseguenze della mentalità contraccettiva:

- Svalutazione della coppia fissa;
- Relazioni di coppie instabili;
- Promiscuità;
- Adulterio;
- **Aumento del tasso di divorzio;**
- Bambini orfani – orfani derivanti dal divorzio;
- Distruzione della famiglia;
- Sessualità in internet in dimensioni mai viste prima;
- Pornografia infantile;
- Aumento delle aggressioni sessuali;
- Maltrattamento infantile/ pedofilia.

Il fatto che **si smetta di dare importanza alla coppia fissa** è facile da comprendere. Ci sono sempre più **relazioni di coppie instabili**, si promuove la **promiscuità**, l’**adulterio**, e con esso un **aumento dei casi di divorzio**, il che porta alla conseguenza peggiore, ovvero quella dei **bambini orfani, orfani dovuti ai divorzi**.

La **distruzione della famiglia** è già di per se un triste evento.

Quindi **internet ha conquistato la sessualità**, o la **sessualità internet**, mediante la costante propaganda sessuale attraverso questo mezzo, anche per la **pornografia infantile**. Le conseguenze logiche di tutto ciò sono l’aumento delle **aggressioni sessuali**, che si riflettono naturalmente anche nella violenza generale, e per ultimo il **maltrattamento infantile e la pedofilia**.

271. Thomas Schirrmacher, Ehezwecke und Familienplanung aus katholischer und protestantischer Sicht, Obiettivi del matrimonio e pianificazione familiare dal punto di vista cattolico e protestante, in: Ders. Familienplanung. eine Option für Christen? (La pianificazione familiare; un’opzione per i cristiani?), Bonn 2006, pag. 162. (Il seguente riferimento all’Encyclopedia Britannica è possibile grazie al riferimento di Schirrmacher, in questa stessa relazione)

272. Ellinor E.N. Draper, Art. " Birth Control ", in: The New Encyclopedia Britannica, tomo 2, pag. 1065.1073.

273. vedi più su la citazione dettagliata di P. Chaunu.

La medicina gioca un ruolo chiave in tutto ciò. Quindi dopo il parto, quando la partoriente esce dall'ospedale, uno degli argomenti più importanti è parlare della contraccezione, e se è possibile cominciare da subito. Si tratta di un indottrinamento totale, quasi di una mania da parte dei medici. Questa pratica rappresenta un'enorme intrusione nell'intimità delle donne, parlando dell'evitare altre gravidanze ed avere altri bambini, o prendendo praticamente la decisione per la donna, quasi subito dopo un parto. Questo non potrebbe interpretarsi perfino come una svalutazione del dono, il bambino, che ha appena ricevuto?

Conseguenza della riproduzione assistita

- Gravidanze multiple e nascite premature
- Feticidio selettivo
- Ricerca con embrioni
- Ricerca con cellule staminali embrionali
- Clonazione

Così come abbiamo visto, la separazione della sessualità dalla fertilità conduce a condizioni che portano alla fecondazione artificiale nel caso, ad esempio, di una infertilità. La fecondazione artificiale può provocare **gravidanze multiple**, ad esempio quinquigemine, che in accordo con la natura non hanno quasi possibilità di nascere sani, o le cui possibilità di sopravvivere sono molto basse a causa della nascita prematura che di solito accompagna questi casi. La conseguenza di ciò è il feticidio selettivo, uccidendo ad esempio tre embrioni nell'utero.

Considerando che oggi si esigono solo bambini sani, uno dei passi successivi è la **diagnostica pre-impianto** (PD) in bambini (*prodotti*) da FIV e da ICSI, per scartare i malformati. Nel caso di una imperfezione, l'embrione corrispondente viene anch'esso rifiutato, cioè non viene trasferito nell'utero.

La conseguenza derivante da questo circolo vizioso è la ricerca embrionale, cioè la ricerca nel e con l'embrione, che porta anche alla **distruzione dell'embrione**. Ed il passo successivo è la **ricerca con cellule staminali embrionali**, con il proposito, tra le altre cose, di poter curare malattie in persone nate. Cioè, l'uso dell'embrione come **magazzino di pezzi di ricambio**. E questo nonostante sia stato provato che solo la ricerca sulle cellule staminali adulte conduce ad un successo per curare determinate malattie.

Il passo seguente è la **clonazione** di una persona. Per adesso si parla del permesso per la clonazione terapeutica, anche con l'obiettivo di curare determinate malattie. Tuttavia, a che distanza rimane quindi la clonazione riproduttiva?

