OPA OSSERVATORIO PERMANENTE SULL'ABORTO

SIBCE Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici

ASSOCIAZIONE ITALIANA GINECOLOGI OSTETRICI CATTOLICI AIGOC

Fondazione Il Cuore in una Goccia Onlus

ProVita& Famiglia



QUELLO CHE ALLE DONNE NON DICONO

Quarto rapporto sui costi dell'aborto indotto e i suoi effetti sulla salute delle donne

QUELLO CHE ALLE DONNE NON DICONO

Quarto rapporto sui costi dell'aborto indotto e i suoi effetti sulla salute delle donne

IL GRUPPO DI LAVORO **7**

SINTESI **9**

1. IL COSTO DELL'ABORTO VOLONTARIO IN ITALIA **13**
1.1 - La diffusione dell'aborto in Italia 13
1.2 - I costi di applicazione della legge 194/78 17

2. L'IMPATTO DELL'IVG SULL'INVERNO DEMOGRAFICO **23**
2.1 - Premessa 23
2.2 - Il conteggio degli assenti 24
2.3 - Consistenza e valore dei non nati 25
2.4 - In conclusione 28

3. LE COMPLICANZE DELL'ABORTO VOLONTARIO: EVIDENZA SCIENTIFICA **31**
3.1 - Complicanze fisiche a breve termine dell'aborto chimico 31
3.2 - Effetti a lungo termine dell'aborto volontario 36
3.3 - Complicanze sulla salute psichica 39
3.4 - La sottostima delle complicanze 43

4. ELLAONE (ULIPRISTAL ACETATO): UNA PILLOLA ABORTIVA USATA PER LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA **45**
4.1 - Premessa 45
4.2 - Introduzione 45
4.3 - Premesse di fisiologia 47
4.4 - Uso di ellaOne nell'aborto farmacologico 49
4.5 - Meccanismo d'azione di ellaOne nella contraccezione d'emergenza 50
4.6 - Conclusioni 59

5. ABORTION PILL REVERSAL (APR) - INVERSIONE DELL'ABORTO CON MIFEPRISTONE (RU486) **61**
5.1 - Uso del progesterone bioidentico in gravidanza 61
5.2 - Ricerca su animali 61
5.3 - La procedura di inversione dell'aborto chimico Abortion Pill Reversal (APR) 61
5.4 - Studi sull'APR 62
5.5 - Il Practice Bulletin 225 dell'ACOG 63
5.6 - Lo studio di Creinin contro l'APR 63
5.7 - Perché le donne chiedono l'APR 64
5.8 - Enti pro aborto che ammettono indirettamente l'efficacia dell'APR 65
5.9 - Un doppio standard sleale 65
5.10 - L'importanza del consenso informato 66

6. CONSIDERAZIONI GIURIDICHE SULLA DISCIPLINA DELL'ABORTION PILL REVERSAL NELL'AMBITO DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA **69**
6.1 - I tempi del consenso e dell'aborto chirurgico e chimico 69
6.2 - Chi esegue l'aborto chimico? E quando? 70
6.3 - Consegnare alcune pillole vuol dire eseguire un aborto? 72
6.4 - L'Abortion Pill Reversal 72
6.5 - La revoca del consenso ex art. 1, comma 6, l. 2017 n. 219 73
6.6 - L'autodeterminazione della donna 74

7. CONCLUSIONI - RIAPRIRE IL DIBATTITO PUBBLICO SULL'ABORTO VOLONTARIO IN ITALIA DI BENEDETTO ROCCHI **77**
7.1 - Di aborto volontario non si può parlare 77
7.2 - Come è cambiato l'aborto volontario in Italia 77
7.3 - Le conseguenze dell'evoluzione dell'aborto volontario 78
7.4 - Tempo di scelte 79

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI **83**

IL GRUPPO DI LAVORO

HANNO COLLABORATO (IN ORDINE ALFABETICO):

Vito Aicale
Ginecologo, già dirigente medico dell'Ospedale Madonna delle Grazie a Matera, Comitato direttivo OPA.

Gian Carlo Blangiardo
Già presidente del Gruppo Italiano di Coordinamento della Demografia e membro del Consiglio Scientifico del Progetto Culturale della C.E.I. e del Gruppo di esperti di Demografia ad alto livello presso la Commissione Europea, ha ricoperto il ruolo di presidente dell'Istituto Nazionale di Statistica da febbraio 2019 a marzo 2023.

Filippo Maria Boscia
Ginecologo e già presidente dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), presidente onorario della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE), professore universitario di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Bioetica, Comitato direttivo OPA.

Stefano Martinolli
Dirigente medico presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina a Trieste, Comitato direttivo OPA.

Bruno Mozzanega
Già ricercatore e professore presso la Clinica Ginecologica e Ostetrica dell'Università degli Studi di Padova, è presidente della SIPRe (Società Italiana per la Procreazione Responsabile), è stato per sei anni consigliere nazionale del Movimento per la Vita.

Giuseppe Noia
Direttore Hospice perinatale - Centro per le Cure Palliative Prenatali "Madre Teresa di Calcutta" – Policlinico Gemelli; Docente Medicina Età Prenatale UCSC, presidente della Fondazione "Il Cuore in una Goccia Onlus", Comitato direttivo OPA.

Lorenza Perfori
Saggista e ricercatrice indipendente.

Francesca Romana Poleggi
Docente di Discipline giuridiche ed economiche nella scuola secondaria di secondo grado, direttore editoriale del mensile Notizie Pro Vita & Famiglia, Comitato direttivo OPA.

Benedetto Rocchi
Professore associato presso l'Università degli Studi di Firenze, dove insegna Economia e Politica Agraria ed Economia e Politica dello Sviluppo Rurale, presidente dell'OPA.

Giacomo Rocchi
Presidente della Prima Sezione Penale della Corte Suprema di Cassazione.

Alberto Virgolino
Presidente dell'Associazione italiana ginecologi e ostetrici cattolici (AIGOC).

SINTESI

Il IV Rapporto dell'Osservatorio Permanente sull'Aborto misura il prezzo che l'Italia paga per l'aborto volontario: in denaro, in vite, in salute delle donne e in libertà di scelta.

1. Il numero di aborti. Nel 2024 l'Istat ha registrato 65.162 aborti legali; il totale di aborti volontari legali eseguiti dal 1979 supera i 6,1 milioni e ancora oggi circa una gravidanza su sette viene interrotta volontariamente. Tenendo conto anche delle pillole postcoitali che provocano una percentuale considerevole di criptoaborti (oltre 690.000 dosi di contraccettivi d'emergenza vendute nel solo 2024) il trend di diminuzione degli aborti negli ultimi venti anni risulta essere solo apparente. Ciò mostra con chiarezza che in Italia la maternità è esposta ancora oggi, da un punto di vista sociale, a gravi difficoltà che richiederebbero un profondo cambiamento delle politiche che dovrebbero tutelarla.

2. I costi. L'Osservatorio aggiorna periodicamente la stima del costo di applicazione della legge 194/78 in Italia, un'informazione che non è mai stata considerata nel sistema di sorveglianza istituito dalla legge stessa e che a tutt'oggi non è disponibile da fonti ufficiali. Ogni aborto costa in media 821 euro al Servizio Sanitario Nazionale. Con la sempre maggiore diffusione dell'aborto farmacologico (oltre il 62% dei casi), la spesa annua è scesa da 59 milioni (2022) a 53 milioni (2024). Ma la quota di spesa per le complicanze è salita dal 13 al 15%. Si risparmia, quindi, sulla salute delle donne?

Dal 1979 la spesa diretta per gli aborti legali ha superato gli 8,3 miliardi di euro. Investiti, varrebbero oggi 18,7 miliardi.

3. L'inverno demografico. Ogni aborto evitato sarebbe stato una nascita. Avremmo avuto quindi quasi 7,95 milioni di nascite in più tra il 1979 e il 2024: i non nati, i figli che questi non hanno avuto, i figli dei loro figli. Nel 2024 i soli figli mancati delle "madri mai nate" equivalgono a circa un quarto dei nati dell'anno.

4. Le complicanze. Sono stati aggiornati i dati sulle complicanze post aborto in base alla letteratura più recente. Quanto all'aborto chimico, i dati FDA al 2024 contano 36 donne morte e oltre 4.200 eventi avversi: eppure in Italia le nuove Linee Guida ministeriali del 2020 hanno eliminato il ricovero, lasciando alla donna la gestione dell'espulsione a casa, e hanno esteso il limite a 63 giorni di amenorrea, nonostante questo raddoppi il rischio di dover procedere a revisione uterina. Uno studio dell'Ethics and Public Policy Center (2025) su oltre 865.000 casi ha stimato che il 13,5% delle donne si trova ad affrontare una complicanza grave o deve ripetere l'aborto.

Quanto agli effetti avversi a lungo termine dell'aborto, la letteratura recente porta nuove prove che si verifichino a carico del cuore, nelle gravidanze successive (parto pretermine, aborti spontanei), che compromettano la fertilità, la salute mentale e aumentino la mortalità delle donne. C'è poi da rilevare che buona parte delle complicanze non viene registrata come tale.

5. La pillola **ellaOne.** Venduta come contraccettivo d'emergenza e senza ricetta dal 2015, l'ulipristal acetato agisce come la RU486. Secondo i documenti EMA e gli studi esaminati, il

suo effetto non è solo bloccare l'ovulazione ma impedire l'impianto dell'embrione. A dosi più alte provoca l'aborto fino alla nona settimana e ne è stata documentata l'epatotossicità. Alla luce di queste evidenze sarebbe opportuno riportare l'uso del farmaco sotto controllo medico, con obbligo di ricetta che consenta la sorveglianza post-marketing, se non addirittura all'uso ospedaliero.

6. L'Abortion Pill Reversal: profili medici e giuridici. Dopo aver preso il mifepristone la madre, se lo vuole, può ancora salvare la gravidanza assumendo progesterone. Gli studi indicano un successo dei protocolli di APR intorno al 64-68%. Gli stessi enti favorevoli all'aborto ammettono indirettamente l'efficacia del metodo.

La legge 194 è stata pensata per l'aborto chirurgico, istantaneo. L'aborto chimico invece dura giorni, e fino all'espulsione il consenso resta revocabile ai sensi della legge 219/2017. La donna deve essere informata della possibilità di revocare il suo consenso anche dopo l'avvio della procedura abortiva farmacologica, e il medico è tenuto ai sensi della legge a somministrarle il progesterone.

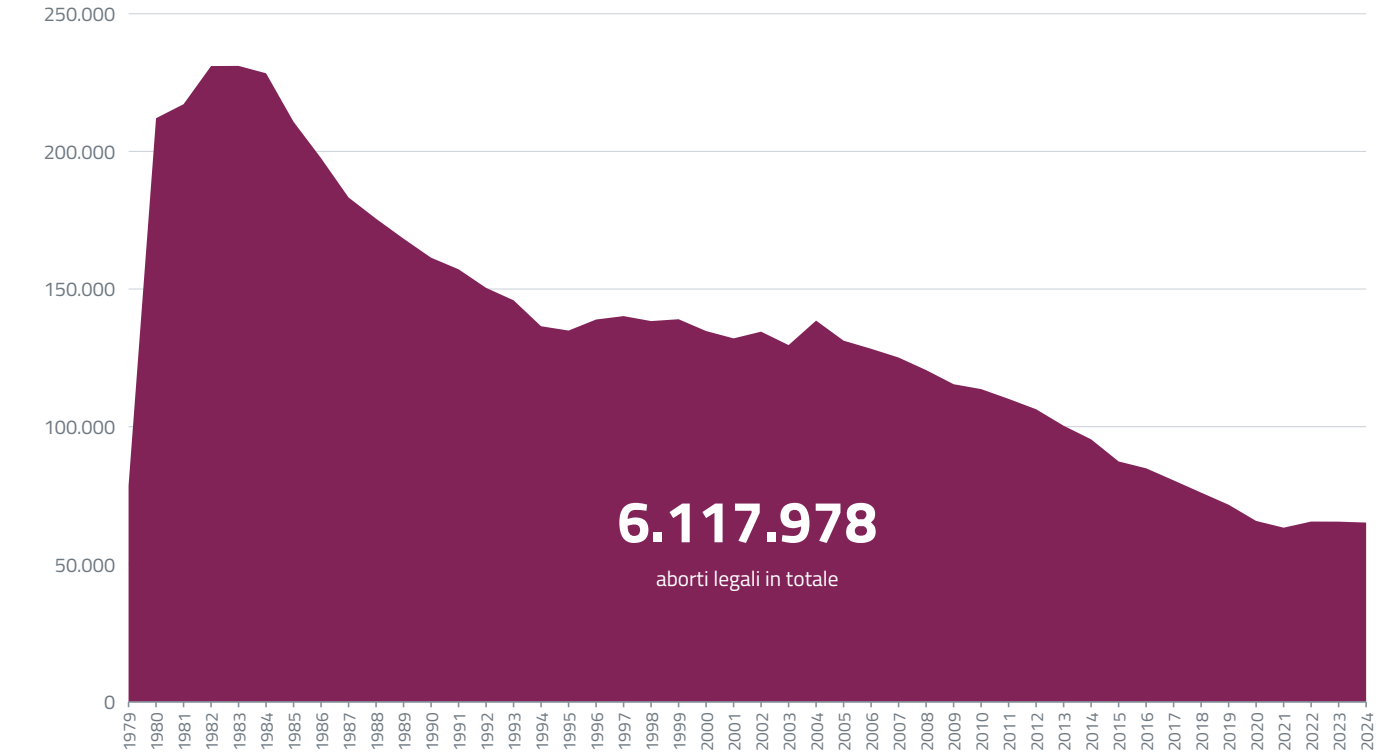


1 IL COSTO DELL'ABORTO VOLONTARIO IN ITALIA

1.1. La diffusione dell'aborto in Italia

Nel 2024 l'ISTAT ha rilevato in Italia 65.162 aborti volontari effettuati nelle strutture sanitarie nel quadro della legge 194/78[1]. Questo numero porta a 6.117.978 il totale ufficiale di aborti volontari in Italia nei primi 46 anni di applicazione della legge (Figura 1).

▼ FIGURA 1 **ABORTI LEGALI IN ITALIA (1979-2024)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

L'andamento del numero di aborti legali ha visto un picco nei primi anni, raggiungendo il massimo di 231.061 aborti nel 1983 per poi diminuire progressivamente. Una larga parte di questa diminuzione, accanto alla diffusione di pratiche di contraccezione[2], è spiegata dalla dinamica demografica che, con l'invecchiamento e il declino della popolazione, ha di fatto ridotto nel tempo la numerosità delle donne in età fertile, le potenziali madri. Il trend mostra una sostanziale stabilità negli ultimi tre anni rilevati (2022-2024).

Confrontando il numero indice di due indicatori di abortività lungo tutto il periodo di applicazione della legge (Figura 2) è possibile valutare la rilevanza del fenomeno "aborto volontario" in Italia.

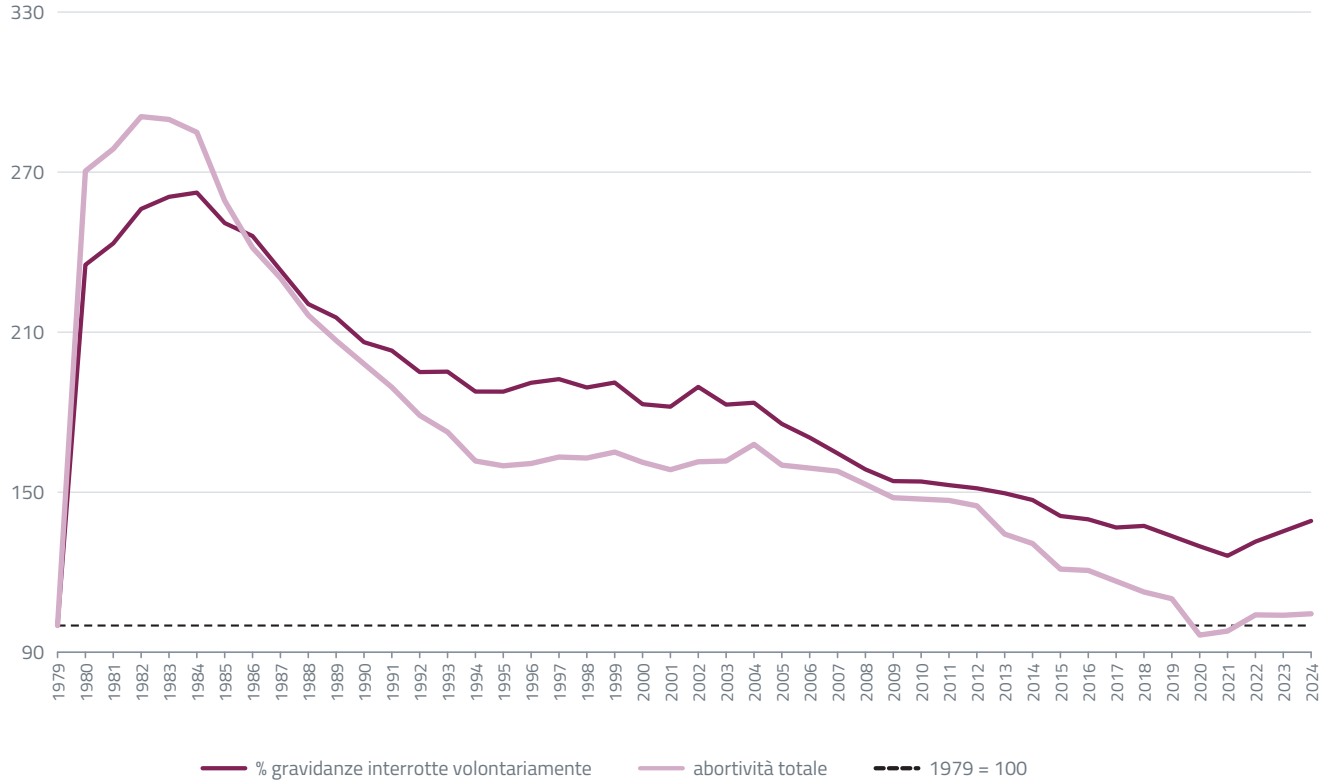
Il *tasso di abortività totale* esprime la percentuale di donne che, in una determinata coorte di età, sceglie almeno una volta di abortire volontariamente. L'indicatore, dai massimi dei primi

1 Come nei precedenti Rapporti curati da OPA l'analisi utilizza la serie storica degli aborti volontari rilevata da ISTAT e disponibile nel datawarehouse ISTAT (https://www.istat.it/dati/). Il numero di aborti e una serie di altri dati (caratteristiche sociodemografiche della donna, tipo di intervento e età gestazionale, complicazioni) viene rilevato da ISTAT nell'ambito del sistema di sorveglianza dell'applicazione della legge 194/78, attraverso la compilazione del modello ISTAT D.12 da parte del medico che esegue l'aborto (https://siqual.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0038900).

2 Utilizziamo questo termine in senso ampio, riferendoci alle intenzioni della donna che le effettua, anche se alcuni farmaci somministrati come contraccettivi di fatto hanno anche un'azione abortiva precoce, come più volte rilevato dai Rapporti dell'Osservatorio e come verrà illustrato anche nei capitoli seguenti.

anni di applicazione della legge 194, si è ridotto drasticamente. Rimane tuttavia ancora oggi a un livello significativo, attestandosi nel 2024 al 20,6%, in lieve crescita rispetto all'anno precedente.

▼ FIGURA 2 **CONFRONTO TRA INDICATORI DI ABORTIVITÀ VOLONTARIA (NUMERI INDICE, 1979=100)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

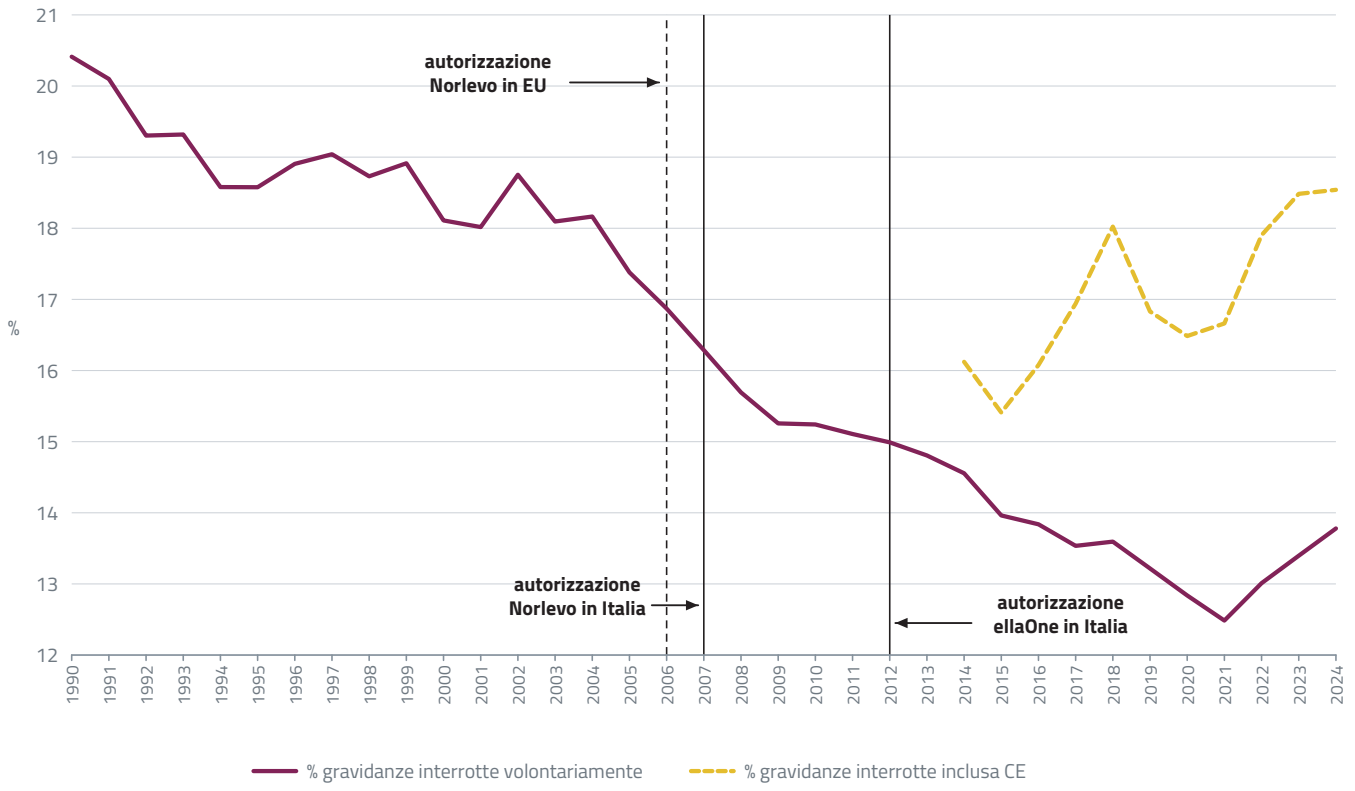
Il tasso di abortività riflette le scelte delle donne con un valore che dipende sia dalle loro decisioni di avere o meno una gravidanza, sia dalla scelta di abortire nel caso in cui la gravidanza sia iniziata. È chiaro che le due decisioni sono influenzate da fattori profondamente diversi, che suggeriscono azioni di prevenzione dell'aborto volontario necessariamente diverse. Quanto sia necessaria una vera azione di prevenzione dell'aborto è meglio rappresentato dal secondo indicatore, la percentuale di gravidanze già iniziate che in ogni anno vengono interrotte volontariamente. Secondo i dati ufficiali nel 2024 circa il 14% delle donne che attendevano un bambino hanno deciso di interrompere la loro gravidanza. L'andamento nel tempo dei due indicatori, a partire dalla metà degli anni '80 ha visto una divaricazione, con un calo sempre meno accentuato nel secondo dei due. Dopo il 2010 la percentuale di donne che decidono di abortire si è sostanzialmente stabilizzata, mostrando un trend leggermente crescente negli ultimi quattro anni rilevati.

Il fatto che circa un quinto delle donne in media, nel corso della sua vita, decida di abortire e che nel 2024 una donna su sette giunga alla decisione di interrompere la sua gravidanza dovrebbe quantomeno far riflettere su quanto, da un punto di vista sociale, sia insufficiente la pura e semplice legalizzazione dell'aborto per sostenere quella che lo stesso Istituto Nazionale di Statistica chiama «salute riproduttiva della donna», utilizzando la terminologia internazionale. Questi indicatori mostrano con chiarezza che in Italia la maternità è esposta ancora oggi, da un punto di vista sociale, a gravi difficoltà che richiederebbero un profondo cambiamento delle politiche che la riguardano.

È importante anche sottolineare come la diminuzione nel tempo degli indicatori di abortività, che per quanto insufficiente rappresenta comunque un aspetto positivo, sia significativamente influenzata dalle modifiche che nel tempo si sono verificate nelle pratiche di contraccezione. A partire dal 2000 sono stati introdotti in Italia farmaci per la cosiddetta "contraccezione di emergenza", che vengono assunti dalla donna *dopo* un rapporto non protetto per evitare la gravidanza[3], estendendo il concetto di "prevenzione" della gravidanza ad azioni *ex post* rispetto ai comportamenti che possono dare inizio a una nuova vita. Come verrà mostrato in dettaglio nel capitolo 4, sulla base della più recente letteratura scientifica, in realtà la contraccezione di emergenza basa la sua efficacia su un duplice effetto che, a seconda del momento del ciclo mensile della donna in cui avviene il rapporto sessuale, può essere sia anti-ovulatorio (inibizione dell'ovulazione e, di conseguenza, della possibilità del concepimento) che anti-nidatorio, con inibizione dell'annidamento dell'embrione *già concepito* nell'utero materno: in sostanza un aborto molto precoce.

Guardando alla Figura 3 risulta evidente come la percentuale di gravidanze interrotte volontariamente abbia subito un brusco calo in corrispondenza dell'autorizzazione dei due principali contraccettivi di emergenza, il Norlevo (pillola del giorno dopo) ed ellaOne (pillola dei 5 giorni dopo) la cui diffusione nel 2024 aveva superato le 690.000 «dosi definite giornaliere» (DDD) secondo i dati diffusi dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed)[4], corrispondenti a una spesa complessiva di poco meno di 19 milioni di Euro.

▼ FIGURA 3 **ABORTIVITÀ E CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA: % DI GRAVIDANZE INTERROTTE, 1990-2024**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

3 Già nel terzo Rapporto una specifica analisi è stata dedicata alla diffusione delle pillole "del giorno dopo" e dei "cinque giorni dopo" (https://osservatorioaborto.it/wp-content/uploads/2024/10/OPA-Tra-clandestinita-e-indifferenza-2024.pdf). Ampio spazio sul meccanismo di azione di questi farmaci viene dedicato più avanti in questo quarto Rapporto.

4 I dati OsMed sono disponibili nel sito web https://www.aifa.gov.it/osservatorio-impiego-medicinali-osmed.

La linea tratteggiata in giallo rappresenta la percentuale di gravidanze interrotte che si osserverebbe se gli aborti precocissimi provocati da questi farmaci venissero inclusi nell'indicatore di abortività[5]. Come si vede l'abortività "corretta" rimane sostanzialmente agli stessi livelli di prima dell'introduzione in Italia della contraccezione di emergenza.

Il fenomeno dell'aborto volontario è profondamente connesso con le dinamiche demografiche della popolazione italiana, costituendo per ovvi motivi un fattore che incide negativamente sul processo naturale di sostituzione della popolazione. Il capitolo 2 di questo Rapporto verrà specificamente dedicato all'analisi dell'impatto demografico dell'applicazione della legge 194/78 in Italia. Nella Figura 4 si riporta un grafico che mostra, per l'intero periodo di applicazione della legge, la correlazione tra tasso di variazione naturale della popolazione e il tasso di abortività storica nelle regioni italiane. Il grafico evidenzia come la relazione tra le due variabili sia negativa, come atteso. Questa semplice rappresentazione grafica mostra come non sia possibile discutere politiche a sostegno della natalità e per la riduzione della crisi demografica, che negli ultimi anni stanno trovando una attenzione crescente nella pubblica opinione e nella politica, senza considerare anche il problema dell'aborto volontario legale.

▼ FIGURA 4 **ABORTIVITÀ E VARIAZIONE NATURALE DELLA POPOLAZIONE NELLE REGIONI ITALIANE (1979-2024, %)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

5 Il numero di aborti precoci provocati dalla contraccezione di emergenza è stato quantificato pari al 4% delle confezioni vendute, tenendo conto della fisiologia del ciclo di fertilità femminile e dell'azione del farmaco, come verrà illustrato in dettaglio nel capitolo 4.

1.2. I costi di applicazione della legge 194/78

Come in ogni edizione del Rapporto, l'Osservatorio aggiorna periodicamente la stima del costo di applicazione della legge 194/78 in Italia, un'informazione che non è mai stata considerata nel sistema di sorveglianza istituito dalla legge stessa e che a tutt'oggi non è disponibile da fonti ufficiali.

La metodologia di stima degli oneri finanziari della legge è stata illustrata in dettaglio nelle prime due edizioni del Rapporto ed è rimasta sostanzialmente invariata[6], basandosi sull'applicazione delle tariffe standard adottate dal Servizio Sanitario Nazionale al numero di aborti classificati per tipo di procedura.

▼ TABELLA 1

COSTO STANDARD DELLE PROCEDURE ABORTIVE - ITALIA, 2024

Tipo di intervento	Descrizione procedura	Costo standard €
Aborti dopo il terzo mese		
Di cui farmacologico	Ricovero ordinario e diagnostica genetica invasiva	2.661
Di cui chirurgico	Ricovero ordinario chirurgico con diagnostica genetica invasiva	1.619
Aborti entro il terzo mese		
Di cui chirurgico	Ricovero ordinario con diagnostica semplificata	1.047
Di cui farmacologico		
con ricovero ordinario	Ricovero ordinario senza complicazioni	1.370
con dimissioni volontarie		
senza rientro per raschiamento	Day hospital senza complicazioni	439
con rientro per raschiamento	Day hospital con rientro per raschiamento	969
Costo medio		**821**

FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E PREZZIARI REGIONALI

Come risulta dalla tabella 1 nel 2024 il costo standard di un aborto legale comportava in media un onere pari a 821 €.

6 L'unica variazione, nell'aggiornamento dei dati, è stata l'introduzione di un aggiornamento annuale del valore nominale delle tariffe standard delle diverse procedure, così come definito dai diversi prezziari dei servizi sanitari regionali, per tenere conto delle variazioni dei prezzi dei servizi sanitari. La variazione di questi ultimi è stata fatta pari al deflatore implicito del valore della produzione della branca "Attività dei Servizi Sanitari", valutata al costo dei fattori (https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_ANNUAL/IT1,92_1225_DF_DCCN_ANA1_1,1.0).

