

06 | LA BIBLIOTECA DI
PRO VITA & FAMIGLIA

ABORTO: DALLA PARTE DELLE DONNE

Le conseguenze dell'aborto
sulla salute delle donne

Prefazione di
Giuseppe Noia



Lorenza Perfori



**PROVITA
& FAMIGLIA**

© 2021, ProVita & Famiglia Onlus
È vietata la riproduzione anche parziale del testo.

info@provitaefamiglia.it
provitaefamiglia.it

Viale Manzoni, 28 C
00185 - Roma



ABORTO: DALLA PARTE DELLE DONNE

Le conseguenze dell'aborto sulla salute delle donne

Indice

Prefazione di Giuseppe Noia	9
Premessa	21
Introduzione	23
1 - CONSEGUENZE SULLA SALUTE FISICA COMUNI ALL'ABORTO CHIRURGICO E FARMACOLOGICO	27
1.1 - Infezioni pelviche o genitali	27
1.2 - Emorragie	29
1.3 - Fallimento dell'aborto	31
1.4 - Ulteriori dati e informazioni sugli eventi avversi	34
1.5 - Mortalità	42
1.6 - Le corse al pronto soccorso	43
2 - CONSEGUENZE DELL'ABORTO CHIRURGICO SULLA SALUTE FISICA	45
2.2 - Danno cervicale	45
2.2 - Perforazione e cicatrizzazione della parete uterina	45
2.3 - Complicazioni relative all'anestesia	46
3 - CONSEGUENZE DELL'ABORTO FARMACOLOGICO SULLA SALUTE FISICA	47

3.1 - Effetti collaterali della prostaglandina	47
3.2 - Dolore forte e prolungato	48
3.3 - Flusso emorragico abbondante e prolungato	48
3.4 - Altre problematiche: gravidanza ectopica non diagnosticata, effetto teratogeno del misoprostolo, reazioni allergiche	49
3.5 - Aborto chimico a domicilio auto-gestito dalla donna	50
4 - CONSEGUENZE A LUNGO TERMINE E IN SUCCESSIVE GRAVIDANZE SULLA SALUTE FISICA	61
4.1 - Aborti spontanei e parto prematuro	61
4.2 - Malattia infiammatoria pelvica (PID) e dolore pelvico cronico, subfertilità, infertilità, gravidanza ectopica	67
4.3 - Sindrome di Asherman e ciclo irregolare, infertilità, aborti spontanei ricorrenti	69
4.4 - Placenta previa	70
4.5 - Isterectomia post-partum	71
4.6 - Sanguinamento vaginale in future gravidanze	72
4.7 - Malattie autoimmuni	72
4.8 - Cancro al seno	74
5 - CONSEGUENZE SULLA SALUTE PSICHICA	81
5.1 - Sofferenza emotiva (dolore, rimpianto, senso di colpa, vergogna, tristezza, lutto, delusione...)	81
5.2 - Ansia e depressione	82
5.3 - Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)	84
5.4 - Abuso di sostanze e comportamenti autolesionistici	86
5.5 - Problemi di salute mentale in successive gravidanze	87
5.6 - Altri disturbi	89
5.7 - Comportamento aggressivo nei confronti dei figli nati in seguito	90

6 - IL PROBLEMA DELLA SOTTOSTIMA DELLE COMPLICAZIONI E DELLA MORTALITÀ ASSOCIATE ALL'ABORTO INDOTTO	93
6.1 - La sottostima delle complicazioni fisiche	93
6.1.a - Dati dal mondo	93
6.1.b - La sottostima in Italia	97
6.2 - La sottostima delle complicazioni psichiche	103
6.2.a - Bias di segnalazione	103
6.2.b - Bias di selezione	104
6.2.c - I meccanismi di difesa	107
6.2.d - La tempistica delle indagini	107
6.2.e - Assenza di rilevazioni nel lungo periodo	108
6.2.f - Uso di termini generici o fuorvianti	109
6.2.g - Enfasi e sfumature fuorvianti	112
6.2.h - Altri artifici usati negli studi	114
6.2.i - Lo «Studio Turnaway»	115
6.3 - La sottostima della mortalità materna	121
7 - MORTALITÀ ASSOCIATA ALL'ABORTO	127
7.1 - Numeri e cause dei decessi ufficiali	127
7.2 - Gli studi di record-linkage sulla mortalità materna	135
7.2.a - Sintesi dei principali studi di record-linkage	136
7.2.b - Gli studi di record-linkage italiani	144
7.3 - Altri dati sulla mortalità materna correlata all'aborto indotto	149
8 - VOCI DI DONNE POST-ABORTIVE	153
9 - SEGRETI, BUGIE E CONTRADDIZIONI DELLE LINEE GUIDA SPERANZA DEL 2020 SULLA RU486	163

Prefazione di Giuseppe Noia

Quando nel nostro vissuto quotidiano, o dai media o da altre fonti di informazione, veniamo a conoscenza che un figlio muore prima di un genitore, c'è uno sgomento generale ed è molto frequente che sul piano psicosociale si dica «non è naturale che una madre sopravviva alla morte del figlio».

Alla luce di questo atteggiamento dinanzi alla morte di un figlio, ho fatto un discernimento sul fatto che alcune morti dei figli non sono accettate, sia sul piano del vissuto personale, sia sul piano del vissuto psicosociale, mentre altre morti sono pubblicamente accettate, anche se sul piano personale fanno fatica ad essere elaborate e sul piano antropologico difficilmente comprensibili.

Due esempi, avvenuti proprio in due giorni successivi, fanno comprendere meglio queste mie affermazioni: una signora di 64 anni aveva una maschera di dolore e un velo di tristezza quando, alla mia domanda su quanti figli avesse, rispose di averne persa una all'età di 42 anni con un arresto cardiocircolatorio durante la notte: si sono salutate la sera con la buonanotte e la mattina seguente l'ha trovata deceduta nel suo letto, nel sonno.

A distanza di tre anni, questo lutto non era stato ancora per niente elaborato e la signora mi ha ripetuto le parole: «Non è naturale che una madre sopravviva alla morte della propria figlia». Un'altra signora, il giorno dopo, al colloquio telefonico per una consulenza,

in quanto portatrice di una bambina con malformazioni (detta gastroschisi), sceglie di non andare avanti con la gravidanza e di non accogliere la propria bambina. Le ho fatto presente che la gastroschisi è una condizione operabile alla nascita, che si presenta quasi sempre senza malformazioni associate, che ha una bassa prevalenza di alterazioni cromosomiche e che ha un'ottima qualità di vita.

A tal proposito, le ho anche detto che una bimba, da me seguita in gravidanza 26 anni fa, operata alla nascita per gastroschisi, mi ha chiesto di seguire la sua gravidanza, esitata in un parto a termine, con buon esito per madre e figlio. Due modi di sopravvivere alla morte dei propri figli. Una maschera di dolore e sofferenza esterna nel primo caso, una sicurezza, determinata a voler sopravvivere alla morte della propria figlia, nel secondo.

Non ho la pretesa di capire e soprattutto di giudicare le scelte intime delle persone ma, a livello di consenso sociale, rilevo una forte contraddizione e aspetti di schizofrenia umana non facilmente interpretabili: infatti, ogni anno, nel mondo, 53 milioni di mamme scelgono di veder morire giornalmente migliaia di figli con l'aborto volontario.

Non voglio assolutamente affermare che chi sceglie l'aborto lo faccia con molta superficialità, assolutamente no! Quaranta anni di esperienza professionale e relazionale come ginecologo, mi hanno convinto pienamente che la scelta dell'interruzione è una tragica scelta sempre: si entra in un inferno esistenziale, in un tracciato di morte, poiché nell'aborto volontario muore, quasi sempre, anche la madre (sul piano psicologico interiore), muore la coppia (sul piano relazionale), muore la famiglia (sul piano delle progettualità e della speranza).

Tutte queste affermazioni non sono espressioni di una convinzione ideologica o confessionale, ma sono la sintesi di centinaia di lavori di letteratura inerenti il danno psicologico e le conseguenze sulla salute mentale delle donne. Se non bastasse la certificazione

della scienza, esiste la certificazione **mia**: in tutto ciò che ho incontrato sull'esperienza professionale, in tanti anni, posso testimoniare che è un universo di lacrime e pentimenti, sconvolgimenti familiari e separazioni, dolori inguaribili e rinascite delle donne, delle coppie, delle famiglie. In più di 400 casi di coppie con abortività spontanea (da due a sei volte), ho raccolto sofferenze fisiche e psicologiche che, dalla loro evidenza e spessore umano e relazionale, mi hanno convinto che la separazione dal figlio è un evento devastante.

«Professore, a chi lo devo dire che, pur avendo perso un bambino a 8 settimane, di pochi millimetri, in questi mesi io ho sofferto e soffro come se avessi perso un figlio di 170 cm e 70 kg.?». La risposta che do a queste donne è questa: «Lo dica a me, signora: sono perfettamente convinto che la perdita di un figlio non è proporzionale ai grammi o ai centimetri, ma enormemente più grande perché è legata alla perdita della sua presenza». Ecco perché la scelta tragica dell'aborto volontario si traduce in un inferno esistenziale e in una morte cronica della speranza: oltre al bambino muore anche la coscienza della madre, muore la coppia, muore la famiglia.

Infatti, questa tragica scelta viene certificata soprattutto, e anche, dalle affermazioni testimoniali delle donne, su un vissuto di sofferenza psicologica e interiore difficilmente cancellabile. Qualcuno ha scritto: «Quando i bambini vanno via rimane sempre un vuoto... perché anche se sono dentro di te da pochissimo tempo, hai già fatto loro un po' di spazio... magari ancora piccolo e indefinito, magari già grande e ben segnato, ma difficilmente inesistente».

Sul piano storico-politico, le legislazioni nel mondo hanno aperto all'aborto volontario come scelta di autodeterminazione, silenziando però le morti dell'anima di queste donne che sono, come i loro figli, vittime di pressioni sociali, familiari, ambientali e culturali. Questo perché viene socialmente accettato che ci si possa autodeterminare impedendo di vivere la propria vita a una figura de-

bole e indifesa e, soprattutto, carne della propria carne e sangue del proprio sangue: il figlio. Mi è sempre risultato difficile capire come ci si possa autodeterminare togliendo la vita ad un'altra persona: è il concetto stesso di libertà di scelta attuato in queste modalità che non riesco proprio a capire. La stessa frase di Kant, «la mia libertà finisce dove inizia la tua», è praticamente inattuabile se, togliendo la vita ad un'altra persona, le impedisco di attuare la propria libertà. La mia libertà equivale alla mia vita.

L'aborto volontario per motivi eugenetici (in caso di malformazione del proprio bambino) è una tragedia nella tragedia: le scelte tragiche di **pensare di eliminare la sofferenza eliminando il sofferente** quando il figlio è malformato oppure di eliminarlo comunque per delle anomalie, pescano in un abisso non solo di paura ma di fretta e di ignoranza poiché molte condizioni di anomalie congenite possono avere storie naturali positive o possono essere curate sia prima che dopo la nascita.