L'ultima conseguenza della mentalità contraccettiva è la *Eutanasia*

Quando non si rispetta l'inizio della vita, la conseguenza necessaria è anche il disprezzo delle persone anziane e malate. Questo già solo psicologicamente! Però anche per motivi demografici, i pochi giovani non saranno disposti a farsi carico economicamente della grande quantità di anziani, il che sarà uno dei motivi dell'eutanasia! In merito, lo scrittore Philippe Sollers dopo la morte di Chantal Sébire nel Journal du Dimanche:

“Lottiamo per il diritto all'aborto, adesso è logico lottare per il diritto alla morte” (274).

274. Cita La Faz del 9 maggio 2008 « Chantal Sébire chiese allo Stato ed al presidente che le fosse concesso il diritto all'aiuto per morire. L'ex-insegnante aveva una malattia incurabile. Il suo destino tenne occupato l'opinione pubblica per giorni. Quando si mostrarono le foto di Chantal Sébire nella stampa e nella televisione, un 90 per cento dei francesi si mostrarono improvvisamente a favore dell'eutanasia, secondo i sondaggi. Bernard Kouchner, fondatore di Medici senza frontiere e Ministro degli Affari Esteri attuale, si mostrò a favore di un'approvazione eccezionale. Il tribunale non poté concederla. Nonostante, Chantal Sébire ha disposto della vita come desiderava, nel suo proprio piano, circondata dei bambini.»

"http://www.faz.net/s/RubCF3AEB154CE64960822FA5429A182360/Doc~EE0077F48FB0141B09E3106B4E7335CD A~A Tpl~Ecommon~Scontent.html?rss_googlefeed

Considerando la diagnostica prenatale selettiva, si deve capire che la eliminazione di un essere vivente con imperfezioni nell'utero non è altro che eutanasia prenatale attiva, e quindi il preludio all'eutanasia postnatale attiva.

L'ultima evoluzione nel campo dei trapianto di organi in pazienti con arresti cardiaci sono i cosiddetti "**Non – Heart – Beating – Donors**" (NHBD), **che non hanno una morte cerebrale, che potranno essere rianimati in caso necessario.** La morte cerebrale necessaria fino ad ora per un espianto di organi potrebbe smettere di essere indispensabile.

La "donazione di organi pianificata" può realizzarsi mediante "arresto cardiaco provocato", cioè mediante la rinuncia a trattamenti vitali". Una nuova forma di eutanasia! E così si amplia la disponibilità delle persone. Con ciò si potrà incrementare la quantità di trapianti di un 25 fino ad un 42% (275) (276).

"La rivoluzione (del 68) divorza i suoi propri figli", anche i figli della società del divertimento

- Aborto
- Anticoncezionali: inibizione dell'annidamento
 - Effetti secondari
- Demografia
- Decadenza economica
- Eutanasia

Così si può dire che la rivoluzione del '68 divorza i suoi propri figli. L'espressione deriva dalla rivoluzione francese. La rivoluzione divorza i suoi stessi figli e la rivoluzione del 68 fa esattamente lo stesso, anche con i bambini della società del divertimento, provocando l'aborto dei propri figli; grazie agli anticoncezionali che hanno, tra l'altro, effetti di aborto precoce, si sterminano anche vite in serie, ed a causa degli effetti secondari degli anticoncezionali si arreca danno anche alle donne.

La società soffre la decadenza demografica, la quale sta dando vita ad un processo di estinzione.

Tuttavia, secondo le cifre registrate ufficialmente, l'aborto è la causa principale della mortalità europea. Il risultato inevitabile è la decadenza economica che si impadronisce lentamente del mondo occidentale. E alla fine del tutto c'è l'eutanasia.

Se prendiamo in considerazione seriamente la sessualità, la dobbiamo vedere ed accettare come una cosa cara a Dio, e per essa, alla fine dei conti, c'è la **regolazione naturale della concepimento.**

La **sessualità vissuta correttamente, accettata da Dio e com'è naturale all'interno del matrimonio** ritiene sufficiente la **regolazione naturale della fertilità!** Non ha bisogno di anticoncezionali, visto che è aperta alla vita, però se si pratica con responsabilità può soddisfare la coppia senza smettere di regolare il numero di figli. Ciononostante, per motivi commerciali ed ideologici, questo fatto viene negato e si induce la gente a credere che la contraccezione sia indispensabile.