▼ TABELLA 2

ABORTI PER TIPO DI INTERVENTO E COSTO DELL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/78

	2022		2023		2024	
Tipo di intervento	**Numero**	**%**	**Numero**	**%**	**Numero**	**%**
Chirurgico	30.508	47	26.041	40	22.740	35
raschiamento	4.701	7	4.100	6	3.229	5
metodo di Karman	18.918	29	16.349	25	14.772	23
altre forme di isterosuzione	6.889	11	5.592	9	4.739	7
Farmacologico	34.195	52	38.871	59	41.853	64
somministrazione di solo mifepristone	1.108	2	1.058	2	809	1
somministrazione di mifepristone e prostaglandina	32.300	49	37.197	57	40.468	62
somministrazione di sola prostaglandina	787	1	616	1	576	1
Altre metodologie	627	1	443	1	383	1
Non indicato	198	0	138	0	186	0
Totale	**65.528**	**100,0**	**65.493**	**100,0**	**65.162**	**100,0**
Costo (€)						
procedure abortive		59.044.193		54.560.248		53.478.911
complicazioni		7.821.915		7.524.396		7.976.983
totale		66.866.108		62.084.645		61.455.893
quota complicazioni		13%		14%		15%

FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E PREZZIARI REGIONALI

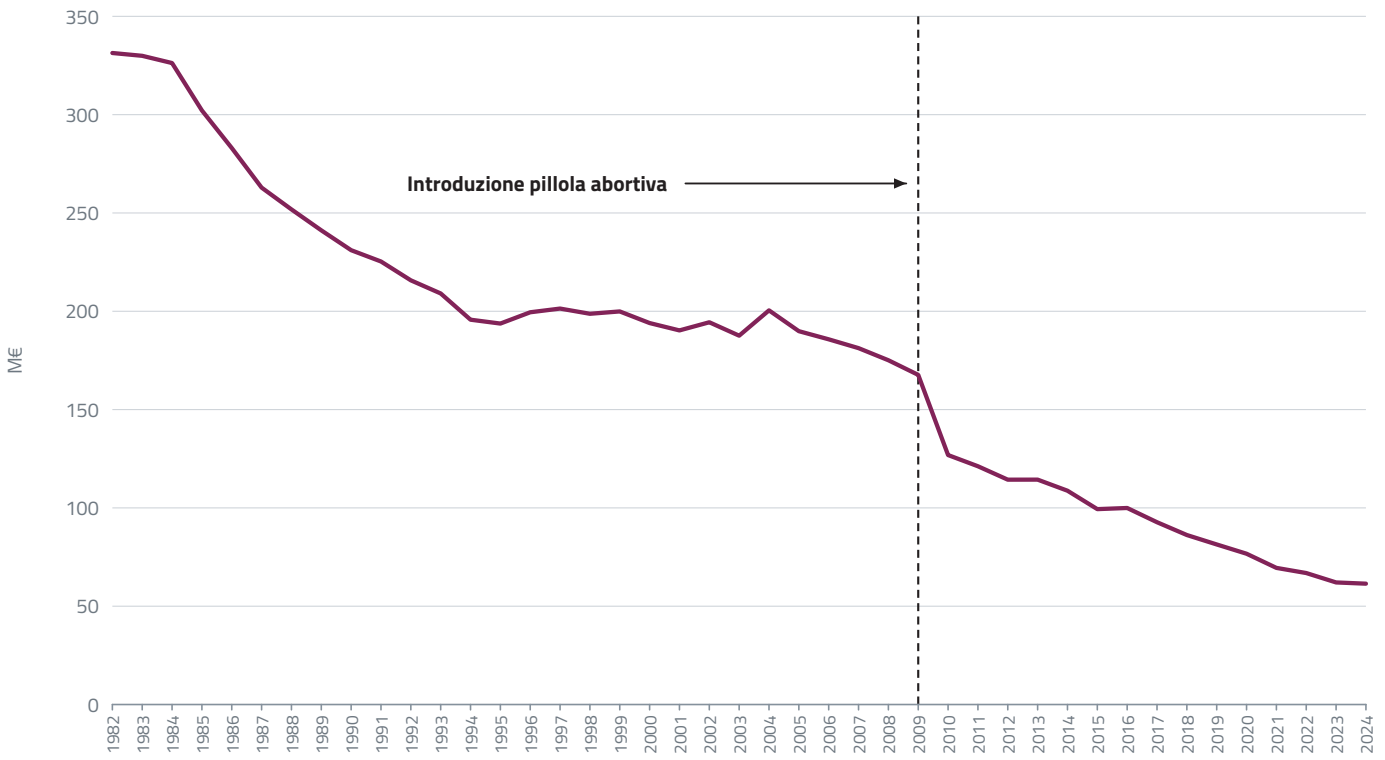
Il numero di aborti volontari (Tabella 2) rilevati da ISTAT negli ultimi tre anni è rimasto sostanzialmente immutato, superando i 65.000 casi. I dati mostrano che procede la progressiva sostituzione delle procedure chirurgiche con quelle farmacologiche, con la RU486 (mifepristone), favorita dall'estensione a 9 settimane di età gestazionale della somministrazione del farmaco, prevista dalle linee guida firmate dal ministro Speranza nel 2020. Nel 2024 l'aborto chimico ha rappresentato più del 62% del totale, mentre l'aborto chirurgico ha rappresentato il 35%.

Dal punto di vista finanziario, la progressiva sostituzione delle procedure chirurgiche ha un duplice effetto. Da un lato riduce il costo di applicazione della legge, passato dal 2022 al 2024 da 59 a 53 milioni di Euro. Dall'altro aumenta il costo connesso al trattamento delle complicazioni, la cui quota cresce negli stessi anni dal 13 al 15% del totale[7].

Il grafico nella Figura 5 mostra come l'introduzione della pillola abortiva abbia generato una sostanziale riduzione del costo complessivo di applicazione della legge 194 a partire dal 2009, facendo pensare che la motivazione economica quanto meno contribuisca alla promozione di una procedura abortiva che, come l'Osservatorio ha ampiamente documentato sulla base della letteratura scientifica, presenta delle specifiche criticità per quanto riguarda la salute della donna.

7 La rilevazione delle complicazioni è particolarmente problematica con l'attuale configurazione del sistema di sorveglianza, dal momento che il modello ISTAT utilizzato per rilevare i dati deve essere compilato al momento dell'esecuzione dell'aborto, rendendo così difficile la rilevazione delle complicanze che si manifestano più avanti nel tempo, più frequenti nel caso dell'aborto farmacologico. Al problema della valutazione delle complicazioni è stato dedicato un approfondimento nel secondo Rapporto dell'Osservatorio (https://osservatorioaborto.it/i-costi-della-legge-sullaborto-e-gli-effetti-sulla-salute-delle-donne/). Nel capitolo 3 viene aggiornato il quadro delle evidenze scientifiche sulle complicanze connesse alla pratica dell'aborto volontario.

▼ FIGURA 5 **COSTO DELL'ABORTO VOLONTARIO IN ITALIA (1982-2024, M€)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E PREZZIARI REGIONALI

I dati nella tabella 3 completano il quadro mostrando come l'accelerazione impressa dalle nuove linee guida alla utilizzazione della RU486 abbia sostanzialmente inciso sul costo medio per aborto in Italia, sceso di circa il 20% negli ultimi 4 anni della serie osservata. Anche in questo caso il criterio di efficienza della spesa sembra avere un ruolo importante nella decisione, dal momento che le complicanze possibili derivanti dall'uso della pillola abortiva crescono con il procedere della gravidanza.

▼ TABELLA 3

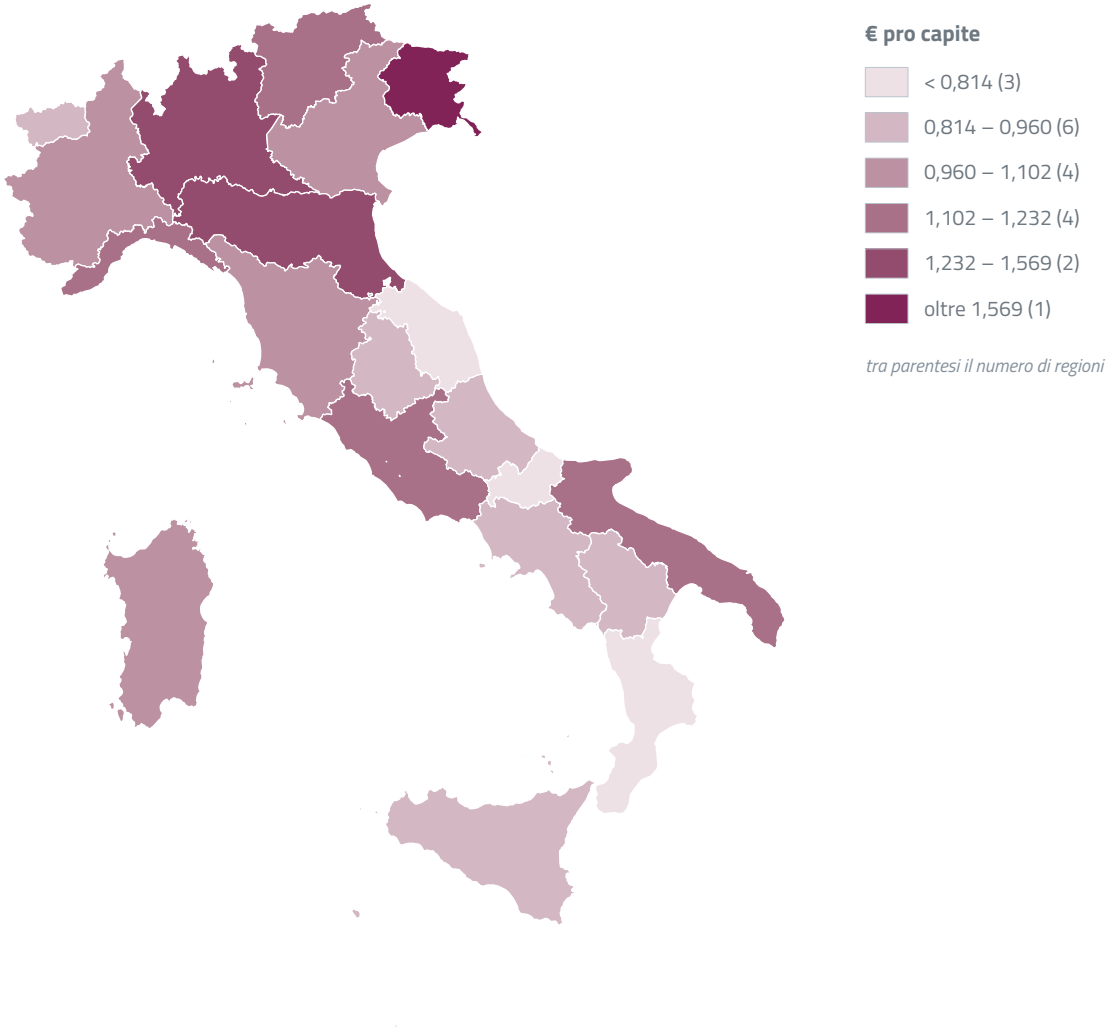
COSTO MEDIO PER ABORTO VOLONTARIO IN ITALIA, 2010-2024 (€ 2024)

Anno	Costo medio €	Numero indice (2010 = 100)
2010	1.037	100
2011	1.019	98
2012	996	96
2013	1.057	102
2014	1.056	102
2015	1.054	102
2016	1.086	105
2017	1.060	102
2018	1.038	100
2019	1.035	100
2020	1.056	102
2021	975	94
2022	901	87
2023	833	80
2024	821	79

FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E PREZZIARI REGIONALI

La mappa nella Figura 6 mostra la variazione dell'intensità della spesa abortiva (misurata come costo pro-capite di applicazione della legge) tra le regioni italiane. La rappresentazione mostra una tendenza nord-sud, con i costi di applicazione generalmente più alti nelle regioni settentrionali, anche se non mancano eccezioni, come nel caso di Puglia e Lazio.

▼ FIGURA 6 **COSTO PRO CAPITE PER GLI ABORTI VOLONTARI NELLE REGIONI, 2024 (€)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E PREZZIARI REGIONALI

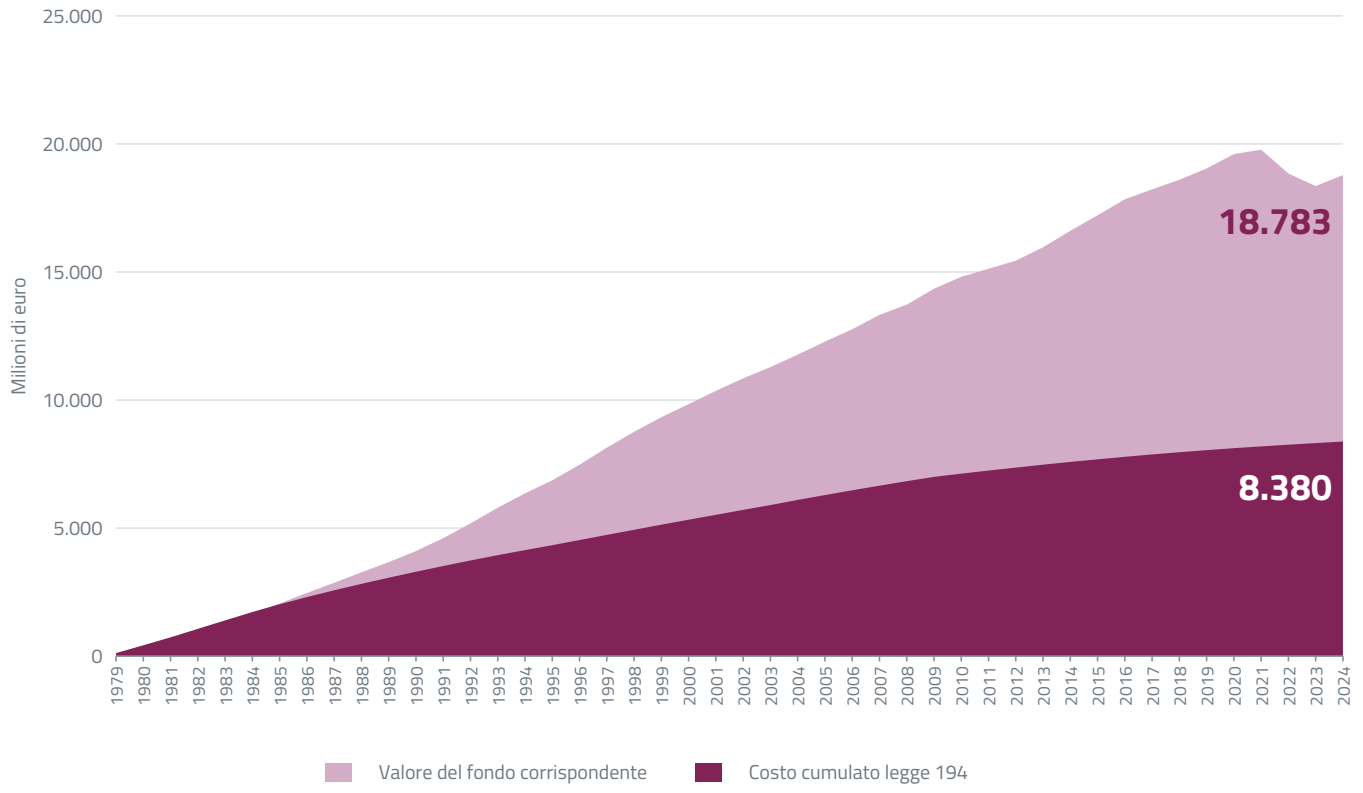
I dati mostrano un'ampia variabilità dell'intensità della spesa abortiva, con il valore più elevato (nel Friuli Venezia Giulia, 1,57€/pc/anno) pari a circa due volte e mezzo quello osservato nella regione con minore intensità di spese abortive (Calabria, 0,61€/pc/anno).

La vicenda più che quarantennale dell'aborto legale in Italia non può essere valutata solo dal punto di vista dei suoi impatti correnti, ma deve far riflettere sugli effetti che nel lungo periodo la legislazione che ha reso l'aborto legale ha generato sulla società italiana. Il capitolo 2 proporrà un'analisi approfondita dal punto di vista delle dinamiche demografiche. Qui si presenta l'aggiornamento dell'analisi del costo storico dell'aborto legale in Italia dal punto di vista della finanza pubblica[8].

8 È importante non dimenticare, tuttavia, che la stima dei costi di applicazione della legge esclude tutti i costi non quantificabili monetariamente, connessi all'impatto delle scelte abortive sulle persone, ad esempio nel caso di tutte le complicanze di tipo psicologico

Il grafico nella Figura 7 mostra l'andamento cumulato dei costi dell'aborto legale in Italia nei 46 anni che vanno dal 1979 al 2024. I valori sono espressi in Euro 2024. In totale la spesa diretta per garantire il diritto di aborto alle donne italiane ha superato gli 8,3 miliardi di Euro. La spesa per gli aborti è tecnicamente una spesa "improduttiva" dal punto di vista del bilancio dello Stato. L'area di colore malva sovrastante la linea della spesa cumulata rappresenta il rendimento che le cifre impegnate per finanziare gli aborti legali avrebbero potuto ottenere nel corso dei 46 anni considerati, se impiegate in un "fondo" destinato a impieghi produttivi[9]. Il rendimento ipotizzato nell'analisi è pari al servizio del debito pubblico, cioè l'interesse reale che lo Stato italiano ha pagato sul suo debito negli anni che vanno dal 1979 al 2024[10]. In totale un "fondo" nel quale fossero state accantonate le spese della legge 194 ammonterebbe oggi a 18,7 miliardi di Euro, includendo circa 10 miliardi di interessi maturati. In un periodo in cui il quadro macroeconomico globale torna a mettere sotto pressione i conti pubblici dell'Italia, questi valori suggeriscono che anche la legalizzazione dell'aborto può e deve essere considerata nella necessaria revisione delle priorità di finanza pubblica.

▼ FIGURA 7 **COSTO CUMULATO DELLA LEGGE 194/1978 (1979-2024, M€ 2024)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E PREZZIARI REGIONALI

o psichiatrico nel lungo periodo (sindrome post-aborto).

9 Simile a quello nel quale la Norvegia accantona i proventi dell'estrazione del petrolio nel Mare del Nord.

10 Si tratta di un interesse reale, cioè al netto del tasso di inflazione. Questo è il motivo per cui la somma cumulata degli interessi del "fondo" diminuisce in valore negli anni 2022 e 2023 in cui il tasso di inflazione dei prezzi è stato superiore al tasso medio di interesse nominale pagato sul debito pubblico.

2

L'IMPATTO DELL'IVG SULL'INVERNO DEMOGRAFICO

2.1. Premessa

Nel corso del 1978 - l'anno in cui fu promulgata la legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) - si registrarono in Italia 721.000 nascite. Oggigiorno, stando al bilancio 2025 e ad affidabili stime per il 2026, si conta un numero di nati che è circa la metà di allora (350-360.000), con la realistica prospettiva che in futuro si vada incontro a ulteriori cali ancor più consistenti.

D'altra parte la diagnosi su quali siano i fattori che hanno portato il Paese a perdere progressivamente la sua vitalità - tanto da stabilire regolarmente, anno dopo anno dal 2013, il record della più bassa natalità di sempre nella storia dell'Italia Unita - è scritta da tempo nella cartella clinica della nostra demografia.

Il peso delle "tre C" - il Costo dei figli (monetario e non), i problemi della loro Cura, le difficoltà di Conciliazione tra genitorialità e lavoro (tipicamente al femminile) - viene collocato tra le cause dominanti del persistente regresso, con argomentazioni chiare e da tempo ben documentate. Più generico, ma non meno importante in termini di impatto, è anche il ruolo di una "quarta C", ossia il Contesto culturale, sociale e normativo entro cui (non) maturano le scelte riproduttive degli italiani.

In quest'ultimo ambito, un tema che ha certamente avuto (e ha tuttora) un grosso rilievo è quello dell'accoglienza di un figlio quando si sia di fronte a una gravidanza non programmata.

A tale proposito conviene ricordare che nel 1977 - l'anno che ha preceduto la legge 194 che ha reso legale l'aborto volontario - a fronte di una frequenza annua di 757.000 nati, se ne contavano ben 199.000 "ravvicinati" rispetto al matrimonio o alla nascita precedente. Tanto da generare il sospetto di essere in presenza di situazioni di figli "inattesi". Di fatto il 41% dei nati in quell'anno da coppie coniugate erano venuti al mondo entro un anno dal matrimonio dei loro genitori, e va aggiunto che anche per il 22% dei secondogeniti e il 17% dei terzogeniti ciò era avvenuto nel breve arco di un biennio dalla nascita del fratello/sorella che li aveva preceduti.

Se però ci spostiamo in avanti di circa un ventennio le cose cambiano significativamente. Infatti, attraverso le statistiche sui nati del 1996 si ha modo di rilevare come, in una realtà caratterizzata da oltre 200.000 nascite in meno (537.000), l'incidenza dei primogeniti entro l'anno di matrimonio si sia ridotta quasi della metà (24%), e analogamente quella delle nascite di ordine superiore a distanza di meno di due anni dalla precedente sia scesa al 12% per i secondogeniti e all'11% per i terzogeniti. Così che nel 1996 i nati etichettabili come "ravvicinati/inattesi" sarebbero calati a 89.000: meno della metà rispetto a vent'anni prima.

Come si giustifica un simile netto cambiamento nei calendari della fecondità degli italiani in un tempo relativamente breve?

Una ragionevole risposta consiste nell'ipotizzare che tra i diversi fattori alla base del crollo delle nascite non programmate ci sia stato - oltre a un indiscusso avanzamento sul piano dell'efficacia e dell'impiego delle tecniche contraccettive nel corso degli anni - anche l'affermarsi di un atteggiamento di minore accoglienza nei riguardi delle gravidanze inattese. Un cambiamento socio-culturale avallato dalla legge 194/1978 e dagli effetti della sua applicazione a regime. Non a caso le statistiche del 1996 riportano il ricorso a 139.000 IVG e va altresì tenuto conto che sino a quell'anno il numero cumulato degli interventi di aborto legale aveva già superato 3 milioni di unità.

Il seguito della storia e gli sviluppi sul piano della fecondità in Italia sono abbastanza noti e sotto gli occhi di tutti. Da un lato, la frequenza di nascite è andata avanti lungo un percorso in continua discesa; dall'altro si è sempre più accresciuta l'età dei genitori e si è dato corso a un

parallelo continuo taglio degli ordini di nascita che vanno oltre il primo.

In quasi mezzo secolo, attraverso i dati ufficiali dell'Istituto nazionale di statistica, non solo si coglie il passaggio da una fecondità media di 1,97 figli per le donne del 1977 (pre legge 194) agli 1,14 per quelle del 2025 (-42%), ma la variazione al ribasso della propensione alla maternità interessa tutti gli ordini di nascita: -33% in corrispondenza dei primogeniti, -37% per i secondogeniti e -61% per i nati dal terzo in poi. Nello stesso tempo l'età media delle madri è andata complessivamente accrescendosi di 5,1 anni, con la punta di +7 anni per il primogenito, +5,2 per il secondogenito e +1,5 per i nati dal terzo in poi.

Tutto questo mentre il pallottoliere degli aborti legali ha inesorabilmente raggiunto il traguardo dei 4 milioni di casi nel 2002, ha toccato i 5 milioni nel 2010 e superato i 6 milioni nel 2021. Ma con quali effetti demografici?

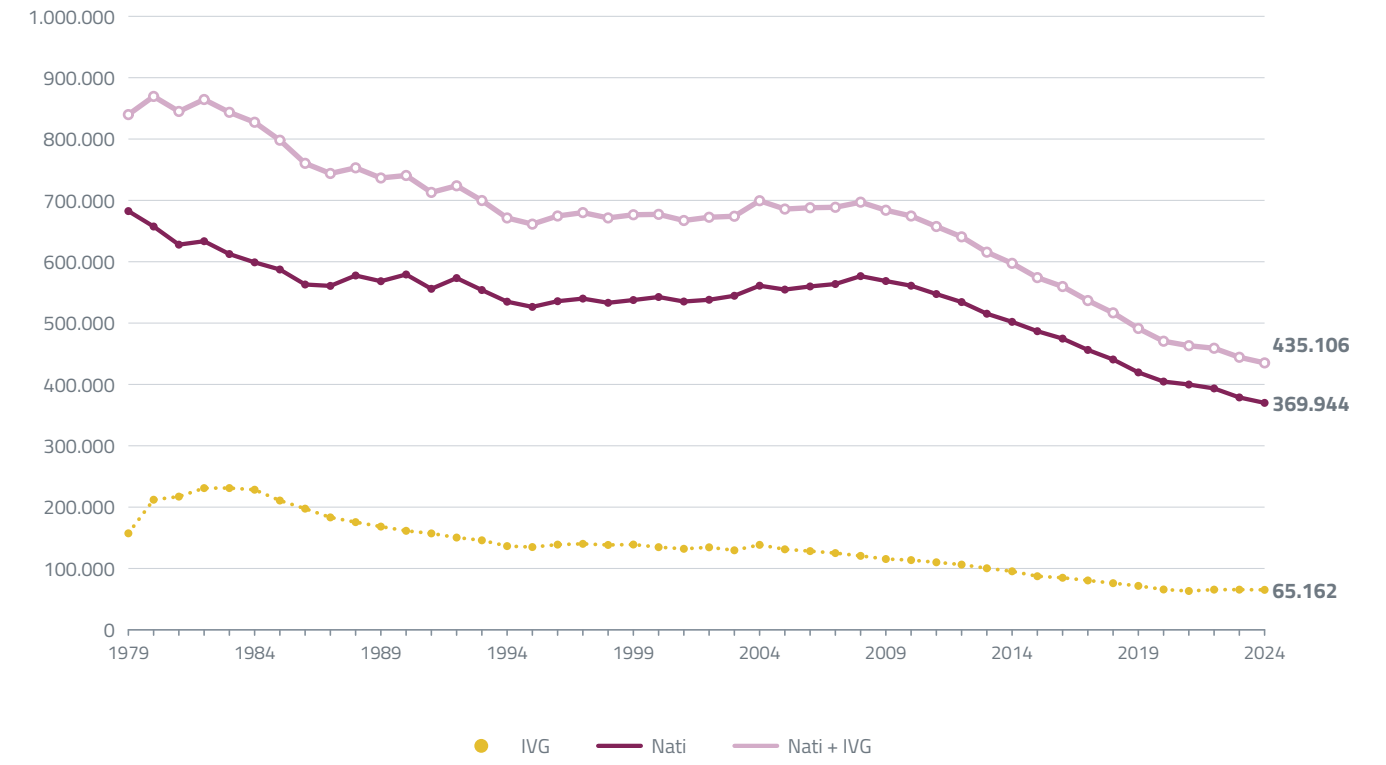
2.2. Il conteggio degli assenti

Il primo effetto tangibile, apparentemente il più ovvio, è che la mancata accoglienza dei bambini abortiti ha sottratto nascite al bilancio demografico. Certo, in epoca pre-legge 194 non tutte le IVG si sarebbero trasformate in parti e in nati vivi, ma proviamo a immaginare quale sarebbe stato, seppur in via ipotetica, il numero di nati nel periodo 1979-2024 assumendo l'equivalenza: (Non) IVG = Nascita aggiuntiva.

Sotto tale condizione, avremmo avuto in Italia nell'intervallo 1979-2024 complessivamente quasi 31 milioni di nati, il 25% in più rispetto a quanto effettivamente registrato e, di riflesso, conteremmo oggi su una maggior presenza di oltre 4 milioni di (potenziali) lavoratori (in età maggiore di 20 anni), di quasi 2 milioni di (possibili) scolari e studenti (0-19 anni), e avremmo circa 3 milioni di (eventuali) genitori (30-45enni) in più.

Ed è proprio con riferimento a questi ultimi che è particolarmente importante sottolineare l'assenza di ben 2 milioni e 349.000 potenziali mamme, stimate a partire dalle bambine non nate per IVG e tenuto conto della loro sopravvivenza sino all'intervallo delle età feconde (15-49 anni). Si tratta di donne che oggi sarebbero andate ad accrescere un collettivo, quello della popolazione femminile in età feconda, che al 1° gennaio 2025 risulta essersi ridotto a 11 milioni e 451.000 unità, il 17% in meno rispetto a vent'anni prima, e la cui contrazione spiegherebbe circa due terzi del crollo della frequenza di nascite (-36%) osservato in Italia a partire dall'illusorio (modesto) picco del 2008.

▼ FIGURA 8 **ITALIA: NATI E IVG NEGLI ANNI 1979-2024**



FONTE: ISTAT

2.3. Consistenza e valore dei non nati

L'aver chiamato in causa il fenomeno delle potenziali mamme non nate suggerisce un approfondimento degli effetti dell'IVG sulla natalità che va ben oltre il semplice conteggio dei neonati mancanti tra il 1979 e il 2024, in quanto abortiti, di cui si è dato conto nella precedente Figura 8.

Si tratta, in questo caso, di fornire consistenza numerica anche a quella che potremmo definire una "seconda generazione di non nati". In altri termini, ci si riferisce al numero di figli che l'insieme delle bambine a suo tempo abortite avrebbero potuto mettere al mondo una volta raggiunta l'età feconda ed entrate nel novero delle potenziali mamme.

Il calcolo (la stima) di tale valore è piuttosto semplice. Ad esempio, se prendiamo il numero di aborti legali di un dato anno - nel caso specifico i 161.386 casi del 1990 - e immaginiamo che quei feti abbiano la sorte di poter nascere, arriviamo a contare - rispettando la consueta proporzione per sesso alla nascita (usualmente 48,5% femmine e 51,5% maschi) - 78.272 bambine. Assumendo il 15° compleanno come soglia per il loro ingresso nell'età feconda e calcolando che - sulla base di una adeguata tavola di mortalità per il periodo 1990-2005 - la probabilità che ognuna di tali bambine sia ancora in vita all'età di 15 anni (ossia nel 2005) è pari al 99,33%, il numero totale di corrispondenti quindicenni nel 2005 sarà uguale a 77.748 (ossia: 161.386 x 0,485 x 0,9933).

Poiché nel 2005 il tasso specifico di fecondità per l'età 15 era 0,15 (figli per ogni mille donne di quell'età), si può stimare che dalle nostre ipotetiche quindicenni si sarebbero avuti in quell'anno 12 figli (ossia: 77.748 x 0,15/1000).

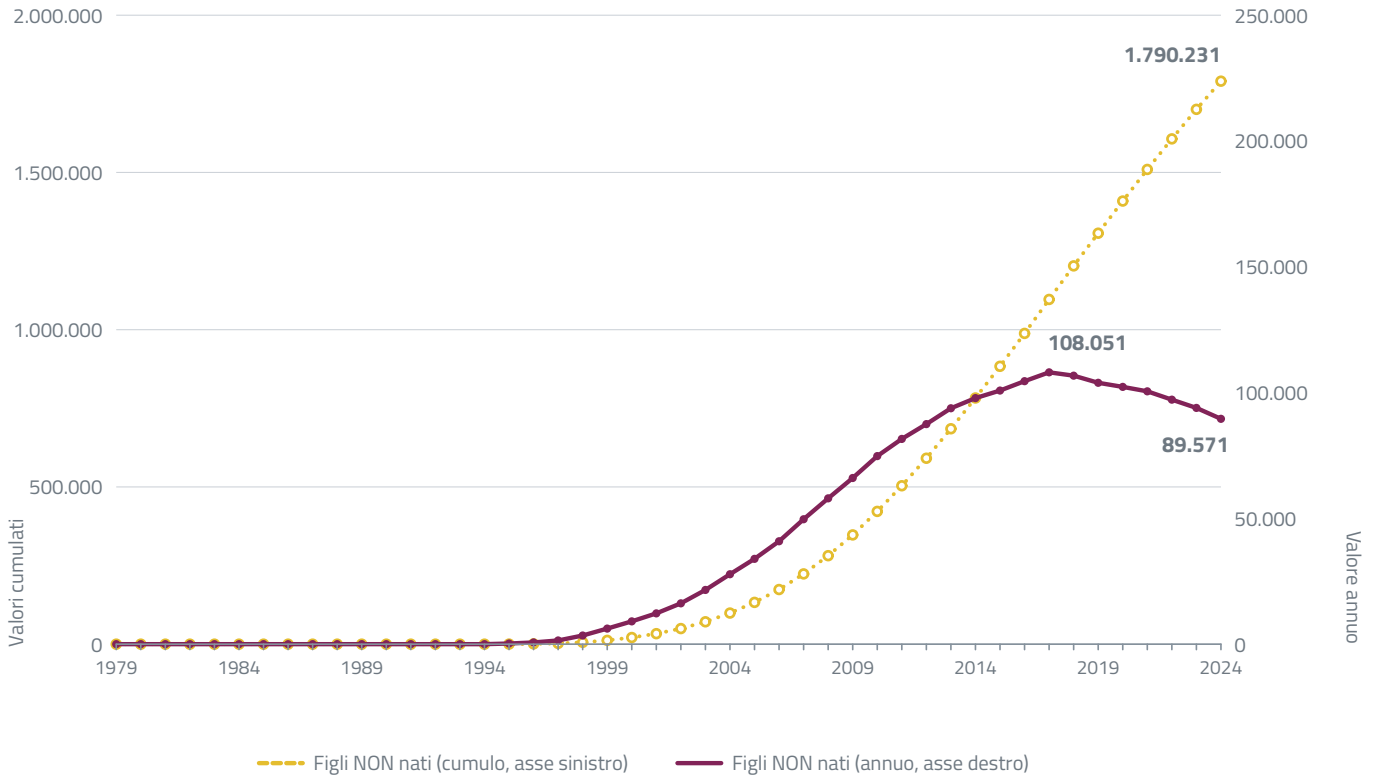
Va da sé che lo stesso calcolo potrà ripetersi per l'anno 2006. Prendendo sempre in

considerazione, a partire dalle 78.272 bambine "non nate nel 1990", le corrispondenti ipotetiche sopravviventi sedicenni nel 2006 e applicando il loro tasso specifico di fecondità di quell'anno si otterrebbe una stima di 243 figli.

Procedendo quindi in modo analogo per le età e gli anni successivi, si arriverebbe al 2024 allorché le "non nate del 1990" avrebbero potuto raggiungere in vita (con probabilità del 98,73%) i 34 anni e manifestare una propensione alla maternità, descritta dal tasso specifico di fecondità per le 34enni di quell'anno (84,35 per mille). La conseguente stima del loro numero di figli sarebbe pertanto 6.519.

Se i calcoli esemplificati per le "non nate del 1990" vengono ripetuti per tutte le non nate dal 1979 al 2009, adottando le opportune probabilità di sopravvivenza e gli adeguati tassi di fecondità per età, si ottengono i valori riportati come "figli NON nati" nella Figura 9.

▼ FIGURA 9 **ITALIA: FIGLI NON NATI DA MAMME NON NATE PER IVG. ANNI 1979-2024**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Sono l'espressione delle mancate nascite di seconda generazione - ossia figli NON nati da mamme NON nate - e raggiungono una frequenza che in questi ultimi anni avrebbe toccato punte superiori alle centomila unità annue (108.051 nel 2017).

Di fatto, se sommassimo i figli NON nati alle nascite riportate dalla statistica ufficiale, otterremmo nel 2024 un totale di 460.000 nati. Il numero di NON nati in quell'anno (89.571 unità) sarebbe stato pari a un quarto (24,2%) dei 370.000 bambini venuti effettivamente al mondo.