Ma chi sono questi bambini contro cui si accanisce il male ancor prima di nascere? Come mai questo accanimento verso «i più poveri tra i poveri» (Madre Teresa)? Io mi sono permesso di aggiungere vicino alla frase di questo gigante di santità: «Se poi c'è una malformazione, il bambino è ancora più povero, e se la malformazione ha caratteristiche di incompatibilità con la vita extrauterina, è il massimo della povertà». Tuttavia, al massimo della povertà, Madre Teresa ha risposto con il massimo dell'accoglienza e dell'amore.

E con quali occhi li vede la scienza prenatale? Anche chi non è credente e sviluppa con onestà intellettuale l'evidenza della scienza non può far finta di non vedere che tantissimi studi hanno certificato che l'individuo umano, la persona umana è tale sin dai primi istanti dopo il concepimento. I più grandi embriologi e studiosi della procreazione hanno affermato che: «Ognuno di noi ha inizia-

to la propria vita in un unico zigote monocellulare». ¹ **L'embrione è un protagonista sul piano biologico e sul piano relazionale** con la madre: sceglie insieme alla madre dove impiantarsi, collabora insieme alla madre per formare la placenta ottimale per la sua crescita, riceve dalla madre ossigeno e nutrizionali ma invia alla madre cellule staminali guaritrici delle patologie materne (il figlio diventa medico della madre).

Oggi, la simbiosi materno fetale si può cercare di silenziarla, ma la scienza onesta la riconosce come un rapporto relazionale che non fonda solo una buona evoluzione della gravidanza fino alla nascita, ma che fonda anche lo sviluppo nell'infanzia, nell'adolescenza e nella vita adulta: dal rapporto dialogico dei primi 8 giorni (dal concepimento all'impianto) dipende tutto il destino e il futuro del nuovo essere umano. Il tentativo di silenziare i primi 8 giorni dal concepimento all'impianto è una manipolazione maldestra e pretestuosa di sdoganare eticamente diverse forme di distruzione dell'embrione: la pillola del giorno dopo, la pillola dei 5 giorni dopo, la diagnosi preimpianto, l'uso di cellule staminali embrionali prelevate dall'embrioblasto e le altre forme di manipolazione degli embrioni che sono ormai comuni per la fecondazione artificiale o ai fini della ricerca.

Tuttavia, questo maldestro tentativo di manipolazione scientifica e culturale, vorrebbe togliere, o meglio, silenziare, tutta la relazionalità madre-bambino che avviene negli 8 giorni prima dell'impianto, relazionalità sia di tipo biologico sensoriale che di tipo psichico-interiore. Qualcuno si può illudere di interrompere la percezione biologica ma non è possibile eliminare ciò che psichica-

¹ E. Marshall Johnson, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania, USA; TVN Persaud, Università di Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; Joe Leigh Simpson, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA; Gerald C. Goeringer, Università di Georgetown, Washington DC, USA; Keith L. Moore, Clinically Oriented Anatomy and The Developing Human, Toronto University.

mente la madre percepisce della presenza del proprio figlio né è possibile anticipare questa percezione poiché la dignità umana che viene caratterizzata ed è conseguenza di questa relazione, non dipende dalle dimensioni, dalle capacità intellettive, cognitive e affettive ma è ontologicamente intrinseca all'atto del concepimento.

Alcuni anni fa, nell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma, ci fu un incidente che causò la distruzione di centinaia di embrioni congelati. Il grido delle mamme, sui giornali, era: «Hanno distrutto i nostri figli». Eppure, erano embrioni che loro non avevano neppure visto. Ecco perché tutta questa relazionalità simbiotica tra l'embrione e la madre viene distrutta e disintegrata dalla scelta abortiva.

E che cosa dire dell'**azione devastante dell'aborto farmacologico**? La banalizzazione dell'assunzione di una pillola è talmente evidente che non corrisponde per niente a tutto questo mondo di relazioni che abbiamo evidenziato, perché l'aborto farmacologico, nella sua apparente banalizzazione nell'assumere una pillola, cerca di silenziare la verità scientifica di questa relazione biologica, immunologica, ormonale e psicodinamica, che sin dal primo istante del concepimento si crea tra il figlio e la madre. «Perciò, la scelta di abortire con la Ru486 non può essere indolore: sul piano fisico, essa comporta contrazioni dolorosissime; sul piano psichico genera un'iper-responsabilizzazione della donna, perché è lei che deve assumere la pillola, è lei che deve farsi protagonista e spettatrice dell'agonia del proprio figlio e dei fenomeni emorragici che potranno durare fino a due settimane; e in un luogo qualsiasi, senza preavviso, la donna — nel 56% dei casi — può essere esposta all'esperienza devastante di vedere l'embrione espulso dal proprio corpo con tutto il sacchetto embrionale.²

Questo evento si associa con maggior frequenza a effetti psi-

² Noia G., Ru486 e il destino dell'embrione - Ru486: la verità sul «pesticida antiumano». Notizie Pro Vita & Famiglia, N. 91- Anno VIII- dic. 2020 p. 22-24; Noia G., Guardare la morte di mio figlio - Ibidem, p. 25-32.

cologici negativi come incubi, flashback, pensieri indesiderati legati all'esperienza stessa».³

Si rileva inoltre che, nonostante l'assunzione della Ru486, si possa verificare la continuazione della gravidanza. Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) inglese, nelle Abortion Care Nice Guidelines del 25 settembre 2019, spiega che tale probabilità aumenta man mano che aumenta l'epoca gestazionale. L'estensione del termine dalla 7^a alla 9^a settimana di gestazione, voluta recentemente dal Ministero della Salute, contempla proprio questo rischio. La continuazione della gravidanza dopo un aborto è doppiamente devastante sul piano psicologico e fisico, poiché la madre si trova dinanzi al problema delle possibili malformazioni fetali (rischio stimato del 23%),⁴ poiché ripetere l'aborto vuol dire utilizzare farmaci a dosaggi più elevati, con sintomi e rischi ancora più rilevanti.⁵

Un lavoro pubblicato su *Frontiers in Neuroscience* nel 2019, ha dimostrato, nell'animale sperimentale, nelle cavie, che c'è una forte evidenza che l'aborto a medio termine (equivalente umano al primo trimestre) induce cambiamenti biologici e comportamentali molto negativi e significativamente impattanti sul piano neuro-comportamentale.⁶ Anche questo aspetto ci dovrebbe far riflettere: in un animale sperimentale si dimostra la sofferenza della separazione dalla propria prole con sofferenze comportamentali di forte spessore a distanza! È indubbio che l'estrapolazione dall'animale

³ Slade P et al, A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care, *Br.J. Obstet. Gynaecol.* 1998, 105, 1288-95.

⁴ Gary M.M. et al, Analysis of Severe Adverse Events Related to the Use of mifepristone as an Abortifacient, *Annals of Pharmacotherapy* 2006, 40.

⁵ NICE (National Institute for Health and Care Excellence), Improving health and social care through evidence-based guidance, www.nice.org.uk/guidance/ng140/chapter/Recommendations.

⁶ Camilleri C. et al, Biological, Behavioral and Physiological Consequences of Drug-Induced Pregnancy Termination at First-Trimester Human Equivalent in an Animal Model, *Frontiers in Neuroscience*, 29 May 2019.

all'uomo debba non essere possibile tout court, ma questo dato ci proietta in un piano di discernimento molto particolare: gli animali hanno conseguenze comportamentali e scientificamente evidenzabili legate alla perdita dei «propri figli». E perché questo concetto, di conseguenza, sulla salute mentale nella specie umana, viene spesso negato? Dobbiamo forse ipotizzare che il legame relazionale madre-figlio negli animali sia più profondo e autentico che nella specie umana?

Per quanto riguarda le complicazioni emorragiche che necessitano di trasfusioni, delle infezioni con complicanze dello shock settico e degli interventi chirurgici di emergenza, se ne parla in maniera ben precisa nello studio di Gary M.M. et al. In questo, studio relativo a 607 casi di assunzione di mifepristone, sono stati evidenziati 237 (pari a 23.7%) casi di emorragia che in 68 pazienti (28.7%) ha necessitato di una trasfusione (28.7%). Si sono verificati 68 casi di infezione (28%) di cui 7 con shock settico (10.6%) e di questi 7 shock settici, 3 casi sono stati fatali (42,8%). Gli interventi chirurgici di emergenza sono stati 235 su 513 (45.8%) e c'è stata la necessità di completare l'aborto chirurgicamente nel 10% dei casi⁷. Inoltre, sono state riportate reazioni allergiche e complicazioni cardiovascolari.⁸

Una riflessione particolare riguarda le conseguenze sanitarie della diffusione dell'aborto «fai-da-te» e i tassi anomali di revisioni uterine in donne giovani.

Prima della legge 194 un significativo indicatore di abortività volontaria poteva desumersi dai dati relativi all'aborto spontaneo, supponendosi che - nei casi di complicazioni derivate da aborto

⁷ Gary M.M. et al. Analysis of Severe Adverse Events Related to the Use of mifepristone as an Abortifacient, *Annals of Pharmacotherapy* 2006, 40.

⁸ Avrech O et al, mifepristone (RU-486) alone or in combination with a prostaglandin analogue for termination of early pregnancy: a review, *Fertil. Steril.* 1991; 56:385-393; Yan Zou et al, Side effect of mifepristone in combination with misoprostol for medical abortion, 2004 gennaio; 39 (1): 39-42)

volontario che costringessero al ricovero ospedaliero - la donna dichiarasse la spontaneità dell'interruzione della gravidanza al fine di evitare le conseguenze di carattere penale.

L'Italia è uno dei pochi Paesi dove, con un'indagine annuale dell'Istat, viene sistematicamente rilevato il numero degli aborti spontanei, sebbene con riferimento ai soli aborti che hanno dato luogo ad un ricovero ospedaliero. Nel 2008 i dati Istat registravano 76.799 aborti spontanei (circa 74.000 nel 2012, 61.580 nel 2016) ossia il 10-11% (tasso di abortività spontanea) del totale delle gravidanze (inteso come somma dei nati, degli aborti spontanei e degli aborti procurati). Tale dato è cresciuto del 22% rispetto al 1994 e del 35% rispetto al 1985, con punte del 67% tra le giovanissime (15-19 anni). Per le donne straniere la percentuale è aumentata dal 5% (1998) a oltre il 17% (2008).

Questo incremento è sorprendente se consideriamo l'aumentata attenzione delle donne verso la gravidanza, oggi sempre più medicalizzata e monitorizzata con mezzi tecnici sempre più efficaci a prevenire ed evitare aborti spontanei.

Tale aumento complessivo non trova sufficiente spiegazione sia considerando l'aumento negli ultimi anni (pari a circa il 20%) di donne tra i 35 e 44 anni che affrontano una gravidanza (a questa età il rischio di aborto spontaneo è più elevato), sia considerando le variazioni nei comportamenti delle donne e le mutate condizioni ambientali (fumo di sigaretta, consumo di alcol, esposizione a certe sostanze tossiche): pur rappresentando fattori di rischio, oggi non è stata raggiunta una posizione definitiva sulla loro importanza.

Per questi motivi è **altamente probabile che l'incremento degli aborti spontanei sia anche da attribuire ad aborti chimici clandestini**, quantificabili nella misura di un terzo (dato quanto mai preoccupante).