E' bene sapere, la regolazione naturale della fertilità può anche significare un NO alla fertilità nella mentalità contraccettiva, secondo la considerazione, l'atteggiamento davanti alla fertilità. Questo rappresenterebbe un cattivo uso della regolazione naturale della fertilità e andrebbe totalmente contro i suoi principi. L'essere aperto ad avere figli scomparirebbe in questo caso.

Vediamo quanto risulta complicata questa tematica già dal punto di vista medico etico, e che alcune conseguenze della separazione della sessualità dalla procreazione ancora non è possibile trattarle, come per esempio gli effetti secondari di altri metodi contraccettivi.

275. ZYLKA-MENHORN,VERA/SIEGMUND-SCHULTZE, Nicola: Non-Heart-Beating-Donors: Donatori di organi" con arresto cardiaco ", Dtsch Arztebl 2008; 105(16): A-832 Themen der Zeit.

276. Umstrittene Spenderauswahl, Schon Herzstillstand reicht Ärzten für Organentnahmen (Selezione controversa di donatori, l'arresto cardiaco è già sufficiente per i medici per estrarre organi) (de Heike Le Ker, 16 giugno del 2008, 17:53h.; SPIEGEL online <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,559972,00.html>,

Tutto ciò che abbiamo descritto fino ad ora dovrebbe essere sufficiente per porsi nuovamente la domanda: possiamo continuare così?

Bilancio della contraccezione, della mentalità contraccettiva e delle sue conseguenze

Cosa dobbiamo alla contraccezione degli ultimi 40 anni?

1. *La contraccezione moderna* ha permesso un eccessivo libertinaggio della sessualità nel senso di *separazione di sessualità e procreazione*. La sessualità si è convertita nel bene di consumo numero 1 e ha trovato obbligatoriamente la sua collocazione all'infuori del matrimonio e secondo i propositi politici mediante la liberalizzazione diretta della pornografia. Questo ha comportato a sua volta che l'età dei primi rapporti sessuali scendesse drasticamente tra gli adolescenti.
2. *L'aborto non poté diminuire con la contraccezione*, anzi il contrario: nei Paesi con maggior accettazione dei contraccettivi il numero di aborti è aumentato drasticamente. Si ha avuto bisogno e si ha bisogno tutt'ora *come rimedio dei fallimenti della contraccezione*. Dato che l'accettazione dei contraccettivi orali e dello IUD è relativamente bassa anche nei Paesi Industrializzati, dopo 40 anni non ci si può aspettare un miglioramento della situazione nel senso di prevenire l'aborto mediante la contraccezione. Così si utilizza ogni volta di più con falsità il concetto "è meglio utilizzare anticoncezionali che abortire".
3. Lo slogan "è meglio utilizzare contraccettivi che abortire" si utilizza anche con falsità tenendo conto che la maggior parte dei *contraccettivi* ha come effetto *l'aborto precoce*, e questo in una dimensione orripilante a livello di tutta la società.
4. Distruzione delle basi morali del mondo occidentale mediante la rivoluzione sessuale e la scelta di permettere l'aborto come lo strumento per la pianificazione familiare più utilizzato oggi (secondo la OMS approssimativamente 40-60 milioni di aborti ogni anno). Con ciò si distrugge soprattutto la morale della gioventù.
5. Famiglie affrante e devastate a causa della crescita della promiscuità, con un aumento di divorzi e di bambini feriti, aumento degli orfani dovuti ai divorzi.
6. Aumento esplosivo delle *malattie di trasmissione sessuale (MTS)* dovuto al libertinaggio sessuale, soprattutto delle annessiti causate da clamidie. L'aumento della conseguente sterilità tubarica e le gravidanze tubariche sono una conseguenza di tutto ciò. Così si rende necessaria la *medicina dedicata alla riproduzione artificiale*, parlando di FIV/ET e di ICSI, e si arriva alla *separazione di procreazione e sessualità*. È sospettoso che sia in parte la stessa medicina quella che causa questa necessità mediante il suo comportamento (se si tiene in considerazione la medicalizzazione della contraccezione). Così' si chiude un grande circolo vizioso.

Diffusione dell'AIDS come la peggior forma di malattia a trasmissione sessuale. I contraccettivi orali sono direttamente responsabili della diffusione delle malattie: favoreggiamento di mutazioni virali maligne, sostegno dell'infezione e favoreggiamento dell'inizio della malattia dovuto alla debilitazione delle difese causata dagli steroidi.