Complessivamente dal 1979 al 2024 le seconde generazioni teoricamente perse per IVG sono state pari a 1 milione e 790.000 unità; un numero che, sommato a 6,1 milioni di NON nati per aborto legale, determinerebbe un deficit di capitale umano nell'ordine di 8 milioni.

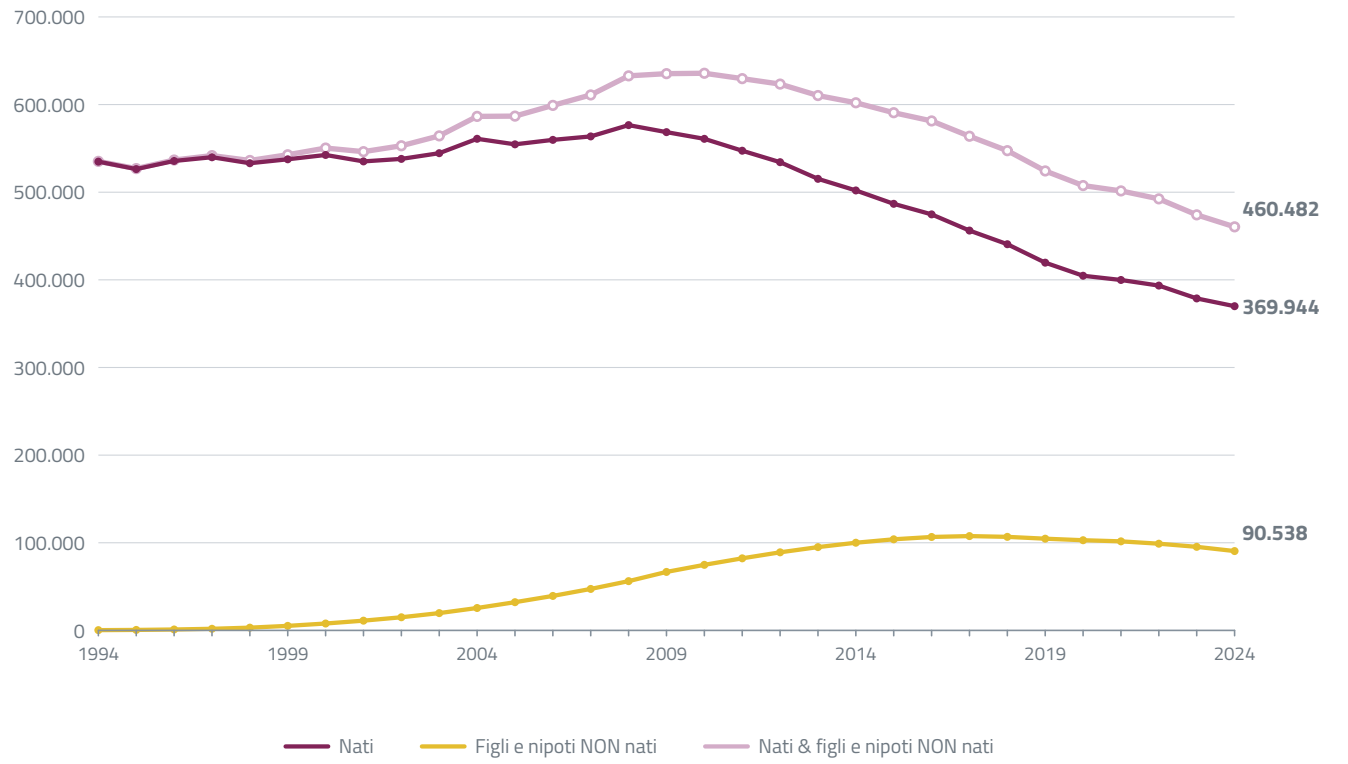
Ma il conteggio delle perdite per le mancate nascite dalle NON mamme non si limita agli effetti diretti sui loro NON figli, quantificati nelle precedenti stime. Per alcune di esse, quelle riconducibili alle IVG praticate dal 1979 al 1994, si potrebbe addirittura immaginare uno status di potenziali NON nonne.

Infatti se si applicasse alle bambine NON nate tra il 1994 e il 2009 - con tutti gli accorgimenti del caso (probabilità di sopravvivenza e tassi specifici di fecondità appropriati) - la stessa procedura descritta in precedenza per le loro mamme, si otterrebbero i (loro corrispondenti) figli NON nati: ossia una terza generazione sostanzialmente riferibile ai nipoti teorici delle bambine abortite.

Si tratta ovviamente di piccoli numeri - sono solo 3.232 i casi stimabili in tutto l'intervallo 2009-2024, di cui 967 nel solo 2024 - ma è comunque un'appendice che pur esiste, o meglio, che avrebbe potuto esistere.

A livello numerico, la Figura 10 mostra la somma della seconda e della terza generazione - figli e nipoti - offrendone il riscontro nei diversi anni, nel quadro di un effetto complessivo pari a 1.793.461 nascite perse (90.538 nel 2024), di cui 1.526.978 nell'ultimo quindicennio 2009-2024. Un periodo - è bene ricordarlo - in cui l'Italia ha vissuto un costante e intenso crollo della natalità e nel quale le 7.453.984 nascite complessivamente registrate avrebbero anche potuto arrivare a conteggiarne fino a 1.526.978 in più.

▼ FIGURA 10 **ITALIA: NATI E NON NATI DALLE NON MAMME. ANNI 1994-2024**

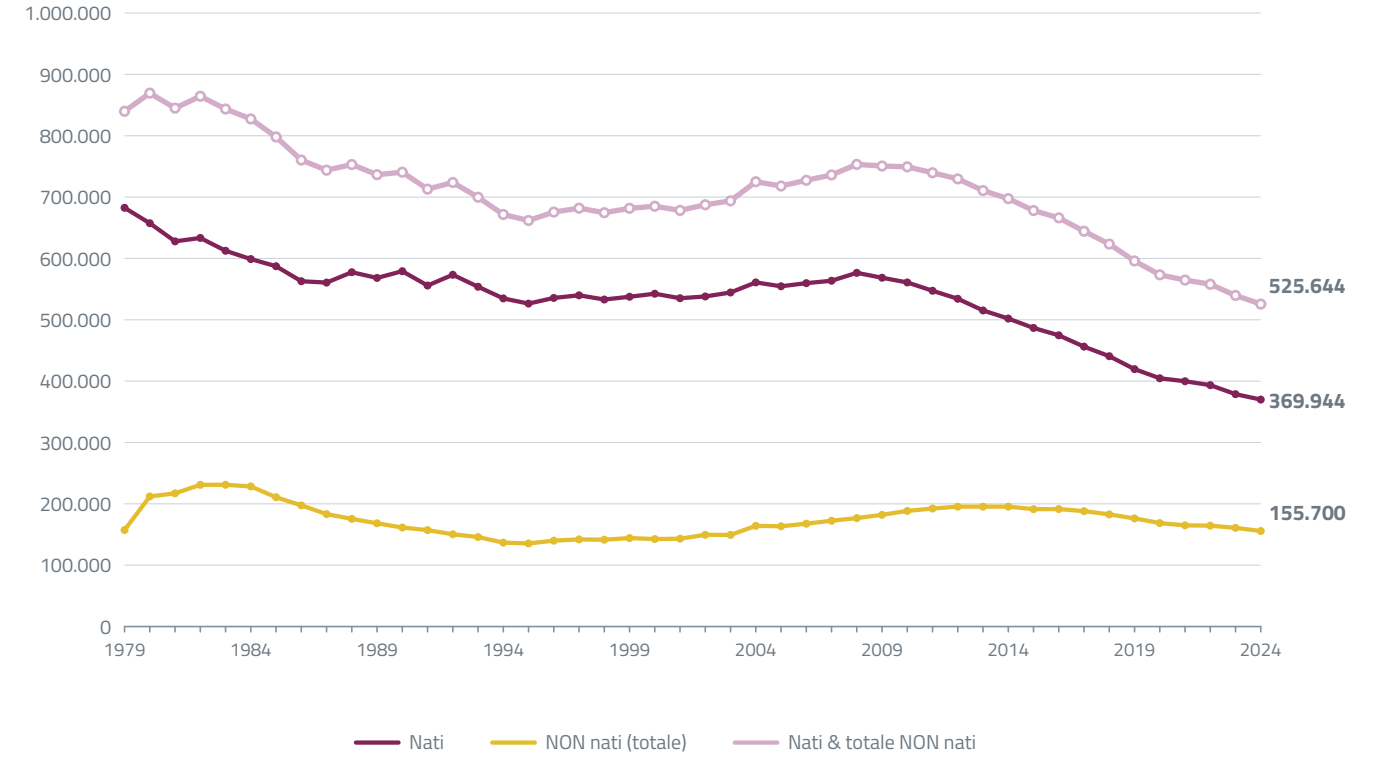


FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Se dunque andiamo a valutare quanto sono costati sul fronte della natalità i 46 anni di operatività della legge 194 ci rendiamo facilmente conto, osservando il distacco tra le linee riportate nella Figura 11, di quanto la formazione di capitale umano nel nostro Paese abbia risentito in modo riduttivo, direttamente e indirettamente, di un chiaro e consistente effetto dovuto agli aborti legali.

Nel bilancio complessivo 1979-2024 arriviamo infatti alla ragguardevole cifra di 7.946.480 mancate nascite, un valore che equivale a circa un terzo dei nati effettivamente registrati in Italia nello stesso intervallo di tempo.

▼ FIGURA 11 **ITALIA: NATI E NON NATI COMPLESSIVAMENTE DERIVANTI DALLE TRE GENERAZIONI ASSOGGETTATE AGLI EFFETTI DELL'IVG. ANNI 1979-2024**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

2.4. In conclusione

Pur con la piena consapevolezza di aver costruito unicamente una serie di stime, forse anche destinate a una qualche forma di ridimensionamento nel rivedere le ipotesi su cui si reggono i risultati proposti, si ritiene che il sistema di simulazioni qui adottato sia valso quanto meno a fornire utili elementi di conoscenza circa l'ordine di grandezza degli effetti che l'aborto volontario ha generato su un fronte critico della demografia del nostro Paese, come è quello che riguarda la natalità e il ricambio generazionale.

Certo, l'identità (Non) IVG = Nascita, adottata nei calcoli, può sembrare una forzatura che ignora le problematiche e le alternative per affrontare la realtà di un figlio inatteso, ma piace pensare che essa possa anche configurarsi come un possibile "modello-obiettivo" da non sottovalutare, visti i tempi.

D'altra parte, mai come in questa fase storica la "tutela sociale della maternità", esplicitamente evocata nel titolo della legge 194, andrebbe letta come il necessario sostegno per non sprecare l'opportunità di far nascere quei bambini che stanno sempre più diventando un bene raro e di cui sentiremo la mancanza.

Ancor oggi con gli aborti volontari sprechiamo una ricchezza la cui conservazione, tenuto conto delle conseguenze sociali, economiche, culturali, relazionali che l'attuale contesto demografico lascia intendere, dovrebbe viceversa rappresentare una priorità indiscussa per ognuna delle componenti della nostra società.

Forse immaginare che l'identità (Non) IVG = Nascita possa trovare pienamente seguito nei comportamenti e nelle scelte di fecondità degli italiani è da ritenersi utopico, ma sperare che

almeno ci si attivi per sostenerne l'importanza, e fare in modo che se ne abbia un effettivo e crescente riscontro, è una scelta meritevole e doverosa. Oltre che estremamente utile, per il futuro di un Paese che vive nelle pericolose morse del tanto giustamente temuto "inverno demografico".

3 LE COMPLICANZE DELL'ABORTO VOLONTARIO: EVIDENZA SCIENTIFICA

3.1. Complicanze fisiche a breve termine dell'aborto chimico

Nella precedente edizione del Rapporto è già stato affrontato il tema delle complicanze connesse all'aborto farmacologico. Questa sezione si propone di aggiornare il quadro delle conoscenze a oggi disponibili riassumendo le evidenze scientifiche più recenti sulle complicanze fisiche immediate e a breve termine correlate all'uso della pillola abortiva. Come è noto tra i principali effetti collaterali figurano dolore forte e prolungato; flusso emorragico abbondante e prolungato e quindi necessità di ricorrere al pronto soccorso o di ricovero in ospedale. Gli effetti avversi più comuni sono infezione, che nei casi più gravi può evolvere in sepsi potenzialmente mortale; emorragia grave con conseguente bisogno di trasfusioni di sangue; necessità di revisione della cavità uterina in caso di fallimento del metodo (gravidanza ancora in corso, aborto incompleto) o anche a seguito di emorragia; isterectomia d'urgenza a seguito di emorragia o sepsi; anafilassi (reazione allergica sistemica, acuta e potenzialmente letale); e poi altri eventi avversi pericolosi per la vita come trombosi ed eventi cardiaci e polmonari.

3.1.1. Aggiornamento del monitoraggio sugli eventi avversi da RU486 della Food and Drug Administration (USA)

A gennaio 2025 la Food and Drug Administration (FDA) ha pubblicato un aggiornamento[1] al 31 dicembre 2024 degli eventi avversi associati alla RU486 negli USA da quando è stata approvata.

Il primo dato che emerge è che le donne ufficialmente morte salgono da 28 (report FDA al 30 giugno 2022) a 36. Ciò significa che in due anni e mezzo negli USA sono morte altre otto donne dopo aver abortito con la RU486. Gli eventi avversi complessivi salgono a 4.252 e includono: 422 casi di infezione, di cui 79 severi; 606 casi di emorragia che hanno richiesto trasfusioni di sangue; 1.056 ricoveri in ospedale e 97 casi di gravidanze ectopiche non rilevate (di cui 2 mortali).

La FDA precisa che la categoria "infezioni" comprende l'endometrite (infiammazione dell'endometrio), la malattia infiammatoria pelvica (che interessa gli organi dell'apparato riproduttivo vicini, come tube di Falloppio e ovaie) e la sepsi pelvica (una grave infezione sistemica che si diffonde al di fuori degli organi riproduttivi). E aggiunge che il sottoinsieme delle infezioni "severe" comprende i casi che sono stati giudicati gravi, ovvero che generalmente causano la morte o richiedono il ricovero in ospedale per almeno due-tre giorni, la somministrazione di antibiotici per via endovenosa per almeno 24 ore e complessivamente l'assunzione di antibiotici per almeno tre giorni.

Riguardo alle emorragie, la FDA specifica che il sanguinamento o lo spotting possono durare in media 9-16 giorni e fino a 30. E aggiunge che l'eccessivo sanguinamento vaginale richiede solitamente un trattamento con uterotonici, farmaci vasocostrittori, *curettage* (o raschiamento), infusione in utero di una soluzione salina e/o trasfusioni di sangue. La FDA riporta, inoltre, ulteriori 13 decessi avvenuti con l'aborto farmacologico negli altri Paesi del mondo, ma l'elenco risulta incompleto - come abbiamo già evidenziato nel nostro Secondo Rapporto - visto che, conti alla mano, tali decessi risultano essere molti di più. A questi si va ad aggiungere la morte di una diciottenne indiana, avvenuta nel dicembre 2025, dopo aver assunto la pillola abortiva ottenuta per posta[2].

1 FDA, Food and Drug Administration, Mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 12/31/2024. TTT # 2022-2468, NDA 020687, ANDA 091178, https://www.FDA.gov/media/185245/download?attachment.

2 Tan A, "Indian woman dies after taking abortion pill given by cousin", *Live Action*, 3 gennaio 2026, https://www.liveaction.org/news/indian-woman-dies-abortion-pill-by-cousin.

Come già notato nel precedente Rapporto, queste complicazioni rappresentano solo la punta dell'iceberg delle complicanze effettive che si verificano con la RU486, come evidenzia l'American Association of Pro Life Obstetricians and Gynecologists[3], secondo la quale la FDA potrebbe avere non rilevato fino al 95% degli eventi avversi. Come notano Aultman e colleghi (2021), i decessi correlati al mifepristone segnalati negli AER (Adverse Events Reports) «rappresentano solo una frazione degli eventi avversi effettivi che si verificano nelle donne americane». Lo ha rilevato anche un altro studio (Cirucci et al., 2021), che evidenzia "discrepanze significative" nelle cifre diffuse dalla FDA; e nel 2024 il Charlotte Lozier Institute (CLI) ha scoperto (Cox, 2026) che, dopo che la FDA ha eliminato l'obbligo di segnalazione degli eventi avversi gravi, i sei Stati che hanno continuato a fare le segnalazioni hanno registrato 1.004 complicanze, mentre il sistema FAERS della FDA ne ha registrate solo 17.

3.1.2. Lo studio del 2025 dell'Ethics and Public Policy Center

Hall e Anderson (2025a, 2025b) hanno realizzato un ampio studio sulle complicanze correlate all'aborto farmacologico, prendendo in esame i dati reali delle richieste di rimborso alle assicurazioni USA (Medicaid, Tricare, Medicare, Department of Veterans Affairs e assicurazioni sanitarie private) per 865.727 aborti eseguiti con l'assunzione di mifepristone dal 2017 al 2023[4]. Lo studio è stato promosso dall'*Ethics & Public Policy Center* che ha diffuso i risultati della ricerca sul proprio sito, inviando contemporaneamente alla FDA una richiesta di revisione dei protocolli di utilizzazione del mifepristone per le procedure abortive (in particolare l'utilizzazione del farmaco in telemedicina) e un ritorno ai protocolli più restrittivi originali. Lo studio ha rilevato che in totale il 10,93% delle donne ha sperimentato eventi avversi gravi entro 45 giorni dall'aborto chimico, il che corrisponde a un tasso reale di complicazioni gravi almeno 22 volte più elevato rispetto a quello indicato sull'etichetta del "farmaco", inferiore allo 0,5%.

Di fatto secondo i dati raccolti dall'EPPC più di una donna su dieci che abortisce con la RU486 incorrerebbe in complicazioni come infezione, sepsi, emorragia, trasfusione, gravidanza ectopica, necessità di ricovero in ospedale; nonché altri eventi avversi pericolosi per la vita come problemi cardiaci e polmonari, trombosi, anafilassi e necessità di intervento chirurgico.

Lo studio ha inoltre rilevato che 40.960 donne (il 4,73%) si sono recate al pronto soccorso per una visita correlata all'aborto e 45.498 donne hanno avuto bisogno di completare l'aborto con un secondo intervento a causa del fallimento dell'aborto chimico; mentre sono quasi 7.000 le donne che hanno subito altri due tentativi di aborto dopo il primo. Secondo lo studio questi dati mostrano che il tasso reale di fallimento del metodo chimico è del 5,26%, cioè il doppio di quanto riportato dalla FDA sull'etichetta del mifepristone (2,6-3,8%). Quindi se al 10,93% degli eventi avversi gravi, visto sopra, aggiungiamo il tasso di fallimento del metodo chimico (aggiustato per evitare il doppio conteggio) otteniamo che il 13,51% delle donne (circa una su sette) sperimenta almeno un evento avverso grave o un successivo aborto ripetuto entro 45 giorni dal primo aborto con il mifepristone.

Questa evidenza sul fallimento del metodo chimico è in linea con uno studio recente di Duffy (2022) che per la RU486 in telemedicina nel Regno Unito ha rilevato un tasso di insuccesso del 5,9%. Sempre per l'aborto in telemedicina, studi precedenti hanno riportato tassi di fallimento ancora più elevati: (Dzuba et al., 2020): 13,3%; (Meaidi et al., 2019): 10,3%; (Endler et al., 2019): 12,5%.

3 AAPLOG, Committee Opinion, Number 9, October 2021, updated July 2022, https://aaplog.org/CO9.

4 Lo studio, corredato da un *fact sheet* esplicativo e da una serie di risposte alle domande più frequenti, è disponibile sul sito dell'*Ethics & Public Policy Center* (https://eppc.org/publication/insurance-data-reveals-one-in-ten-patients-experiences-a-serious-adverse-event/).

Un position paper inviato alla FDA nell'agosto dello stesso anno dall'UCLA Center for Reproductive Health, Law and Policy[5], firmato da numerosi ricercatori, in opposizione allo studio che voleva ribadire la "sicurezza" dell'aborto farmacologico, ne ha criticato il mancato rispetto degli standard accademici (in particolare nella descrizione della metodologia) e l'assenza di peer review. È interessante notare che tra le risposte alle principali critiche, pubblicate dal Centro e disponibili sullo stesso sito, c'è anche la spiegazione della scelta di non procedere alla pubblicazione su riviste scientifiche, puntando viceversa sulla replicabilità dello studio (i dati delle assicurazioni possono essere acquistati per ricerca). La non replicabilità di molti degli studi pubblicati sulle riviste accademiche è un problema da tempo dibattuto nella comunità scientifica.

È evidente che la scelta dell'EPPC è finalizzata a indurre una rivalutazione della sicurezza dell'aborto farmacologico e mettere in discussione il processo di validazione del farmaco effettuato dalle autorità federali. A febbraio 2026 la FDA ha reso noto di avere promosso uno studio sulla sicurezza del mifepristone che si dovrebbe concludere non prima di marzo 2027. Questa rivalutazione sembra opportuna, considerata la crescente mole di evidenza scientifica sugli effetti avversi che verrà illustrata in questo capitolo.

3.1.3. Problemi rilevati con l'aborto farmacologico in telemedicina (necessità di ricovero in ospedale e di trasfusioni di sangue, gravidanza ectopica, aborto incompleto)

Un'analisi condotta nel Regno Unito dal Percuity Blog (Duffy, 2025), basata sui dati ufficiali del National Health Service relativi agli aborti con la RU486 in telemedicina, ha rilevato che nel periodo di cinque anni da aprile 2020 a marzo 2025 (cioè da quando il Governo ha introdotto il programma di "pillole per posta") sono state ricoverate in ospedale 54.000 donne per complicazioni correlate all'aborto chimico fai-da-te. Il che equivale a una media di 11.000 ricoveri all'anno, pari a una donna su 17. Si tratta di ricoveri in reparti specialistici come ginecologia e ostetricia a seguito di richiesta del pronto soccorso o altre strutture ambulatoriali.

Uno studio del 2022 di Aiken et al., condotto negli USA, ha rilevato per l'aborto chimico in telemedicina tassi di trasfusione di sangue dello 0,6%; inoltre lo 0,5% delle donne ha avuto bisogno di antibiotici per via endovenosa. Liu e Ray (2023) hanno scoperto che tale rischio, seppur meno elevato, è presente anche per l'aborto in regime ambulatoriale: lo 0,2% degli aborti farmacologici nel primo trimestre, praticati in Ontario in regime ambulatoriale, ha richiesto trasfusioni di sangue.

Due studi, condotti rispettivamente negli USA (Upadhyay UD et al., 2022) e in Canada (Schummers L et al., 2022), hanno rilevato che se prima dell'aborto chimico non si esegue un'ecografia preliminare il rischio di gravidanza ectopica non diagnosticata è dello 0,22%, ma la percentuale potrebbe essere sottostimata a causa della mancanza di dati. Anche in questo caso gli aborti farmacologici in telemedicina potrebbero aumentare i rischi per la salute delle donne.

Come già notato nei precedenti Report, l'aborto incompleto (tessuto embrionale o placentare rimasto in utero) è una delle complicanze più comuni dell'aborto chimico. Van Poucke E et al. (2025) hanno rilevato che, se non trattato, può provocare sepsi, shock ed emorragia.

5 Il position paper può essere scaricato al seguente indirizzo web (consultato il 05/10/2026): https://law.ucla.edu/sites/default/files/PDFs/Center_on_Reproductive_Health/Reproductive%20Health%20Researchers%20Comment%20Letter%20to%20FDA%208.27.25.pdf.

3.1.4. Sanguinamento e dolore

Mahoney e colleghi (2025) hanno confrontato il dolore e il sanguinamento di 347 donne sottoposte ad aborto chimico con quello di 169 che hanno fatto ricorso all'aborto chirurgico, rilevando nelle prime percentuali molto più elevate in tutti i parametri presi in esame. In particolare le pazienti dell'aborto farmacologico hanno una probabilità cinque volte più elevata di sperimentare dolore severo e nove volte più elevata di incorrere in complicanze come gravi emorragie; di riferire dolore superiore al previsto (34,7% contro 25,4%), sanguinamento abbondante (46,9% contro 11,2%) e più lungo del previsto (37,4% contro 24,9%).

Un altro studio (McCulloch et al., 2025) ha analizzato il dolore dell'aborto chimico su 1.596 donne del Regno Unito che avevano assunto la pillola abortiva a casa. Circa la metà delle donne ha riferito che il dolore è stato peggiore di quanto si aspettassero e circa il 40% lo ha classificato tra otto e dieci nella scala del dolore, dove zero rappresenta l'assenza di dolore e dieci il peggiore dolore immaginabile.

Uno studio italiano di Arena e colleghi (2023), condotto in due centri di Bologna (Dipartimento di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Maggiore e Unità di Ginecologia e Fisiopatologia della riproduzione umana del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi) che ha coinvolto 242 donne sottoposte ad aborto chimico, ha rilevato che complessivamente il 38% delle donne sperimenta un dolore severo, anche in presenza di analgesia profilattica, vale a dire che circa tre donne su otto provano un dolore molto forte e intenso. Il dolore risulta molto più elevato nelle donne più ansiose, con una probabilità tre volte più elevata di dolore severo; e nelle donne che soffrono di dismenorrea, con una probabilità sei volte più elevata.

Anche lo studio già citato di Dzuba e colleghi (2020) riporta che il 40% delle donne riferisce un dolore superiore alle aspettative.

3.1.5. Visite al pronto soccorso "gravi o critiche"

Studnicki J et al. (2024) hanno analizzato le visite al pronto soccorso, nel periodo 2004-2015 nei 17 Stati USA in cui il Medicaid copre il costo dell'aborto, da parte delle donne che di recente avevano partorito, abortito chirurgicamente o farmacologicamente, o si erano recate al pronto soccorso per altri motivi diversi dalla gravidanza. Lo studio ha scoperto che, entro 30 giorni, le donne che hanno assunto la pillola abortiva hanno probabilità significativamente maggiori di essere visitate per gravi problemi medici rispetto a tutte le altre coorti di donne. In particolare, nel periodo di tempo considerato, le visite al pronto soccorso codificate come "gravi o critiche" sono aumentate del 4.041,1% nella coorte dell'aborto chimico, del 450,6% in quella dell'aborto chirurgico, del 20,9% nelle donne con parti vivi e del 101% nelle donne senza gravidanze.

I ricercatori concludono che la gravità dei casi trattati al pronto soccorso dopo un aborto chimico è costantemente e significativamente più elevata rispetto a quella dei casi di aborto chirurgico o di nascite vive, un fatto che mette in discussione l'affermazione secondo cui le donne che si recano al pronto soccorso dopo l'aborto farmacologico lo farebbero solo per ottenere rassicurazioni.

Lo studio di Liu e Ray (2023), precedentemente citato, ha scoperto che il 10,3% degli aborti farmacologici è stato seguito da una visita al pronto soccorso.

3.1.6. La fisiologia femminile non cambia, le sostanze sono le stesse, ma diminuiscono le cautele

Le linee guida ministeriali sulla somministrazione di RU486 nel 2010 contenevano delle raccomandazioni e delle cautele che nella nuova formulazione del 2020, o sono scomparse, o sono rimaste scritte, ma hanno perso il contesto che le rendeva efficaci.

Ecco un raffronto puntuale tra i due documenti del Ministero della Salute:

- Nel 2010 l'aborto farmacologico si poteva fare entro il limite di 49 giorni di amenorrea. L'AIFA motivava il limite con i rischi teratogeni in caso di fallimento e l'aumento delle complicanze con l'età gestazionale. Nel 2020 il termine è esteso a 63 giorni, nonostante le stesse linee guida riconoscano che le revisioni chirurgiche aumentino di frequenza (8-10% vs 4-5%): è quantomeno singolare che il parere della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, ripreso alla lettera dalle linee guida, descriva come "lieve aumento" il raddoppio (aumento del 100%) del rischio di necessità di revisione uterina, un intervento che, come tutte le procedure chirurgiche, a sua volta comporta specifici rischi.
- Nel 2010 era previsto il ricovero ordinario per tutta la procedura: ogni fase, fino al completamento, doveva avvenire in una struttura, in coerenza con quanto previsto dall'art. 8 della legge 194 (ospedali, case di cura e poliambulatori collegati con ospedali); era inoltre «fortemente sconsigliata la dimissione volontaria contro il parere dei medici». Dal 2020 la RU486 si può prendere in day hospital o ambulatorio o in consultorio. La donna può essere mandata «a domicilio dopo 30 minuti» dall'assunzione del mifepristone e il misoprostolo può essere preso «a casa, se la donna lo desidera».
- Nel 2010, si citava il parere del CSS secondo cui i dati sull'aborto chimico e chirurgico «non sono confrontabili» ed «emergerebbe un profilo di sicurezza inferiore dell'IVG farmacologica», nel 2020 si afferma semplicemente che i dati «sembrano confermare la sicurezza di questo metodo».
- Nel 2010, le dimissioni avvenivano «solo dopo verifica ecografica dell'avvenuta espulsione», nel 2020 l'onere di capire se l'espulsione c'è stata e se è stata completa grava in prima battuta sulla donna, se ha abortito a casa. Dati i tempi previsti dal protocollo, infatti, l'espulsione del feto può avvenire prima del rientro in day hospital, previsto nel terzo giorno, oppure dopo.
- Nel 2010, il controllo a 14-21 giorni era obbligatorio: la procedura si considerava conclusa solo dopo di esso, nel 2020 il controllo è «indispensabile *qualora* [...] l'aborto fosse incompleto».
- Nel 2010, la RU486 era «sconsigliata» per le minorenni. Esclusa totalmente se non c'era il consenso dei genitori. Nel 2020 le minori sono ammesse in ricovero ordinario con il consenso dei genitori oppure con l'autorizzazione del giudice tutelare, più una consulenza psicologica. Il divieto senza genitori scompare.

Il documento del 2020 riconosce che «non è prevedibile la tempistica reale dell'aborto», che era proprio la motivazione del ricovero obbligatorio voluto nel 2010. Nel caso la donna prenda la seconda pillola - le prostaglandine - in ambulatorio si prevede la somministrazione di più dosi «per ridurre i casi di espulsione a domicilio», cioè si ammette implicitamente che l'espulsione a casa sia un esito da evitare. Tuttavia si lascia che la donna possa essere dimessa senza che l'espulsione sia avvenuta, anche nel caso del secondo accesso all'ospedale in day hospital per l'assunzione di misoprostolo, tanto è vero che si prevede che in questi casi una visita di *follow*

up dopo due settimane certifichi con una ecografia il completamento dell'aborto.

La nuova procedura quindi, oltre a estendere i termini per l'esecuzione dell'aborto farmacologico alle 9 settimane, elimina di fatto l'ospedalizzazione durante la procedura abortiva. Questo pone sulle spalle della donna innanzitutto il carico psicologico relativo al rischio di sperimentare l'espulsione senza assistenza, presso il proprio domicilio, una situazione che, come mostra la letteratura scientifica e riconoscono le stesse linee guida 2020, può essere una significativa fonte di stress emotivo. Si assegna inoltre alla donna una responsabilità diretta nel monitoraggio della procedura abortiva e delle proprie condizioni di salute (entità del sanguinamento, malessere legato a potenziali infezioni che possono manifestarsi anche senza stati febbrili, accertamento dell'effettivo completamento dell'aborto). Questo secondo aspetto, oltre a comportare rischi di errata interpretazione dei sintomi, può essere fonte di ulteriore stress emotivo. È evidente infatti che, al di là della semplice informazione sulla procedura abortiva e delle raccomandazioni sui comportamenti da tenere, la struttura che fornisce i farmaci per l'aborto alla donna, dopo le sue dimissioni può difficilmente essere ritenuta responsabile di errati comportamenti che possono generare rischi per la salute. Appare particolarmente velleitaria, ad esempio, la "verifica con la donna" del fatto che non sarà sola a casa, indicata ancora una volta dal parere della SIGO e ripresa alla lettera dalle linee guida. Oltre all'impossibilità pratica di qualsiasi controllo dell'effettiva realizzazione di tale condizione, dal momento che l'esatto momento dell'espulsione non è prevedibile, come le stesse linee guida sottolineano, il rischio che la donna sia sola nelle fasi più critiche della procedura abortiva rimane, al di là delle sue intenzioni dichiarate.

Un'ultima osservazione merita la quinta motivazione per l'estensione fino alla 9ª settimana di gravidanza della procedura farmacologica, contenuta nel parere della SIGO e ripresa nelle linee guida (pagina 7): «Il notevole risparmio economico [ottenuto] utilizzando l'aborto farmacologico invece dell'aborto chirurgico». Come le nostre stime sui costi dell'applicazione della legge 194/78 dimostrano, il criterio dell'efficienza economica sembra in effetti alla base della veloce diffusione di questa pratica abortiva, in un contesto di crescente pressione sulle risorse finanziarie disponibili per la sanità. Una semplice valutazione costi-efficacia (riduzione del costo a parità di aborti effettuati), tuttavia, non è sufficiente a giustificare l'adozione di procedure mediche che modificano significativamente il contesto in cui la donna affronta l'aborto volontario. Passare dall'aborto chirurgico a quello farmacologico, dall'ambiente ospedaliero con sorveglianza medica, a quello domestico, con rischio di solitudine, comporta un significativo impatto, da un punto di vista sia medico che emotivo, sulle condizioni della donna che sceglie di abortire. Si tratta di impatti che dovrebbero quantomeno essere rivalutati periodicamente. Sorprende perciò che le nuove linee guida non contemplino più il raffronto sistematico tra le due procedure abortive raccomandato dal CSS al tempo dell'introduzione della RU486, e il monitoraggio trimestrale dell'aborto farmacologico raccomandato dalle linee guida del 2010.