L'uso improprio del Cytotec (già inserito nei protocolli di IVG farmacologica in associazione al mifepristone, ma capace di indur-

re l'aborto anche da solo) è ormai ampiamente dimostrato dall'aumento esponenziale di casi di emorragie da «aborto spontaneo» che si registrano nei ricoveri di urgenza al pronto soccorso.⁹

Infine, ritornando agli esiti fatali dell'aborto farmacologico, la FDA degli Stati Uniti ha riportato, al 31/12/2018, 24 morti e 97 gravidanze ectopiche. Le morti erano associate a sepsi in 7 dei 28 decessi pari al 29% (risultati positivi per clostridium Sordellii e 1 caso per clostridium perfringens) ed era stato usato misoprostolo per uso vaginale. Per di più, sono stati segnalati altri 11 decessi in donne di diversi Paesi: in 2 casi pari al 18.18% la sepsi era dovuta al clostridium Sordelli. È assurdo che di questi decessi si debba ragionare solo se e quando le denunce dei familiari delle vittime finiscono sulla stampa. L'omertà istituzionale non consente, né all'estero, né tantomeno in Italia, un adeguato servizio di farmacovigilanza volto a tutelare nel concreto la salute delle donne.

Questo contributo di Lorenza Perfori, è veramente dalla parte delle donne perché ci aiuta a non silenziare la loro sofferenza. Esso è un prezioso tentativo di far conoscere, con grande onestà, i dati della letteratura più recente e meno recente, al fine di superare le diatribe sterili e mistificatorie, appesantite dallo spessore ideologico. Credo che l'unico scopo di questo contributo, invece, sia quello di **provocare riflessioni e quindi consapevolezza.**

Quando ci si sforza di creare consapevolezza, si fa un grande servizio alla verità scientifica e alla verità umana. Infatti, si attua una metodologia di discernimento trasparente attraverso un'informazione corretta, scientificamente rigorosa, esaustiva per tutti gli aspetti che possano aiutare la donna, la coppia, nella consapevolezza.

Se, però questa informazione viene declinata nella fretta, nella incompletezza dei dati, come metodologia manipolatoria della co-

⁹ Osservatorio Permanente sull'Aborto - AA.VV., I costi di applicazione della legge 194/1978 - 2020.

scienza, allora si fa una delittuosa azione distruttrice del presente e del futuro procreativo delle donne.

Rubare cose materiali è sempre un'azione riprovevole ma rubare la verità e la completezza dell'informazione, e quindi della consapevolezza della scienza, è come derubare l'anima e il futuro procreativo delle donne e questo, sì, è il vero delitto contro l'umanità, tutta l'umanità.

Prof. Giuseppe Noia

Docente di Medicina dell'Età Prenatale

Università Cattolica del Sacro Cuore

Direttore Hospice Perinatale Policlinico Gemelli

Presidente Fondazione Il Cuore in una Goccia ETS

Direttivo del Comitato Scientifico di Pro Vita & Famiglia

Premessa

La tutela della salute, e in particolare quella delle donne, è universalmente proclamata da organismi e istituzioni nazionali e internazionali come una delle preoccupazioni più assillanti per le politiche socio-sanitarie dei Paesi moderni.

Questo prezioso libretto ha proprio l'intento di contribuire allo scopo.

Siamo donne, **abbiamo a cuore le donne, il loro benessere psico fisico e la loro «salute sessuale e riproduttiva»**, come si dice oggi. L'altissima rilevanza del ruolo sociale della maternità, infatti, è - o dovrebbe essere - scontata.

Riteniamo quindi essenziale questo contributo scientifico, oggettivo e documentato, offerto agli operatori sanitari, alla società tutta: serve a sollevare la spessa coltre di silenzio che è stata da decenni stesa da una certa cultura costruita su pregiudizi ideologici e vere e proprie falsità. Chi è interessato davvero alla tutela della salute delle donne, non può prescindere invece dal confronto con dati reali e oggettivi. Solo il confronto con la realtà può condurre la ricerca della verità che serve **a garantire un'autentica libertà nella scelta**: per ogni operatore sanitario, per ogni donna.

Francesca Romana Poleggi e Maria Rachele Ruii
Direttivo Pro Vita & Famiglia

Introduzione

Il tanto propagandato «aborto sicuro», cioè eseguito in una struttura ospedaliera da personale qualificato senza che si verifichino conseguenze per la salute della donna, nella realtà non esiste. Interrompere una gravidanza con l'aborto non è, infatti, un intervento medico qualsiasi. Dal punto di vista fisico l'aborto dà un brusco contordine al corpo della donna mediante il blocco di un processo naturale complesso, provocando - meccanicamente (aborto chirurgico) o chimicamente (aborto chimico o farmacologico: Ru486) - un trauma foriero di complicanze e rischi per la salute fisica sia nell'immediato che in futuro. Associate all'aborto vi sono anche numerose conseguenze sulla salute psichica dovute al fatto che la donna è ben consapevole di non aver curato alcuna malattia con l'aborto a cui si è sottoposta, come se avesse aspirato una semplice cisti o tolto un tumore. La donna sa che quello che è stato eliminato era un bambino, suo figlio, e questo fatto lascerà segni nella sua esistenza e sulla sua salute.

In questo lavoro elenco le conseguenze sulla salute fisica e psichica provocate dall'aborto indotto, così come risultano dall'ormai vastissima letteratura scientifica realizzata in questo campo. Le integrerò con le informazioni risultanti in uno studio del 2017 inti-

tolato *Abortion and Women's Health*¹⁰ - coordinato dal dottor Greg Pike, fondatore e direttore del Centro per la Bioetica e la Cultura di Adelaide (Australia) - che ben si coniuga con questa pubblicazione in quanto trattasi di una revisione sintetica condotta su 240 studi scientifici che hanno preso in esame gli effetti fisici e psichici correlati all'aborto indotto. Lo studio è stato realizzato con l'obiettivo di fornire ogni informazione utile, chiara e completa alle donne che chiedono di abortire ed è in particolare indirizzato agli operatori sanitari, i quali sono invitati a utilizzare le evidenze in esso contenute in combinazione con la scheda informativa per la paziente.

Questo lavoro, oltre a riportare dati e studi più recenti, comprenderà anche un campione di studi scientifici presenti nell'imponente lavoro dell'Istituto di ricerca canadese The deVeber Institute for Bioethics and Social Research (d'ora in poi deVeber): un libro di 400 pagine intitolato «Complications: Abortion's Impact on Women»¹¹ che esamina oltre 650 studi, libri e documenti ufficiali che analizzano gli effetti psicofisici dell'aborto a livello mondiale. Il libro, interamente basato sulle evidenze scientifiche, è stato concepito come una risorsa informativa autorevole rivolta all'ambito medico, psicologico e giuridico, ed è destinato agli operatori sanitari e ai terapeuti, nonché a tutte quelle donne che stanno prendendo in considerazione l'aborto, o stanno affrontando una gravidanza difficile, o stanno patendo gli effetti negativi dell'aborto.

¹⁰ Greg Pike, «Abortion and Women's Health. An evidence-based review for medical professionals of the impact of abortion on women's physical and mental health», published by Society for the Protection of Unborn Children, United Kingdom, 2017.

¹¹ Lanfranchi A, Gentles I, Ring-Cassidy E; «Complications: Abortion's Impact on Women», The deVeber Institute for Bioethics and Social Research, 8 novembre 2013, <http://www.deveber.org/complications/>.

1 - CONSEGUENZE SULLA SALUTE FISICA COMUNI ALL'ABORTO CHIRURGICO E FARMACOLOGICO

1.1 - Infezioni pelviche o genitali

Infezioni sono associate sia all'aborto chirurgico che a quello farmacologico. Possono essere provocate dagli attrezzi chirurgici utilizzati per l'aborto, ma anche da «residui di materiale abortivo» come parti del bambino o della placenta rimasti in utero (aborto incompleto). Le infezioni pelviche e genitali sono particolarmente frequenti nell'aborto farmacologico, sia perché con questo metodo l'aborto incompleto è molto più frequente rispetto alla procedura chirurgica, sia per l'effetto peculiare dei farmaci abortivi. I ricercatori hanno infatti scoperto che «la Ru486 ha un effetto immunosoppressore in quanto aumenta la produzione di cortisolo», un ormone che indebolisce il sistema immunitario impedendogli di combattere le aggressioni batteriche. Questo spiega perché «uno degli effetti più comuni della Ru486 siano le infezioni pelviche o genitali, come la clamidiosi e la gonorrea».¹²

Lo studio di Mulligan e Messenger,¹³ che ha confrontato le complicazioni tra metodo chirurgico e farmacologico, conferma la maggiore pericolosità del secondo, poiché ha scoperto che il ricovero a causa di sepsi sistemica, quindi a seguito di una infezione grave e potenzialmente letale, era di 1 su 1.500 nell'aborto chirurgico, contro 1 su 480 nell'aborto chimico.

Nell'ultimo rapporto dell'Agenzia Americana del Farmaco (FDA), sugli eventi avversi correlati al solo aborto farmacologico

¹² V. Baldini - G.M. Carbone, *Pillole che uccidono. Quello che nessuno ti dice sulla contraccezione*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna, 2006, p. 105.

¹³ Mulligan Ea, Messenger H; *Mifepristone in South Australia*, May 2011, *Australian Family Physician*, Vol. 40, No. 5.

per il periodo 28 settembre 2000 - 30 giugno 2021, sono riportati 413 casi di infezione, di cui 70 severi.¹⁴

A propria volta, le infezioni possono provocare febbre persistente tale da richiedere un ricovero ospedaliero e, nei casi più gravi (setticemia o sepsi), anche la morte. Nel lungo periodo, le infezioni pelviche e genitali sono associate a compromissione della capacità riproduttiva (subfertilità e infertilità), a dolore addominale cronico, dispareunia (rapporti sessuali dolorosi), ma anche a gravidanze ectopiche, aborti spontanei e parti prematuri in successive gravidanze.

Per quanto riguarda la loro incidenza, nel Protocollo IVG¹⁵ del 4 marzo 2019, la ASL di Latina riporta per le infezioni genitali e pelviche un'incidenza del 10%, mentre il Centro di documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva (Saperidoc) del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna scrive che «in letteratura l'incidenza di infezioni pelviche dopo l'aborto varia tra 4,8 e 22,6%»,¹⁶ confermando che «la morbilità a breve termine e le sequele a lungo termine associate all'infezione possono essere il dolore pelvico cronico, la dispareunia, l'infertilità, le gravidanze ectopiche».

Questi dati mettono chiaramente in risalto, come ho spiegato qui,¹⁷ la forte sottostima delle complicazioni presente nelle relazioni annuali italiane sull'attuazione della legge 194/78, ovvero in quelle relazioni che dovrebbero riportare ogni anno in maniera precisa e

¹⁴ FDA, Federal Agency Drug Administration, mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 06/30/2021, RCM # 2007-525, NDA 020687, ANDA 091178, <https://www.fda.gov/media/154941/download>.

¹⁵ SSR - ASL di Latina, Protocollo Assistenziale IVG, Regione Lazio, 4 marzo 2019, p. 11, <https://www.ausl.latina.it/attachments/category/80/Protocollo%20IVG.pdf>.

¹⁶ SSR - Emilia-Romagna, Saperidoc - Centro di documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva, Le procedure sanitarie per IVG, <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/278>.