7. La già esistente *diagnosi prenatale* che si realizza approssimativamente nella decima settimana di gravidanza si completa con la *diagnosi pre-impianto* in embrioni di solo alcuni giorni di vita, il che rappresenta la maniera più estrema di realizzare la selezione prenatale. L'eugenismo quasi non si può realizzare più precoce e pertanto in un modo più perfetto.
8. Altri effetti medici secondari spaventosi, dovuti in parte alla contraccezione ormonale e agli IUD, anche per l'ambiente.
9. *Implosioni massive di popolazione nei paesi industrializzati*, che si sono convertiti in popoli in via d'estinzione. Immigrazione massiva di persone del terzo mondo per poter garantire lo standard di vita delle nazioni industrializzate. Pericolo di infiltrazioni nella cultura occidentale.

277. Vedi di nuovo le citazioni corrispondenti anteriori

10. *Nessuna restrizione della crescita della popolazione nel terzo mondo*, dato che lì non si sono potuti affermare i contraccettivi ormonali né gli IUD né la sterilizzazione (Vedi B. Asbell: "... come mezzo della politica di popolazione [la pillola] fu piuttosto un fallimento, specialmente nei paesi più poveri con i numeri di popolazione a più rapida crescita")(278).
11. Dato che la contraccezione moderna non era soddisfacente a causa degli effetti secondari e delle percentuali di fallimento, ricerca di nuovi metodi di pianificazione familiare più perfetti. Questi sono presenti oggi in forma di RU 486 (antagonista del progesterone) e Epostane (blocco della sintesi del progesterone), combinati con prostaglandine, che permettono *l'aborto chimico* fino alle tappe più avanzate della gravidanza, e potrebbero rimpiazzare la maggior parte degli aborti chirurgici. Inoltre esiste la *contraccezione postcoitale* in forma di NorLevo, e in parte anche di RU 486 e di IUD al rame. C'è anche la vaccinazione "anti-bebé" (vaccino anti-GHG), che è anche un metodo di aborto prematuro. In questo modo si porta a termine nella nostra società *il crimine perfetto del non-nato* in stadi ogni volta più prematuri dello sviluppo embrionale, dando come risultato un vero olocausto di non-nati.
12. L'ultima conseguenza di questa evoluzione è *l'eutanasia*, che è già legittimata in alcune nazioni e si estenderà a passi da gigante. *Se si può sterminare la vita all'inizio*, non c'è più nulla che impedisca *l'assassinio di persone adulte e malate*.

Così si può affermare che è cominciata la *grande tragedia del cambiamento del secolo*, e che il nuovo secolo, meglio conosciuto come millennio, rappresenta *l'impovertimento della vita umana*; vite umane che dovrebbero essere state capaci di cercare i loro propri destini se non glielo avessero impedito.

Nonostante questa informazione devastante, che non è un segreto per personalità che rivestono un ruolo importante nella presa di decisioni, questa evoluzione non si blocca. Al contrario, sta andando velocemente verso l'abisso con una velocità e una precisione incredibili.

L'evoluzione politica lo conferma con decisioni come l'approvazione, da parte dell'assemblea parlamentare del Consiglio Europeo di Strasburgo, della risoluzione *Accesso all'aborto sicuro e legale in Europa del 14/04/2008*. Secondo questa risoluzione, gli Stati membri devono garantire "il compimento effettivo del diritto delle donne ad avere accesso ad un aborto sicuro e legale"(279). Questo condurrà presto e senza più rimedio ad un "diritto all'aborto"(vedi anche pag. 8). Le misure per questo sono già introdotte, dato che la libertà di coscienza del personale medico comincia ad essere limitata, o perfino ad essere eliminata del tutto(280) (281).

Si incomincia a riconoscere anche un'altra evoluzione: *Carl Djerassi*, che si è definito egli stesso come "poligamo intellettuale", espone la sua opinione durante un discorso all'università di Zurigo (282) nel seguente modo: *gli ultimi decenni sono stati i decenni della contraccezione, i seguenti decenni saranno quelli del concepimento*, con la seguente interpretazione:

Le donne dovrebbero poter vivere la propria sessualità e goderne dove, quando e con chi ne hanno voglia. Entro alcuni anni potrebbe realizzarsi la ancora complicata ultracongelazione degli ovuli, in modo che alle donne giovani, ad esempio ventenni, si possano prelevare ovuli multipli per poterli crioconservare. Di seguito la donna potrebbe sterilizzarsi e godere della propria sessualità.