3.2. Effetti a lungo termine dell'aborto volontario

È necessario sottolineare che dai dati rilevati dal Ministero della Salute in Italia rimangono escluse tutte le complicanze sulla salute fisica che si possono presentare mesi o anni dopo l'aborto volontario o in occasione di successive gravidanze. Si tratta di complicazioni come malattie cardiovascolari e infertilità, cancro al seno (per il quale rimandiamo all'approfondimento dedicato del nostro Terzo Rapporto); di aborti multipli, parto pretermine e anomalie della placenta in successive gravidanze. Sono tutte complicanze più difficili da monitorare, ma la cui

correlazione con l'aborto volontario risulta documentata dalla prassi medica e dalla letteratura scientifica. Gli studi su questi temi prendono solitamente in esame l'aborto volontario in generale e quindi si riferiscono sia alle donne che si sottopongono all'aborto chirurgico sia a coloro che optano per quello farmacologico. Tra le evidenze scientifiche più recenti si segnala quanto segue.

3.2.1. Malattie cardiovascolari

Uno studio del 2024 (Tsulukidze et al., 2024) ha scoperto che l'aborto, sia spontaneo che volontario, è un fattore indipendente per l'aumento del rischio di malattie cardiovascolari (CVD), la principale causa di mortalità tra le donne, sia che abbiano o no una storia pregressa di CVD.

I ricercatori hanno esaminato le cartelle cliniche di 1.002.556 donne statunitensi, beneficiarie del Medicaid tra il 1999 e il 2014, con l'obiettivo di individuare i trattamenti per CVD entro sei mesi dal primo parto. I risultati mostrano che tutte le donne con una storia di aborto (spontaneo o volontario) presentavano tassi più elevati di CVD nei sei mesi successivi al primo parto. In particolare, tra le donne con una storia di CVD antecedente alla prima gravidanza, coloro che avevano abortito volontariamente avevano una probabilità più che doppia di avere ulteriori problemi di CVD nei sei mesi successivi al primo parto vivo, rispetto alle donne che non avevano avuto aborti volontari. Il risultato peggiore si è registrato tra le donne la cui prima diagnosi di CVD era avvenuta dopo l'aborto volontario o spontaneo e prima del primo parto, con un aumento del rischio di CVD del 174%. Mentre l'aborto spontaneo è un evento inevitabile, l'aborto volontario è evitabile e, vista la sua diffusione, contribuisce chiaramente alla prima causa di morte tra le donne.

I risultati dello studio confermano la precedente letteratura scientifica che mette in relazione l'aborto volontario con il peggioramento della salute cardiovascolare: ad esempio (Shuang-Shuang Ma et al., 2023), (Reardon DC et al., 2002)[6], (Tsulukidze et al., 2022)[7].

3.2.2. Aborti multipli in successive gravidanze

Studnicki e colleghi (2022) hanno scoperto che l'aborto nella prima gravidanza espone le donne a un rischio maggiore di aborti multipli volontari e spontanei e a un minor numero di figli nel corso della vita riproduttiva. Lo studio è stato condotto su 5.453 donne, nel periodo di 17 anni 1999-2015, suddivise in tre coorti in base all'esito della prima gravidanza (aborto volontario, aborto spontaneo, parto). I risultati mostrano che, rispetto alle donne la cui prima gravidanza era terminata con un parto vivo, la coorte dell'aborto volontario aveva il 35% di gravidanze in più nel corso della vita riproduttiva, il 53% in più di aborti spontanei, un numero di aborti volontari oltre quattro volte più elevato e soltanto la metà dei nati vivi.

Due studi cinesi (Xu et al., 2024; Zou et al., 2021), condotti entrambi su donne infertili sottoposte a fecondazione in vitro, hanno rilevato che quelle tra loro che avevano una storia pregressa di aborto volontario presentavano tassi più bassi di nati vivi e tassi più elevati di aborti spontanei, rispetto alle donne senza una storia di aborto volontario. Lo studio pubblicato da Xu e colleghi ha inoltre rilevato che le donne con una storia di aborto volontario presentavano un endometrio più sottile, il che potrebbe in parte spiegare gli esiti peggiori.

6 Questo studio documenta anche un rischio 5 volte più elevato di morte per malattie cerebrovascolari entro 6 anni dall'aborto volontario.

7 Lo studio ha anche osservato un aumento del 18% del rischio di malattie cardiovascolari in seguito ad aborto, volontario o spontaneo, che persisteva per più di 12 anni.

3.2.3. Parto pretermine in successive gravidanze

Uno studio di coorte retrospettivo (Yu et al., 2023), condotto in Cina su donne con una storia di aborto volontario, ha rilevato un aumento del 18% del rischio di parto pretermine (<37 settimane) e un aumento del 65% del rischio di parto molto pretermine (<34 settimane). Il che si traduce in un tasso complessivo di parto pretermine (<37 settimane) del 6,5% rispetto al 5,5% rilevato nelle donne senza una storia di aborto volontario.

Una revisione sistematica e metanalisi (Brittain et al., 2023), condotta su oltre 2,5 milioni di gravidanze, ha esplorato la correlazione tra un precedente aborto volontario e un successivo parto pretermine a causa di una disfunzione del collo dell'utero. Gli autori osservano che l'insufficienza cervicale colpisce l'1% della popolazione ostetrica e che tale rischio risulta aumentato del 154% nelle donne con precedenti aborti volontari, sia chirurgici sia farmacologici.

Tra le possibili cause gli autori includono un danno cervicale causato dagli strumenti per l'esecuzione dell'aborto chirurgico, ma notano che in uno studio precedente (Lemmers et al., 2016), che aveva confrontato aborto chirurgico e farmacologico, tale rischio risultava solo di poco più elevato nel primo rispetto al secondo. Il rischio relativamente elevato anche con l'aborto chimico potrebbe essere spiegato dal rischio più elevato di infezione associato alla pillola abortiva, che può portare all'insufficienza cervicale, o dal fatto che non di rado l'aborto farmacologico fallisce, richiedendo una revisione chirurgica dell'utero che in alcuni casi causa un danno cervicale.

Come è noto il parto prematuro risulta correlato anche alla presentazione podalica del bambino. A tale proposito uno studio italiano (Noli et al., 2019), condotto su due database regionali della Lombardia nel periodo 2010-2015, ha analizzato le cause dei parti podalici scoprendo tra i vari fattori di rischio anche precedenti aborti spontanei e volontari.

3.2.4. Conseguenze sulla fertilità

Uno studio di Sun e colleghi (2022), condotto su donne con gravidanza singola sottoposte a tecniche di fecondazione artificiale, ha rilevato come una storia di aborto volontario aumenti del 52,6% il rischio di anomalie della placenta.

Uno studio ucraino (Salmanov et al., 2022), condotto su 3.825 donne infertili in età riproduttiva, ha scoperto che una storia di aborto volontario è correlata all'infertilità, molto probabilmente causata da infezione dell'apparato riproduttivo contratta a seguito dell'aborto.

Una revisione pubblicata da Pike (2020) conclude che, anche se sono necessarie ulteriori ricerche, l'aborto volontario può essere considerato un fattore di rischio per l'infertilità, dato il suo legame con il rischio di danno cervicale, malattia infiammatoria pelvica, aderenze intrauterine e assottigliamento dell'endometrio, ciascuno dei quali risulta a propria volta fattore correlato all'infertilità.

3.2.5. Mortalità

Uno studio di coorte longitudinale (Auger et al., 2021) ha seguito 1.293.640 donne canadesi incinte fino a 29 anni dopo l'ultimo evento di gravidanza, per determinare il momento e la causa di futuri decessi nei reparti ospedalieri prima dei 75 anni. I ricercatori hanno scoperto che l'aborto volontario e spontaneo sono correlati alla maggior parte delle cause di morte, in particolare per malattie cardiovascolari, cancro e suicidio.

3.3. Complicanze sulla salute psichica

Dai dati di sorveglianza del Ministero della Salute sono escluse anche tutte le complicanze sulla salute psichica che si possono presentare mesi o anni in seguito all'aborto volontario e che possono perdurare fino a decenni dopo. Si tratta di problematiche che comportano l'accesso ai servizi di salute mentale e i ricoveri in ospedale per disturbi mentali vari - come disturbi psichiatrici, disturbi da uso di sostanze, tentato suicidio - con aggravio dei costi non solo umani e sociali, ma anche economici per il SSN dovuti alle visite ambulatoriali per supporto psicologico o psichiatrico, ai ricoveri psichiatrici ospedalieri e ai relativi giorni di degenza.

Anche in questo caso gli studi esistenti prendono in esame l'aborto volontario in generale perché i problemi psichici derivano non tanto dal tipo di procedura abortiva, quanto dalla consapevolezza di aver ucciso un figlio. Vi sono tuttavia alcuni studi che hanno specificatamente studiato gli effetti psicologici negativi post-aborto chimico i quali, anche se non recentissimi, meritano comunque di essere citati.

3.3.1. Studi che hanno esaminato gli effetti psicologici negativi dell'aborto farmacologico

Uno studio del 1998 (Slade P et al.)[8] ha studiato l'impatto emotivo tra 143 donne sottoposte ad aborto chirurgico e 132 a quello chimico, rilevando nelle seconde maggiori disturbi psicologici come incubi, flashback e pensieri non voluti, legati principalmente al fatto di aver visto l'embrione abortito (cosa che accade al 56% delle donne).

Uno studio francese (Rousset C et al., 2011) condotto su 86 donne che ha valutato il disturbo post traumatico da stress (PTSD) poche ore dopo e poi sei settimane dopo un aborto volontario, ha rilevato che le donne ricorse all'aborto farmacologico manifestavano livelli significativamente più elevati di emozioni negative, sofferenza e trauma, rispetto alle donne sottoposte ad aborto chirurgico.

Uno studio randomizzato (Kelly T et al., 2010) condotto su donne che avevano abortito nel secondo trimestre, ha rilevato che, due settimane dopo l'aborto, le donne che avevano optato per l'aborto farmacologico presentavano punteggi più elevati nella sottoscala relativa al disagio emotivo rispetto alle donne sottoposte ad aborto chirurgico.

Uno studio norvegese del 2024 (Røseth I et al.) che ha intervistato 22 donne che avevano fatto ricorso all'aborto chimico a domicilio ha rilevato che, sebbene le donne apprezzassero la privacy offerta dall'affrontare l'aborto a casa, ritenevano allo stesso tempo che tale scelta comportasse senso di isolamento, angoscia e il peso della segretezza e della vergogna. Dal punto di vista emotivo, le donne tendevano a prendere le distanze dalla propria gravidanza: molte evitavano di guardare le immagini ecografiche o non volevano vedere il figlio espulso nel wc. Anche dopo aver tentato di voltare pagina, molte continuavano a pensare e a rimuginare sull'esperienza.

8 Lo studio ha confrontato l'impatto emotivo tra 143 donne ricorse all'aborto chirurgico e 132 donne sottoposte alla procedura farmacologica, rilevando nelle seconde maggiori disturbi psicologici come incubi, flashback e pensieri non voluti, legati principalmente al fatto di aver visto il bambino espulso durante l'aborto. I ricercatori specificano che ben il 56% delle donne ricorse all'aborto chimico ha visto l'embrione abortito. Vedere il bambino morto (anche se ancora in stato embrionale) o il «residuo ovulare» (sacco amniotico con l'embrione dentro) nell'assorbente, o nel wc quando ci si reca in bagno o sul piatto della doccia mentre ci si lava, è un'evenienza abbastanza frequente nell'aborto farmacologico visto che la donna è ben vigile durante le ore della fase espulsiva, in cui è anzi tenuta a monitorare attentamente le perdite di sangue per poter intervenire tempestivamente qualora si presenti un'emorragia.

3.3.2. Accesso ai servizi di salute mentale e ricovero psichiatrico ospedaliero

Auger e colleghi (2025) hanno studiato gli effetti sulla salute mentale a lungo termine prendendo in esame 1.228.807 parti e 28.721 aborti volontari avvenuti negli ospedali del Quebec (Canada) tra il 2006 e il 2022. Le pazienti sono state seguite fino a 17 anni dopo il termine della gravidanza per identificare i ricoveri ospedalieri correlati a problemi di salute mentale. I risultati mostrano che, rispetto a coloro che avevano partorito, le donne che avevano fatto ricorso all'aborto volontario presentavano i tassi di ospedalizzazione più elevati per tutti i disturbi mentali (104 contro 42 ogni 10.000 anni-persona), disturbi psichiatrici (85,1 contro 37,1 a/p), disturbi da uso di sostanze (56,7 contro 15 a/p) e tentati suicidi (14,7 contro 4,4 a/p).

Lo studio ha inoltre rilevato che il ricovero in ospedale per problemi di salute mentale era più elevato entro cinque anni dall'aborto; tra le donne con disturbi mentali pregressi, coloro che avevano abortito presentavano un rischio di ricovero psichiatrico nove volte più elevato e tale rischio era particolarmente alto nelle donne con meno di 25 anni; nelle donne senza problemi mentali pregressi il rischio di ricovero psichiatrico con l'aborto volontario aumentava del 50%. Infine i ricercatori hanno scoperto che il rischio di trattamento psichiatrico aumentava con il numero di aborti volontari, evidenziando una relazione "dose-effetto" che generalmente rappresenta una prova forte dell'esistenza di un nesso causale diretto tra un fattore di rischio (l'aborto) e un esito statisticamente associato (il ricovero ospedaliero per motivi di salute mentale).

Un altro studio (Studnicki et al., 2024) ha confrontato l'accesso ai servizi di salute mentale (visite ambulatoriali, ricoveri ospedalieri, giorni di degenza ospedaliera), prima e dopo l'esito della prima gravidanza tra donne il cui esito era stato l'aborto volontario (n. 1.331) oppure una perdita spontanea (n. 605). Dallo studio emerge che prima della gravidanza i tassi di utilizzo dei servizi di salute mentale erano più elevati per le donne che hanno subito un aborto spontaneo rispetto al gruppo dell'aborto volontario, ma dopo l'esito le cose cambiavano. Mentre per la coorte dell'aborto spontaneo non vi erano differenze statisticamente significative tra gli accessi ai servizi di salute mentale prima e dopo la perdita spontanea, nella coorte dell'aborto volontario l'utilizzo dei servizi di salute mentale aumentava in maniera significativa: il tasso delle visite ambulatoriali raddoppiava, e triplicava sia il tasso dei ricoveri ospedalieri, sia quello dei giorni di degenza. Lo studio confuta pertanto l'affermazione dei sostenitori dell'aborto secondo i quali i problemi di salute mentale registrati dopo l'aborto volontario sarebbero esclusivamente dovuti a una malattia mentale preesistente; e dimostra che l'aborto volontario può essere un fattore di rischio indipendente per i disturbi di salute mentale.

Uno studio precedente di Studnicki e colleghi (2023) aveva confrontato i medesimi esiti di salute mentale tra 1.331 donne la cui prima gravidanza si era conclusa con l'aborto volontario e 3.517 donne che avevano partorito. I ricercatori hanno scoperto che la coorte dell'aborto volontario faceva registrare i risultati peggiori in tutti gli esiti di salute mentale, con una probabilità 3,4 volte più elevata di visite ambulatoriali, 5,7 volte più elevata di ricovero ospedaliero e una probabilità quasi doppia della durata media di degenza ospedaliera (32,6 giorni contro 16,8 giorni). Ciò che rende ancora più marcata la differenza tra le due coorti è il fatto che, anche in questo caso, prima della prima gravidanza le donne che hanno partorito presentano percentuali di utilizzo dei servizi di salute mentale più elevate rispetto alle donne che hanno abortito. Anche questo conferma che l'aborto volontario può essere un fattore di rischio indipendente per i disturbi di salute mentale.

Reardon e Craver (2021) hanno rilevato che il rischio di trattamento psichiatrico nei sei mesi successivi al parto aumenta in presenza di precedenti trattamenti di salute mentale, aborti

volontari o spontanei. Una rianalisi pubblicata da Reardon (2024), condotta sulle cartelle cliniche danesi, ha corretto gli errori metodologici di uno studio del 2011 (Munk-Olsen et al., 2011) secondo il quale le donne con maggiori probabilità di abortire avrebbero una probabilità più elevata di problemi *preesistenti* di salute mentale, rispetto alle donne che portano a termine la gravidanza, e che i tassi più elevati di problemi di salute mentale osservati dopo l'aborto volontario sarebbero interamente spiegati da questa tendenza preesistente[9]. Reardon evidenzia i limiti metodologici dello studio, che inficiano le conclusioni degli autori, come per esempio l'errore statistico determinato dal fatto che, mentre da un lato hanno conteggiato i contatti psichiatrici nei nove mesi precedenti l'aborto, dall'altro lato hanno esaminato solo periodi molto brevi di uno, due e tre mesi dopo l'aborto, quando è risaputo che gli effetti psicologici negativi dell'aborto appaiono più tardi nel tempo, per esempio in occasione dell'anniversario dell'aborto e anche oltre, come dimostrano altri studi che citiamo in questo Rapporto.

Quando Reardon ha rianalizzato i tassi cumulativi dei disturbi mentali in periodi di tempo identici (nove mesi prima e nove mesi dopo l'aborto) le differenze sono risultate statisticamente significative, con tassi più elevati di malattie mentali nel gruppo di donne che avevano abortito. Le differenze sono diventate ancora più alte quando è stato preso in considerazione un periodo di dodici mesi, con un aumento del 50% del rischio di sottoporsi per la prima volta a un trattamento psichiatrico nell'anno successivo al primo aborto volontario, e un aumento dell'87% del rischio per disturbi della personalità e del comportamento.

3.3.3. Disturbi mentali a lungo termine

Sullins (2025) ha analizzato i disturbi di salute mentale (Post-abortion distress, PAD) a lungo termine dell'aborto volontario, prendendo in esame un campione rappresentativo a livello nazionale di 1.000 donne statunitensi tra i 41 e i 45 anni, 226 delle quali hanno riferito di aver avuto almeno un aborto circa (in media) 20 anni prima. Il 24,1% delle donne ha riferito disturbi di salute mentale elevati e il 20,7% moderati, come "sentimenti frequenti di perdita, dolore e tristezza" (31,2%) e "pensieri ricorrenti, sogni o flashback" (24,6%) correlati all'aborto. Lo studio conclude che le donne che hanno abortito molto tempo prima hanno la stessa probabilità di soffrire di disturbi mentali di coloro che hanno abortito da poco e che a distanza di 20 anni una percentuale significativa di donne dubita della propria decisione e rimane fortemente angosciata per aver abortito. Lo studio suggerisce che l'aborto può essere un indicatore per l'aumento del rischio di disturbi di salute mentale nel corso della vita e che le donne che hanno abortito dovrebbero essere seguite per periodi di tempo molto più lunghi dei successivi cinque anni presi solitamente in considerazione dagli studi longitudinali.

È ciò che ha fatto Reardon (2025) studiando il disturbo da lutto persistente e complicato (PGD) su un campione casuale, rappresentativo a livello nazionale, di 1.925 donne tra 41 e 45 anni che avevano abortito in media 20 anni prima. Tra queste 409 (21,2%) hanno riferito almeno un aborto volontario e 573 (29,8%) una perdita spontanea di gravidanza. Alle donne della coorte dell'aborto volontario è stato inoltre chiesto di specificare se l'aborto era stato liberamente voluto (29,8%), accettato ma in contrasto con i propri valori (35,5%), indesiderato (22%) o forzato (12,7%).

In generale i risultati mostrano che il 40% delle donne con una storia di aborto (volontario

9 Munk-Olsen è uno studio che viene costantemente citato dai sostenitori dell'aborto per dimostrare che non è l'aborto volontario in sé a determinare i problemi di salute mentale, perché le donne che affrontano tali problemi sarebbero "disturbate mentalmente" già da prima di abortire.

o spontaneo) presenta sintomi di PGD ancora vent'anni dopo l'evento, con la sofferenza che risulta fortemente correlata a pensieri intrusivi, incubi, flashback e interferenze significative con la vita quotidiana, il lavoro e le relazioni. Inoltre nelle donne con una storia di aborto volontario l'incidenza del PGD aumenta in presenza di una scelta meno libera e più conflittuale: tra le donne il cui aborto era stato liberamente voluto il rischio di PGD era del 14%, ma questa percentuale aumentava di quasi quattro volte tra le donne che erano state forzate ad abortire.

Lo studio suggerisce la necessità di uno screening pre-aborto, come avviene per esempio in Danimarca, per identificare le donne che si sentono sotto pressione o in conflitto riguardo alla decisione di abortire, poiché corrono un rischio molto più elevato di problemi psichici a lungo termine. Suggerisce inoltre ai terapeuti della salute mentale la necessità di indagare su un'eventuale storia di aborto delle pazienti, in modo da permettere loro di riconoscere e affrontare un lutto che potrebbe essere rimasto latente anche per decenni.

3.3.4. Suicidalità

Un ulteriore studio in cieco (Reardon, 2025) condotto su 2.829 donne americane tra i 41 e i 45 anni ha rilevato che le donne che hanno fatto ricorso all'aborto volontario sono significativamente più inclini al suicidio, soprattutto se l'aborto è forzato o indesiderato. In particolare, tra le donne con una storia di aborto volontario il 35% ha tentato il suicidio, il 94% delle quali attribuiva la causa all'aborto. Il tasso di tentato suicidio sale al 46% tra coloro che si erano sentite costrette ad abortire in contrasto con i propri valori e preferenze. Il tentato suicidio è del 30% tra le donne che hanno subito una perdita spontanea di gravidanza e del 13% tra le donne che hanno solo parti e nessuna storia di aborto volontario o spontaneo. Rispetto alle donne che hanno partorito, le donne che hanno abortito mostrano una probabilità sette volte più elevata di attribuire all'esito di gravidanza il tentato suicidio.

Questi risultati sono in linea con lo studio di Dehara e colleghi (2021) dal quale emerge che avere figli diminuisce i tassi di suicidio sia per le madri sia per i padri. I ricercatori hanno seguito 1.582.360 uomini e donne svedesi per 20 anni, confrontando i tassi di suicidio tra coloro che avevano figli e coloro che non li avevano. Dai risultati emerge che avere un figlio è associato a una diminuzione del tasso di suicidio del 64% rispetto al non averne, e che con due, tre o più figli la diminuzione sale al 78%. Il confronto risulta ancora più netto se si confrontano le madri con le donne senza figli: con uno, due, tre o più figli il tasso di suicidio delle madri è rispettivamente più basso del 70%, 83% e 93% rispetto alle donne senza figli.

Uno studio condotto su donne coreane in post menopausa (Wie et al., 2019) ha rilevato un rischio elevato di ideazione suicidaria tra coloro che avevano avuto tre o più aborti volontari. Tale rischio non era invece presente nella coorte di donne con aborti spontanei, anche dopo aver controllato la presenza di precedenti malattie mentali e condizioni mediche sottostanti.

Lo studio è interessante perché la coorte è composta da donne più anziane che hanno abortito molti decenni prima. Ne consegue che agli studi che valutano la salute mentale solo in brevi periodi di tempo possono sfuggire gli effetti negativi sulla salute mentale che emergono e persistono molti anni dopo l'aborto volontario.

Una revisione del 2020 (Zareba et al., 2020), che vede tra gli autori anche due ricercatrici dell'Università di Catania, ha concluso che l'aborto è un fattore di rischio per esiti negativi di salute mentale. Nello studio si legge che «l'esperienza dell'aborto può portare allo sviluppo di disturbo da stress post-traumatico, depressione e problemi nelle relazioni interpersonali [...] Spesso le donne che interrompono la gravidanza non sono consapevoli del fatto che in seguito

avranno bisogno di sostegno psicologico a causa degli effetti psichici che sperimenteranno. Di solito, i primi sintomi compaiono entro quattro mesi fino a un anno dalla procedura. Pertanto è importante identificare le donne ad alto rischio suscettibili a complicazioni psicologiche successive».

Alle medesime conclusioni era giunto anche Reardon che nel 2018 aveva preso in esame tutte le ricerche disponibili fino a quel momento (Reardon, 2018).

3.4. La sottostima delle complicanze

Il problema della sottostima delle complicanze, e della mortalità materna post aborto, non riguarda - come visto in precedenza - solo i dati diffusi dalla FDA, ma dipende anche dall'errata codifica degli eventi avversi da parte dei pronto soccorso quando le donne vi ricorrono per problemi correlati all'aborto volontario; dalla scarsa qualità dei dati epidemiologici per quanto riguarda i decessi materni, dai metodi di misurazione e segnalazione utilizzati per calcolare tale mortalità[10].

Tra gli studi recenti che hanno preso in esame questi parametri si segnala quanto segue.

Studnicki e colleghi (2025) hanno analizzato 28.534 visite al pronto soccorso da parte di donne americane entro 30 giorni da un aborto chirurgico o farmacologico effettuato tramite Medicaid, nel periodo di sei anni 2016-2021. I ricercatori hanno scoperto che l'83,5% delle visite a seguito di aborto chimico sono state classificate erroneamente come correlate ad aborto spontaneo, in particolare negli accessi classificati come gravi o critici. Rispetto all'aborto chirurgico, le visite correlate alla pillola abortiva hanno il 79% di probabilità in più di essere classificate in modo errato, determinando una forte sottostima delle reali e gravi complicazioni correlate all'aborto farmacologico.

Nella loro revisione narrativa sulla mortalità materna correlata all'aborto volontario, Marmion e Skop (2020) sostengono che, per ragioni politiche, negli USA non esistono dati di qualità sul record-linkage, come avviene per esempio in Finlandia, dove i dati epidemiologici di record-linkage hanno identificato un rischio di morte per aborto indotto quattro volte superiore al rischio di morte per parto. I ricercatori eccepiscono che non è ammissibile che per motivi politici si continuino a ostacolare le analisi sulle cause della mortalità materna.

Sempre riguardo ai dati USA, Studnicki e colleghi (2019) concludono: «Gli attuali metodi di misurazione e segnalazione utilizzati per calcolare la mortalità materna presentano gravi incongruenze, segnalazioni incomplete, compilazione incompleta e imprecisa dei certificati di morte, assenza di rendicontazioni complete su aborti indotti e perdite naturali, limiti nella capacità di collegare un decesso materno all'esito appropriato della gravidanza e gravi limitazioni ed esclusioni nel sistema di codifica ICD-10-CM».

10 La questione dei codici di classificazione di diagnosi e terapie è al centro della controversia sull'utilizzazione dei dati amministrativi reali nella valutazione delle complicanze, come nello studio sull'aborto farmacologico diffuso dall'Ethics and Public Policy Center di cui abbiamo parlato nella prima sezione.

4

ELLAONE (ULIPRISTAL ACETATO): UNA PILLOLA ABORTIVA USATA PER LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

4.1. Premessa

La pillola ellaOne è un farmaco abortivo che contiene ulipristal acetato (UPA): con soli 60 mg (due compresse) si determina l'aborto fino alla nona settimana di gravidanza. UPA si lega con alta affinità al recettore del progesterone e di conseguenza impedisce al progesterone di agire. È molto simile alla pillola abortiva mifepristone (RU486), ma è molto più efficace: è stato sperimentato in Messico nei protocolli farmacologici di aborto in associazione al misoprostolo (come per RU486) e ne bastano 60 mg contro i 200 mg di RU486.

Attualmente è distribuito liberamente, senza prescrizione, come "contraccettivo d'emergenza", alla dose di una compressa da 30 mg. EMA e AIFA lo presentano come un mezzo per prevenire o ritardare l'ovulazione al fine di evitare il concepimento dopo un rapporto sessuale non protetto. In realtà, ellaOne non impedisce l'ovulazione quando viene assunto nei giorni più fertili del ciclo, ma impedisce l'impianto dell'embrione. La donna, dunque, ovula e può concepire, ma l'endometrio viene profondamente alterato dall'ulipristal e non consente l'impianto.

L'assunzione ripetuta di ellaOne, inoltre, può compromettere seriamente la salute della donna: il farmaco si accumula nei tessuti, in particolare nel fegato, causando danni talvolta irreparabili[1].

4.2. Introduzione

4.2.1. Procreazione responsabile e contraccezione

L'esercizio di scelte libere e consapevoli nel campo della procreazione responsabile presuppone un'adeguata conoscenza della fisiologia riproduttiva e degli strumenti oggi disponibili per separare temporaneamente la sessualità dalla procreazione.

In Italia la legislazione nazionale vigente - in particolare la legge n. 405 del 29 luglio 1975 sull'"Istituzione dei consultori familiari" e la legge n. 194 del 22 maggio 1978 sulle "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" - attribuisce alla procreazione responsabile la finalità di tutelare e promuovere la salute sia della donna sia del concepito, di «tutelare la vita umana dal suo inizio» e di escludere che l'aborto sia un mezzo di controllo delle nascite.

La tutela della vita umana fin dal suo inizio esclude implicitamente i contraccettivi post-concezionali dall'elenco dei contraccettivi leciti. La stessa Corte di giustizia dell'Unione europea (Grande Sezione), inoltre, nella sentenza del 18.10.2011 - causa C-34/10 (Brüstle vs Greenpeace) riconosce che «fin dallo stadio della sua fecondazione, ogni ovulo umano deve essere considerato un embrione umano, poiché la fecondazione è tale da dare avvio al processo di sviluppo di un essere umano».

La conoscenza del meccanismo d'azione (MOA) è uno dei criteri fondamentali su cui si basa la scelta tra i diversi metodi contraccettivi. Essa è alla base del consenso informato, così come la conoscenza degli effetti collaterali dannosi (per definizione un contraccettivo deve essere innocuo).

1 Questo capitolo del Rapporto è basato sui contenuti del Position Paper pubblicato dalla Società Italiana per la Procreazione Responsabile (SIPRe). Il Rapporto completo, con i relativi allegati scientifici, è disponibile sul sito della società (https://www.sipre.eu/la-contraccezione-demergenza/).

4.2.2. ellaOne

Proposto al pubblico come contraccettivo d'emergenza, è disponibile dal 2012 e dal 2015 la sua vendita è libera da prescrizione medica.

Presentato come un farmaco capace di prevenire o ritardare l'ovulazione e quindi di impedire il concepimento alla dose di una compressa, ellaOne si è invece dimostrato francamente abortivo (Winikoff et al., 2025) almeno fino alla nona settimana di gestazione, con l'assunzione di due sole compresse. La sua efficacia è paragonabile a quella della sua molecola gemella RU486 (mifepristone), usata per l'aborto farmacologico. La sua distribuzione in farmacie, parafarmacie e nei reparti salute dei supermercati appare quindi del tutto incompatibile con la vigente legislazione italiana.

Nel liberalizzarne la distribuzione, nel 2015, l'EMA scriveva che non si sapeva se ellaOne potesse indurre l'aborto: pur essendo stata invitata a documentare che il farmaco non poteva indurre l'aborto, infatti, nei sei anni successivi alla sua immissione in commercio (dal 2009 al 2014) la produttrice HRA Pharma si era ben guardata dal produrre studi che rispondessero alla domanda. Nonostante ciò, l'EMA eliminò l'obbligo di prescrizione e ribadì che il suo meccanismo d'azione consisteva nel prevenire o ritardare l'ovulazione, impedendo così il concepimento, senza interferire in alcun modo con l'impianto.

Ora, però, la risposta è arrivata - certamente non da HRA Pharma, ma da un gruppo indipendente - e indica che ellaOne è un farmaco abortivo e che per abortire ne bastano due sole compresse.

4.2.3. Contraccezione d'emergenza

Per contraccezione d'emergenza si intende l'assunzione di farmaci o l'inserimento di IUD (la cosiddetta "spirale") nell'utero in seguito a un rapporto sessuale non protetto avvenuto nel periodo fertile del ciclo mestruale, cioè nei 4-5 giorni che precedono l'ovulazione e nel giorno stesso dell'ovulazione: solo in essi, infatti, il muco cervicale consente il passaggio degli spermatozoi e di conseguenza il concepimento è possibile. Tra questi, il giorno più fertile, cioè quello in cui la probabilità di concepire è massima, è il giorno precedente l'ovulazione, seguito dal giorno ancora precedente e dal giorno successivo: il giorno stesso dell'ovulazione. In questi tre giorni, anche l'incidenza dei rapporti sessuali, sia protetti sia non protetti, è massima (Wilcox et al., 2004).

L'assunzione di questi farmaci è, evidentemente, un tentativo estremo che deve fare i conti con almeno due fatti.

Gli spermatozoi sono già entrati. Grazie al muco fertile hanno già oltrepassato la cervice uterina e in gran parte hanno già raggiunto la tuba di Falloppio; lì attendono, quiescenti, il rilascio dell'ovocita. Nessun farmaco assunto il giorno dopo potrà ovviamente impedire la loro risalita, poiché essa è già avvenuta.

L'ovulazione è ormai imminente. Nel corpo della donna, tutto è predisposto verso il concepimento e il successivo impianto dell'embrione nell'endometrio che, dopo l'ovulazione, sarà reso ospitale dagli ormoni prodotti dal corpo luteo (la ghiandola che deriva dalle cellule del follicolo dopo che questo ha rilasciato l'ovocita).