¹⁷ Lorenza Perfori, Relazione sull'attuazione della 194 e complicità dell'aborto: non ci siamo, Osservatorio Internazionale Card. Van Thuân, 5 agosto 2020, <https://www.vanthuanobservatory.org/ita/relazione-sullattuazione-della-194-e-complicita-del-labortonon-ci-siamo-di-lorenza-perfori/>.

rigorosa tutti i dati relativi agli aborti indotti e alle loro complicazioni. Ebbene, nell'ultima relazione¹⁸ pubblicata, relativa all'anno 2019, il Ministro della salute riporta solo 20 casi di infezione, pari allo 0,3 per 1.000 degli aborti complessivi. Come si può facilmente osservare, si tratta di un'incidenza inverosimile e assolutamente lontana da quanto riportato dagli stessi succitati protocolli IVG di Lazio e Emilia Romagna, che rimandano esplicitamente alla letteratura scientifica e che non si possono di certo ritenere influenzati dal pensiero pro life.

Quanto alla relazione relativa ai dati del 2019 e alle proiezioni del 2020, i ginecologi dell'AIGOC la considerano forse la peggiore di tutte le altre precedenti per l'incompletezza dei dati, moltissimi non rilevati, di più che negli anni precedenti, soprattutto in relazione alle complicazioni immediate (più di 4.000); si continuano a ignorare le complicanze a medio e lungo termine; ci sono palesi contraddizioni tra i dati riportati in tabella e quello che è stato scritto nel testo della relazione stessa; il ricorso alla procedura d'urgenza appare in notevole, costante ed inspiegabile aumento. Nel 2019 sono state applicate le procedure d'urgenza nel 23,5% delle IVG e per il 6,8% il dato non è stato rilevato. Per approfondire nel dettaglio la questione, si veda il Comunicato stampa n. 5 del 22 settembre 2021 sul sito dell'AIGOC.

1.2 - Emorragie

Emorragie lievi sono normali dopo un aborto, ma in determinate circostanze possono diventare massive e potenzialmente letali,

¹⁸ Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della Legge 194/78 contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza - dati definitivi 2019 e dati preliminari 2020, trasmessa al Parlamento il 30 luglio 2021, data di pubblicazione: 16 settembre 2021, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3103_allegato.pdf.

comportando la necessità di trasfusioni di sangue, un intervento chirurgico d'emergenza per arrestare il sanguinamento, o perfino l'asportazione dell'utero (isterectomia). Nell'ambito del metodo chirurgico, le emorragie possono essere provocate da lacerazioni a livello della cervice uterina o dell'utero durante la manovra chirurgica, o da perforazioni uterine e altre lesioni agli organi interni. Nell'aborto farmacologico sono insite nel metodo abortivo in sé, il quale, rispetto al metodo chirurgico, comporta un flusso emorragico maggiore sia in quantità che in durata, ma possono anche essere dovute a residui rimasti in utero.

Entrambe le procedure presentano pertanto il rischio di emorragia, tuttavia - come mostrano gli studi che hanno confrontato questa complicazione tra i due metodi - con l'aborto chimico tale rischio è molto più elevato.

Nello studio di Niinimäki et al.¹⁹ il rischio di emorragia nell'aborto farmacologico era 8 volte più elevato rispetto al chirurgico (15,6% contro 2,1%).

Analogamente, Mulligan e Messenger²⁰ inseriscono le emorragie (maggiori di 1.000 ml con o senza trasfusione) tra le complicazioni gravi più frequenti dell'aborto indotto, specificando che esse erano pari a 1 caso su 3.000 negli aborti chirurgici contro 1 su 200 negli aborti farmacologici.

Nel suo ultimo rapporto, la FDA riporta²¹ tra gli eventi avversi ufficialmente segnalati per il solo aborto chimico 603 casi di emorragia che hanno richiesto trasfusioni di sangue. Mentre il nostro Ministero della salute²² riporta per l'anno 2019 comples-

¹⁹ Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O; Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy, *Obstetrics and Gynecology*, Oct. 2009, 114(4):795-804.

²⁰ Mulligan Ea, Messenger H, *ibid*.

²¹ Fda, *ibid*.

²² Ministero della Salute, dati definitivi 2019, *ibid*, Tabella 27 - IVG e complicanze, 2019.

sivamente 187 casi di emorragia, quantificandone l'incidenza al 2,7 per 1.000.

1.3 - Fallimento dell'aborto

L'aborto (chirurgico e chimico) si considera riuscito quando termina con un'espulsione completa senza necessità di interventi successivi, mentre si ritiene fallito quando richiede ulteriori interventi per essere completato. Quindi, l'aborto è considerato fallito quando dopo la procedura risulta che la gravidanza è ancora in corso (aborto mancato: l'aborto deve essere ripetuto), o risultano ancora dei residui in utero (aborto incompleto: l'utero deve essere pulito), o insorge una grave emorragia (cauterizzazione chirurgica o, nei casi più gravi, isterectomia). L'aborto chimico si ritiene inoltre fallito quando la donna, pur avendolo iniziato, non si sente di portarlo a termine e chiede la procedura chirurgica. Pur essendo una complicazione comune a entrambe le procedure, anche in questo caso si tratta di un evento avverso significativamente più frequente con il metodo farmacologico.

Jensen et al.²³ hanno rilevato che il fallimento dell'aborto, e quindi la necessità per le donne di sottoporsi a un successivo intervento di aspirazione/raschiamento non previsto, riguardava il 18,3% delle pazienti mediche contro il 4,7% delle pazienti chirurgiche.

Nello studio di Niinimäki et al.²⁴ il rischio di aborto incompleto con il metodo chimico era 5 volte più elevato rispetto al chirurgico (6,7% contro 1,6%); così come era 3,5 volte più elevato nel metodo farmacologico il rischio di una nuova evacuazione chirurgica (5,9% contro 1,8%).

²³ Jensen J, Astley S, Morgan E, Nichols M; Outcomes of Suction Curettage and mifepristone Abortion in the United States. A prospective comparison study, *Contraception*, 1999; 59(3): pp. 153-9.

²⁴ Niinimäki et al. *ibid.*

Mulligan e Messenger²⁵ osservano che la probabilità di ricovero in ospedale per un problema legato all'aborto, principalmente per residui rimasti in utero, era dello 0,4% nell'aborto chirurgico contro il 5,7% dell'aborto chimico. Le donne del gruppo farmacologico avevano inoltre una probabilità significativamente più elevata di subire un successivo intervento chirurgico di dilatazione e raschiamento, rispetto alle donne del gruppo chirurgico (5,6% contro 0,2%). Infine, la gravidanza ancora in corso era pari a 1 su 850 nell'aborto chirurgico contro 1 su 750 nel metodo chimico.

Child et al.²⁶ hanno rilevato che le donne sottoposte ad aborto chimico avevano una probabilità significativamente maggiore di essere sottoposte a una procedura successiva rispetto alle donne del gruppo chirurgico (9,8% contro 5,5%), inoltre il rischio di gravidanza ancora in corso nelle donne del gruppo farmacologico era il doppio rispetto al gruppo chirurgico.

Una revisione sistematica di Raymond et al.,²⁷ condotta sull'aborto chimico nel primo trimestre, ha rilevato che il tasso di fallimento del metodo era pari al 4,8% e il tasso di gravidanza ancora in corso era dell'1,1%. Uno studio del 2016 di Huber et al.²⁸ ha scoperto che nell'aborto chimico «l'evacuazione chirurgica è ancora necessaria per il 2-8% delle donne». Lo studio di von Hertzen et

²⁵ Mulligan Ea, Messenger H, ibid.

²⁶ Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ; A comparative study of surgical and medical procedures: 932 pregnancy terminations up to 63 days gestation, *Human Reproduction*, 2001; 16(1): pp. 67-71.

²⁷ Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B; First-trimester medical abortion with mifepristone 200mg and misoprostol: a systematic review, *Contraception*, 2013 Jan;87(1):26-37.

²⁸ Huber D, Curtis C, Irani L, Pappa S, Arrington L; Postabortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components, *Global Health: Science and Practice*, 2016 Sep 28; 4(3): 481-494.

al.²⁹ mostra che l'aborto incompleto con la pillola abortiva entro 9 settimane di gestazione va dal 5,8% al 9,5%.

La ASL di Latina³⁰ stima in generale il fallimento dell'aborto al 2,3%. Nella relazione sulla 194 sono riportati in totale 592 casi di aborti mancati/incompleti pari allo «0,7% di tutte le IVG»,³¹ perciò - come si può nuovamente constatare - siamo ancora una volta di fronte a un'incidenza fortemente sottostimata rispetto a quanto evidenziato in letteratura.³²

La stessa relazione ministeriale relativa al 2019 a p. 53, dice: «Nel 2019, utilizzando i dati Istat, è stato possibile rivalutare l'entità delle complicanze in caso di utilizzo del mifepristone + prostaglandine. Nel 94,5% dei casi non sono state riportate complicanze immediate (percentuale simili a quella del 2018 e del 2010-11) sia nel 2019 che nel 2018 solo nel 2,4% dei casi è stato necessario ricorrere all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina per terminare l'intervento...».

Ciò vuol dire che 979 (il 5,5%) donne hanno lamentato complicanze immediate. Le complicanze non immediate si ignorano. Inoltre, le donne che - secondo la relazione - sono tornate in ospedale per completare l'aborto sono state 428. Quindi, **la Ru486, in un anno, ha danneggiato la salute di almeno 1.407 donne.** Pare che questo poco importi: la relazione sottolinea che è diminuito il numero di aborti incompleti.

²⁹ von Hertzen H et al., Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial, BJOG, 2010 Sep;117(10):1186-96.

³⁰ SSR - ASL di Latina, ibid, p. 11.

³¹ Ministero della Salute, dati definitivi 2019, ibid, p. 55.

³² Lorenza Perfori, art. cit.

1.4 - Ulteriori dati e informazioni sugli eventi avversi

Dagli studi sopracitati e da ulteriori studi più recenti, che hanno confrontato le complicazioni tra aborto chimico e chirurgico, si possono reperire ulteriori dati e informazioni sugli eventi avversi correlati a entrambe le procedure abortive. Questi elementi aggiuntivi non fanno altro che confermare la maggiore incidenza di complicazioni immediate del metodo chimico rispetto al chirurgico, e quindi la maggiore pericolosità del primo rispetto al secondo, con buona pace della narrazione pro-aborto che continua caparbiamente ad affermare il contrario.

Lo studio di Jensen et al.³³ è stato condotto su 377 donne americane, con gravidanze di 63 giorni o meno, delle quali 178 sottoposte ad aborto chimico e 199 ad aborto chirurgico (aspirazione e raschiamento). I ricercatori hanno rilevato che, tra le donne del gruppo chimico che hanno avuto bisogno di un successivo raschiamento, 4 lo hanno dovuto fare a causa di una grave emorragia, 9 per risolvere la gravidanza ancora in corso e 5 a causa dell'aborto incompleto. Un successivo raschiamento non previsto, dovuto a un sanguinamento persistente, ha interessato 14 donne del gruppo chimico contro 8 del chirurgico. Inoltre, i tempi tra l'aborto e il raschiamento sono risultati significativamente più lunghi tra le donne dell'aborto chimico (35 giorni contro 8).