278. B. Asbell, pag. 380

279 .BAIER, STEPHAN: Eine Abstimmung gegen die Ungeborenen, in: Die Tagespost, n°48, 19-4-2008, pag. 3.

280. "obbligo di collaborare?", mercoledì 28-12-2005 09:27, <http://www.kreuz.net/article.2447.html>.

In principio ha - per esempio secondo l'interpretazione del giurista Hirsch - un farmacista in Germania, a partire dalla legislazione vigente attualmente, il diritto a rifiutarsi di fornire la pillola poscoitale. Neanche lui può essere obbligato a partecipare alla distruzione di embrioni.

281. "The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine", ACOG Committe Opinión, n° 385, novembre 2007.

http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co385.pdf.

282 Carl Djerassi durante il suo discorso del 14 marzo 2008 nell'Università di Zürich in occasione del 175 anniversario dell'Università di Zürich: " Il futuro della riproduzione umana: Desideri e realtà ".

Se raggiunti i 40 anni, ad esempio, volesse avere un figlio, gli ovuli potrebbero essere scongelati, fecondati e impiantati. Così si potrebbe soddisfare più facilmente il desiderio di avere bambini che con gli ovuli di una donna di circa 40 anni, e si andrebbe incontro ad un rischio considerevolmente minore di avere un bambino con sindrome di Down, ad esempio. Allo stesso tempo, durante l'intervento potrebbe analizzarsi il materiale genetico dell'embrione, con la PD (*diagnosi pre impianto*).

“Con tutto ciò, Djerassi riconosce la tendenza di separare la sessualità e la procreazione. Il sesso del futuro si potrà praticare ovunque: nel letto, in macchina, nel bosco, dove se ne abbia voglia in quel momento; la procreazione invece, si trasferirà in laboratorio; questo è il suo pronostico di esito conclusivo”(283).

In questo modo aumenta la separazione tra sessualità e procreazione da un lato, e la separazione di procreazione e sessualità dall'altro in una dimensione inimmaginabile nella stessa persona.

Questo incomberebbe particolarmente sulle donne che studiano e che desidererebbero pianificare la propria carriera professionale.

Dato il carattere distruttore di embrioni della riproduzione assistita, questo concetto costerà anche la vita a una quantità innumerevole di embrioni.

Si è anche venuto a conoscenza dell'esistenza di piani per separare del tutto la procreazione dalla sessualità, permettendo solo bambini FIV/ET, in modo che lo Stato possa avere il controllo totale della procreazione; ci sarebbero, per così dire, bambini a secondo del volere dello Stato.

Questo ricorda le visioni totalitariste e la visione della conosciuta opera di Alfous Huxley “Brave New World”.

Un punto più circa il riferimento etico: non c'è nessuna trasmissione di valori se non si riconoscono valori. La miglior protezione per la dignità dell'uomo sono le basi giudeo-cristiane. Solo per questo motivo, la dottrina cristiana è la miglior base per un principio etico.

Tutto questo è stato comprovato anche empiricamente visto che, abbandonando questa base, lo sviluppo storico e sociale è rimasto fuorigioco. L'uomo e la sua dignità vengono presi sempre meno in considerazione, tanto che adesso non si vedono come una unità spirituale e carnale, ma sempre più come materia. L'uomo è materializzato. Questo si può riconoscere in modo chiaro nel campo della medicina riproduttiva, dove la persona non nata si vede e si tratta praticamente come una merce di rifiuto.

*L'evoluzione della contraccezione, con tutte le conseguenze disastrose delle quali si è parlato, conferma la veridicità della profetica enciclica **Humanae Vitae** di Papa Paolo VI, pubblicata nel 1968: aveva ragione, ha ragione e continuerà ad averne.*

L'enciclica è stata ed è profetica perché in essa si è prevista l'evoluzione reale così come la si riscontra adesso.

I risultati di questa evoluzione sono i *Frutti del rifiuto* di una delle encicliche probabilmente più importanti della storia della Chiesa. In parte si è trattato di una lotta contro l'autorità, come si dimostra nella *Dichiarazione di Königstein (Königsteiner Erklärung)* e nella *Dichiarazione di Mariatrost (Mariatroster Erklärung)*, che rispecchia la mentalità del 68.