Esistono solo due modi per impedire il verificarsi di una gravidanza clinicamente evidente: impedire in extremis che si verifichi l'ovulazione, cioè impedire il concepimento, oppure fare in modo che l'embrione concepito non trovi nell'utero il terreno fertile di cui ha bisogno. La

sostanziale differenza tra le due ipotesi è chiara: nel primo caso il concepimento non avviene; nel secondo l'embrione viene attivamente soppresso in un aborto precocissimo, prima ancora che la sua presenza si manifesti.

4.3. Premesse di fisiologia

Prima di discutere gli articoli scientifici che trattano il meccanismo d'azione di ellaOne, un farmaco - come vedremo - venduto e presentato da 14 anni come farmaco anti-ovulatorio, è utile descrivere, sia pure brevemente, che cos'è un ciclo mestruale e come viene regolato (Mozzanega, 2025).

Il ciclo mestruale è una serie di eventi che coinvolgono l'ovaio con i suoi follicoli (le piccole strutture ciascuna delle quali contiene una cellula uovo) e l'ipofisi, una ghiandola sospesa alla base del cervello: entrambe queste ghiandole producono ormoni. In particolare, l'ipofisi regola normalmente la produzione di estrogeni da parte dei follicoli ovarici grazie ai suoi ormoni: l'ormone follicolo-stimolante (FSH) e l'ormone luteinizzante (LH) (nel maschio, gli stessi ormoni stimolano le funzioni testicolari). Poiché stimolano le gonadi, cioè ovaio e testicolo, questi ormoni ipofisari sono detti anche gonadotropine ipofisarie.

L'ipofisi, a sua volta, è regolata da sostanze prodotte in altri centri cerebrali superiori, ma per la descrizione attuale è sufficiente illustrare e spiegare il dialogo continuo tra ipofisi e ovaie.

È necessario chiarire subito che cosa sia un ormone e come funzioni: è una sostanza prodotta da una ghiandola e immessa nel sistema circolatorio (nel sangue) affinché possa raggiungere l'organo nel quale deve svolgere la propria funzione. Per esercitare il suo effetto, l'ormone deve legarsi alla cellula bersaglio attraverso una struttura specifica chiamata "recettore ormonale". Un ormone non può attivare una cellula se questa non possiede il recettore specifico per quell'ormone. Allo stesso modo, un ormone non può attivare una cellula, anche se essa possiede il proprio recettore specifico, se il recettore è occupato o reso inaccessibile da altre sostanze.

Il ciclo inizia quando i livelli di estrogeni nel sangue della donna sono molto bassi, cosa che avviene alla fine del ciclo precedente. L'ipofisi, attraverso i propri recettori, "comprende" che il livello di estrogeni è basso e stimola l'attivazione di un gruppo di follicoli con grandi quantità di FSH e LH.

I follicoli "reclutati" dall'ipofisi cominciano a produrre estrogeni in quantità crescenti, e nel sangue della donna i loro livelli aumentano. Con l'aumento degli estrogeni, l'ipofisi riduce l'invio dei suoi messaggeri e dal giorno 5 in poi solo un follicolo rimane attivo e crescerà e maturerà fino al rilascio dell'ovocita. È il follicolo dominante del ciclo. Durante la sua crescita, il follicolo aumenta il numero delle sue cellule e produce quantità crescenti di estrogeni: l'ovocita al suo interno completa la propria maturazione.

Quando l'ipofisi "comprende" che i livelli di estrogeni stanno diventando particolarmente elevati, aumenta il rilascio di FSH e soprattutto di LH fino a raggiungerne il picco (LH peak). Il picco di LH provoca la rottura del follicolo dominante e il rilascio della cellula uovo, cioè l'ovulazione. L'ovulazione si verifica circa 36 ore dopo il picco di LH e talvolta anche più tardi.

L'aumento degli estrogeni che conduce infine all'ovulazione modifica progressivamente le caratteristiche del muco cervicale affinché - precisamente e solo in questi giorni, i giorni fertili - gli spermatozoi possano entrare nei genitali femminili. Sia i processi endocrinologici che conducono all'ovulazione sia la comparsa di muco fluido sono espressioni simultanee dello stesso evento biologico: l'aumento dei livelli degli ormoni estrogeni. Di conseguenza,

la comparsa di muco fertile predice di solito in modo affidabile l'ovulazione e consente a ogni donna di riconoscere i giorni fertili e di essere pienamente consapevole della propria fertilità.

L'ovocita può essere fecondato dagli spermatozoi entro 24 ore dal suo rilascio.

Dopo l'ovulazione, le cellule che costituivano la parete del follicolo dominante e che sono sostenute da una ricca vascolarizzazione aumentano il loro contenuto lipidico e danno origine a una struttura gialla, il corpo luteo (luteum in latino significa giallo). Il corpo luteo è una ghiandola temporanea che esiste solo dopo l'ovulazione: continua a produrre estrogeni ma - soprattutto - produce progesterone, l'ormone pro-gestazionale, l'ormone che prepara l'utero e l'intero organismo femminile alla gravidanza.

Il tessuto endometriale, la superficie interna dell'utero, è il "letto" nel quale ciascuno di noi si è annidato nei primi giorni di vita subito dopo il concepimento. L'endometrio è un tessuto totalmente dipendente dagli estrogeni: se gli estrogeni sono presenti nel corpo della donna, l'endometrio è ben nutrito e stabile; al contrario, quando gli estrogeni sono assenti, i vasi che lo nutrono si obliterano e il tessuto muore: viene espulso con il flusso mestruale che è il segno visibile della fine del ciclo mestruale e dell'inizio di un nuovo ciclo.

Abbiamo già visto che, all'inizio del ciclo, i follicoli ovarici sono stimolati dall'ipofisi e cominciano a produrre estrogeni in quantità crescenti; questi estrogeni - attraverso i loro recettori specifici sulle cellule endometriali - stimolano la ricostruzione dell'endometrio, che si completa proprio intorno all'ovulazione. Dopo l'ovulazione, il corpo luteo mantiene la produzione di estrogeni e produce progesterone, che modifica significativamente le caratteristiche dell'endometrio e lo prepara all'impianto dell'embrione e alla gravidanza.

Grazie all'azione del progesterone il supporto vascolare all'endometrio aumenta, cosicché il tessuto è intensamente nutrito. Inoltre, le ghiandole endometriali si dilatano sempre di più e accumulano al loro interno una straordinaria quantità di sostanze nutritive secrete dalle cellule endometriali: da queste ghiandole l'embrione riceverà tutto ciò di cui ha bisogno per crescere e svilupparsi fino all'instaurarsi della circolazione sanguigna tra figlio e madre, attraverso la placenta. Infine il progesterone - ancora attraverso i suoi recettori - modifica profondamente la struttura immunitaria dell'endometrio, evitando ogni possibile reazione di rigetto verso l'ospite (l'embrione è infatti un individuo totalmente diverso dalla madre) e trasformando l'endometrio in un ambiente ospitale.

Il corpo luteo lavora per due settimane. In assenza di concepimento, degenera e non produce più ormoni, né estrogeni, né progesterone. L'endometrio, non più nutrito, degenera a sua volta e compare il flusso mestruale. Un nuovo ciclo sta per iniziare nello stesso modo di quello appena descritto: l'ipofisi stimolerà nuovi follicoli ovarici e tutto si ripeterà, e si ripeterà ancora, ciclicamente.

Nel caso che il concepimento avvenga - con l'incontro tra ovocita e spermatozoo nella tuba di Falloppio - tutto cambia.

Fin dai primi momenti di vita, l'embrione è molto attivo. Già allo stadio della prima cellula, comincia immediatamente a inviare alla madre sostanze che modulano le sue difese immunitarie. Ha inizio la riproduzione cellulare e dopo circa tre giorni l'embrione entra nell'utero. Intorno al quinto giorno l'embrione nella fase di blastocisti è pronto a impiantarsi: il suo aspetto è ora simile a una cisti, con le cellule interne destinate a formare il corpo e le cellule periferiche che costituiscono il trofoblasto, che diventerà la futura placenta attraverso la quale l'embrione sarà in contatto con l'utero materno e si nutrirà.

Fino a questo punto, l'embrione ha utilizzato per crescere le materie prime presenti nella

grande cellula uovo. Ora, però, la dotazione iniziale di risorse è esaurita e l'embrione ha un bisogno crescente di nutrienti: scenderà in profondità nell'endometrio fino a raggiungerne le ghiandole per accedere finalmente al loro contenuto.

Allo stadio di 8 cellule produce già un ormone simile all'LH, ma molto più potente, la gonadotropina corionica umana (hCG). Quando l'embrione è impiantato, l'hCG passa nel sangue materno e raggiunge il corpo luteo, che si trova nell'ovaio della madre. Legandosi ai recettori dell'LH, stimola il corpo luteo ad aumentare di volume e a diventare corpo luteo gravidico: la produzione degli ormoni luteinici aumenterà e continuerà.

Gli estrogeni e, soprattutto, il progesterone manterranno l'endometrio ricco e adeguato a soddisfare tutte le necessità dell'embrione. L'ovaio - di cui il corpo luteo fa parte - non è più sotto il controllo della donna: l'ipofisi è ormai sostituita dall'embrione stesso, che produrrà hCG con le proprie cellule periferiche, quelle coriali, che formeranno presto la placenta.

4.4. Uso di ellaOne nell'aborto farmacologico

Un recente studio condotto in Messico (Winikoff et al., 2025) ha dimostrato la piena efficacia di ellaOne nell'indurre l'aborto entro la nona settimana gestazionale con la sola assunzione di due compresse.

Lo studio è stato progettato dai gruppi di Gynuity Health Projects e della National Autonomous University of Mexico, e in esso viene affermato esplicitamente che la decisione di pubblicare i risultati è stata assunta all'unanimità da tutti gli autori, in piena autonomia rispetto a influenze esterne.

La somministrazione di due compresse di ellaOne seguita da 800 µg di misoprostolo orale a 133 pazienti ha determinato un aborto completo in 129 di esse, con un'efficacia del 97%, del tutto comparabile a quella del mifepristone.

L'uso di una sola compressa non è stato testato. Vale però la pena sottolineare, benché sia ovvio, che ottenere due compresse liberamente in farmacia o in parafarmacia è estremamente facile, poiché il farmaco può essere dispensato senza prescrizione anche alle minorenni. Basta recarsi in due esercizi diversi.

Riteniamo pertanto che ellaOne, in quanto abortivo, debba essere sottoposto a un regime di somministrazione limitato, che lo vincoli al solo uso ospedaliero, come avviene per il farmaco gemello mifepristone. La Direttiva 2001/83 all'art. 4, comma 4 lo consente, e le nostre leggi lo richiedono.

Questo fondamentale studio (Winikoff et al., 2025) compare dieci anni dopo la pubblicazione dell'Assessment Report su ellaOne (EMA/73099/2015) a cura del Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), nel quale l'EMA scrive testualmente, a pagina 35, che «durante il processo di valutazione del dossier di registrazione di ellaOne, al richiedente titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (MAH applicant, cioè HRA Pharma) è stato chiesto di esaminare ogni potenziale uso off-label di ellaOne, in particolare in gravidanza, eventualmente come farmaco abortivo. Non è stato condotto alcuno studio clinico sull'ulipristal acetato come abortivo e, pertanto, non è noto se esso possa essere utilizzato per indurre un aborto».

HRA Pharma si è ben guardata dal rispondere alla domanda, probabilmente contando sulla condiscendenza di organismi e istituzioni - come EMA e la subordinata AIFA - disposti a chiudere entrambi gli occhi pur di accreditare per ellaOne un meccanismo d'azione esclusivamente anti-ovulatorio.

La discussione che segue, sul meccanismo d'azione di ellaOne nella contraccezione d'emergenza, amplia e sostanzia le considerazioni che gli autori dell'articolo citato sviluppano nella loro introduzione e che li hanno portati a ritenere che ellaOne sia sostanzialmente sovrapponibile al mifepristone e, come tale, sia utilizzabile per l'aborto farmacologico con la sola assunzione di due compresse. Si tratta, peraltro, degli stessi dati da sempre noti agli enti regolatori.

4.5. Meccanismo d'azione di ellaOne nella contraccezione d'emergenza

Anzitutto, vediamo che cosa viene dichiarato a livello internazionale in relazione a questo farmaco che, come ormai dimostrato dalla ricerca, ha un effetto chiaramente abortivo.

Il produttore (HRA Pharma), l'Agenzia europea per i medicinali (EMA)[2], la Food and Drug Administration degli Stati Uniti (FDA)[3], le più rappresentative società scientifiche internazionali e nazionali di ginecologi sostengono e diffondono la tesi che ellaOne previene o ritarda l'ovulazione e quindi impedisce il concepimento.

In realtà, però, gli studi sperimentali mostrano - e illustrarlo è uno degli scopi di questa analisi - che ellaOne non è in grado di impedire con certezza l'ovulazione e il concepimento, se non quando viene assunto proprio all'inizio del periodo fertile. Nei giorni fertili successivi, invece, e specialmente nei giorni più vicini al rilascio dell'ovocita, non esercita più alcun effetto sull'ovulazione e sul concepimento, ma semplicemente rende l'endometrio inospitale all'embrione.

I giorni fertili più vicini all'ovulazione sono, peraltro, i giorni più fertili del ciclo mestruale e sono anche quelli in cui statisticamente sembra concentrarsi il maggior numero di rapporti sessuali e in cui si verifica il maggior numero di concepimenti.

Ogni compressa di ellaOne contiene 30 mg di ulipristal acetato nella sua forma micronizzata, da assumere per via orale in dose unica. È unanimemente riconosciuto che 30 mg di UPA micronizzato equivalgono a 50 mg di UPA non micronizzato, il principio attivo somministrato in capsule di gelatina e usato nei precedenti trial clinici. L'UPA si lega al recettore del progesterone, l'ormone pro-gestazionale, agendo nello stesso modo del mifepristone, più noto come RU486 (la pillola usata per interrompere la gravidanza). Ciò non stupisce perché le due molecole sono molto simili.

Il produttore, HRA Pharma, sostiene che ellaOne, somministrato nel periodo fertile del ciclo mestruale, abbia la capacità di posticipare l'ovulazione e quindi impedisca l'incontro tra ovocita e spermatozoo. Il farmaco avrebbe la capacità di inibire l'ovulazione o di rinviarla di cinque giorni anche quando viene assunto immediatamente prima dell'ovulazione, e agirebbe con efficacia costantemente elevata, superiore all'80%, anche se assunto fino a cinque giorni dopo un rapporto non protetto. Questa affermazione, fondata sugli studi di Vivian Brache (Brache et al., 2010 e 2013), è pienamente sostenuta e condivisa dall'EMA.

I dati riportati nella tabella sottostante, pubblicata nell'EMA-CHMP Assessment Report su ellaOne EMA/73099/2015, esattamente a pagina 7/76[4], dovrebbero tuttavia essere sufficienti a dimostrare l'infondatezza di tale affermazione.

2 https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ellaone.

3 La FDA, sia nel documento originale, sia nei successivi aggiornamenti (il più recente scaricabile qui: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2021/022474s011lbl.pdf) riconosce però che «alterations to the endometrium that may affect implantation may also contribute to efficacy» (alterazioni dell'endometrio che possono interferire con l'impianto possono anche contribuire all'efficacia).

4 L'Assessment Report può essere scaricato al seguente indirizzo web: https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/ellaone-h-c-1027-ii-0021-epar-assessment-report-variation_en.pdf.

▼ TABELLA 4

STUDIO HRA2914-554: OVULAZIONE CON ELLAONE OGNI 7 GIORNI (Q7D) O OGNI 5 GIORNI (Q5D) PER 8 SETTIMANE

	Q7D (N=12)	Q5D (N=11)
Number of subjects who ovulated at least once, n (%) [95% CI]	11 (91.7%) [61.5%;99.8%]	8 (72.7%) [39.0%;94.0%]
Total number of ovulations	17	9
Number of ovulations, n (%) [95% CI]		
Never	1 (8.3%) [0.2%;38.5%]	3 (27.3%) [6.0%;61.0%]
Once	5 (41.7%) [15.2%;72.3%]	7 (63.6%) [30.8%;89.1%]
Twice	6 (50.0%) [21.1%;78.9%]	1 (9.1%) [0.2%;41.3%]
Number of tablets administered prior to occurrence of 1st ovulation, Mean (SD)	3.4 (2.5)	6.5 (2.7)
Time from the start of treatment to 1st ovulation (days) (Kaplan Meier estimate), Median (Min, Max)	17 (8, 57)	26 (16, 51)

FONTE: EMA-CHMP ASSESSMENT REPORT EMA/73099/2015, P. 7/76

La tabella si riferisce allo studio HRA2914-554, presentato direttamente dalla società produttrice, che riporta gli effetti sull'ovulazione di una singola dose di ellaOne assunta settimanalmente (Q7D) oppure ogni 5 giorni (Q5D) per 8 settimane consecutive; 12 donne sono state trattate ogni 7 giorni (Q7D) e 11 ogni 5 giorni (Q5D). La tabella mostra che l'ovulazione si è verificata regolarmente nel 91,7% delle donne che hanno assunto ellaOne ogni 7 giorni per otto settimane consecutive e nel 72,7% di quelle che lo hanno assunto ogni 5 giorni, sempre per otto settimane consecutive.

Il 50% delle donne trattate settimanalmente ha addirittura ovulato due volte, come di solito accade nel corso di otto settimane. In entrambi i gruppi, la valutazione qualitativa del muco cervicale (eseguita nel periodo di trattamento, quando il follicolo misurava più di 15 mm, cioè nel periodo fertile) indicava la presenza di muco cervicale favorevole al passaggio degli spermatozoi e al concepimento.

Già questi dati, riconosciuti e diffusi dalla stessa EMA, escludono un qualunque effetto significativo di ellaOne sull'ovulazione e sul concepimento. Altra evidenza, tuttavia, si può ricavare da tutti gli studi sperimentali condotti sulle donne a questo riguardo.

Bisogna ricordare che, come spiegato in precedenza, il concepimento può avvenire soltanto se il rapporto sessuale si è verificato nei 4-5 giorni fertili precedenti l'ovulazione, durante i quali il muco cervicale consente agli spermatozoi di entrare nei genitali femminili, e che il concepimento di solito avviene entro 24 ore dal rilascio dell'ovocita.

Nei giorni fertili, nell'ovaio e nell'ipofisi si verificano i fenomeni che preparano e determinano l'ovulazione. Anzitutto, nell'ovaio, il follicolo dominante aumenta la secrezione di estrogeni, che induce immediatamente la produzione di un muco sempre più fluido, favorevole alla penetrazione degli spermatozoi. Gli estrogeni ovarici, a loro volta, determinano un progressivo aumento dei livelli di LH rilasciato dall'ipofisi fino al suo picco (LH peak), che si mantiene per ore e induce l'ovulazione.

L'ovulazione si verifica di norma 36 ore (24-48) dopo il picco, ma talvolta anche più tardi. Il periodo che precede l'aumento di LH coincide con l'inizio del periodo fertile; il periodo durante il quale l'LH aumenta coincide probabilmente con il secondo-terzo giorno fertile del ciclo; mentre i giorni del picco (le 24-48 ore prima dell'ovulazione) e il giorno successivo all'ovulazione sono gli ultimi giorni fertili, i più fertili del ciclo mestruale.

4.5.1. Effetti anti-ovulatori

Premesso ciò, esiste un solo studio che valuta l'effetto di ellaOne sull'ovulazione quando somministrato nel periodo fertile del ciclo. È quello già menzionato di Vivian Brache.

Il numero di donne valutate è ridotto: 34. Esse vengono considerate dapprima nel loro insieme e poi separatamente, stratificate in tre gruppi secondo che ricevano ulipristal prima dell'inizio dell'aumento dell'LH, durante l'aumento dell'LH o al picco dell'LH.

La valutazione aggregata mostra che l'assunzione di ellaOne nel periodo fertile del ciclo mestruale inibisce o posticipa l'ovulazione in totale nel 58,8% delle donne. Ciò significa che nel 41,2% delle donne il farmaco non impedisce né ritarda l'ovulazione.

La valutazione dell'efficacia anti-ovulatoria di ellaOne in rapporto al momento di assunzione del farmaco, nelle tre diverse fasi del periodo fertile, mostra che gli effetti di ellaOne sono massimi all'inizio del periodo fertile e poi si riducono rapidamente man mano che ci si avvicina all'ovulazione. Inoltre, nel paragrafo dei risultati, l'autrice stessa precisa che al picco dell'LH, uno o due giorni prima dell'ovulazione, il farmaco non ha più alcuna capacità di prevenirla né di ritardarla in misura significativa.

Questi sono, come detto, i giorni più fertili del ciclo, quelli nei quali un rapporto non protetto è seguito dal maggior numero di concepimenti. Sono quindi anche i giorni nei quali ellaOne viene più verosimilmente assunto. È evidente, tuttavia, come abbiamo visto, che ellaOne, assunto nel periodo più fertile del ciclo, cioè uno o due giorni prima dell'ovulazione, non dimostra alcuna efficacia anti-ovulatoria.

La sua capacità di inibire l'ovulazione è massima (100%) solo all'inizio del periodo fertile; successivamente diminuisce rapidamente e progressivamente fino a essere quasi nulla (8%) nei giorni del picco di LH.

Se l'effetto contraccettivo di ellaOne dipendesse solo dal suo effetto anti-ovulatorio, che - come si è visto - svanisce man mano che ci si avvicina al picco di LH, ci si dovrebbe attendere una progressiva diminuzione della sua efficacia contraccettiva proprio nei giorni più fertili. Eppure ciò non avviene. Un'ulteriore conferma che ellaOne non è in grado di ritardare l'ovulazione quando assunto nelle 24-48 ore precedenti l'ovulazione viene da uno studio di Lira-Albarrán et al. (2017). L'ovulazione, dunque, si verifica nonostante l'assunzione del farmaco, ma l'endometrio, come vedremo, analizzato nella fase medio-luteale - la fase in cui avviene l'impianto, circa 5-6 giorni dopo il concepimento - risulta profondamente alterato.

Infine, Stratton e colleghi (2000) hanno somministrato 10, 50 e 100 mg di UPA non micronizzato a donne nella fase medio-follicolare del ciclo 7 giorni prima dell'ovulazione mostrando che l'UPA provoca un ritardo dell'ovulazione solo quando viene somministrato prima che il periodo fertile abbia inizio (fase medio-follicolare). L'articolo di Brache aggiunge che ellaOne può anche ritardare l'ovulazione, ma solamente quando viene assunto all'inizio del periodo fertile. L'assenza di qualunque effetto anti-ovulatorio quando ellaOne è assunto nei giorni più fertili del ciclo, e le anticipazioni provenienti dagli ultimi due studi citati sugli effetti di inibizione endometriale, spingono a ritenere che - come in effetti sarà evidenziato - il suo effetto prevalente sia necessariamente a carico della preparazione dell'endometrio.

È importante segnalare che alcuni autori (Gemzell-Danielsson et al., 2013; Lalitkumar et al., 2013) propongono un'interpretazione dei dati di Brache molto diversa da quella che emerge dai risultati. Come sappiamo, nel suo studio su ellaOne, Brache riporta testualmente che «quando l'UPA viene somministrato in corrispondenza del picco di LH, il tempo trascorso fino alla rottura follicolare era simile a quello osservato con il placebo (1,54 ± 0,52 giorni vs 1,31 ± 0,48 giorni)».

Ciò significa che l'ulipristal acetato, quando somministrato al picco dell'ormone LH, un giorno e mezzo prima dell'ovulazione, si comporta esattamente come il placebo. Né ellaOne, né evidentemente il placebo, quando somministrati durante il picco dell'LH, hanno alcun effetto sull'ovulazione, che fisiologicamente si verifica uno o due giorni dopo.

Citando gli stessi dati di Brache, Gemzell-Danielsson e Lalitkumar in due articoli del 2013, (Gemzell-Danielsson et al., 2013, p. 302; Lalitkumar et al., 2013, p. 93) affermano invece l'esatto opposto di quanto i dati riportati da Brache documentano. È veramente incomprensibile il perché questi autori ripetano per due volte la stessa affermazione, manifestamente contraria all'evidenza scientifica.

4.5.2. Effetti endometriali

Veniamo agli effetti sull'endometrio. Una singola dose di ulipristal non micronizzato (10, 50 e 100 mg) determina costantemente una riduzione dello spessore endometriale e altera profondamente la differenziazione tissutale. Questi effetti sono assai simili a quelli osservati dopo somministrazione di 200 mg di mifepristone (RU486), la dose usata per l'aborto, ma l'UPA è efficace a dosi ancora più basse: 10 mg sono già sufficienti. L'effetto sulla maturazione dell'endometrio è diretto ed è legato all'inibizione dei recettori tissutali per il progesterone, esattamente con lo stesso meccanismo con cui agisce la RU486. Il progesterone è presente ma non può agire e l'endometrio non si trasforma in un ambiente ospitale per l'embrione. Anche quando il farmaco è somministrato prima del periodo fertile e l'ovulazione viene ritardata, le alterazioni endometriali si presentano sempre e comunque nella fase luteale che segue l'ovulazione. Un embrione che fosse successivamente concepito non potrebbe annidarsi.

Questa inibizione si osserva anche quando alla donna vengono somministrati dosaggi di ulipristal significativamente inferiori a quelli contenuti nella pillola ellaOne: infatti, anche dosi cinque volte inferiori sono già efficaci. Gli studi di Stratton, quindi, supportano fortemente e significativamente l'evidenza che ellaOne agisca prevalentemente con un meccanismo post-concezionale. La dimostrazione definitiva di questo meccanismo d'azione anti-impianto proviene dallo studio di Lira-Albarrán e colleghi che abbiamo già citato (Lira-Albarrán et al., 2017).

Lo studio ha seguito 14 donne fertili e sane nel corso di due cicli mestruali consecutivi, nei quali ogni singola donna è servita come "controllo" di se stessa. Sia nel ciclo di controllo sia nel ciclo trattato con ellaOne, l'ovulazione si è verificata regolarmente, senza differenze tra i due cicli: in nessun caso l'ovulazione è stata inibita o ritardata.

Nel giorno LH+7 (7 giorni dopo la fase di aumento dell'LH), sia nel ciclo di controllo sia in quello trattato, è stata eseguita in ciascuna donna una biopsia endometriale. È stata valutata l'espressione di 1.183 geni. Benché i livelli plasmatici di progesterone fossero normali, ellaOne ha esercitato un effetto diretto anti-progestinico sull'endometrio. Lo studio mostra che i geni attivati nell'endometrio per renderlo ospitale ai fini di una possibile gravidanza (ciclo di controllo) risultavano depressi dopo esposizione a UPA, mentre venivano viceversa attivati quei geni che per rendere ospitale l'endometrio devono essere inattivati. L'espressione genica normalmente osservata nell'endometrio recettivo pro-gestazionale viene quindi stravolta dopo l'assunzione di ellaOne e risulta essere diametralmente opposta. A ulteriore conferma dell'effetto anti-impianto, gli autori documentano che tra i geni la cui espressione è sovvertita da ellaOne è inclusa gran parte (due terzi) di quelli unanimemente considerati essenziali per la recettività endometriale.

In sintesi, lo studio di Lira-Albarrán e colleghi già citato e una sua ulteriore ricerca (Lira-Albarrán et al., 2018) mostrano che le donne che assumono ellaOne dopo un rapporto non protetto nei giorni fertili, e in particolare nei giorni più fertili, ovulano normalmente ma sviluppano un endometrio del tutto inospitale per l'embrione. L'endometrio viene irreparabilmente compromesso togliendo a un embrione eventualmente concepito la possibilità di impiantarsi e sopravvivere.

Per confermare ulteriormente l'effetto inibitorio sulla recettività endometriale di ellaOne, in qualunque momento del ciclo venga somministrato e, in particolare, anche dopo l'ovulazione, Jimenez Guerrero et al. (2021) hanno somministrato una singola dose a un gruppo di 4 donne nella fase luteale precoce del ciclo. Cinque giorni dopo, nella finestra di impianto, ognuna di esse è stata sottoposta a biopsia endometriale. Analogo prelievo, sempre nella finestra d'impianto, era stato ottenuto dalle stesse pazienti nel ciclo precedente, non trattato (di controllo), e nel secondo ciclo successivo alla somministrazione di ellaOne.

Sul tessuto endometriale, prelevato da ogni singola donna al giorno LH+7 di ciascuno dei tre cicli studiati, cioè in quella che, come abbiamo visto, è la finestra di impianto, gli autori hanno valutato l'espressione di 192 geni selezionati associati alla recettività endometriale. L'analisi dei risultati ottenuti evidenzia che la somministrazione di ellaOne dopo l'ovulazione deprime l'espressione dei geni associati alla recettività dell'endometrio, cioè di quei geni che sono particolarmente coinvolti nel determinare la preparazione dell'endometrio all'annidamento e che lo rendono in grado di "dialogare" con l'embrione nei delicatissimi meccanismi dell'impianto in utero.

Questo effetto anti-annidamento non si limiterebbe al ciclo in cui ellaOne viene assunto, ma sembrerebbe protrarsi per oltre due mesi. Il dato è del tutto coerente con l'effetto abortivo di ellaOne recentemente provato. I risultati di Jimenez Guerrero concordano con quanto già riportato da Stratton nel 2010 (Stratton et al., 2010) e confermano che gli effetti anti-impianto di ellaOne si verificano anche quando il farmaco viene assunto dopo l'ovulazione.

Altri autori presentano un'interpretazione diversa dei dati pubblicati sugli effetti endometriali dell'UPA. In particolare, Gemzell-Danielsson del Karolinska Institutet di Stoccolma in un articolo del 2013 (Gemzell-Danielsson et al., 2013) discute gli effetti dell'ulipristal sull'endometrio riportati da Stratton (Stratton et al., 2010). L'autrice riporta correttamente, come abbiamo fatto anche in questo testo, che l'UPA non micronizzato, alle dosi di 50 e 100 mg, determina una riduzione dello spessore endometriale e un aumento del ritardo di maturazione. Allo stesso tempo, però, Gemzell-Danielsson aggiunge che il dosaggio usato per la contraccezione d'emergenza (30 mg), essendo inferiore a quello dello studio clinico, non sarebbe in grado di modificare l'endometrio. Gemzell-Danielsson sembra però dimenticare che ellaOne, 30 mg di UPA micronizzato, è esattamente equivalente ai 50 mg di UPA non micronizzato somministrati nello studio di Stratton e che quindi il dosaggio è proprio quello capace di alterare l'endometrio. Ma ciò che colpisce di più, in questa singolare sequenza, è che nello stesso articolo, poche pagine più avanti, la stessa Gemzell-Danielsson mostra di sapere bene che 30 mg di UPA micronizzato corrispondono a 50 mg di UPA non micronizzato.

Nonostante tale consapevolezza, un anno dopo, in una successiva Review (Gemzell-Danielsson et al., 2014) nella quale cita nuovamente i dati di Pamela Stratton, Gemzell-Danielsson riporta la medesima informazione non corretta.

La medesima autrice, in un articolo successivo pubblicato nel 2015 (Berger et al., 2015), tenta di dimostrare che ellaOne non interferisce con il processo di adesione dell'embrione umano al tessuto endometriale umano. Lo fa sviluppando un modello tridimensionale di endometrio in

vitro. L'esperimento, tuttavia, non supporta le sue conclusioni per tre ragioni principali.

In primo luogo il tessuto utilizzato per costruire il modello 3D è un tessuto endometriale luteale già preparato per l'annidamento: è ottenuto nella fase luteale da volontarie sane con cicli mestruali normali, non trattati ormonalmente e con fertilità documentata, cioè è un endometrio luteale normale, non precedentemente esposto a ellaOne in vivo. Inoltre, nell'esperimento, i campioni endometriali sono stati esposti a una dose di UPA (200 ng/ml) paragonabile alla concentrazione osservata nel siero della donna un'ora dopo l'assunzione di ellaOne, ma molto inferiore a quella presente nei tessuti, nei quali elettivamente UPA si concentra. Infine in un modello in vitro si può immaginare di simulare e valutare solo il primissimo momento iniziale dell'adesione (i risultati si valutano scuotendo il campione e guardando quanti embrioni rimangono attaccati…), mentre il processo di impianto - il progressivo annidamento che dura giorni e necessita di una profonda e continua interazione fra madre e figlio, che comprende adattamenti del sistema immunitario e dell'apparato vascolare - non può in alcun modo essere testato. Ciononostante, in ogni punto del riassunto e nelle conclusioni, gli autori affermano che ellaOne non interferisce con l'annidamento. È quantomeno una consapevole "forzatura".

L'evidenza scientifica dell'effetto anti-nidatorio appare dunque solida. Ma anche un semplice ragionamento (Mozzanega et al., 2014; Mozzanega e Nardelli, 2019) potrebbe bastare a comprendere che l'effetto prevalente di ellaOne è post-concezionale. La pillola ellaOne viene presentata come "la pillola dei cinque giorni dopo", essendo dimostrato che è totalmente efficace per "evitare la gravidanza" anche se assunta cinque giorni (120 ore) dopo il rapporto sessuale avvenuto nel periodo fertile, e cioè quando viene assunta anche dopo che l'ovulazione è avvenuta.