I ricercatori scrivono che le donne che hanno usato la pillola abortiva hanno avuto un sanguinamento significativamente più prolungato, hanno riferito in maniera significativamente maggiore forti dolori, nausea e vomito, e sono state più propense a chiedere un intervento chirurgico non pianificato rispetto alle donne del gruppo chirurgico. In conclusione - si legge nello studio - le donne che scelgono l'aborto chimico hanno più disturbi, sanguinano più a

³³ Jensen et al., *ibid.*

lungo e rimangono a rischio per diverse settimane di un successivo completamento chirurgico dell'aborto.

Lo studio di Child et al.³⁴ è stato condotto su 932 donne inglesi, con gravidanze di 63 giorni o meno, che avevano abortito all'Ospedale John Radcliffe di Oxford in un periodo di 12 mesi, 533 (57,2%) delle quali hanno scelto la procedura farmacologica e 399 (42,8%) la chirurgica mediante aspirazione. I ricercatori hanno rilevato che il tasso di ritorno in ospedale (controlli programmati e d'emergenza) era significativamente più elevato dopo l'aborto chimico rispetto al chirurgico, anche se la probabilità di presentarsi successivamente al pronto soccorso per un'emergenza aveva un tasso simile tra i due metodi (9% chimico e 8,8% chirurgico).

In particolare, per le pazienti del gruppo farmacologico i risultati mostrano quanto segue: 82 donne sono state sollecitate a tornare in clinica per una verifica a causa dell'incertezza sul completamento dell'aborto, 6 di queste non l'hanno fatto (a una è stata successivamente diagnosticata una gravidanza ancora in corso), mentre tra le 76 che sono tornate, 4 hanno riportato una gravidanza ancora in corso e 12 sono state sottoposte a evacuazione chirurgica a causa del fallimento dell'aborto. Sempre nel gruppo chimico, 48 donne (9%) si sono presentate al pronto soccorso entro le 6 settimane successive all'aborto a causa di dolori pelvici e/o emorragie (9 di esse erano già state alla visita di controllo nella clinica per il follow-up), 31 hanno dovuto subire un raschiamento a causa dell'aborto incompleto, 1 aveva una gravidanza ancora in corso e le restanti 16 sono state trattate con terapia conservativa e tranquillizzate. E ancora: 20 donne (3,8%) del gruppo farmacologico hanno avuto bisogno di un ricovero d'emergenza lo stesso giorno della somministrazione della prostaglandina, principalmente a causa di forti sanguinamenti, e 4 di esse hanno dovuto subire un'evacuazione chirurgica.

³⁴ Child et al., *ibid.*

Per quanto riguarda le donne del gruppo chirurgico, i dati mostrano che nessuna delle pazienti ha avuto bisogno di un ricovero d'emergenza il giorno dell'aborto, tuttavia 35 donne (8,8%) sono tornate in ospedale entro le 6 settimane successive: 2 avevano una gravidanza ancora in corso, 20 sono state sottoposte a raschiamento a causa dell'aborto incompleto e 13 sono state trattate con terapia conservativa.

I ricercatori concludono osservando che il metodo chimico è associato a un tasso di aborto completo inferiore rispetto al metodo chirurgico ed evidenziano l'importanza di eseguire un attento follow-up alle pazienti che si sottopongono all'aborto chimico.

Lo studio di Niinimäki et al.³⁵ ha analizzato gli eventi avversi su 22.368 donne finlandesi sottoposte ad aborto chimico e 20.251 donne sottoposte ad aborto chirurgico, fino a 63 giorni di gestazione, nel periodo 2000-2006. I ricercatori hanno rilevato per l'aborto chimico un rischio di complicanze complessivamente 4 volte più elevato rispetto all'aborto chirurgico (20% contro 5,6%) e concludono osservando che l'aborto chimico è associato a una maggiore incidenza di eventi avversi.

Mulligan e Messenger³⁶ hanno analizzato le complicazioni fisiche entro 28 giorni dagli aborti indotti (5.823 chirurgici e 947 chimici) eseguiti entro il primo trimestre, in 5 cliniche australiane nel periodo di due anni 2009-2010, confrontandole tra i due metodi e classificandole in complicazioni comuni e gravi.

Le complicazioni comuni hanno fatto registrare le seguenti incidenze: la probabilità di presentarsi al pronto soccorso con sintomi ginecologici come emorragie e/o dolori pelvici era del 2,2% per l'aborto chirurgico contro il 3,3% dell'aborto chimico; la probabilità di ricovero ospedaliero era dello 0,4% nell'aborto chirurgico contro

³⁵ Niinimäki et al., *ibid.*

³⁶ Mulligan - Messenger, *ibid.*

il 5,7% dell'aborto chimico; la probabilità di subire un successivo intervento chirurgico di dilatazione e raschiamento era dello 0,2% nell'aborto chirurgico contro il 5,6% dell'aborto chimico.

Tra le complicazioni gravi più frequenti i ricercatori segnalano le emorragie pari a 1 caso su 3.000 negli aborti chirurgici contro 1 su 200 negli aborti farmacologici; il ricovero per sepsi sistemica: 1 su 1.500 nell'aborto chirurgico contro 1 su 480 nell'aborto chimico; e la gravidanza ancora in corso pari a 1 su 850 nel chirurgico contro 1 su 750 nel farmacologico.

In conclusione, le donne che scelgono l'aborto chimico vanno incontro a una significativa maggiore incidenza di tutte le principali complicazioni, sia comuni che gravi, correlate a entrambe le procedure abortive.

Lo studio di coorte longitudinale del 2021 di Studnicki et al.³⁷ ha preso in esame 423.000 aborti indotti (chirurgici e chimici) e 121.283 visite al pronto soccorso entro 30 giorni dall'aborto, di donne americane dai 13 anni in su che avevano abortito tramite il Medicaid nel periodo di 17 anni (1999-2015). I ricercatori hanno scoperto che la frequenza delle visite al pronto soccorso dopo l'aborto chirurgico era passata da 5,3 nel 2002 a 22,0 nel 2015, pari a un incremento del 315%, mentre quella dell'aborto chimico era passata da 8,5 a 51,7, pari a un incremento del 507%. I ricercatori hanno anche scoperto che nel 2015 più del 60% delle visite al pronto soccorso dopo l'aborto chimico erano state erroneamente codificate come dovute ad aborto spontaneo. Rispetto alle donne ricorse all'aborto chirurgico, le donne che si erano sottoposte all'aborto chimico avevano un rischio più elevato del 22% di ricorrere al pronto soccorso per qualsiasi motivo e un rischio maggiore del 53% di ricorrere al pronto soccorso, entro 30 giorni dall'aborto, per motivi legati all'aborto.

³⁷ Studnicki J et al., A Longitudinal Cohort Study of Emergency Room Utilization Following mifepristone Chemical and Surgical Abortions, 1999-2015, Health Services Research and Managerial Epidemiology, 2021 Nov 9;8:23333928211053965.

Degna di nota è anche una ricerca³⁸ del 2021 sull'aborto chimico nel Regno Unito. Tramite il sistema FOI (Freedom of Information) britannico, un team di ricercatori ha chiesto ai 127 trust sanitari del Regno Unito, che possiedono strutture ospedaliere d'urgenza, di fornire i dati sul numero delle donne che si erano presentate in ciascun ospedale con residui in utero, emorragie o infezioni dopo l'aborto chimico nel periodo di 24 mesi giugno 2019-maggio 2021. La ricerca, condotta sui dati forniti da 85 trust, evidenzia che il 5,9% delle donne è stata trattata in ospedale per aborto incompleto a causa di residui rimasti in utero, il 3% delle quali ha richiesto un aborto chirurgico, e che il 2,3% delle donne è stata sottoposta a un trattamento a causa di un'emorragia. I ricercatori precisano inoltre che tali eventi avversi potrebbero essere sottostimati in quanto, come non di rado accade, vi sono donne che si presentano in ospedale dicendo che stanno avendo un aborto spontaneo, anziché rivelare di aver preso la pillola abortiva, e per il fatto che altre donne potrebbero essere tornate per i trattamenti successivi presso la clinica abortiva, anziché rivolgersi al pronto soccorso.

Significativi sono anche i dati diffusi dalle organizzazioni abortiste. Un rapporto³⁹ del 2020 della multinazionale dell'aborto Marie Stopes Australia, riporta per l'aborto chimico entro 9 settimane di gestazione un tasso complessivo di complicazioni del 6,37%, di cui quasi il 5% (4,95%) per aborti incompleti; e per l'aborto chirurgico un tasso complessivo dell'1,82% di cui lo 0,89% per aborti incompleti.

Nel suo ultimo rapporto⁴⁰ sugli eventi avversi segnalati per il solo aborto chimico, la FDA riporta in totale 4.207 eventi avversi

³⁸ FOI Investigation into Medical Abortion Treatment Failure, Percuity Limited, 27 Ottobre 2021, <https://percuity.files.wordpress.com/2021/10/foi-ma-treatment-failure-211027.pdf>.

³⁹ Marie Stopes Australia, Impact Report 2020, 0632-MSA 210419, <https://www.mariestopes.org.au/wp-content/uploads/MSA-Impact-Report-2020.pdf>.

⁴⁰ Fda, *ibid.*

vani, ai quali si aggiungono: 1.045 ricoveri in ospedale, 413 casi di infezione (di cui 70 gravi), 603 trasfusioni di sangue a causa delle emorragie, 97 casi di gravidanze ectopiche non rilevate (di cui 2 mortali) e 26 decessi.

Questi dati sono solo la punta dell'iceberg delle complicazioni correlate alla Ru486, come evidenzia l'American Association of Pro-Life Obstetricians and Gynecologists (AAPLOG), documentando⁴¹ come la FDA potrebbe essersi persa fino al 95% degli eventi avversi, indicando tra le ragioni il fatto che dal 2016 prevede che si segnalino solo i decessi e non più ogni evento avverso che si verifica con la pillola abortiva, o il fatto che più del 60% degli interventi chirurgici dovuti a complicazioni della pillola abortiva sfuggano in quanto gestiti da soggetti diversi (per es. i pronto soccorso) dalla struttura che ha praticato l'aborto.

La revisione del 2021 di Aultman et al.⁴² evidenzia le carenze presenti nelle cifre e nel suo sistema di raccolta dati. I ricercatori hanno analizzato minuziosamente gli Aer (Adverse events reports) della FDA da settembre 2000 (data di approvazione della Ru486 negli USA) a febbraio 2019, individuando sia un numero più elevato di complicazioni che maggiori dettagli rispetto a quelli forniti dalla FDA. Su 3.197 Aer individuati, ben 537 (16,8%) presentavano informazioni insufficienti per stabilire la gravità clinica dell'evento avverso, 20 erano decessi, 529 rappresentavano un pericolo per la vita, 1.957 erano gravi, 151 moderati e 3 lievi. I ricercatori hanno individuato 502 casi di infezione dei quali 9 esitati in decessi, 39 casi di sepsi, 249 severi, 132 moderati e 73 impossibili da codi-

⁴¹ AAPLOG, Committee Opinion, Number 9, October 2021, <https://aaplog.org/wp-content/uploads/2021/11/CO-9-mifepristone-Restrictions-1.pdf>.