Il non prendere in considerazione o il non seguire la *Humanae vitae* deve interpretarsi come l'esempio del “*non ti servirò*” moderno.

Quanti problemi si sarebbero potuti evitare se le persone, non solo i cattolici, avessero messo in pratica i principi riportati nell'enciclica.

Il Papa Paolo VI espresse la sua opinione sul tema al n. 31 *dell'Humanae vitae* sotto il titolo “A tutte le persone di buona volontà”: “l'uomo non può trovare la vera felicità - alla quale aspira con tutto il suo essere - se non nel rispetto delle leggi iscritte da Dio nella sua natura e che egli deve osservare con intelligenza e amore”.

283. Theo von Däniken, Der Mensch im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit, unipublic, ©Universität Zürich, 02.05.2008 <http://www.unipublic.unizh.ch/magazin/gesundheit/2008/2856.html>

Contrariamente, la Dichiarazione di Königstein (Königsteiner Erklärung) e la Dichiarazione di Mariatrost (Mariatroster Erklärung) sono molto ambigue, tali che un profano che le legga non potrà sapere cosa è vero e cosa falso. Quindi può interpretare le Dichiarazioni come vuole, o a seconda di come vuole pensare. Quindi non bisogna sorprendersi che tanti credenti abbiano seguito il percorso dell'opposizione minima.

La cosa più importante per i vescovi stando alle dichiarazioni è la "formazione di una coscienza indipendente". I padri spirituali devono tenere in considerazione questa coscienza. Così si è sviluppata l'opinione di una coscienza infallibile. E qui pesa la grande responsabilità dei vescovi tedeschi ed austriaci, poiché sono stati proprio loro a fornire ai credenti questo modello (sbrigativo).

Possiamo assecondare Vincent Twomey, teologo moralista irlandese, quando dice: "credo che, attraverso il dibattito *sull'Humanae Vitae*, la crisi nella storia culturale occidentale è arrivata al suo apice. E sono convinto che la chiesa in Europa, e soprattutto in Germania, non supererà la crisi finché non accetterà la *Humanae Vitae*. E mi riferisco a tutto ciò che c'è scritto in essa (284).

Qualunque persona razionale può, io credo, capire a partire dai fatti presentati che la dottrina della Chiesa non deve essere considerata come peso o sofferenza per l'uomo, ma è fatta per il suo benessere. Questo ci permette di avere una profonda fiducia nella dottrina della Chiesa.

La soluzione di questa situazione più che confusa non può basarsi sullo sviluppo di altri contraccettivi più efficienti e sicuri, anche se un giorno sarà possibile raggiungere questo obiettivo, cioè "soltanto" prevenire la gravidanza e non avere effetti realmente abortivi (285).

Deve ridursi il *libertinaggio sessuale*; deve crearsi una nuova idea della sessualità. In questo senso, perfino gli editori dell' *Obstetrical & Gynecological Survey*, di pensiero liberale, espressero la seguente opinione nel 1989:

"Avere partners molteplici – promiscuità, se si preferisce – non è proficuo per un buon, monogamo matrimonio. Famiglie distrutte rendono "orfani i nostri bambini." Dobbiamo predicare il vangelo dell'astinenza prematrimoniale. Come medici delle donne, abbiamo la responsabilità di provare almeno ad educarle. La tremenda minaccia dell'AIDS è una buona ragione per mettere in pratica questi principi e spesso fornisce buone opportunità per discussioni costruttive"(286).

Anche in altri ambiti secolari, soprattutto fuori dalla medicina, è da molto che si è giunti alla conclusione che una sessualità senza alcun limite non conduce in nessun modo all'aumento della libertà. Come rappresentante di questa opinione si può citare la trattazione scientifica adattata ai mezzi di comunicazione di Hannes Greil; Greil arriva alla conclusione (con prove ottenute a partire dalle esperienze nella psicoterapia di R. May) che "a causa della grande libertà sessuale" appaiono "importanti problemi individuali per l'individuo", e conclude:

"è chiaro che la mancanza di limitazioni non permette alle persone di ottenere quello che considerano come libertà: il gioco non funziona meglio quando si annullano le regole"(287).

In accordo con tutto ciò si può comprovare che nell'*Humanae Vitae* si nominano regole e limitazioni molto chiare. E furono queste regole a causare una delle maggiori valanghe di disaccordo che mai c'è stata nei confronti di un documento ecclesiastico, tanto fuori dalla chiesa che, come si sa, dentro la chiesa.