È noto che il giorno pre-ovulatorio è il giorno più fertile del ciclo ed è anche il giorno in cui si verifica il maggior numero di rapporti sessuali.

Immaginiamo un rapporto sessuale avvenuto nel giorno pre-ovulatorio (è la situazione più frequente, e sappiamo che in quel giorno ellaOne è inefficace rispetto all'ovulazione), con l'ovulazione che segue nelle successive 24 ore e il concepimento entro le successive ulteriori 24 ore (e quindi 48 ore dopo quel rapporto sessuale). La ellaOne può essere assunta con una efficacia immutata ed elevatissima fino a cinque giorni da quel rapporto: cioè, fino a quattro giorni dopo l'ovulazione e fino a tre giorni dopo il concepimento.

Come potrà, in questo scenario, invocarsi un'azione anti-ovulatoria e anti-concezionale per ellaOne? Sarebbe non solo contrario alla evidenza scientifica, ampiamente illustrata, ma anche al semplice ragionamento logico.

In tale fase del ciclo il farmaco avrà soltanto un'azione anti-impianto: ciò significa che la sua efficacia come "anticoncezionale" dipenderà solo dalla sua capacità di impedire a un eventuale embrione già concepito di impiantarsi nell'utero materno. Eppure questo fatto non viene mai menzionato nelle informazioni ufficiali fornite alle persone, che sono - di conseguenza - intenzionalmente fuorvianti.

A questo punto dovrebbe essere chiaro che il Meccanismo di Azione (MOA) prevalente di ellaOne è legato soprattutto al suo effetto anti-progestinico sull'endometrio e non a un suo effetto di inibizione del processo ovulatorio. La donna può ovulare e concepire, ma l'embrione non potrà impiantarsi e sopravvivere perché l'UPA ha reso l'endometrio inospitale.

4.5.3. I documenti ufficiali dell'EMA, l'Agenzia europea per i medicinali

Tutte queste informazioni, come abbiamo visto, erano in realtà già disponibili ed evidenti quando ellaOne è stato immesso in commercio nel 2009: gli studi che descrivono gli effetti dell'ulipristal nelle donne sono gli stessi di allora. Eppure i documenti ufficiali sulla base dei quali ellaOne viene commercializzato come "contraccettivo di emergenza" continuano a non considerare le evidenze sperimentali che pure citano.

Infatti, nel CHMP Assessment Report per ellaOne (EMEA-261787-2009)[5] che ha portato alla "Marketing Authorisation" di ellaOne, l'EMA riconosceva esplicitamente molti punti importanti:

- «L'ulipristal acetato impedisce al progesterone di legarsi ai propri recettori; di conseguenza, la trascrizione genica normalmente attivata dal progesterone viene inibita e le proteine necessarie per avviare e mantenere la gravidanza non vengono sintetizzate»: riportato al punto 2.3 di pagina 8 sotto il titolo "Non-clinical aspects - Pharmacology". Significa chiaramente che ellaOne può impedire l'impianto e perfino interrompere una gravidanza già iniziata.

- «L'efficacia dell'UPA nell'interrompere la gravidanza è stata valutata. Ulipristal e mifepristone (RU486) risultano equipotenti nei primati» (p. 10).

- «Quando viene somministrata agli animali per via intramuscolare una dose di 0,5 mg/kg di ulipristal acetato, 4 feti su 5 vengono abortiti» (nei macachi, p. 10). Ciò significa che 50 mg di UPA non micronizzato (0,5 mg/kg = 50 mg/100 kg), cioè la dose equivalente a ellaOne, sono in grado di interrompere la gravidanza in un primate di 100 kg.

- «La soglia necessaria per alterare la morfologia endometriale sembra essere inferiore rispetto a quella richiesta per inibire l'ovulazione» (p. 22). Questo è il risultato dello studio di Stratton HRA2914-505 (Stratton et al., 2010).

- «Nella fase luteale precoce, è stato osservato un ritardo significativo della maturazione endometriale nelle donne trattate con UPA non micronizzato a 50 mg (ellaOne) e 100 mg, rispetto alle donne trattate con 10 mg o con placebo» (sempre a p. 22). Sono i risultati dello studio HRA2914-506, anch'esso di Stratton e colleghi (2010). Ciò significa che il ritardo della maturazione endometriale causato da 50 mg (ellaOne) e 100 mg di UPA era noto ed era statisticamente significativo rispetto a quanto osservato con 10 mg e con il placebo.

- Quando si usa l'UPA per la contraccezione d'emergenza, «le modificazioni dell'endometrio possono contribuire all'efficacia del prodotto» (p. 23). Ciò significa riconoscere un meccanismo post-concezionale che però non viene mai menzionato nel foglietto illustrativo di ellaOne.

- La possibilità che l'UPA sia usato "off-label" per interrompere la gravidanza è concreta ed è presentata come un "safety concern" nella tabella "Summary of the risk management plan for ellaOne", cioè nella sintesi del piano di gestione del rischio per ellaOne (p. 41 - secondo riquadro a sinistra), ma la scelta strategica per minimizzare il rischio è stata quella di non parlarne («CHMP ha concordato di omettere qualsiasi frase nel riassunto delle caratteristiche del prodotto [SmPC] e nel foglietto illustrativo [PL] che suggerisca che il prodotto possa essere utilizzato come abortivo», v. p. 44).

- Infine, EMA e HRA Pharma concordano sul fatto che tutti gli approcci per impedire che ellaOne venga usato per interrompere la gravidanza hanno limiti inevitabili, e che l'unico modo potrebbe essere un registro delle prescrizioni (pp. 45 e 46), quelle prescrizioni che l'EMA ha eliminato nel 2015.

5 Il documento può essere scaricato all'indirizzo web https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/ellaone-epar-public-assessment-report_en.pdf (accessed 07 October 2026).

Nonostante tutte le informazioni di cui sopra, e consapevole del fatto che le donne ovulano normalmente anche se assumono ellaOne regolarmente per 8 settimane, il 30 settembre 2014 (EMA/631408/2014)[6] il CHMP dell'EMA ha ripetuto, come ha sempre fatto dal 2009, che «la contraccezione di emergenza funziona impedendo o ritardando l'ovulazione».

Nel successivo Assessment Report EMA/73099/2015[7], quello che ha deciso la libera vendita di ellaOne in farmacia, a pagina 35 si legge che «durante il processo di valutazione del dossier di registrazione di ellaOne, al titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (MAH, HRA Pharma) è stato richiesto di studiare qualsiasi potenziale uso off-label di ellaOne, in particolare durante la gravidanza, eventualmente come abortivo. Non è stato condotto alcuno studio clinico con l'acetato di ulipristal come abortivo e, pertanto, non è noto se possa essere utilizzato per l'aborto».

In totale assenza di prove scientifiche, l'EMA si è ritenuta soddisfatta di un'intervista a 75 medici di Polonia e Svezia (HRA2914-544a), che hanno risposto di non aver mai prescritto ellaOne per l'aborto (il 20% di loro, tuttavia, prescriveva il farmaco oltre 5 giorni dopo il rapporto non protetto e il 2,7% in più di una dose). Settantacinque medici ritenuti evidentemente "rappresentativi" di tutti i medici europei. Lo studio è riportato a pagina 31 dello stesso Assessment Report ed è stato considerato «una dimostrazione affidabile che la prescrizione off-label di ellaOne a scopo abortivo non avviene».

Infine, nello stesso Assessment Report del 2015, nella tabella di pagina 64, l'"Effect on continuation of pregnancy / Off-label use as an abortifacient" è ancora presentato come un health concern, a indicare che ellaOne può minacciare la gravidanza. Nonostante ciò, il CHMP dell'EMA ha raccomandato di rimuovere la controindicazione "gravidanza" dalle informazioni del farmaco.

Di semestre in semestre l'EMA aggiorna l'European Public Assessment Report (EPAR) su ellaOne[8]: sono passati otto anni dalla pubblicazione degli articoli di Lira-Albarrán che abbiamo commentato in precedenza, cinque anni dalla pubblicazione dell'articolo di Jimenez Guerrero, ma, nonostante queste evidenze e tutte le informazioni già disponibili, il Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) ripete sempre, a pagina 8, che «quando utilizzato come contraccettivo d'emergenza, il meccanismo d'azione è l'inibizione o il ritardo dell'ovulazione» e riporta che «ellaOne funziona ritardando l'ovulazione» nel foglio illustrativo con le informazioni per l'utilizzatore a pagina 39.

Questa informazione è esattamente l'opposto di quanto emerge chiaramente dai dati sperimentali, e le singole Agenzie nazionali dei medicinali sono state probabilmente disattente e distratte quando hanno passivamente accettato che un farmaco anti-impianto e potenzialmente abortivo come ellaOne venisse commercializzato nei loro Paesi. Nel presentare l'UPA come un farmaco anti-ovulatorio, l'EMA era ben consapevole del suo prevalente effetto anti-impianto e, inoltre, della sua capacità di interrompere la gravidanza con efficacia pari a quella del mifepristone (RU486), ma ha scelto di tacere su questi dati e ha mantenuto informazioni intenzionalmente fuorvianti.

Ogni ulteriore commento sembra superfluo, tanto più oggi, dopo che un gruppo di ricercatori

6 Il documento in lingua italiana è disponibile all'indirizzo web https://www.ema.europa.eu/it/documents/referral/levonorgestrel-and-ulipristal-remain-suitable-emergency-contraceptives-all-women-regardless-bodyweight_it.pdf.

7 https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/ellaone-h-c-1027-ii-0021-epar-assessment-report-variation_en.pdf.

8 L'aggiornamento dell'Assessment Report è disponibile all'indirizzo web https://www.ema.europa.eu/it/medicines/human/EPAR/ellaone (accessed 07 October 2026).

indipendenti, con uno studio pubblicato su un autorevole giornale scientifico (Winikoff et al., 2025), ha mostrato sperimentalmente l'assoluta e indiscutibile efficacia di sole due compresse di ellaOne nell'indurre l'aborto fino alla nona settimana di gravidanza.

4.5.4. Epatotossicità

A causa del verificarsi di gravi lesioni epatiche in pazienti trattate con Esmya, un altro farmaco a base di UPA, il principio attivo di ellaOne, nel dicembre 2017 l'EMA (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) ha avviato una rivalutazione del medicinale (EMA/791062/2017). La revisione dei profili di sicurezza di Esmya ha mostrato che la molecola è capace di provocare danni epatici gravissimi e perfino letali (Mozzanega, 2021). Per prevenirli, EMA e AIFA ne hanno limitato l'uso soltanto a pazienti che non abbiano alternative terapeutiche e prevedono controlli stretti della funzione epatica prima, durante e dopo l'assunzione del farmaco.

Soltanto grazie a una stretta sorveglianza post-marketing è stato possibile correlare la somministrazione di Esmya agli effetti collaterali. Il tempo intercorso fra l'inizio dell'assunzione di Esmya e la comparsa di insufficienza epatica variava da pochi giorni a sei mesi.

Tutta questa cautela appare doverosa in relazione ai rischi epatici legati all'assunzione di UPA. È noto almeno dal 2009 che ulipristal acetato, il principio attivo, si accumula progressivamente nei tessuti, in particolare nel fegato con effetti potenzialmente tossici - come EMA riporta alla pagina 13 dell'Assessment Report (EMEA-261787-2009) con cui introduce il farmaco in commercio.

Al contrario, il farmaco ellaOne, che contiene lo stesso principio attivo, viene distribuito liberamente, senza alcuna limitazione e prudenza, senza informazione sui rischi e senza alcun controllo medico. Di più, in tutti i documenti dell'EMA sopra richiamati (dal 2017 al 2021) che ribadiscono i pericoli legati all'assunzione di Esmya (ulipristal) si insiste nel ripetere che l'assunzione di ellaOne è sicura («Nessun problema di danno epatico è insorto con i contraccettivi di emergenza monodose e questa raccomandazione non li riguarda»), ben sapendo che non vi sono limiti al suo utilizzo anche ripetuto nello stesso ciclo mestruale e, quindi, ai quantitativi che possono essere ingeriti. Anzi, l'EMA rassicura che anche un'assunzione ripetuta e ravvicinata è sicura quanto l'assunzione di una singola compressa.

Invece ellaOne era stato autorizzato nel 2012 per un uso occasionale ed era soggetto a prescrizione medica, proprio a causa del rischio di accumulo epatico: era sconsigliato ripeterne l'assunzione. Nel 2015, su richiesta di HRA Pharma, la necessità di prescrizione medica è stata rimossa, così come l'avvertenza contro l'assunzione ripetuta.

Per ellaOne, quindi, non è prevista alcuna raccomandazione o richiesta di controlli, con rischi potenziali gravissimi per la popolazione femminile che ricorre al suo uso in misura sempre maggiore, indiscriminata e ripetuta senza essere in alcun modo informata neppure dei rischi per la propria salute. È riportato che ellaOne possa essere assunto ripetutamente da milioni di donne ogni volta che si ripete un rapporto non protetto, in qualsiasi momento del ciclo (Halpern et al., 2014), come suggerito dal foglietto illustrativo, e i dosaggi assunti si accumulano progressivamente. La percentuale di uso ripetuto appare estremamente elevata: 44,2% nel recente studio di Jambrina et al. (2021), e l'EMA rassicura sulla mancanza di rischi anche nel caso di un'assunzione ripetuta e ravvicinata.

Infine, mentre le donne trattate con Esmya erano strettamente monitorate e una valutazione post-marketing che collegasse eventuali effetti collaterali al farmaco era possibile (come infatti è avvenuto), le donne, spesso minorenni, che assumono ellaOne, disponibile in farmacia

senza alcuna prescrizione medica, restano sconosciute: la sorveglianza post-marketing non è possibile e qualsiasi evento avverso potrebbe essere attribuito con estrema difficoltà a un'auto-somministrazione che non può essere documentata.

4.6. Conclusioni

L'ulipristal acetato (UPA, ellaOne) è un farmaco francamente abortivo (ne bastano due compresse, 60 mg, una dose estremamente inferiore ai 200 mg che servono per abortire con RU486), che viene proposto e venduto da 14 anni in monodose come contraccettivo d'emergenza capace di prevenire o ritardare l'ovulazione.

Assunto nei giorni più fertili del ciclo, ellaOne non previene né ritarda il rilascio dell'ovocita. Il suo effetto prevalente è sull'endometrio: l'effetto di inibizione della maturazione endometriale è riportato nella letteratura medica da anni, già prima della sua commercializzazione, e il suo effetto anti-impianto è documentato in termini indiscutibili da studi empirici. Il farmaco consente sia l'ovulazione sia il concepimento, ma inibisce il processo di impianto dell'embrione.

La sua capacità di interrompere una gravidanza fino alla nona settimana è ora dimostrata sperimentalmente e clinicamente, in modo inequivocabile. Tuttavia a donne, medici, operatori sanitari e autorità vengono intenzionalmente fornite informazioni non veritiere sia sul suo meccanismo d'azione nella contraccezione di emergenza, sia sui suoi effetti abortivi.

La donna e i medici non sono correttamente informati, sia rispetto al meccanismo d'azione, sia rispetto ai rischi per la salute legati a un'assunzione ripetuta del farmaco.

5

ABORTION PILL REVERSAL (APR) - INVERSIONE DELL'ABORTO CON MIFEPRISTONE (RU486)

5.1. Uso del progesterone bioidentico in gravidanza

Il progesterone bioidentico (o naturale) viene utilizzato fin dagli anni '50 (Di Renzo et al., 2020) per favorire gravidanze sane, e ha ricevuto l'approvazione della FDA nel 1998[1]. Oggi il trattamento con progesterone è comunemente usato per ridurre il rischio di parto prematuro (Rode et al., 2009) e aborto ricorrente (Jaffe, 2022). L'integrazione di progesterone è inoltre una misura prevista nella gestione delle gravidanze da Fivet, dopo il trasferimento dell'embrione, e ha un ampio livello di sicurezza (ASRM, 2008 e 2023).

Due studi hanno stabilito che il progesterone è un potenziale trattamento per le donne il cui precedente aborto spontaneo o sanguinamento è dovuto a un basso livello di progesterone.

Il primo, noto come studio "Promise" (Coomarasamy et al., 2016), ha esaminato più di 800 donne in 45 ospedali di Regno Unito e Paesi Bassi, scoprendo che il trattamento con progesterone porta a un aumento del 3% del tasso di nascite vive tra le donne trattate, rispetto alle donne non trattate.

Il secondo, noto come studio "Prism" (Coomarasamy et al., 2020), ha seguito oltre 4.000 donne rilevando risultati simili. Entrambi gli studi riportano che il miglioramento era più elevato tra le donne con più aborti spontanei. Lo studio "Prism" ha persino individuato un beneficio del 15% tra le donne con tre o più aborti spontanei e sanguinamento durante una gravidanza in atto.

Più di recente una metanalisi di Zhao et al. (2024), condotta su donne con minaccia di aborto spontaneo o aborti spontanei ricorrenti, conclude: «Nelle donne a maggior rischio di perdita di gravidanza i progestinici aumentano probabilmente il numero di nascite vive senza aumentare gli eventi avversi materni e neonatali».

Se l'uso del progesterone è considerato sicuro nelle donne che sanguinano in gravidanza o nella prevenzione dell'aborto spontaneo, non si capisce perché dovrebbe diventare improvvisamente "non sicuro", "potenzialmente pericoloso" o "non scientificamente provato" - come sostengono noti ricercatori e organizzazioni pro aborto - nel momento in cui esso viene impiegato nella procedura conosciuta come Abortion Pill Reversal (APR), per tentare di evitare l'aborto una volta che sia cominciata la procedura farmacologica a base di RU486.

5.2. Ricerca su animali

Nel 1989 è stato condotto un importante studio (Yamabe et al., 1989) su ratti gravidi con l'obiettivo di osservare l'effetto della RU486 e del progesterone sulla funzione luteale in gravidanza. I ricercatori hanno suddiviso i ratti in tre gruppi: al primo non è stato somministrato alcun farmaco, il secondo ha ricevuto mifepristone e il terzo ha ricevuto mifepristone e poi progesterone bioidentico. I risultati mostrano che tutti i ratti del gruppo senza farmaci hanno partorito prole viva, nel gruppo che ha ricevuto solo il mifepristone appena il 33,3% ha partorito prole viva, mentre nei ratti trattati con mifepristone e poi progesterone la percentuale della prole viva è stata del 100%.

5.3. La procedura di inversione dell'aborto chimico Abortion Pill Reversal (APR)

Le proprietà del progesterone per sostenere la gravidanza anche in condizioni difficili sono alla base della procedura di inversione dell'aborto chimico conosciuta come Abortion Pill Reversal (APR: AAPLOG, 2025).

1 "Drug Approval Package", Prometrium (Progesterone) Capsules, Application No. 020843, U.S. Food & Drug Administration (approved Dec. 26, 1998). https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/98/020843_s000_PrometriumTOC.html.

Heartbeat International è l'organizzazione che gestisce l'*Abortion Pill Rescue Network* (APRN), la rete che promuove il protocollo APR. Secondo il report annuale del 2025, pubblicato da *Heartbeat International* a inizio 2026[2], l'APRN è al momento composta da 1.500 operatori sanitari che operano negli USA e, a livello internazionale, in ospedali, cliniche e ambulatori privati. L'organizzazione fornisce un servizio di consulenza telefonica 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Nel 2025 l'APRN ha avviato 2.408 procedure di inversione della RU486, con una media di circa 200 tentativi al mese, che corrisponde a un aumento del 25% negli ultimi cinque anni. I bambini salvati sono attualmente 8.000. Nel Regno Unito, sono più di 62 i bimbi salvati dal dottor Dermot Kearney con l'APR fino a luglio 2024[3]. Dopo l'approvazione del Senato, il 5 marzo 2026 la Commissione per la sanità e le risorse umane della Camera della West Virginia ha approvato il disegno di legge SB 805 che consente ai centri di aiuto alla gravidanza, che ricevono fondi statali, di utilizzare tali fondi nell'ambito della procedura di APR.

5.4. Studi sull'APR

Delgado e colleghi hanno pubblicato nel 2018 uno studio peer-reviewed (Delgado et al., 2018) che ha seguito 754 donne che avevano deciso liberamente di invertire l'aborto chimico a cui si erano appena sottoposte. Lo studio ha dimostrato che, se somministrato entro 72 ore dall'assunzione di mifepristone, il protocollo APR ha un tasso di successo del 64-68%. I ricercatori hanno inoltre rilevato che il rischio di un aumento di anomalie congenite o parti pretermine era pari a zero. In effetti, come riportato nel Practice Bulletin 225 dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2020), «a oggi non esistono evidenze di un effetto teratogeno del mifepristone».

In precedenza Delgado e Davenport (2012) avevano pubblicato un articolo che riportava i progressi di sette donne con il protocollo APR, dal quale emergeva un tasso di successo del 66% se il protocollo veniva applicato entro 72 ore dall'assunzione del mifepristone.

I risultati sono coerenti con uno studio successivo (Garratt e Turner, 2017) che ha seguito tre donne, due delle quali hanno ottenuto risultati positivi. Lo studio conclude: «L'uso del progesterone nelle prime fasi della gravidanza presenta un basso rischio e la sua applicazione per contrastare gli effetti del mifepristone può essere clinicamente utile in questi casi per preservare una gravidanza a rischio».

Più di recente, una scoping review di DeBeasi (2023) ha rilevato che somministrare progesterone intramuscolare od orale ad alto dosaggio nelle donne che assumono il mifepristone per abortire e subito dopo se ne pentono è «sicuro ed efficace» e non comporta alcun aumento apparente del rischio di anomalie congenite.

Uno studio pilota di Turner et al. (2024), condotto su sei donne australiane che avevano assunto la RU486 e si sono poi sottoposte al protocollo di inversione, tramite telemedicina, con progesterone per via orale, ha confermato i tassi di successo: al follow-up ecografico cinque partecipanti avevano gravidanze in corso, mentre una ha avuto un aborto spontaneo nove giorni dopo l'inizio del trattamento. Lo studio riferisce che non si sono verificati eventi avversi clinicamente significativi.

2 Il report può essere scaricato all'indirizzo web https://www.heartbeatinternational.org/images/ImpactReports/APRN%20Impact%20Report%20-%202025.pdf.

3 https://www.lifenews.com/2024/09/05/doctor-saves-another-baby-from-abortion-through-abortion-pill-reversal/.

5.5. Il Practice Bulletin 225 dell'ACOG

Ulteriori evidenze a sostegno dell'efficacia dell'APR si trovano nel Practice Bulletin 225 dell'ACOG che riporta le linee guida sull'aborto farmacologico (ACOG, 2020).

Sebbene nel bollettino si sostenga che «non vi sono evidenze del fatto che il trattamento con progesterone dopo l'assunzione del mifepristone aumenti la probabilità che la gravidanza prosegua», si raccomanda agli operatori sanitari di evitare di somministrare il contraccettivo progestinico medrossiprogesterone acetato depot (DMPA) lo stesso giorno della somministrazione del mifepristone, perché riduce l'efficacia dell'aborto chimico e aumenta di quattro volte (0,9% contro 3,6%) la probabilità di sopravvivenza embrionale e fetale (Raymond et al., 2016) anche dopo che la donna ha assunto il secondo farmaco, il misoprostolo. «Le pazienti che scelgono il medrossiprogesterone acetato (DMPA) come contraccettivo devono essere informate che la somministrazione di DMPA il primo giorno del regime di aborto farmacologico può aumentare il rischio di gravidanza in corso», si legge nel bollettino ACOG.

Più di recente, un altro studio (Carroll et al., 2023) è giunto alle medesime conclusioni: «La somministrazione concomitante di DMPA con mifepristone può ridurre l'efficacia dell'aborto farmacologico».

Sebbene il progestinico presente nel DMPA sia decisamente meno efficace del progesterone naturale e sia somministrato a un dosaggio molto più basso rispetto al progesterone bioidentico fornito nell'APR, ha comunque un impatto significativo sulla sopravvivenza fetale.

È interessante rilevare che nel board della rivista *Contraception* che ha pubblicato questo studio sieda un medico dichiaratamente abortista come Mitchell Creinin, che si è speso fortemente contro il protocollo APR.

5.6. Lo studio di Creinin contro l'APR

Dopo che nel 2018 il dottor Delgado ebbe pubblicato il suo studio sull'efficacia dell'APR, Creinin annunciò che avrebbe condotto uno studio adeguato per confutare tale evidenza.

Nel dicembre 2018 diede il via a quella che avrebbe dovuto essere una sperimentazione su almeno 40 donne, metà delle quali avrebbero ricevuto mifepristone e progesterone bioidentico e l'altra mifepristone e un placebo. Ma, con un annuncio drammatico, Creinin interruppe la sperimentazione in anticipo, dopo aver trattato solo dodici pazienti, perché tre di esse avevano avuto emorragie talmente gravi da dover essere trasportate in ospedale. Creinin disse che «non si aspettava che le donne sanguinassero così tanto» e che fu costretto a interrompere lo studio perché «non poteva continuare a reclutare donne per sottoporle a questo rischio» ma, pur considerando i risultati "inconcludenti", data appunto la troncatura dello studio, affermò che i risultati preliminari suggerivano che l'inversione dell'aborto chimico poteva avere gravi conseguenze per la salute.

Quando i risultati furono pubblicati (Creinin et al., 2020) emerse però una realtà diversa: da una tabella presente nello studio si poteva effettivamente constatare che il progesterone aveva funzionato nell'invertire l'aborto chimico, a fronte di complicazioni minime.

Dopo che due pazienti avevano abbandonato lo studio in anticipo per ricorrere all'aborto chirurgico, ne erano rimaste solo dieci (cinque sottoposte al progesterone e cinque al placebo). Lo studio venne interrotto dopo che tre donne dovettero essere portate al pronto soccorso a causa di gravi emorragie: due del gruppo del placebo (alle quali cioè non era stato somministrato il progesterone) e una del gruppo del progesterone. Tuttavia, mentre l'emorragia della donna

che aveva ricevuto il progesterone si è arrestata in maniera spontanea entro tre ore senza bisogno di un successivo trattamento o revisione chirurgica, le due pazienti del gruppo placebo dovettero ricorrere a un raschiamento d'urgenza e una di loro anche a una trasfusione. Inoltre, a due settimane, le restanti quattro pazienti del progesterone avevano ancora la gravidanza in corso, rispetto a solo due del gruppo placebo (80% vs 40%).

In conclusione lo studio di Creinin conferma proprio ciò che voleva confutare: l'APR può funzionare e la cautela avrebbe dovuto essere casomai riservata nel caso di mancata somministrazione di progesterone dopo il mifepristone, quest'ultimo responsabile di gravi emorragie. In altre parole ciò che metteva in pericolo la vita delle donne dopo l'assunzione del mifepristone non era l'assunzione del progesterone, ma semmai la sua *mancata* assunzione.

Il Practice Bulletin 225 dell'ACOG, già citato, sostiene che «le evidenze disponibili limitate suggeriscono che l'uso del solo mifepristone senza successiva somministrazione di misoprostolo può essere associato a un aumento del rischio di emorragia». Ma questa conclusione speculativa è confutata dallo studio di Aultman et al. (2021) che ha analizzato 3.197 eventi avversi relativi alle segnalazioni inviate alla FDA, scoprendo che l'emorragia si verifica più spesso nelle donne che assumono mifepristone + misoprostolo (51,44%) rispetto a coloro che assumono solo mifepristone (22,41%).

5.7. Perché le donne chiedono l'APR

Lo studio di Rafferty e Longbons (2023) ha indagato l'influenza che partner, famiglia e persone vicine hanno nei confronti delle donne che ricorrono all'aborto chimico e immediatamente dopo decidono di sottoporsi alla procedura di APR. L'analisi ha preso in esame 36 donne che hanno contattato una linea telefonica nazionale per ottenere informazioni sull'APR e hanno poi completato un protocollo di trattamento di due settimane con progesterone. Ogni donna dello studio ha cercato l'APR entro 72 ore dall'assunzione del mifepristone; 21 di esse hanno contattato un'organizzazione per chiedere l'APR meno di 12 ore dopo averlo assunto.

La maggior parte delle donne ha dichiarato di aver discusso dell'aborto con qualcun altro e che, quindi, tale decisione è stata influenzata significativamente da altre persone.

La decisione per l'APR, invece, è stata presa dopo aver letto messaggi online che le donne hanno cercato autonomamente sul web, subito dopo aver assunto il mifepristone. Poiché il regime di APR deve iniziare entro 72 ore dall'assunzione del mifepristone, questo repentino cambiamento di opinione indica che le donne verosimilmente non erano sicure di voler abortire. Lo studio pertanto evidenzia che esiste un sottogruppo di donne che, dopo aver assunto il mifepristone, provano un forte turbamento interiore e un immediato rimpianto.

Una delle intervistate ha dichiarato: «Il mio ex e sua sorella mi hanno spinta ad abortire e il medico mi ha dato la pillola su due piedi senza darmi il tempo di riflettere. Ho sempre voluto tenere la mia bambina». Un'altra ha detto: «Ho scelto l'APR perché sentivo che non avrei potuto convivere con la decisione che avevo appena preso. Mi sentivo vuota dentro. Sentivo che sarei caduta in depressione a causa di questa scelta». I risultati dello studio mostrano che per le donne la decisione di abortire è stata più difficile rispetto alla decisione di sottoporsi alla procedura di inversione.

Questo studio fa seguito a una precedente ricerca condotta sempre da Rafferty e Longbons (2023) che ha valutato la qualità della comunicazione tra le donne e i fornitori dei servizi di assistenza prenatale e di aborto. Le donne hanno riferito che la comunicazione con i fornitori dei servizi di assistenza prenatale era significativamente migliore rispetto a quella con i fornitori

dei servizi di aborto, evidenziando l'importanza di interazioni di qualità tra paziente e medico per fornire un'assistenza medica efficace alle donne in gravidanza.

5.8. Enti pro aborto che ammettono indirettamente l'efficacia dell'APR

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Al pari dell'ACOG (come notato in precedenza) anche il CDC, che rifiuta di considerare l'APR un'opzione per le donne, esprime preoccupazione per l'utilizzo del progestinico DMPA (noto anche come Depo-Provera) in concomitanza con il mifepristone, perché potrebbe ridurre l'efficacia dell'aborto farmacologico e aumentare il rischio di gravidanza in corso[4].

Organizzazione Mondiale della Sanità

Nelle sue "Linee guida per l'aborto" afferma: «L'inizio immediato della somministrazione per via intramuscolare del medrossiprogesterone acetato (DMPA) è associato a una leggera diminuzione dell'efficacia dei regimi di aborto medico»[5].

Reproductive Health Access Project (organizzazione pro aborto)

«Esistono prove che il Depo-Provera riduce l'efficacia del mifepristone. Le pazienti che scelgono il Depo dopo un aborto farmacologico [...] possono sottoporsi all'iniezione lo stesso giorno se accettano la possibilità di riduzione dell'efficacia»[6].

O&G Magazine (pubblicazione del *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*)

«Nel contesto dell'aborto farmacologico esiste una certa preoccupazione che l'inizio della somministrazione di DMPA al momento della somministrazione del mifepristone possa compromettere l'azione di blocco del progesterone esercitata dal mifepristone, riducendo l'efficacia dell'aborto farmacologico» (Bateson et al., 2018).

In sostanza numerose istituzioni e associazioni, nessuna delle quali promuove la pratica dell'APR e molte delle quali sono attive nella propaganda pro aborto, dicono la stessa cosa di coloro che promuovono l'APR: il progesterone può ridurre l'efficacia del primo farmaco che si usa nell'aborto chimico.

5.9. Un doppio standard sleale

Molte organizzazioni pro-choice non si limitano a riportare la riduzione dell'efficacia dell'aborto chimico da parte del progesterone, ma aggiungono anche che le donne devono essere informate di questo fatto.

Il già citato Carroll (Carroll et al., 2023) precisa: «Le pazienti che intendono ricorrere all'aborto farmacologico devono essere informate di questi risultati, affinché possano orientarsi nella scelta dei contraccettivi post-aborto».

O&G Magazine concorda: «Le donne che ricorrono all'aborto farmacologico devono... essere informate che potrebbe esserci un rischio leggermente più elevato di continuazione della gravidanza se il DMPA viene somministrato in concomitanza al mifepristone». Lo stesso fa l'ACOG, come visto in precedenza.

4 Cfr. https://www.cdc.gov/contraception/hcp/usspr/injectables.html dove si cita lo studio di Curtis et al. (2026).

5 https://srhr.org/abortioncare/chapter-3/post-abortion-3-5/post-abortion-contraception-recommendations-41-47-3-5-4/.

6 Reproductive Health Access Project, "Contraceptive Pearls: Post Abortion Contraception", May 18, 2021, https://www.reproductiveaccess.org/resource/contraceptive-pearls-post-abortion-contraception/.

Ma quando le organizzazioni pro life fanno esattamente la stessa cosa, ovvero informano le donne sul fatto che il progesterone può interrompere un aborto chimico in corso, si trovano ad affrontare azioni legali[7] e aggressioni verbali da parte dei sostenitori dell'aborto. Ci troviamo pertanto di fronte a un doppio standard sleale: le stesse identiche informazioni vengono salutate come "scienza" quando vengono riportate da fonti pro aborto, ma vengono condannate come ciarlataneria quando vengono riferite da organizzazioni pro vita.