⁴² Aultman K, Cirucci CA, Harrison DJ, Beran BD, Lockwood MD, Seiler S; Deaths and Severe Adverse Events after the use of mifepristone as an Abortifacient from September 2000 to February 2019, *Issues in Law & Medicine*, Spring 2021;36(1):3-26.

ficare. Le emorragie sono state 1.639, delle quali una mortale, 466 pericolose per la vita, 642 severe, 106 moderate e ben 424 non codificabili per mancanza di informazioni. Dai report FDA sono emersi anche 2.243 aborti chimici che hanno richiesto successivi interventi chirurgici, dei quali 2.146 interventi di dilatazione e raschiamento (897 per residui rimasti in utero e 1.058 per emorragie o probabili residui in utero), 76 laparoscopie/laparotomie, 14 interventi di altro tipo e 7 isterectomie (3 a seguito di sepsi, 2 per emorragia, 1 per gravidanza cervicale e 1 per placenta accreta). I casi di residui rimasti in utero hanno rappresentato la causa più comune di morbilità con 977 casi confermati e 1.506 probabili (la documentazione era insufficiente). Infine, la gravidanza ancora in corso ha riguardato 452 donne, delle quali 102 hanno scelto di portare avanti la gravidanza, 148 hanno abortito, una ha avuto un aborto spontaneo e per 201 l'esito è rimasto sconosciuto. I ricercatori evidenziano che a causa della carente segnalazione degli eventi avversi queste cifre rappresentano solo una frazione degli eventi avversi effettivi sperimentati dalle donne americane e concludono affermando che «il sistema Aer della FDA è inadeguato e sottostima in maniera significativa gli eventi avversi del mifepristone».

In uno studio pubblicato a dicembre 2021, anche Cirucci et al.⁴³ hanno evidenziato «discrepanze significative» nelle cifre diffuse dalla FDA. Le ricercatrici hanno confrontato le complicazioni della pillola abortiva riportate dalla FDA negli anni 2009 e 2010 con quelle riferite dalla multinazionale degli aborti americana Planned Parenthood (PP) nel medesimo periodo di tempo, individuando in quest'ultima un numero «significativamente più elevato» di complicazioni rispetto alla FDA, nonostante PP avesse eseguito solo un

⁴³ Cirucci CA, Aultman KA, Harrison DJ; 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, 2021 Dec 21;8:23333928211068919.

terzo (37%) di tutti gli aborti negli USA.

Concludo questo paragrafo con due voci provenienti dal mondo laico e certamente distanti dal pensiero prolife, che tuttavia affrontano la questione aborto senza lenti ideologiche. La prima voce è della ginecologa abortista Alessandra Kustermann che sulla rivista di chiaro stampo anticattolico *Micromega*⁴⁴ scrive che l'aborto chirurgico presenta «un rischio del 4% di complicazioni più o meno gravi, che vanno dalla necessità di ripetere l'intervento, all'emorragia, alla perforazione dell'utero, all'infezione dell'utero, che si manifesta nei giorni seguenti con febbre alta e dolori intensi. Quindi [...] permangono dei rischi che possono determinare anche conseguenze di lungo periodo per la donna: per esempio un'infezione grave o una perforazione uterina» che «può determinare una sterilità permanente». Quindi aggiunge: «Non c'è quasi nessun aborto che sia per sempre indolore», anche per le donne che «riescono a superare l'evento indenni», dal punto di vista psicologico «l'aborto può essere un fattore di rischio nel momento in cui intervengono depressioni legate al desiderio di maternità irrealizzato nel corso della vita». Inoltre, riguardo alla pillola abortiva, ammette: «Con la Ru486 c'è anche il dolore fisico, che almeno con l'aborto chirurgico non c'è».

L'altra voce è del ginecologo Severino Antinori, presidente dell'Associazione Mondiale di Medicina della Riproduzione, che sulla pillola abortiva dichiara: «Basta con questa ipocrisia. Basta con le informazioni false. Smettiamola di dire che la pillola Ru486 aumenta la libertà della donna. Aumenta soltanto la sua libertà di farsi del male. [...] Io ne avevo scritto già due anni fa, descrivendo gli effetti devastanti della Ru486, da indicibili nausee con vomito a pericolosissimi sanguinamenti, dal 30% di possibilità di dover poi ricorrere a interventi di completamento dell'aborto a un rischio di infertilità del 15%, da un'angoscia che dura cinque giorni al rischio

⁴⁴ *Micromega*, 7/2005, pp. 35-45.

di mortalità». «Gli effetti della pillola sono devastanti per la donna e raccapriccianti per quel che succede al feto. Ha presente un nodo scorsoio? L'effetto è esattamente quello di un cappio che si stringe attorno al collo di un esserino che ha già mani, gambe e braccia. Ma ci mette cinque giorni ad asfissiarlo».⁴⁵

1.5 - Mortalità

Anche per quanto riguarda la mortalità correlata all'aborto indotto, si deve registrare un'incidenza significativamente maggiore per la procedura chimica rispetto alla chirurgica.

In un articolo⁴⁶ pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, Michael Greene, professore di ostetricia, ginecologia e biologia riproduttiva alla Harvard Medical School di Boston, spiega che i dati mostrano che la mortalità per aborto con il metodo farmacologico è di 1 su 100.000, mentre la mortalità con il metodo chirurgico è di 0,1 su 100.000. Questo significa che l'aborto chimico ha una mortalità ben 10 volte superiore a quella dell'aborto chirurgico. I decessi ufficiali avvenuti successivamente nel mondo, a causa della pillola abortiva, hanno confermato questo rapporto⁴⁷.

L'AIGOC, ha calcolato il rapporto di mortalità materna (MMR) tra aborto chimico e chirurgico in Italia sulla base dei dati ufficiali diffusi dal Ministero della Salute nelle relazioni ministeriali al Parlamento sull'applicazione della legge 194/1978, individuando un indice di mortalità ancora più elevato. «Considerando la sola morte del Piemonte attribuibile all'aborto volontario farmacologi-

⁴⁵ Guido Mattioni, «Basta bugie, quel farmaco è una intollerabile tortura», *Il Giornale*, 4 aprile 2010, <https://www.ilgiornale.it/news/basta-bugie-quel-farmaco-intollerabile-tortura.html>.

⁴⁶ Michael F. Greene, *Fatal Infections Associated with mifepristone-Induced Abortion*, *The New England Journal of Medicine*, 2005 Dec 1;353(22):2317-8.

⁴⁷ Assuntina Morresi, «La Ru486 torna a uccidere. Un'altra vittima in Inghilterra», *Avvenire*, 17 ottobre 2013.

co - scrive⁴⁸ l'AIGOC - abbiamo una mortalità dello 0,78/100.000 IVG farmacologiche contro una mortalità dello 0,067/100.000 IVG chirurgiche, cioè la mortalità per aborto volontario farmacologico è 11,64 volte maggiore di quella per IVG chirurgica». Anche i dati italiani confermano, pertanto, la considerevole maggiore pericolosità del metodo chimico rispetto al chirurgico. La mortalità materna correlata all'aborto sarà approfondita in un capitolo a parte nella sezione finale del libretto.

1.6 - Le corse al pronto soccorso

È interessante notare che sia nel Regno Unito, sia negli Stati Uniti, ad una maggior diffusione dell'aborto con metodo farmacologico corrisponde un maggior numero di donne che corrono al pronto soccorso per motivi ginecologici.

Un'ulteriore «indagine FOI», sempre del 2021, condotta nel periodo 2018-2020 su 10 trust sanitari dell'Inghilterra che forniscono servizi di ambulanza, ha rilevato che le donne che avevano abortito a casa presentavano un rischio 3 volte più elevato di richiedere l'intervento di un'ambulanza per un'emergenza legata a complicazioni dell'aborto, rispetto alle donne che erano ricorse all'aborto chimico in clinica (si veda: «Emergency Ambulance Responses Three Times Higher for Pills-by-Post», 16 novembre 2021, sul percivity.blog). I dati americani, come già detto a pag. 37, confermano questa corrispondenza tra l'incremento degli aborti farmacologici e le corse al pronto soccorso in ambulanza.

Questi dati vanno a suffragare la convinzione che le conseguenze negative dell'aborto, e soprattutto dell'aborto chimico, sulla salute femminile sono sottostimate perché sotto-riportate: gli inter-

⁴⁸ AIGOC - Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, Comunicato stampa n. 6 del 10 dicembre 2020, <https://aigoc.it/wp-content/uploads/2020/12/Comunicato-stampa-6-del-10-dicembre-2020.pdf>.

venti del pronto soccorso in molti casi non vengono poi registrati come collegati ad un aborto pregresso.

2 - CONSEGUENZE DELL'ABORTO CHIRURGICO SULLA SALUTE FISICA

2.1 - Danno cervicale

La cervice uterina può essere tagliata, lacerata o indebolita durante le operazioni di dilatazione o dagli attrezzi chirurgici usati durante la procedura. Un danno alla cervice uterina o un suo indebolimento sono associati a un maggior rischio di aborto spontaneo e parto prematuro in future gravidanze. Pur essendo una complicazione peculiare del metodo chirurgico, può tuttavia interessare anche le pazienti dell'aborto chimico nei casi di fallimento del metodo visti sopra.

La ASL di Latina quantifica l'incidenza del «trauma del canale cervicale (collo uterino)» all'1%.⁴⁹ Ciò vuol dire che, nel 2019, ne hanno sofferto 732 donne.

2.2 - Perforazione e cicatrizzazione della parete uterina

Anche la parete dell'utero può essere lacerata o perforata dagli attrezzi per l'aborto chirurgico che, nei casi più gravi (emorragia massiva), potrebbe richiedere un intervento di isterectomia d'emergenza (asportazione dell'utero) con conseguente perdita definitiva della capacità procreativa. Una perforazione uterina può causare danni anche agli organi interni vicini, in particolare alla vescica e all'intestino, con ulteriori potenziali gravi conseguenze. Ma le perforazioni uterine costituiscono un problema anche per il fatto di lasciare tessuto cicatriziale nella parete dell'utero, determinando dolore pelvico, ciclo irregolare o scarso, difficoltà a concepire, sterilità, aborti spontanei e parti prematuri in successive gravidanze.

⁴⁹ SSR - ASL di Latina, *ibid*, p. 11.

In uno studio pubblicato sull'American Journal of Obstetrics and Gynecology,⁵⁰ tre noti medici abortisti riconoscono che le perforazioni uterine, durante gli aborti chirurgici di routine nel primo trimestre di gravidanza, avvengono 7 volte più spesso di quanto si ritenga. Il tasso di perforazione uterina riportato in letteratura è pari a 1,3 per 1.000, mentre dall'esecuzione degli aborti eseguiti in concomitanza di sterilizzazione mediante legatura delle tube, i dottori hanno scoperto - grazie all'uso della fotocamera per la laparoscopia - che le perforazioni uterine erano molte di più, portando il tasso effettivo di perforazione dell'utero al 19,8 per mille. I medici hanno concluso che l'incidenza delle perforazioni uterine è significativamente sottostimata e che la maggior parte delle perforazioni uterine che si verificano durante la procedura abortiva non viene individuata né trattata.

La ASL di Latina stima le «perforazione dell'utero e altre lesioni genitali» all'1-4% specificando che «nella maggior parte dei casi le lesioni sono modeste e guariscono spontaneamente o con un intervento chirurgico di lieve entità. In rari casi le lesioni possono essere talmente gravi da richiedere un intervento anche immediato con l'asportazione dell'utero».⁵¹

2.3 - Complicazioni relative all'anestesia

L'anestesia generale ha un'incidenza di complicazioni del 3%, l'anestesia locale dell'1,5%.