284. BAIER, STEPHAN/REHDER, STEFAN: Der Schlüssel ist Humanae Vitae, in: Die Tagespost, n° 31 ASZ, 4 agosto del 2007, n° 93, pag. 9.

285. Le stime della quantità di embrioni assassinati mediante l'effetto abortivo precoce della pillola, solo nella Repubblica Federale della Germania, arrivano a centinaia di migliaia. (Vedi il calcolo di B. Bayle che va oltre una semplice stima).

286. Beral et al. 1989. ("Avere partners molteplici – promiscuità, se si preferisce – non è proficuo per un buon, monogamo matrimonio. Famiglie distrutte rendono "orfani i nostri bambini"...Dobbiamo predicare il vangelo dell'astinenza prematrimoniale. [Testuale: dobbiamo predicare il vangelo dell'astinenza prematrimoniale.] Come ginecologi abbiamo il dovere di cercare di istruire i nostri pazienti. La minaccia terribile dell'AIDS è un buon motivo per farlo, ed offre contemporaneamente un'opportunità adeguata per parlare del tema coi pazienti. ") Trad.: R.E.

Secondo l'opinione dell'autore si può e si deve intendere come provato, adesso anche mediante le scienze empiriche, che: *un oltraggio di queste regole non ha liberato gli uomini, ma bensì li ha danneggiati*. La sessualità ed il matrimonio non “funzionano” meglio, ma peggio, se si smette di tener presente questa sapiente enciclica o se si permette di rispettare altre “regole”. Quindi, “quando si eliminano le regole”, tornando all'espressione di H. Greil, o quando le regole si lasciano alla mercé delle credenze degli individui ed alla fine spariscono del tutto, gli effetti non possono essere altro che la distruzione e la devastazione; questo è valido a maggior ragione per una realtà tanto importante come la sessualità umana.

Questa relazione si propone, quindi, come un appello urgente a sforzarsi in modo serio e determinato per tornare a ristabilire l'ordine morale perso. Le persone devono tornare a prendere coscienza, soprattutto i giovani, del *sensu e della missione di creazione della sessualità*. Dobbiamo tornare a capire, in tutta la sua profondità, il significato delle parole: “Dio ha creato l'uomo a sua immagine”.

L'unico cammino che è totalmente permesso all'uomo e che egli stesso deve trasmettere con dignità umana è la <i>sessualità naturale e voluta da Dio</i> , che è stata definita precisamente da una rivista specializzata in <i>ginecologia</i> (!) come “ <i>Vangelo dell'astinenza prematrimoniale</i> ”(vedere sopra)

Questa astinenza prematrimoniale corrisponde, nella cornice della pianificazione familiare all'interno del matrimonio, con l'astinenza periodica seguendo la regolazione naturale della fertilità.
--

Per concludere, possiamo aggiungerci l'opinione espressa dal Papa Benedetto XVI nel suo discorso in occasione del 40° anniversario dell'enciclica *Humanae Vitae*:

“Il Magistero della Chiesa non può esonerarsi dal riflettere in maniera sempre nuova e approfondita sui principi fondamentali che riguardano il matrimonio e la procreazione. Quanto era vero ieri, rimane vero anche oggi. La verità espressa nell'[Humanae vitae](#) non muta; anzi, proprio alla luce delle nuove scoperte scientifiche, il suo insegnamento si fa più attuale e provoca a riflettere sul valore intrinseco che possiede. La parola chiave per entrare con coerenza nei suoi contenuti rimane quella dell'amore.”(288)

Relatore:

Dr. Med. Rudolf Ehmann

Medico specialista in ginecologia e ostetrica

Traduzione in Italiano dal testo spagnolo a cura del:

dr. Angelo Francesco FILARDO - Direttore del Centro “Amore e Vita” Foligno (PG)

21 novembre 2009

287. H. Greil, *Liebe in. Big Brother.. L'amore come astratto collettivo generato per i media. La transizione del simbolismo pubblico di uno stato intimo nella cornice del formato televisivo docuserie*. Dissertazione 2004.

288. Discorso che diede il Papa Benedetto XVI sabato 10 maggio 2008 durante l'udienza dei membri del congresso internazionale in occasione del 40° anniversario dell'enciclica *Humanae Vitae*. Il congresso ebbe luogo nella Pontificia Università Lateranense.