5.10. L'importanza del consenso informato

L'APR è una terapia in cui il fattore tempo è fondamentale. Le donne che dopo aver assunto il mifepristone cambiano idea e desiderano portare avanti la gravidanza devono assumere con urgenza il progesterone, per sperare che l'APR abbia successo salvando il loro bambino. Molte donne non sanno che esiste la possibilità di invertire gli effetti della RU486 perché nessuno le informa al riguardo al momento di firmare il consenso informato.

I medici dovrebbero pertanto essere tenuti a fornire le informazioni sulla terapia APR perché è un diritto delle donne conoscere tutte le opzioni disponibili prima di assumere la pillola abortiva, così come per qualsiasi trattamento medico, in modo da agire con tempestività se subito dopo dovessero scegliere liberamente di cambiare idea.

7 In California e nello stato di New York il Procuratore di Stato (Attorney General) ha intentato un'azione legale per milioni di dollari contro *Heartbeat International* e *RealOptions*: un dettagliato dossier sulle due cause può essere consultato nel sito web della *Thomas More Society* che cura la difesa legale delle due associazioni: https://www.thomasmoresociety.org/apr.



6 CONSIDERAZIONI GIURIDICHE SULLA DISCIPLINA DELL'ABORTION PILL REVERSAL NELL'AMBITO DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA

6.1. I tempi del consenso e dell'aborto chirurgico e chimico

L'introduzione dell'aborto chimico (RU486) ha reso necessarie riflessioni relative all'interpretazione di quanto disposto dalla legge 194 del 1978 sull'interruzione volontaria della gravidanza e sulla sua applicazione alle nuove metodiche.

La legge è stata scritta quando l'intervento abortivo contemplato e permesso era quello chirurgico (all'epoca, non a caso, si contrapponeva tale tipo di intervento alle sostanze "chimiche" fornite da coloro che si dedicavano all'aborto clandestino). La 194 fa riferimento più volte a un "intervento" che, non a caso, deve essere effettuato di regola presso un ospedale (art. 8 legge 194) o, al limite, e solo per l'aborto nei primi 90 giorni, presso "poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali".

L'aborto chirurgico si caratterizza per la istantaneità e irrevocabilità degli effetti: il bambino viene ucciso ed estratto dal corpo della madre da un unico intervento (non interessa, in questa sede, la tematica degli aborti tardivi, nei quali sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, stabilendo in questo caso la legge l'obbligo per il medico di adottare ogni misura idonea a salvaguardarne la vita).

L'intervento, la cui durata è di pochi minuti, non può quindi essere "interrotto" e l'effetto letale è in ogni caso raggiunto.

Tali caratteristiche dell'intervento fanno sì che:

- il medico che esegue l'intervento non ha altro obbligo che eseguirlo correttamente;

- la richiesta e il consenso della donna sono interamente antecedenti all'esecuzione dell'intervento, mentre non è possibile, in sede chirurgica, un mutamento di volontà da parte della stessa ed è impensabile e impraticabile una richiesta da parte della stessa di interruzione dell'aborto.

In effetti, la legge 194 - ci limitiamo all'analisi della disciplina relativa all'aborto nei primi 90 giorni, atteso che la RU486 può essere utilizzata solo nelle prime 9 settimane di gravidanza - regola la manifestazione della richiesta della donna e della sua decisione di procedere all'interruzione della gravidanza agli artt. 4 e 5 (richiesta, colloquio, rilascio dell'attestato del colloquio, settimana di riflessione), ma prevede anche, all'art. 14, che il medico che esegue l'intervento debba rendere partecipe la donna dei procedimenti abortivi. Questa norma sembra disegnare la necessità di un consenso informato pieno *preventivo* rispetto all'intervento; in questo senso, la legge 194 anticipa i principi relativi al consenso informato fissati nel tempo dalla giurisprudenza e poi cristallizzati nella legge 219 del 2017 che recita: «Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata»; e inoltre: «Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi».

Al contrario, come è noto, nell'aborto mediante RU486 la morte del bambino e la sua espulsione dal corpo della madre avvengono in un lasso temporale di diversi giorni.

L'aborto mediante RU486 viene eseguito mediante somministrazione delle compresse contenenti il mifepristone, ma il protocollo[1] prevede che 24-48 ore dopo la donna assuma

1 "Indicazioni operative per l'offerta della interruzione volontaria della gravidanza (IVG) in Italia – Ottobre 2023", pag. 15.

le prostaglandine, il misoprostolo che favorisce l'espulsione del concepito. Questa dovrebbe avvenire entro alcune ore dall'assunzione del misoprostolo «o nei giorni immediatamente successivi» (così il foglietto illustrativo di Mifegyne). Quindi non vi è certezza del momento dell'espulsione, tanto che è prevista una nuova somministrazione di misoprostolo e, comunque, è prevista una visita di controllo entro 14-21 giorni dall'assunzione del mifepristone «per verificare che la sua gravidanza sia stata completamente espulsa e che lei stia bene» (ibid.). D'altro canto, l'assunzione del mifepristone determina un sanguinamento vaginale che dura in media 12 giorni e che «non significa che l'espulsione è stata completata» (ibid.).

Un punto che non è chiarito è il momento in cui il concepito muore: l'espulsione avviene soltanto dopo la sua morte o si tratta di due eventi "indipendenti" l'uno dall'altro?

Ricordiamo, ancora, che le linee guida del 2020 hanno cancellato l'obbligo per la donna di restare ricoverata in ospedale per un certo numero di giorni.

Infine, si deve ricordare che - come ammette la stessa casa produttrice - la RU486 può fallire del tutto in determinati casi, con la prosecuzione della gravidanza e il mantenimento in vita del bambino.

6.2. Chi esegue l'aborto chimico? E quando?

La descrizione dell'operatività dell'aborto chimico - per quanto sommaria - comporta un primo interrogativo: ai sensi della legge 194 del 1978 in quale momento e da parte di chi viene eseguita l'interruzione di gravidanza?

Abbiamo visto che si tratta di interrogativo privo di senso per l'aborto chirurgico, per il quale è immediata l'individuazione del «medico che esegue - pratica - l'interruzione della gravidanza» (artt. 8 e 14 legge 194).

Nel caso della RU486 l'interruzione della gravidanza quando è "eseguita"? Con la somministrazione del Mifegyne, che deve avvenire in presenza del medico che, nel caso la donna vomiti nei 45 minuti successivi, deve disporre la nuova assunzione del preparato? Con la somministrazione del misoprostolo? Con l'espulsione del concepito? Con la visita di controllo che deve avvenire nei 14-21 giorni successivi?

La tendenza che si riscontra negli ospedali è chiara: i medici che - ovviamente previ i necessari accertamenti - dispongono l'aborto chimico considerano "completata" la loro opera con la somministrazione del Mifegyne, unita alle raccomandazioni alla donna su cosa fare e su quanto avverrà in seguito.

Questa linea interpretativa emerge ancora più prepotente nei casi in cui - come avviene, ad esempio, in Emilia Romagna - è stata avviata la somministrazione della RU486 nei consultori, prevedendosi che la donna rimanga presso il suo domicilio. Si dispone, infatti, che, nel momento della somministrazione della prima pillola, il medico consegni alla donna anche il misoprostolo, i farmaci antidolorifici e i farmaci antiemetici e le spieghi come usarli, programmando, se del caso, una consulenza in telemedicina per la fase successiva all'assunzione del misoprostolo.

In realtà, l'affidamento del secondo preparato (unitamente ai farmaci antidolorifici e antiemetici) alla donna, che li deve "gestire" sulla base delle istruzioni che le vengono date, è previsione assai pericolosa per la salute - se non per l'incolumità - della donna.

Non è un caso che le linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine pubblicate dal Ministero della Salute il 4 agosto 2020, pur cancellando l'obbligo del ricovero della donna, si concludano con una raccomandazione precisa: «Si raccomanda di effettuare il monitoraggio continuo ed approfondito delle procedure

di interruzione volontaria di gravidanza con l'utilizzo di farmaci, avendo riguardo, in particolare, agli effetti collaterali conseguenti all'estensione del periodo in cui è consentito il trattamento in questione».

La determina del direttore della Direzione generale cura della persona, salute e welfare dell'Emilia Romagna n. 21024 del 9/10/2024 così recita: «È fondamentale che tutte le donne che effettuano una IVG farmacologica a domicilio sappiano di dover cercare aiuto sanitario presso la struttura che ha iniziato la procedura o presso il pronto soccorso ostetrico più vicino in caso di: sanguinamento abbondante, febbre/brividi per oltre 24 ore dopo l'ultima dose di misoprostolo, sensazione di malessere generale ingravescente per oltre 24 ore dopo l'assunzione di misoprostolo; dolore intenso e persistente». Nel capitolo dedicato alla farmacovigilanza, il direttore generale sottolinea che la FDA ha segnalato casi di decessi per shock settico in donne che avevano avuto un aborto farmacologico e raccomanda ai medici di prendere in considerazione la possibile presenza di una infezione nelle pazienti che presentano «nausea, vomito o diarrea e prostrazione con o senza dolori addominali e senza febbre o altri segni di infezione più di 24 ore dopo l'assunzione del misoprostolo». Come riconoscere questo pericolo? È necessario un esame emocromocitometrico completo. Si stabilisce che «in caso di temperatura corporea superiore a 38°, di dolore senza perdita di sangue, debolezza, nausea, vomito, diarrea o emorragia nei giorni seguenti all'assunzione delle compresse è necessario recarsi presso il reparto di ginecologia più vicino o al pronto soccorso».

Pare dunque evidente che "l'intervento" abortivo si completa - quindi prosegue - fino al termine del protocollo previsto: quando, cioè, il controllo dopo 14-21 giorni dall'assunzione del preparato verifica se vi è stata un'espulsione completa (se non vi è stata si dispone quanto necessario) ovvero se la gravidanza è proseguita.

Sostenere che la responsabilità del medico rispetto alla paziente - interpretando l'interruzione di gravidanza come trattamento medico - si concluda con l'assunzione delle compresse di Mifegyne davanti a lui e con le istruzioni su quanto la donna deve fare e deve aspettarsi nelle settimane successive pare davvero paradossale, soprattutto alla luce delle raccomandazioni relative alla necessità di seguire il decorso successivo, nonché tenendo conto delle scelte discrezionali concernenti il momento di assunzione del misoprostolo (dopo la assunzione del Mifegyne: come fa la donna a individuare il momento "esatto"?), la necessità di ripetere tale assunzione e - soprattutto - il riconoscimento dei sintomi che impongono il ricovero d'urgenza presso un reparto di ginecologia o un pronto soccorso.

Non è un caso che la determina del dirigente dell'Emilia Romagna di cui abbiamo parlato preveda: a) che il medico che somministra il mifepristone raccolga il consenso informato della donna anche per l'uso del misoprostolo; b) che vi sia «programmazione di consulenza in telemedicina concordata in base alle necessità della donna e non oltre le 24-72 ore dall'assunzione domiciliare del misoprostolo». Si prevede ancora che, dopo l'assunzione del misoprostolo, «se non compare sanguinamento entro 7 giorni: La donna dovrà comunicarlo al servizio che l'ha in carico e che programmerà una rivalutazione urgente presso i propri ambulatori; se compare sanguinamento: dopo 14 giorni, la donna dovrà effettuare test di gravidanza mediante test urinario a bassa sensibilità (cut-off 1000 UI) (che viene consegnato alla donna al momento della somministrazione del mifepristone); sottoporsi a visita di controllo programmata dopo 30-60 giorni preferibilmente presso il consultorio familiare. Alla visita di controllo, chiusura del DSA [day service ambulatoriale, NdR]».

6.3. Consegnare alcune pillole vuol dire eseguire un aborto?

I motivi per cui si spinge per questa linea interpretativa - che cioè l'esecuzione dell'intervento di interruzione della gravidanza avviene con la somministrazione del mifepristone alla donna e che, quindi, quanto succede nel prosieguo è un *post factum*, di cui si possono occupare i pronto soccorso o i reparti di ginecologia non direttamente coinvolti nella prima assunzione - sono diversi.

Se ne accennano due, senza approfondire la questione, che non interessa in questa sede.

Il primo è il tentativo di obbligare i medici obiettori di coscienza e altri sanitari a prendere parte alle procedure di aborto chimico che seguono alla somministrazione del mifepristone. L'accesso della donna in ospedale in conseguenza dell'assunzione del misoprostolo o in conseguenza di complicazioni o malesseri è, sostanzialmente, prevedibile e il relativo trattamento è più "semplice" per gli ospedali se i medici obiettori di coscienza sono inseriti nei turni generali e vengono ritenuti obbligati a prestare la loro opera.

Ovviamente, vi saranno casi in cui l'accesso della donna avviene per un'emergenza che la mette in pericolo di vita (è bene sottolinearlo ancora: l'aborto chimico può mettere in pericolo la vita della donna) e, in questo caso, l'obiettore di coscienza dovrà intervenire, come prescritto dall'art. 9 della legge 194; ma vi saranno accessi in cui non vi è un «imminente pericolo di vita della donna» che ha assunto i due preparati, o anche solo il primo, e quindi il sanitario obiettore di coscienza si troverà a dover contribuire al successo dell'intervento abortivo.

Il secondo motivo - che si evince soprattutto dalle decisioni delle Regioni, come l'Emilia Romagna, che hanno previsto che il mifepristone venga dispensato nei consultori familiari, sia pure con determinate caratteristiche che li rendono poliambulatori attrezzati, e che il misoprostolo venga assunto in autonomia dalla donna nella propria abitazione - è il tentativo di "assimilare" la RU486 a un contraccettivo.

In effetti, dopo che - contro ogni evidenza scientifica - le pillole post-coitali sono state assimilate ai contraccettivi, il consultorio le dispensa gratuitamente alle donne (anche minorenni); il chiaro tentativo è di presentare la RU486 come un contraccettivo "di emergenza" un po' più complicato degli altri, ma non troppo.

6.4. L'Abortion Pill Reversal

In questo quadro si inserisce l'Abortion Pill Reversal. Cosa succede se la donna cambia idea e manifesta la volontà di proseguire nella gravidanza e, quindi, di interrompere la procedura abortiva dopo l'assunzione delle prime compresse? Come è stato mostrato nel capitolo 5, esiste una consolidata pratica medica, supportata anche da studi clinici, che conferma la possibilità di invertire il processo abortivo tramite l'assunzione di progesterone entro 72 ore dall'assunzione del Mifegyne o RU486.

Abbiamo visto che ciò non è ipotizzabile per l'aborto chirurgico e, ovviamente, la legge 194 del 1978 non contempla tale possibilità.

Il punto di partenza per la riflessione che segue è ovviamente il dato tecnico: esiste una sostanza - il progesterone - che contrasta l'effetto del mifepristone e, con una certa percentuale di successo, ne cancella gli effetti permettendo, quindi, la prosecuzione della gravidanza e il fallimento dell'aborto. Non è un dato sorprendente in quanto il mifepristone agisce proprio bloccando l'azione del progesterone, l'ormone necessario per portare avanti una gravidanza.

Esiste, poi, un prodotto già commercializzato nel nostro Paese - il Prometrium - contenente

il progesterone micronizzato, che contrasta l'insufficiente produzione di progesterone. L'uso vaginale di tale farmaco è previsto «in caso di minaccia di aborto o nella prevenzione di aborti ripetuti dovuti ad accertata insufficiente produzione di progesterone da parte dell'ovaio nell'ultima fase del ciclo mestruale (insufficienza luteinica), fino alla 12ª settimana di assenza di mestruazioni (amenorrea)» (cfr. foglio illustrativo); è previsto che il prodotto possa essere assunto solo durante il primo trimestre di gravidanza. Si prevede che «in caso di minaccia di aborto spontaneo o prevenzione di aborti ripetuti dovuti a insufficiente produzione di progesterone nella fase luteinica, la dose giornaliera raccomandata è 200-400 mg al giorno».

La documentazione scientifica dimostra che la somministrazione del progesterone può avere l'effetto di impedire il verificarsi dell'aborto chimico se assunto nelle 72 ore successive all'assunzione del mifepristone.

6.5. La revoca del consenso ex art. 1, comma 6, l. 2017 n. 219

Dal punto di vista giuridico la posizione del medico e della donna intenzionata ad abortire e che può avere mutato la sua volontà dopo l'assunzione del mifepristone è regolata dalla già citata legge 219 del 2017.

L'art. 1, comma 5, della legge stabilisce che «Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, [...] qualsiasi [...] trattamento sanitario per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento ... il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento».

Il sesto comma stabilisce che «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».

Il settimo comma prevede, poi, che «nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente [...]».

Pare evidente che la volontà manifestata dalla donna dopo l'assunzione del mifepristone altro non sia che una revoca del consenso prestato e una richiesta di interruzione del trattamento sanitario costituito dall'aborto chimico.

Benché la equiparazione dell'intervento abortivo a un "trattamento sanitario" sia moralmente discutibile - non vi è infatti alcuna patologia da curare e l'effetto del "trattamento" è l'uccisione di un essere umano - dal punto di vista oggettivo e normativo si tratta di una equiparazione pacifica: sono i medici e gli ospedali a occuparsi dell'interruzione della gravidanza e gli interventi conseguenti sono di carattere medico (cfr. art. 8 legge 194); prima dell'esecuzione dell'intervento abortivo - che sia chirurgico o chimico - deve (dovrebbe) sempre essere acquisito il consenso informato della donna, al pari di qualsiasi trattamento sanitario.

La revoca del consenso, come stabilisce la norma citata, è vincolante per il medico, che ha l'obbligo di interrompere il trattamento e, in conseguenza dell'ottemperanza a tale obbligo, «è esente da responsabilità penale e civile».

Né si può sostenere che l'interruzione del trattamento comprenda soltanto una condotta omissiva: al contrario - come ampiamente trattato nei casi relativi alla diversa tematica del fine vita - l'interruzione del trattamento può comportare anche condotte attive (spegnimento di

macchinari, estubazione e quant'altro necessario) e anche trattamenti sanitari aggiuntivi (tipico è il caso della sedazione o del trattamento del dolore nel caso di interruzione della respirazione artificiale)[2].

Responsabile e obbligato all'interruzione del trattamento - e, quindi, alla somministrazione del progesterone - è ovviamente il medico curante: quindi il professionista che ha consegnato la pillola di mifepristone alla donna, che l'ha assunta in sua presenza e sotto il suo controllo.

In base alla norma del settimo comma, saranno obbligati alla somministrazione anche i medici di un ospedale o altri che intervengono d'urgenza: in effetti, attesa la necessità che l'assunzione di progesterone avvenga nelle 72 ore successive a quella del mifepristone, si tratta di una situazione di "urgenza" e i medici intervenuti dovranno ottemperare alla volontà manifestata dalla paziente.

I medici non potranno certamente rifiutarsi di procurare il preparato alla donna sul presupposto che si tratta di «trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali»: la commercializzazione del preparato contenente progesterone e la previsione che lo stesso sia utilizzato in caso di pericolo di aborto dimostrano che si tratta di preparato lecito e sicuro.

6.6. L'autodeterminazione della donna

D'altro canto, il rispetto della volontà della donna è il fondamento su cui sono costruiti sia la legge 194 del 1978, sia la legge 219 del 2017: la volontà del paziente prevale.

Le indicazioni del foglietto illustrativo del Prometrium - minaccia di aborto spontaneo - si attagliano pienamente al caso della donna che, dopo avere assunto la RU486, ha chiesto di interrompere l'aborto: in effetti, una volta venuta meno la volontà della donna, il pericolo di aborto è *oggettivo* e non dipende più dalla decisione precedente e dalla conseguente assunzione del mifepristone.

Si potrebbe addirittura ipotizzare una responsabilità penale per il medico che, richiesto, si rifiuti indebitamente di somministrare alla donna il progesterone.

In effetti, l'art. 593 ter cod. pen. punisce severamente l'interruzione della gravidanza non consensuale: ebbene, se esiste un obbligo giuridico per il medico di somministrare il progesterone in conseguenza della manifestazione della volontà della donna di interrompere la procedura di aborto chimico e di proseguire la gravidanza, la mancata somministrazione e il conseguente completamento, contro la volontà della donna, dell'aborto permetterebbero di ipotizzare la responsabilità del medico per il reato, visto che, ai sensi dell'art. 40, secondo comma, del codice penale, «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo».

2 Che l'interruzione dei trattamenti sanitari possa comportare l'obbligo di condotte attive è affermato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019, relativa all'aiuto al suicidio: «Se, infatti, il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l'*obbligo* di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari - anche *quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico*, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) [...] non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale».



7 CONCLUSIONI - RIAPRIRE IL DIBATTITO PUBBLICO SULL'ABORTO VOLONTARIO IN ITALIA

di Benedetto Rocchi

Presidente dell'Osservatorio Permanente sull'Aborto

7.1. Di aborto volontario non si può parlare

In Italia, di aborto volontario non si può parlare. Sulla legge 194, che nel 1978 lo ha reso legale, non è possibile alcuna riflessione né una seria valutazione dei suoi effetti, a 48 anni dall'approvazione. Il dibattito, se così lo si può chiamare, scivola subito sulla rivendicazione di un diritto assoluto della donna di scegliere, di cui la legge sarebbe garanzia intoccabile.

L'Osservatorio Permanente sull'Aborto è nato proprio per rilanciare un confronto critico e informato su un fenomeno che interroga non solo le coscienze, come è naturale, ma anche la semplice intelligenza dei processi sociali. Con i suoi Rapporti, giunti alla quarta edizione, mette a disposizione di chiunque sia disposto a un dialogo che non si riduca a contrapposizione informazioni aggiornate, basate su dati statistici ufficiali e sulla letteratura scientifica, utili per valutare l'applicazione della legge, le sue conseguenze nel breve e nel lungo periodo e il suo impatto su economia, società e salute pubblica. Affianca così alla sorveglianza prevista dalla legge, che si concretizza nelle Relazioni annuali al Parlamento, un'analisi indipendente e autorevole.

Di aborto volontario, dunque, vogliamo parlare. La legge 194/78 si avvicina al cinquantennale e una seria riflessione è sempre più urgente. Mezzo secolo è un periodo molto lungo, e sarebbe ingenuo pensare che nulla sia cambiato dal 1978. È cambiato tutto: la struttura demografica della società italiana, con effetti rilevanti sui numeri stessi dell'aborto; la percezione dell'aborto come fenomeno sociale; la sua stessa realtà medica, sia nelle modalità di esecuzione sia nel vissuto, fisico ed emotivo, delle donne.

7.2. Come è cambiato l'aborto volontario in Italia

Dopo il picco dei primi anni Ottanta, quando gli aborti legali superarono i 230.000 all'anno (molti di più di quelli clandestini che venivano effettuati prima della legalizzazione, secondo le stime più affidabili), il numero assoluto è diminuito nel tempo. Le cause sono molteplici: alla diffusione dei metodi contraccettivi si è aggiunto progressivamente il declino demografico, con l'invecchiamento della popolazione e la riduzione delle coorti di donne in età fertile. Sono diminuiti anche i tassi di abortività. Negli ultimi 15 anni, tuttavia, il fenomeno si è stabilizzato: le gravidanze interrotte volontariamente oscillano intorno al 14% del totale e, in media, circa una donna su cinque abortisce almeno una volta nel corso della vita fertile (tasso di abortività totale).

Sono cifre che devono far riflettere, dopo quasi mezzo secolo di aborto legale. La sola legalizzazione appare insufficiente, soprattutto se si considera che l'aborto clandestino non è mai scomparso del tutto. Inoltre, i dati statistici offrono oggi un quadro solo parziale, a causa dell'evoluzione dell'aborto come prassi sociale e pratica medica.

Oltre il 60% degli aborti "ufficiali" è oggi effettuato con procedura farmacologica, basata sul mifepristone (RU486). Non è un mistero che una delle principali ragioni della sua promozione sia economica: le risorse per la sanità diminuiscono e l'aborto chimico costa meno, come sottolineano le nuove linee guida approvate dal Ministero della Salute che hanno esteso nel 2020 la sua utilizzazione fino alle 9 settimane di amenorrea e come mostra la stima degli oneri finanziari della legge effettuata dall'Osservatorio. Gli effetti, tuttavia, non sono solo economici. In molti Paesi, compresa l'Italia, la procedura chimica ha comportato una progressiva "privatizzazione" dell'aborto, che non avviene più in ospedale ma a casa della donna. In Italia lo prevede il protocollo di utilizzo della RU486: nonostante l'articolo 8 della legge 194/78 stabilisca espressamente che l'aborto deve avvenire in ambito ospedaliero, di fatto oggi nella

struttura sanitaria (non solo ospedali, ma anche ambulatori) avviene soltanto l'assunzione del farmaco. In altri Paesi (Stati Uniti, Regno Unito) è diffuso addirittura l'aborto in "telemedicina": la prescrizione avviene a distanza e il farmaco viene spedito per posta con le istruzioni per l'uso. Non stupisce, perciò, che si sia diffusa a livello globale la vendita online della pillola abortiva, al di fuori di qualsiasi regolamentazione. Non si tratta di una pratica nascosta nel "dark web": la pillola si acquista tranquillamente su siti come Women on Web (https://www.womenonweb.org/it/), gestito da un'organizzazione femminista canadese che promuove l'aborto autogestito. Ai sensi della legge 194 si tratterebbe senz'altro di aborto clandestino, ed è quanto meno sorprendente che non si abbia notizia di alcuna attività di contrasto in Italia, come l'oscuramento dei siti che lo promuovono. Non è difficile immaginare situazioni in cui una donna, spesso in condizioni di particolare fragilità, venga indotta ad abortire senza alcun coinvolgimento delle autorità sanitarie. Per non parlare dei rischi per le donne che vivono, nel proprio contesto familiare, una condizione di subalternità e costrizione.

Nel 2017 la Relazione al Parlamento riportava uno studio Istat che stimava gli aborti clandestini nel triennio 2014-2016 tra 10.000 e 13.000 l'anno. La diffusione dell'aborto farmacologico e la facilità di accesso ai farmaci abortivi anche fuori dai canali autorizzati, favorita dalla natura sempre più digitale delle infrastrutture sociali, rendono del tutto plausibile che queste cifre, quantomeno, non siano diminuite nell'ultimo decennio.

La trasformazione delle pratiche abortive si accompagna inoltre a una rapida evoluzione della contraccezione, che tende a sfumarne il confine con l'aborto. I numeri mostrano una forte diffusione della cosiddetta contraccezione di emergenza: la pillola "del giorno dopo" (levonorgestrel) e quella "dei cinque giorni dopo" (ulipristal acetato). Questa diffusione è una probabile causa dell'accelerazione temporanea del calo degli indicatori di abortività nel decennio 2006-2015. Detti farmaci spostano il concetto di contraccezione dalla "prevenzione" al "rimedio" di un evento (la gravidanza) reso possibile dal comportamento della coppia. La migliore evidenza scientifica, ampiamente illustrata in questo Rapporto, conferma questa evoluzione della mentalità contraccettiva: l'efficacia di questi metodi deriva infatti dalla combinazione di un'azione anti-ovulatoria e di un'azione anti-nidatoria, capace di provocare un aborto molto precoce. Una quantificazione prudenziale di questi criptoaborti mostra che negli ultimi anni, e soprattutto dal 2020, quando è stata autorizzata la vendita senza ricetta della pillola dei cinque giorni dopo anche per le minorenni (per le maggiorenni era già possibile dal 2015), l'aborto volontario non è in diminuzione e potrebbe addirittura essere di nuovo in crescita.

7.3. Le conseguenze dell'evoluzione dell'aborto volontario

Se l'aborto volontario oggi non è più quello degli inizi della legalizzazione, non solo nei numeri ma nella sua natura medica e sociale, diventa necessario rimettere in discussione la relativa politica sanitaria e la legislazione che la sostiene, per valutarne l'impatto sulla società italiana. Alcuni aspetti rilevanti emergono dalle pagine di questo Rapporto.

Abbiamo passato in rassegna i più recenti studi sull'impatto dell'aborto volontario sulla salute della donna. Nessuno può negare che interrompere artificialmente una gravidanza intervenga pesantemente sui processi fisiologici: non stupisce, perciò, che abbia effetti rilevanti sulla salute fisica e psicologica, nel breve e nel lungo periodo. I Rapporti dell'Osservatorio hanno esplorato diverse dimensioni del rischio sanitario, con particolare attenzione alle conseguenze a lungo termine (come la correlazione con il rischio di cancro al seno indagata nel Terzo Rapporto o l'impatto psichiatrico della sindrome post-aborto). Questa quarta edizione conferma che va dedicata particolare attenzione alle complicanze dell'aborto farmacologico: gli aggiornamenti

della ricerca indicano che i rischi della pillola abortiva sono tutt'altro che trascurabili e sicuramente maggiori di quelli delle procedure chirurgiche. Il rischio è accentuato dalla durata del processo, che può protrarsi anche per più settimane, durante le quali è la donna stessa a doversi assumere la responsabilità della sorveglianza sanitaria, prendendo anche decisioni con conseguenze rilevanti per la sua salute. Anche lo stress emotivo è fortemente influenzato dalla dimensione "privata" in cui l'aborto sempre più spesso si compie, con ulteriori possibili conseguenze, nel breve e nel lungo termine, sul benessere psicologico della donna.

La necessità di rimettere al centro di un'onesta discussione la politica di legalizzazione dell'aborto riguarda anche la legge, che sembra ormai incapace di regolare un fenomeno profondamente cambiato nella sua natura. Si consideri la procedura farmacologica. Per la legge 194 l'aborto deve essere «praticato da un medico del servizio ostetrico-ginecologico» (art. 8). Ma cosa significa oggi «praticare» un aborto? La somministrazione di una compressa, con dimissione della paziente dopo un breve periodo di osservazione (15-30 minuti), equivale a praticare un'interruzione di gravidanza? Fino a quando si estende la responsabilità del medico? Quando avviene effettivamente l'aborto?

Un'ulteriore criticità riguarda l'obiezione di coscienza. L'aborto chimico comporta statisticamente un numero consistente di rientri in ospedale per aborto incompleto, con procedure chirurgiche di revisione uterina che a quel punto si configurano come interventi d'urgenza. Come garantire al personale sanitario il diritto di non partecipare «agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza» (art. 9), se procedure d'urgenza alle quali l'obiettore non può sottrarsi sono previste dallo stesso protocollo con cui si pratica l'aborto?

Infine, anche il sistema di sorveglianza previsto dall'articolo 16 della legge 194 appare ormai datato e inefficace. Una prassi che prolunga i tempi dell'aborto, che può concludersi in una struttura diversa da quella in cui è iniziato e sotto la supervisione di un altro medico, rende incerta la rilevazione delle complicanze. Il questionario Istat, peraltro, registra solo quelle immediate, trascurando i problemi che possono manifestarsi a distanza di tempo.

È bene, inoltre, considerare gli effetti complessivi sulla società di oltre 6 milioni di aborti dal 1979. Questo Rapporto ne ha approfondito l'impatto sulla popolazione.

L'aborto volontario è stato uno degli strumenti con cui gli italiani hanno attuato le proprie scelte riproduttive, imboccando la strada di un declino demografico che oggi presenta il conto in termini di sostenibilità sociale. I processi demografici hanno, per loro natura, una forte inerzia. Invertire la tendenza e far risalire una natalità tra le più basse al mondo richiederà tempo e risorse ma, soprattutto, un profondo cambiamento culturale nel modo in cui il Paese guarda alla famiglia e alla maternità e le vive. Quanto ha pesato sulla mentalità collettiva una politica che ha insegnato a considerare l'aborto una scelta individuale e la gravidanza un problema privato da "risolvere"? Anche su questo deve essere possibile riflettere e discutere.

7.4. Tempo di scelte

Innanzitutto, occorre tornare a discutere alcune scelte collettive.

L'aborto volontario è oggi un diritto individuale della donna, gratuito e garantito dal Servizio Sanitario Nazionale. Negli anni lo Stato ha dedicato risorse ingenti a questa politica sanitaria che, al di là della lettera della legge, nella sua attuazione concreta non mira a curare, ma a garantire la pura e semplice libertà della donna di decidere della propria gravidanza.

Da anni assistiamo alla progressiva erosione del perimetro dei servizi coperti dalla sanità

pubblica, con oneri crescenti che i cittadini devono sostenere, oltre alle tasse, per curarsi. La riduzione reale delle risorse colpisce soprattutto le fasce più deboli e a basso reddito. Quali sono, allora, le priorità della sanità pubblica? Un esempio aiuta a capire come la scarsità di risorse renda urgente definirle in modo trasparente. In Italia le cure palliative dovrebbero essere garantite gratuitamente a tutti, ma è noto che un accesso adeguato è ancora lontano. Una recente analisi (Lippi et al., 2023) ha mostrato che il Ministero della Salute sottostima di circa 75 milioni di euro le risorse necessarie per le cure palliative; nello stesso anno, secondo la stima prudenziale dell'Osservatorio, la spesa per l'aborto è stata di circa 54 milioni di euro. Si tratta di risorse dello stesso ordine di grandezza, che mostrano quanto la "coperta" sia diventata corta. Visto che molti cittadini sono ormai chiamati a compartecipare alla spesa per le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in base a quale ratio medico-sanitaria l'aborto volontario resta escluso dal ticket? Cosa ne penserebbe l'opinione pubblica, se interrogata?