⁵⁰ Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS; The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1989 Aug;161(2):406-8.

⁵¹ SSR - ASL di Latina, ibid, p. 11.

3 - CONSEGUENZE DELL'ABORTO FARMACOLOGICO SULLA SALUTE FISICA

L'aborto con la Ru486 consiste nell'assunzione di due farmaci in due momenti diversi. Il primo farmaco che la donna deve assumere è il mifepristone, uno steroide sintetico che agisce bloccando i recettori del progesterone, causando così la morte del figlio in grembo per mancanza di nutrimento. L'aborto vero e proprio inizia due giorni dopo con la somministrazione del secondo farmaco, il misoprostol, una prostaglandina che, rilassando il collo dell'utero e inducendo le contrazioni, provoca l'espulsione del bambino morto e degli annessi.

3.1 - Effetti collaterali della prostaglandina

Dopo aver assunto la prostaglandina, la donna resta in attesa che inizi la fase espulsiva, comincerà quindi ad avvertire una serie di sintomi, come dolori addominali, nausea, mal di testa, vomito, diarrea, vertigini, affaticamento generale, mal di schiena; e in misura minore brividi, eruzioni cutanee, perdita di coscienza, variazioni nella pressione del sangue, febbre. Sono tutte condizioni temporaneamente invalidanti e per mitigarle è necessario intervenire con ulteriori farmaci.

Per quanto riguarda l'incidenza degli effetti collaterali più significativi, la ASL di Latina riporta⁵² che il «mal di testa si può verificare nel 2-30% dei casi», la «nausea nel 40-60% dei casi», il «vomito nel 20% dei casi», la «diarrea, che però è transitoria, nel 10-20% dei casi» e lo «stato di debolezza nel 10% dei casi». Viene inoltre specificato che «un rialzo febbrile inferiore a 38°C è normale», ma nel «caso di un rialzo febbrile maggiore che duri più di 4 ore» si sollecita la donna a «contattare il Centro ginecologico di riferimento».

⁵² SSR - ASL di Latina, ibid, p. 26.

3.2 - Dolore forte e prolungato

La sofferenza, con il metodo chimico, è prevista e data per scontata: persino i più accesi sostenitori della Ru486 sono costretti ad ammettere, nelle relazioni mediche e scientifiche, che le donne soffrono decisamente di più, e più a lungo, che con la tecnica chirurgica. Molto doloroso in particolare è il momento della fase espulsiva che può protrarsi per diverse ore, come evidenzia Pike citando uno studio francese di Saurel-Cubizolles et al.⁵³: «Nonostante le entusiastiche revisioni sull'aborto chimico da parte dei suoi sostenitori, le donne trovano che l'aborto chimico sia sostanzialmente più doloroso dell'aborto chirurgico a causa delle contrazioni uterine». Ma il dolore può continuare a manifestarsi anche in seguito: «Alti livelli di dolore sono sperimentati dalle donne nei giorni successivi all'aborto, eppure il dolore è un problema trascurato da ricercatori e medici».

La ASL di Latina inserisce tra gli effetti collaterali dell'aborto chimico «dolori crampiformi addominali di tipo mestruale un po' più forti durante il periodo in cui avverrà l'espulsione del feto», specificando che «il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore, il 50-60% accusa dolori sopportabili, mentre il 20-30% necessita di antidolorifici» come «il paracetamolo, il paracetamolo + codeina o il keterolac».⁵⁴

3.3 - Flusso emorragico abbondante e prolungato

Dopo l'assunzione della prostaglandina iniziano le perdite di sangue, come avviene per ogni donna che si sottopone all'aborto. Tuttavia, con l'aborto chimico, a causa dell'effetto svolto dal

⁵³ Saurel-Cubizolles MJ, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A; Pain during medical abortion: a multicenter study in France, *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2015 Nov;194:212-7.

⁵⁴ SSR - ASL di Latina, *ibid.*, p. 26.

mifepristone,⁵⁵ il flusso emorragico è generalmente maggiore sia in quantità che in durata: mediamente si prolunga dagli 8 ai 17 giorni e nello 0,1-0,2% dei casi si rende necessario ricorrere a trasfusioni di sangue per perdite ematiche notevoli. Non è quindi un caso se la FDA abbia riportato - come precedentemente visto - la necessità di ricorrere a trasfusioni di sangue, a causa delle emorragie, per ben 603 donne che avevano abortito con la Ru486.

La ASL di Latina spiega che «le perdite di sangue possono persistere per una media di 8-9 giorni e, a volte, in forma ridotta per più tempo». Inoltre riconosce che possono verificarsi anche complicanze maggiori: «In rari casi è possibile che il sanguinamento uterino nel momento dell'espulsione del prodotto abortivo sia tale da terminare un quadro di shock ipovolemico» che dovrà essere trattato «con misure intensive di ripristino del circolo».⁵⁶

3.4 - Altre problematiche: gravidanza ectopica non diagnosticata, effetto teratogeno del misoprostolo, reazioni allergiche

La somministrazione dell'aborto farmacologico nonostante si sia in presenza di una gravidanza ectopica (o extrauterina) è un problema che si può presentare per le donne che vivono in Paesi le cui legislazioni non prevedono l'esecuzione di esami preventivi (ecografia, dosaggio nel sangue dell'ormone Beta HCG) per escludere un impianto non in utero prima di procedere con l'aborto chimico. Una gravidanza ectopica, per esempio tubarica, potrebbe rivelarsi particolarmente pericolosa per la donna in caso di rottura della tuba e conseguente emorragia massiva, è perciò fondamentale una diagnosi tempestiva e un intervento immediato. L'esecuzione

⁵⁵ Miech RP, Pathopharmacology of excessive hemorrhage in mifepristone abortions, The Annals of Pharmacotherapy, 2007 Dec;41(12):2002-7.

⁵⁶ SSR - ASL di Latina, ibid, p. 8.

dell'aborto chimico in presenza di una gravidanza ectopica (non rilevata), espone perciò la donna al rischio di ritardare quelle cure di cui avrebbe urgentemente bisogno.

L'ultimo rapporto della FDA⁵⁷ sugli eventi avversi dell'aborto chimico, riporta 97 casi di gravidanze ectopiche non rilevate di cui 2 mortali.

Il problema dell'effetto teratogeno del misoprostolo si può presentare nel caso in cui, dopo aver assunto entrambi i farmaci abortivi, risulta che la gravidanza è ancora in corso e la donna, anziché ripetere la procedura abortiva, decide di portare avanti la gravidanza. Poiché il misoprostolo è in grado di modificare e alterare il normale sviluppo del nascituro, vi è il rischio che il bambino nasca con gravi malformazioni. Dall'analisi degli Aer della FDA emerge un rischio di malformazioni del 23%.⁵⁸

Le reazioni allergiche⁵⁹ (edema del volto, eruzioni cutanee, prurito, parestesie alle estremità e anche shock anafilattico) non sono rare, dal momento che per una donna è difficile se non impossibile sapere se è allergica ai farmaci abortivi.

3.5 - Aborto chimico a domicilio auto-gestito dalla donna

Negli ultimi anni, i sostenitori dell'aborto hanno iniziato con sempre più frequenza a parlare di auto-gestione dell'aborto chimico a domicilio. In questo modo - affermano - la donna può assumere comodamente a casa il secondo o entrambi i farmaci, in maniera autonoma e senza la supervisione di un medico faccia-a-faccia, il quale

⁵⁷ Fda, *ibid.*

⁵⁸ Gary MM, Harrison DJ; Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient, *The Annals of Pharmacotherapy*, 2006 Feb;40(2):191-7.

⁵⁹ Yan Zou et al., Side effect of mifepristone in combination with misoprostol for medical abortion, *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2004 Jan;39(1):39-42.

si limiterebbe a monitorare la paziente a distanza attraverso l'ausilio della cosiddetta telemedicina (webcam, telefono, messaggistica di testo o altri mezzi elettronici).

Questa nuova modalità di aborto ha subito un'accelerazione durante la pandemia di Covid-19, giustificata dal fatto che l'aborto eseguito a casa avrebbe ridotto le occasioni di contagio al coronavirus e avrebbe liberato risorse sanitarie ed economiche necessarie ad affrontare la pandemia.

A queste motivazioni pratiche, gli abortisti aggiungono ulteriori aspetti positivi che renderebbero auspicabile il passaggio dell'aborto chimico dall'ospedale alla propria abitazione, come il fatto che si tratterebbe di una procedura più dignitosa per la donna, più comoda, più semplice, nonché efficace, sicura e con un basso tasso di complicazioni. Essi mirano in questo modo a far sì che l'aborto chimico a domicilio diventi una condizione permanente e non rimanga solo una misura temporanea giustificata dall'emergenza sanitaria.

Appare evidente che queste affermazioni si collocano nel campo della propaganda: non si capisce infatti come sia possibile che una procedura che presenta già tassi significativamente più elevati di complicazioni, rispetto al metodo chirurgico, quando viene eseguita in ospedale sotto stretta supervisione medica - come abbiamo ampiamente visto - diventi improvvisamente sicura e con una bassa incidenza di complicazioni se viene eseguita autonomamente a casa, senza la presenza di un medico di persona e di un ambiente sanitario adeguato e immediatamente fruibile in caso di eventi avversi.

A conferma di questa ovvietà, riporto alcuni studi che hanno preso in esame le complicazioni tra aborto chimico eseguito in ospedale e aborto chimico auto-somministrato a domicilio. La disponibilità di questi studi era fino a qualche anno fa abbastanza limitata, sia perché l'assunzione dei farmaci abortivi a casa è relativamente recente, sia perché il loro uso a domicilio non è così diffuso a livello

globale, sia infine perché molti dati non sono disponibili proprio perché l'auto-gestione avviene al di fuori di una supervisione medica, e quindi gli eventi avversi difficilmente vengono registrati. Senonché, sempre più dati iniziano a essere disponibili dopo che sempre più Paesi hanno iniziato a incentivare l'aborto chimico a casa, sotto il pretesto di dover fronteggiare l'emergenza da Covid-19.

Uno studio svedese del 2018 di Carlsson et al.⁶⁰ ha preso in esame i 4.945 aborti indotti praticati all'ospedale di Skaraborg tra il 2008 e il 2015, dei quali il 74,7% chimici (entro le 12 settimane) e il 17,5% chirurgici. I ricercatori hanno esaminato solo le complicazioni verificatesi entro 30 giorni dalla procedura, classificandole in emorragie, infezioni e aborti incompleti.

Nel periodo di 8 anni preso in esame, i risultati rivelano un trend in aumento del ricorso all'aborto chimico entro 12 settimane, che è passato dal 58,2% del 2008 all'86,6% del 2015, al quale corrisponde un trend in discesa del ricorso all'aborto chirurgico, passato dal 31,1% al 6,8%.

In generale, per le tre complicazioni prese in esame, gli aborti chimici hanno fatto registrare un tasso totale di complicazioni del 7,3%, superiore a quello degli aborti chirurgici, pari al 5,2%, confermando ancora una volta la maggiore pericolosità della procedura farmacologica rispetto alla chirurgica.

I ricercatori hanno poi suddiviso le complicazioni dei soli aborti farmacologici del 2015, in complicazioni verificatesi a domicilio e in ospedale, precisando che nel periodo 2008-2010 sono stati praticati a domicilio il 74,6% degli aborti farmacologici entro la 9^o settimana, percentuale che nel 2015 è aumentata di un ulteriore 10%, portando gli aborti a domicilio all'85,2%.