Un secondo tema, su cui un dibattito pubblico serio, informato e libero da preclusioni ideologiche non è più rinviabile, è la crisi demografica. La legge 194/78 dichiara di disciplinare la «tutela sociale della maternità» insieme all'«interruzione volontaria della gravidanza». Sarebbe difficile trovare oggi qualcuno disposto a sostenere che in Italia la maternità goda di un'efficace tutela sociale, o che ne abbia mai goduto negli ultimi 48 anni, di fronte alla drammatica crisi demografica e alle difficoltà quotidiane delle madri nel conciliare la cura dei figli con il lavoro. Su questo piano la legge è stata, di fatto, del tutto fallimentare. E forse non poteva essere altrimenti, considerato il significato sociale di un atto come l'aborto volontario. È dunque giunto il momento di mettere in discussione la struttura stessa della legge, portando la tutela della maternità fuori dal suo perimetro perché sia garantita efficacemente: non come parte di un diritto di scelta individuale, ma come un dovere che la società nel suo complesso ha verso tutte le donne che danno alla luce un figlio e verso le loro famiglie.

Il terzo tema riguarda la regolamentazione della cosiddetta "contraccezione di emergenza". Una recente sperimentazione, pubblicata su un'autorevole rivista scientifica, ha dimostrato che l'ulipristal acetato, principio attivo della pillola dei cinque giorni dopo, può essere usato efficacemente come farmaco abortivo. È un'ulteriore, definitiva conferma che l'efficacia contraccettiva dichiarata dipende anche da una precocissima azione abortiva. Questa evidenza pone con forza un problema di salute pubblica. Oggi la pillola dei cinque giorni dopo è venduta liberamente, senza obbligo di ricetta: il suo uso sfugge quindi a qualsiasi monitoraggio sanitario post-marketing, con il rischio concreto di un impiego improprio, anche a fini esplicitamente abortivi nelle prime fasi della gravidanza. Un rischio che indebolisce in modo significativo il contrasto all'aborto clandestino previsto dalla legge 194/78. A ciò si aggiungono i rischi diretti per la salute, in particolare l'epatotossicità, più volte segnalata alle autorità sanitarie e nella letteratura scientifica, che ha portato a forti limitazioni dell'uso del principio attivo nel trattamento dei fibromi uterini. Appare evidente la necessità di riconsiderare la coerenza e l'appropriatezza della sua regolamentazione.

Un'ultima considerazione riguarda infine le decisioni sul piano individuale, e in particolare le informazioni di cui le donne dispongono per scegliere di abortire, come la legge oggi consente. Si tratta di garantire che il loro consenso sia davvero informato: se l'aborto volontario rientra nella libertà di scelta della donna, è legittimo pretendere che nessuna informazione rilevante le sia negata. Alla luce di quanto presentato in questo quarto Rapporto, sono almeno tre gli ambiti in cui va garantita seriamente l'efficacia dell'informazione sull'aborto.

Il primo riguarda l'azione abortiva precoce della contraccezione di emergenza. Le pillole post coitali non si limitano a prevenire la gravidanza: in determinati momenti del ciclo agiscono

interrompendola nelle sue primissime fasi. Eppure questa azione viene taciuta nei foglietti illustrativi, e la promozione, anche commerciale, presenta questi farmaci come semplici contraccettivi. Quante delle moltissime donne che li assumono (quasi 700.000 confezioni vendute ogni anno) sono davvero consapevoli di questa duplice natura? Quante metterebbero in discussione la contraccezione di emergenza se fossero adeguatamente informate della sua azione antinidatoria?

Il secondo riguarda le conseguenze dell'aborto farmacologico sulla salute fisica e psicologica. Le linee guida raccomandano di informare la donna su alcune caratteristiche del processo che, dall'assunzione del farmaco, porta alla conclusione dell'aborto. Tuttavia questa procedura, che può durare settimane e comporta il rischio di molteplici complicanze di diversa gravità, viene presentata nel complesso come semplice e sicura se eseguita correttamente, con complicanze del tutto comparabili a quelle dell'aborto chirurgico. Sembra inoltre sottovalutata l'esigenza di informare le donne del forte stress emotivo che può derivare dall'abortire in solitudine, tra le mura domestiche.

Al di là di una necessaria revisione delle linee guida in vigore, il caso dell'aborto farmacologico pone con forza anche il problema di come, nella procedura burocratico-sanitaria che autorizza l'aborto, queste informazioni così rilevanti per la salute vengano trasmesse alle donne. I moduli di consenso sono scritti in un linguaggio comprensibile per donne di età, lingua e livello di istruzione diversi? Al colloquio tra chi autorizza l'aborto e la donna che lo richiede viene dedicato il tempo necessario? Gli operatori che raccolgono il consenso hanno ricevuto una formazione adeguata per interagire efficacemente con donne che vivono, in genere, una condizione di difficoltà emotiva? Sono domande legittime, che dovrebbero essere quanto meno approfondite dalle autorità nell'ambito del monitoraggio della legge 194.

C'è infine un terzo ambito su cui questo Rapporto intende richiamare l'attenzione, con possibili ricadute significative sulle scelte delle donne. La procedura farmacologica, come più volte sottolineato, separa nel tempo l'atto medico, cioè l'assunzione del farmaco abortivo, dal momento in cui l'aborto effettivamente si compie, con la morte del bambino. Dal punto di vista medico si crea così un breve intervallo in cui una gravidanza fino a quel momento fisiologica diventa una gravidanza a rischio. Per la donna, però, questo comporta un'imprevista estensione della libertà di scelta: la possibilità di un ripensamento, impossibile con la procedura chirurgica. Come mostra il capitolo di questo Rapporto dedicato all'inversione dell'aborto chimico, è possibile tentare di invertire il processo assumendo progesterone dopo la prima pillola abortiva, entro una finestra temporale breve ma non trascurabile. Il progesterone ha un uso consolidato nel sostegno delle gravidanze a rischio di aborto spontaneo. Questa pratica è già promossa con successo in altri Paesi da reti di medici pro vita; la sua efficacia, pur non assoluta, è significativamente elevata, come mostrano i primi studi, senza rischi per la salute della donna. Se davvero si sostiene che proseguire o meno una gravidanza debba essere una scelta libera ed esclusiva della donna, perché non informarla di questa ulteriore possibilità?

Sono tutte domande nate dai contenuti di questo Rapporto, che l'Osservatorio Permanente sull'Aborto propone alle autorità politiche e all'opinione pubblica per favorire un dibattito ampio, onesto e informato sull'aborto volontario in Italia. Un dibattito vero, che non si riduca a contrapposizione, ma sia un confronto degno di un Paese fiero delle proprie istituzioni democratiche.

8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AAPLOG - American Association of Prolife Obstetricians & Gynecologists, 2025. The Reversal of the Effects of Mifepristone by Progesterone, Practice Guideline number 6, November 2022, Updated 2025, https://aaplog.org/PB6 (Accessed 07 October 2026)

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020, Committee on Practice Bulletins - Gynecology and the Society of Family Planning Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation, *Practice Bulletin 225,* October 2020, https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation (Accessed 07 October 2026)

Aiken ARA, Romanova EP, Morber JR, Gomperts R, 2022. Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study. *Lancet Regional Health* - Americas. 10: 100200. https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100200 (Accessed 07 October 2026)

Arena A, Moro E, Degli Esposti E, Zanello M, Lenzi J, Casadio P, Seracchioli R, Perrone A, Lenzi M, 2023. How much will it hurt? Factors associated with pain experience in women undergoing medication abortion during the first trimester, *Contraception*, 119: 109916. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.11.007 (Accessed 07 October 2026)

ASRM - American Society for Reproductive Medicine, 2008. Progesterone supplementation during the luteal phase and in early pregnancy in the treatment of infertility: an educational bulletin, Practice Committee of ASRM in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility, *Fertility and Sterility*, 90, S150-S153 https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2808%2903459-6 (Accessed 07 October 2026)

ASRM - American Society for Reproductive Medicine, 2023. Fact Sheet: Progesterone supplementation during IVF, *ReproductiveFacts.org*, https://www.reproductivefacts.org/globalassets/_rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/english-pdf/progesterone_supplementation_during_ivf_factsheet.pdf (Accessed 07 October 2026)

Auger N, Ghadirian M, Low N, Healy-Profitós J, Wei SQ, 2021. Premature mortality after pregnancy loss: Trends at 1, 5, 10 years, and beyond. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 267: 155-160 https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.10.033 (Accessed 07 October 2026)

Auger N, Healy-Profitós J, Ayoub A, Lewin A, Low N, 2025. Induced abortion and implications for long-term mental health: a cohort study of 1.2 million pregnancies. *Journal of Psychiatric Research*, 187: 304-310. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.05.031 (Accessed 07 October 2026)

Aultman K et al., 2021. Deaths and Severe Adverse Events after the use of Mifepristone as an Abortifacient from September 2000 to February 2019. *Issues in Law and Medicine*, Spring, 36(1): 3-26. https://issuesinlawandmedicine.com/articles/deaths-and-severe-adverse-events-after-the-use-of-mifepristone-as-an-abortifacient-from-september-2000-to-february-2019/ (Accessed 07 October 2026)

Bateson D et al., 2018. Post-abortion contraception, *O&G Magazine*, Vol. 20 No 2(Winter): 51-57. https://www.ogmagazine.org.au/20/2-20/post-abortion-contraception/ (Accessed 07 October 2026)

Berger C et al., 2015. Effects of ulipristal acetate on human embryo attachment and endometrial cell gene expression in an in vitro co-culture system. *Human Reproduction*, 30: 800-811. https://doi.org/10.1093/humrep/dev030 (Accessed 07 October 2026)

Brache V et al., 2013. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception*, 88: 611-618. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.05.010 (Accessed 07 October 2026)

Brache V et al., 2010. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Human Reproduction*: 25(9): 2256-2263. https://doi.org/10.1093/humrep/deq157 (Accessed 07 October 2026)

Brittain JJ, Wahl SE, Strauss JF, Romero R, Wolf HM, Murphy K, John W, York TP, 2023. Prior Spontaneous or Induced Abortion Is a Risk Factor for Cervical Dysfunction in Pregnant Women: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*. 30(7): 2025-2039. https://doi.org/10.1007/s43032-023-01170-7 (Accessed 07 October 2026)

Carroll AL et al., 2023. P023 – Concurrent Administration of Depot Medroxyprogesterone Acetate with Mifepristone May Decrease Medication Abortion Efficacy: A Retrospective Cohort Study. *Contraception*. Volume 127, November 2023, 110192. https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(23)00286-X/abstract (Accessed 07 October 2026)

Cirucci CA, Aultman KA, Harrison DJ, 2021. Mifepristone Adverse Events Identified by Planned Parenthood in 2009 and 2010 Compared to Those in the FDA Adverse Event Reporting System and Those Obtained Through the Freedom of Information Act. *Health Services Research and Managerial Epidemiology.* 8. https://doi.org/10.1177/23333928211068919 (Accessed 07 October 2026)

Coomarasamy A et al., 2016. PROMISE: first-trimester progesterone therapy in women with a history of unexplained recurrent miscarriages - a randomised, double-blind, placebo-controlled, international multicentre trial and economic evaluation. *Health Technology Assessment* May, 20(41):1-92. doi: 10.3310/hta20410. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27225013/ (Accessed 07 October 2026)

Coomarasamy A et al., 2020. Progesterone to prevent miscarriage in women with early pregnancy bleeding: the PRISM RCT. *Health Technology Assessment* 2020 Jun;24(33):1-70. DOI: 10.3310/hta24330 (Accessed 07 October 2026)

Cox T - Steupert M, 2026. Fact Sheet: Three Problems with the FDA's Abortion Drugs Complications Data. Lozier Institute, March 22, 2024. https://lozierinstitute.org/fact-sheet-three-problems-with-the-fdas-abortion-drugs-complications-data/#_ftn2 (accessed 20 October 2026).

Creinin MD et al., 2020. Mifepristone Antagonization With Progesterone to Prevent Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, Jan, 135(1): 158-165. doi.org/10.1097/aog.0000000000003620 (Accessed 07 October 2026)

Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, Whiteman MK, 2026. Using updated clinical recommendations to support contraceptive decision-making: U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use 2024. *Contraception*. Jul, 159: 111015. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2025.111015 (Accessed 07 October 2026)

DeBeasi PLC, 2023. Mifepristone Antagonization with Progesterone to Avert Medication Abortion: A Scoping Review. *Linacre Quarterly*, Nov, 90(4):395-407. doi: 10.1177/00243639231176592. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00243639231176592 (Accessed 07 October 2026)

Dehara M, Wells MB, Sjöqvist H, Kosidou K, Dalman C, Sörberg Wallin A, 2021. Parenthood is associated with lower suicide risk: a register-based cohort study of 1.5 million Swedes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 143(3): 206-215. https://doi.org/10.1111/acps.13240 (Accessed 07 October 2026)

Delgado G, Davenport ML, 2012. Progesterone use to reverse the effects of mifepristone. *Annals of Pharmacotherapy*, Dec, 46(12): e36. doi: 10.1345/aph.1R252. https://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1R252 (Accessed 07 October 2026)

Delgado G et al., 2018. A case series detailing the successful reversal of the effects of mifepristone using progesterone. *Issues Law Med*. 2018 Spring;33(1):21-31. PMID: 30831017 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30831017/ (Accessed 08 October 2026)

Di Renzo GC et al., 2020. Progesterone: History, facts, and artifacts. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 69(Nov): 2-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.07.012. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693420301395?via%3Dihub (Accessed 07 October 2026)

Duffy K, 2022. FOI Investigation into Medical Abortion Treatment Failure. *Percuity blog.* https://percuity.wordpress.com/foi-investigation-into-medical-abortion-treatment-failure/ (Accessed 05 October 2026)

Duffy K, 2025. 54,000 admissions to NHSE hospitals for abortion complications. *Percuity blog.* https://percuity.blog/2025/10/02/54000-admissions-to-nhse-hospitals-for-abortion-complications/ (Accessed 02 October 2026)

Dzuba IG, Chong E, Hannum C, Lichtenberg ES, Lugo Hernández EM, Ngoc NTN, Patel A, Rzayeva G, Sanhueza Smith P, Tsertsvadze G, Winikoff B, 2020. A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception*, 101(5): 302-308. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.01.009 (Accessed 07 October 2026)

Endler M, Beets L, Gemzell Danielsson K, Gomperts R, 2019. Safety and acceptability of medical abortion through telemedicine after 9 weeks of gestation: a population-based cohort study. *BJOG*; 126: 609–618. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15553 (Accessed 07 October 2026)

Garratt D, Turner JV, 2017. Progesterone for preventing pregnancy termination after initiation of medical abortion with mifepristone. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, Dec, 22(6):472-475. doi: 10.1080/13625187.2017.1412424. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2017.1412424 (Accessed 07 October 2026)

Gemzell-Danielsson K et al., 2014. Mechanisms of action of oral emergency contraception. *Gynecological Endocrinology*, 30(10): 685-687. https://doi.org/10.3109/09513590.2014.950648 (Accessed 07 October 2026)

Gemzell-Danielsson K et al., 2013. Emergency contraception – mechanism of action, *Contraception*, 87: 300-308. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.021 (Accessed 07 October 2026)

Gemzell-Danielsson K et al., 2013. Emergency contraception. *Gynecological Endocrinology,* 29(S1):1-14. https://doi.org/10.3109/09513590.2013.774591 (Accessed 07 October 2026)

Hall JB, Anderson RT, 2025a. The Abortion Pill Harms Women: Insurance Data Reveals One in Ten Patients Experiences a Serious Adverse Event. *Ethics & Public Policy Center.* Published on April 28, 2025. https://eppc.org/publication/stop-harming-women/ (Accessed 07 October 2026)

Hall JB, Anderson RT, 2025b. The Abortion Pill Harms Women: Insurance Data Reveals Repeated Abortion Attempts Due to High Failure Rate. *Ethics & Public Policy Center.* Published 12 May 2025. https://static1.squarespace.com/static/67fa9578fa615424c90a2ba4/t/68215b7238d65e75d54a6eaa/1747016563513/25-05_SHW_Insurance_Data_Reveals_Repeated_Abortion_Attempts_Due_to_High_Failure_Rate.pdf (Accessed 05 October 2026)

Halpern V et al., 2014. Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 9, CD007595. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007595.pub3 (Accessed 07 October 2026)

Jaffe L, 2022. Studies: Progesterone Helps Prevent Reoccurring Miscarriage, *Health Central*, (updated Jul 24, 2022), https://www.healthcentral.com/womens-health/progesterone-therapy-found-help-prevent-reoccurring-miscarriage (Accessed 07 October 2026)

Jambrina AM et al., 2021. Characterization of the Use of Emergency Contraception from Sentinel Pharmacies in a Region of Southern Europe. *J Clin Med,* 10, 2793. https://doi.org/10.3390/jcm10132793 (Accessed 07 October 2026)

Jimenez Guerrero M et al., 2021. Effect of ulipristal acetate on gene expression profile in endometrial cells in culture and in vivo upon post-ovulatory administration in fertile women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6:1-9. DOI: 10.1080/13625187.2021.1975270 (Accessed 07 October 2026)

Kelly T et al., 2010. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial. *BJOG.* 2010 Nov;117(12):1512-20. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02712.x. Epub 2010 Sep 22. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20860598/ (Accessed 07 October 2026)

Lalitkumar PGL et al., 2013. Emergency contraception. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism,* 27: 91-101. https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.09.003 (Accessed 07 October 2026)

Lemmers M, Verschoor MAC, Hooker AB, Opmeer BC, Limpens J, Huirne JAF, Ankum WM, Mol BWM, 2016. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 31(1): 34-45. https://doi.org/10.1093/humrep/dev274 (Accessed 07 October 2026)

Li HW et al., 2016. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. *Human Reproduction,* 31(6): 1200–1207. https://doi.org/10.1093/humrep/dew055 (Accessed 07 October 2026)

Lippi G, Banchieri G, Vannucci A, 2023. Cure Palliative: mancano 75 milioni di euro ai 300 stimati dal Ministero. *Quotidiano Sanità* 23 ottobre. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/cure-palliative-mancano-milioni-di-euro-ai-stimati-dal-ministero/ (Accessed 20 October 2026)

Lira-Albarrán S et al., 2018. A single preovulatory administration ulipristal acetate affects the decidualization process of the human endometrium during the receptive period of the menstrual cycle. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 476: 70-78. https://doi.org/10.1016/j.mce.2018.04.010 (Accessed 07 October 2026)

Lira-Albarrán S et al., 2017. Ulipristal acetate administration at mid-cycle changes gene expression profiling of endometrial biopsies taken during the receptive period of the human menstrual cycle. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 447:1-11. https://doi.org/10.1016/j.mce.2017.02.024 (Accessed 07 October 2026)

Liu N - Ray JG, 2023. Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone-Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion: A Population-Based Propensity-Weighted Study. *Annals of Internal Medicine*, Feb;176(2):145-153. doi: 10.7326/M22-2568.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36592459/ (Accessed 20 October 2026)

Ma S, Yin W, Wang P, Wang H, Zhang L, Jiang X, Zhang Y, Tao R, Ge J and Zhu P, 2023. Previous pregnancy loss and gestational cardiovascular health: A prospective cohort of nulliparous women. *Frontiers in Public Health*, 11: 1071706. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1071706 (Accessed 07 October 2026)

Mahoney KM, McKean R, McAllister A, Tannous-Taylor C, Schreiber CA, 2025. Patients' experiences with pain and bleeding in first-trimester abortion care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 233(2): 114.e1-114.e12. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.02.030 (Accessed 07 October 2026)

Marmion PJ, Skop I, 2020. Induced Abortion and the Increased Risk of Maternal Mortality. *The Linacre Quarterly*. Aug;87(3):302-310. https://doi.org/10.1177/0024363920922687 (Accessed 07 October 2026)

McCulloch H, Perro D, Taghinejadi N, Whitehouse KG, Lohr PA, 2025. Expectations and experiences of pain during medical abortion at home: a secondary, mixed-methods analysis of a patient survey in England and Wales. *BMJ Sexual and Reproductive Health,* 51(2): 137-143. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2024-202533 (Accessed 07 October 2026)

Meaidi A, Friedrich S, Gerds TA, Lidegaard O, 2019. Risk factors for surgical intervention of early medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(5): 478.e1-478.e15. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.014 (Accessed 07 October 2026)

Mozzanega B, 2025, Da Vita a Vita. Viaggio alla scoperta della riproduzione umana. V Edizione, SEU, Roma, 2025

Mozzanega B et al., 2014, Ulipristal acetate: critical review about endometrial and ovulatory effects in emergency contraception. *Reproductive Sciences*, Jun;21(6):678-85. doi: 10.1177/1933719113519178 (Accessed 08 October 2026)

Mozzanega B et al., 2019. UPA and LNG in Emergency Contraception: the information by EMA and the Scientific Evidences indicate a prevalent anti-implantation effect. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(1): 4-10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30656992/ (Accessed 07 October 2026)

Mozzanega B, 2021. Ulipristal Acetate and liver-injuries: while Esmya is revoked, ellaOne is allowed in repeated self-administrations possibly exceeding UPA toxic-dosing with Esmya. *Journal of Hepatology,* 74: 750–751. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33271158/ (Accessed 07 October 2026)

Munk-Olsen T, Munk Laursen T, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB, 2011. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *The New England Journal of Medicine,* 364(4): 332-9. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0905882 (Accessed 07 October 2026)

Ney PG, Scheuren F, Cougle J, Coleman PK, Strahan TW, 2002. Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women, *Southern Medical Journal*, 2002, 95(8): 834-41 https://www.ovid.com/jnls/smajournalonline/fulltext/00007611-200208000-00010~deaths-associated-with-pregnancy-outcome-a-record-linkage (Accessed 07 October 2026)

Noli SA, Baini I, Parazzini F, Mauri PA, Vignali M, Gerli S, Favilli A, Cipriani S, 2019. Preterm Birth, Low Gestational Age, Low Birth Weight, Parity, and Other Determinants of Breech Presentation: Results from a Large Retrospective Population-Based Study. *BioMed Research International*, 9581439. https://doi.org/10.1155/2019/9581439 (Accessed 07 October 2026)

Pike GK, 2020. Abortion and Infertility. *Issues in Law and Medicine* 35(2): 173-195. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950600/ (Accessed 07 October 2026)

Rafferty K, Longbons T, 2023a. Medication Abortion and Abortion Pill Reversal: An Exploratory Analysis on the Influence of Others in Women's Decision-Making, *Cureus*, Dec 5, 15(12): e49973. doi: 10.7759/cureus.49973. eCollection 2023 Dec. https://www.cureus.com/articles/200722-medication-abortion-and-abortion-pill-reversal-an-exploratory-analysis-on-the-influence-of-others-in-womens-decision-making?email_share=true&expedited_modal=true#!/ (Accessed 07 October 2026)

Rafferty KA e Longbons T, 2023b. Understanding Women's Communication with Their Providers During Medication Abortion and Abortion Pill Reversal: An Exploratory Analysis. *Linacre Quarterly*, May, 90(2): 172-181. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37325429/ (Accessed 07 October 2026)

Raymond EG et al., 2016. Effects of Depot Medroxyprogesterone Acetate Injection Timing on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, Oct, 128(4): 739-45. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27607859/ (Accessed 07 October 2026)

Reardon DC, 2025a. Degrees of grief and complicated grief self-attributed to natural and induced pregnancy losses in a national population of 41–45-year-old females. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,* 47(1): 2503286. https://doi.org/10.1080/0167482X.2025.2503286 (Accessed 07 October 2026)

Reardon DC, 2025b. Suicide risks associated with pregnancy outcomes: a national cross-sectional survey of American females 41-45 years of age. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 46(1):2455086. https://doi.org/10.1080/0167482X.2025.2455086 (Accessed 07 October 2026)

Reardon DC, 2024. A reanalysis of mental disorders risk following first-trimester abortions in Denmark. *Issues in Law & Medicine,* Spring 39 (1): 66–75. https://issuesinlawandmedicine.com/articles/a-reanalysis-of-mental-disorders-risk-following-first-trimester-abortions-in-denmark/ (Accessed 07 October 2026)

Reardon DC, Craver C, 2021. Effects of Pregnancy Loss on Subsequent Postpartum Mental Health: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4): 2179. https://doi.org/10.3390/ijerph18042179 (Accessed 07 October 2026)

Reardon DC, 2018. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*. 6:1-38. https://doi.org/10.1177/2050312118807624 (Accessed 07 October 2026)

Reardon DC et al., 2002, Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, Aug;95(8):834-41. PMID: 12190217. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12190217/ (Accessed 08 October 2026)

Rode L et al., 2009. Systematic review of progesterone for the prevention of preterm birth in singleton pregnancies. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 88(11): 1180-9. doi: 10.3109/00016340903280982. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/00016340903280982 (Accessed 07 October 2026)

Røseth I et al., 2024. No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health Care for Women International*, 45(1):67-85. doi: 10.1080/07399332.2022.2090565. Epub 2022 Jul 7. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35797465/ (Accessed 20 October 2026)

Rousset C et al., 2011. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, no. 5: 506–517. https://doi.org/10.1080/02646838.2012.654489. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2012.654489 (Accessed 20 October 2026)

Salmanov A, Terekhov V, Baksheev SM, Vitiuk AD, Korniyenko SM, Nagirniak S, Hafiichuk MH, 2022. Infections associated with obstetric and gynecological surgeries as a cause of female infertility in Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 75(7): 1634-1641. https://doi.org/10.36740/WLek202207104; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35962672/ (Accessed 07 October 2026)

Schummers L, Darling EK, Dunn S, McGrail M, Gayowsky A, Law MR, Laba TL, Kaczorowski J, Norman WV, 2022. Abortion Safety and Use with Normally Prescribed Mifepristone in Canada. *New England Journal of Medicine*, 386(1): 57-67. https://doi.org/10.1056/NEJMsa2109779 (Accessed 07 October 2026)

Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P, 1998. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *BJOG*: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology,* 105(12): 1288-95. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10007.x (Accessed 07 October 2026)

Stratton P et al., 2000. A single mid-follicular dose of CDB-2914, a new antiprogestin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women. *Human Reproduction*, 15: 1092-1099. https://doi.org/10.1093/humrep/15.5.1092 (Accessed 07 October 2026)

Stratton P et al., 2010. Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914. *Fertility and Sterility*, 93: 2035-2041. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.057 (Accessed 07 October 2026)

Studnicki J, Fisher JW, Cox TL, Cirucci CA, Reardon DC, Skop I, Louttit C, Harrison DJ, Craver C, 2025. Determining the Period Prevalence and Acuity of Emergency Department Visits Following Induced Abortion Mistakenly Identified as Spontaneous Abortion: An Analytic Observational Prospective Cohort Study. *Family Medicine and Primary Care: Open Access*, 9: 282. https://doi.org/10.29011/2688-7460.100282 (Accessed 07 October 2026)

Studnicki J, Fisher JW, Longbons Cox T, Skop I, Harrison DJ, Cirucci CA, Reardon DC, Craver C, 2024. Comparative Acuity of Emergency Department Visits Following Pregnancy Outcomes Among Medicaid Eligible Women, 2004-2015. *International Journal of Epidemiology and Public Health Research*, 5(2). https://aditum.org/journals/international-journal-of-epidemiology-and-public-health-research/current-issue/1111 (Accessed 04 November 2026)

Studnicki J, Longbons Cox T, Fisher JW, Cirucci CA, Reardon DC, Skop I, Craver C, Ras Z, Tsulukidze M, 2024. First Pregnancy Abortion or Natural Pregnancy Loss: A Cohort Study of Mental Health Services Utilization. *Issues in Law and Medicine*, 39(2): 100-116. https://doi.org/10.70257/LZXP7816 (Accessed 07 October 2026)

Studnicki J, Longbons T, Fisher J, Reardon DC, Skop I, Cirucci CA, Harrison DJ, Craver C, Tsulukidze M, Ras Z, 2023. A cohort study of mental health services utilization following a first pregnancy abortion or birth. *International Journal of Womens Health*, 15: 955-963. https://doi.org/10.2147/IJWH.S410798 (Accessed 07 October 2026)

Studnicki J, Longbons T, Reardon DC, Fisher JW, Harrison DJ, Skop I, Cirucci CA, Craver C, Tsulukidze M, Ras Z, 2022. The Enduring Association of a First Pregnancy Abortion with Subsequent Pregnancy Outcomes: A Longitudinal Cohort Study. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 9. https://doi.org/10.1177/23333928221130942 (Accessed 07 October 2026)

Studnicki J, Reardon DC, Harrison D, Fisher J, Skop I, 2019. Improving the Metrics and Data Reporting for Maternal Mortality: A Challenge to Public Health Surveillance and Effective Prevention. *Online Journal of Public Health Informatics*, 11(2): e62582. https://doi.org/10.5210/ojphi.v11i2.10012 (Accessed 07 October 2026)

Sullins DP, 2025. Persistent Emotional Distress after Abortion in the United States. *International Journal of Women's Health Care*, 10(3): 01-11. https://www.researchgate.net/publication/397447271_Persistent_Emotional_Distress_after_Abortion_in_the_United_States (Accessed 07 October 2026)

Sun H, Su X, Liu Y, Li G, Liu X, Du Q, 2022. Association between Abortion History and Perinatal and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies after Assisted Reproductive Technology. *Journal of Clinical Medicine*. 12(1): 1. https://doi.org/10.3390/jcm12010001 (Accessed 07 October 2026)

Tsulukidze M, Reardon DC, Craver C, 2022. Elevated cardiovascular disease risk in low-income women with a history of pregnancy loss. *Open Heart,* 9(1): e002035. https://doi.org/10.1136/openhrt-2022-002035 (Accessed 07 October 2026)

Tsulukidze M, Reardon DC, Craver C, 2024. Effects of prior reproductive losses on risk of cardiovascular diseases within six months of a first live birth. *International Journal of Cardiovascular Risk and Prevention* 13: 21:200260. https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2024.200260 (Accessed 07 October 2026)

Turner JV et al., 2024. Progesterone after mifepristone: A pilot prospective single arm clinical trial for women who have changed their mind after commencing medical abortion. *Journal of Obstetrics Gynaecology and Research*, Feb, 50(2):182-189. doi: 10.1111/jog.15826. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.15826 (Accessed 07 October 2026)

Upadhyay UD, Raymond EG, Koenig LR, 2022. Outcomes and Safety of History-Based Screening for Medication Abortion. A Retrospective Multicenter Cohort Study. *JAMA Internal Medicine*, May 1;182(5): 482-491. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0217 (Accessed 07 October 2026)

Van Poucke E et al., 2025. Medical versus expectant management for retained products of conception after initial treatment for early pregnancy loss or induced abortion, a systematic review. *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, August; 12:100134. DOI:10.1016/j.jeud.2025.100134. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838425000295 (Accessed 20 October 2026)

Wie JH, Nam SK, Ko HS, Shin JC, Park IY, Lee Y, 2019. The association between abortion experience and postmenopausal suicidal ideation and mental health: Results from the 5th Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology,* 58(1):153-158. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.028 (Accessed 07 October 2026)

Wilcox AJ et al., 2004. On the frequency of intercourse around ovulation: evidence for biological influences. *Human Reproduction*, 19:1539-1543. https://doi.org/10.1093/humrep/deh305 (Accessed 07 October 2026)

Winikoff B et al., 2025. A proof-of-concept study of ulipristal acetate for early medication abortion. *NEJM Evidence*, 4(2):1-8. https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVIDoa2400209 (Accessed 07 October 2026)

Xu S, Zhao W, Zhang Y, Qiang C, Zhang C, 2024. The effect of previous induced abortion history on the assisted

reproduction outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(2): 469-474. https://doi.org/10.1007/s00404-023-06928-7 (Accessed 07 October 2026)

Yamabe S et al., 1989. The effect of RU486 and progesterone on luteal function during pregnancy. *Nihon Naibunpi Gakkai Zasshi*, May 20;65(5):497-511. doi: 10.1507/endocrine1927.65.5_497. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2776921/ (Accessed 07 October 2026)

Yu JY, Jiang B, Zhang XJ, Wei SS, He WC, 2023. History of induced abortion and the risk of preterm birth: a retrospective cohort study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 36(1). https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2207114 (Accessed 07 October 2026)

Zareba K, La Rosa VL, Ciebiera M, Makara-Studzińska M, Commodari E, Gierus J, 2020. Psychological Effects of Abortion. An Updated Narrative Review. *Eastern Journal of Medicine*, 25(3): 477-483. https://dx.doi.org/10.5505/ejm.2020.82246 (Accessed 07 October 2026)

Zhao Y et al., 2024. Progestogens in women with threatened miscarriage or recurrent miscarriage: A meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Sep;103(9):1689-1701. doi: 10.1111/aogs.14829. Epub 2024 Mar 13. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14829 (Accessed 07 October 2026)

Zou L, Hong M, Dai Z, Zhu J, Peng Q, Wang W, 2021. The association between previous induced abortion and in vitro fertilization outcomes: A retrospective cohort study in Hefei, China. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology,* 262: 124-128. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.05.020 (Accessed 07 October 2026)

STAMPATO IN PROPRIO, NOVEMBRE 2026