Per gli aborti eseguiti entro 7 settimane gestazionali, i risultati

⁶⁰ Carlsson I, Breiding K, Larsson PG; Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study, *BMC Women's Health*, 2018, volume 18, Article number 158.

evidenziano una frequenza significativamente più elevata di complicanze tra le donne che avevano abortito a casa rispetto a coloro che avevano optato per l'ospedale: 7,3% contro 2,4%. Una maggiore frequenza di complicazioni si è registrata anche per gli aborti farmacologici oltre le 7 settimane e fino a 9 settimane: 10% a casa contro 9,3% in ospedale.

In più occasioni, i ricercatori spiegano questo trend con l'aumento degli aborti farmacologici eseguiti a domicilio: «La causa di questo fenomeno può essere associata allo spostamento dell'aborto chimico dall'ospedale a casa»; e ancora: «Una possibile ragione dell'aumento significativo dei tassi di complicazioni relativi agli aborti chimici, è che è aumentata la percentuale di aborti indotti praticati a casa».

I ricercatori precisano, inoltre, che le complicazioni degli aborti chimici registrate risultano sottostimate, questo perché gli aborti farmacologici falliti sono stati esclusi dalle complicazioni; perché molte donne non si sono presentate alle visite di follow-up, e perché vi sono state pazienti che hanno contattato la clinica per problemi post-aborto dopo il periodo di 30 giorni preso in esame dallo studio.

In conclusione, lo studio conferma che, quando è praticato in ospedale, l'aborto chimico è meno sicuro dell'aborto chirurgico, ed evidenzia che questa minore sicurezza aumenta ulteriormente, e in maniera significativa, quando la gestione dell'aborto chimico passa dall'ospedale al domicilio della donna.

Uno studio del 2019 molto interessante, per il fatto di aver sondato sull'argomento direttamente i medici che eseguono gli aborti, è quello di Kerestes et al.,⁶¹ condotto da ricercatori dell'Università dello Iowa tramite un sondaggio online distribuito a 650 medici

⁶¹ Kerestes CA, Stockdale CK, Zimmerman MB, Hardy-Fairbanks AJ; Abortion providers' experiences and views on self-managed medication abortion: an exploratory study; *Contraception*, 2019 Aug, 100(2):160-164.

della Society for Family Planning, dell'Association of Reproductive Health Providers e dell'Abortion Care Network, con l'obiettivo specifico di «valutare l'esperienza dei fornitori di aborto verso l'aborto chimico auto-gestito e le sue complicazioni».

Il 55,1% degli intervistati era costituito da medici abortisti, il 68,6% dei quali ha riferito di aver incontrato donne che hanno abortito da sole con i farmaci abortivi. Dai sondaggi emerge che il 34,9% dei medici abortisti riferisce di aver riscontrato complicazioni provocate dagli aborti auto-gestiti tramite mifepristone - misoprostolo: la complicazione più comune segnalata è stata l'aborto incompleto, ma gli intervistati indicano anche emorragie, sepsi e rottura dell'utero.

Gli autori dello studio concludono scrivendo che circa la metà degli intervistati (53,3%) era concorde sul fatto che l'aborto auto-gestito fosse sicuro, ne consegue che circa una metà non era, al contrario, convinta di questo fatto.

Il dottor Randall O'Bannon ha commentato⁶² lo studio, osservando che «la cosa più evidente è che l'aborto incompleto è stato menzionato così spesso come complicazione da farla chiaramente apparire una questione più rilevante di quanto i sostenitori dell'aborto vorrebbero farci credere», si tratta di «risultati che contrastano con le rassicurazioni dei promotori dell'aborto chimico secondo i quali questi farmaci si sono dimostrati 'altamente efficaci'». «Dalle stime riportate, non sappiamo qual è la percentuale delle pazienti che ha avuto problemi con l'aborto auto-gestito - continua il dottore - ma sappiamo che erano abbastanza frequenti da far sì che almeno un terzo dei medici abortisti li rilevasse, e alcuni erano sufficientemente seri da far sì che quasi la metà degli abortisti non ha voluto

⁶² Randall O'Bannon PH.D., Study reveals safety concerns among abortionists over chemically-induced self-abortion, 26 agosto 2019, <https://www.nationalrighttolifefews.org/2019/08/study-reveals-safety-concerns-among-abortionists-over-chemically-inducedself-abortion/>.

dire ai ricercatori che considerava l'aborto auto-gestito sicuro».

O'Bannon cita quindi i dati sull'aborto chimico resi noti nell'ultimo rapporto dalla FDA e commenta: «Così tante donne decedute o che hanno subito gravi complicazioni, sono una chiara indicazione del fatto che siamo di fronte a farmaci potenzialmente molto pericolosi e vi è da sottolineare che la maggior parte di questi decessi e complicazioni sono associati all'uso clinico standard dei farmaci» cioè «prima degli aborti per corrispondenza e prima che gli aborti tramite webcam diventassero accessibili in molti Stati [USA]». «E non vi è nulla nella webcam o nell'aborto per corrispondenza che potrebbe rendere meno probabili complicazioni come un aborto incompleto, una lacerazione dovuta a una gravidanza ectopica o un'infezione letale», anzi, queste nuove opzioni di gestione degli aborti farmacologici «potrebbero semmai rendere più difficile un aiuto medico tempestivo e qualificato, una cosa che dovrebbe stare a cuore a ogni buon medico».

Questo studio dell'Università dell'Iowa - conclude O'Bannon - mostra quanto i medici che si occupano direttamente di aborti siano distanti dagli accademici e dagli attivisti pro-aborto che spingono in maniera pressante per gli aborti farmacologici a domicilio, infatti «quasi la metà dei medici abortisti che hanno risposto al sondaggio la pensano diversamente da costoro. Molti di coloro che seguono abitualmente le donne che abortiscono nelle loro cliniche, che hanno esperienza sia pratica che clinica, diversamente da un ricercatore universitario o un attivista che non sono direttamente coinvolti, non lo definiscono sicuro. Non considerano l'aborto auto-gestito una buona idea».

Interessante è anche un precedente studio di Honkanen H et al.⁶³ per il fatto di avere come obiettivo, oltre a valutare gli effetti

⁶³ Honkanen H et al., WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2004 Jul;111(7):715-25.

collaterali dei farmaci abortivi, quello di sondare direttamente le opinioni delle pazienti ricorse alla procedura chimica. I risultati mostrano che gli effetti negativi dei farmaci (nausea, vomito, diarrea, febbre, dolore addominale) erano stati tali che ben il 70% delle intervistate ha dichiarato che, in caso di dover ricorrere nuovamente all'aborto chimico, avrebbe scelto di abortire in una struttura sanitaria piuttosto che a casa.

Tra gli studi recenti che hanno individuato risultati preoccupanti vi è un'indagine FOI⁶⁴ pubblicata nel 2021, condotta in Inghilterra e Galles, sui dati della Care Quality Commission (CQC), su quelli delle chiamate d'emergenza ai servizi di ambulanza e quelli dei trust ospedalieri, per individuare le complicazioni correlate all'aborto chimico e in particolare a quello eseguito a casa direttamente dalla donna entro il limite legale (per l'aborto in telemedicina) di 9 settimane di gestazione. Nel periodo 1 aprile - 30 novembre 2020, la CQC ha ricevuto la notifica di 29 complicazioni gravi (aborto incompleto, emorragia, gravidanza ectopica non diagnosticata) dopo l'aborto chimico, 17 delle quali si riferivano a donne che avevano abortito a casa dopo aver ricevuto la pillola abortiva per posta. I dati mostrano che le chiamate d'emergenza sono aumentate del 54% e gli interventi delle ambulanze del 19%, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con 36 donne che ogni mese chiamano per chiedere assistenza dopo le complicazioni derivanti dall'aborto chimico, delle quali 20 da parte di coloro che hanno abortito «per posta». I dati dei trust mostrano che sono 16 al giorno, pari a 495 al mese, le donne che vanno in ospedale per residui in utero dopo l'aborto chimico. Ciò significa che ogni mese saranno 340 le donne che, dopo aver abortito a casa, si recheranno in ospedale a causa di «prodotti del concepimento trattenuti» (RPOC), 250 delle quali

⁶⁴ FOI investigation into complications from abortion at home, Percuity Limited, 22 febbraio 2021, <https://percuity.files.wordpress.com/2021/02/complications-from-ema-kd210211.pdf>.

avranno bisogno di un trattamento chirurgico per rimuovere i residui. Dai dati dei trust emerge, inoltre, un tasso di complicazioni per emorragia e sepsi dopo l'aborto chimico del 7,5 per 1.000 (aborti chimici), che è ben 5 volte più elevato del tasso riportato dal Dipartimento della Salute (DH) pari a 1,5 per 1.000. Ciò significa che - conclude il gruppo di ricerca - i dati del DH «sono significativamente sottostimati».

I dati inglesi sono riportati in un articolo di Kevin Duffy, del 16 novembre 2021, pubblicato sul blog Percuity (Emergency Ambulance Responses Three Times Higher for Pills-by-Post).

Significativi sono anche i dati provenienti da organizzazioni abortiste come il Gynuity Health Projects e Women on Web. Lo studio del 2021 di Chong et al.⁶⁵ evidenzia che il 5% delle 1.157 donne statunitensi che hanno scelto di abortire a casa tra maggio 2016 e settembre 2020 ha avuto bisogno di un successivo intervento chirurgico (perlopiù a causa dell'aborto incompleto o fallito), che il 6% è andata al pronto soccorso per visite d'urgenza non pianificate correlate all'aborto e che il 7,8% ha richiesto visite ambulatoriali. I ricercatori aggiungono che si sono, inoltre, verificati 10 eventi avversi gravi, 5 casi di trasfusioni di sangue e 8 ricoveri in ospedale. Lo studio è stato sponsorizzato dal Gynuity Health Projects (GHP), un'organizzazione pro-aborto finanziata da organismi come la Packard Foundations e la Buffett Foundations - finanziatori iniziali della Danco Laboratories, produttrice della pillola abortiva - e la Ibis Reproductive Health, che a propria volta riceve finanziamenti direttamente dalla Danco.⁶⁶ Sarà per questo che, nonostante questi dati, i ricercatori hanno l'impudenza di concludere che l'aborto in

⁶⁵ Erica Chong et al., Expansion of a Direct-to-Patient Telemedicine Abortion Service in the United States and Experience during the COVID-19 Pandemic, *Contraception*, 2021 Jul;104(1):43-48.

⁶⁶ Carole Novielli, Abortion pill clinical trial expands in likely attempt to thwart FDA safety regulations, *Live Action*, 3 aprile 2020, <https://www.liveaction.org/news/abortion-pill-trial-expands-thwart-fda-safety/>.

telemedicina è efficace e sicuro. A tale proposito è importante osservare che un tasso del 5% di aborto incompleto significa che 1 donna su 20, che si sottopone all'aborto chimico, avrà bisogno di un successivo intervento chirurgico per completare l'aborto. 1 su 20 è un rapporto che il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - un ente del Regno Unito, con chiaro orientamento pro-aborto, che fa capo al Ministero della Salute, classifica come «comune» («raro» è per meno di 1 su 1.000). Un metodo che comporta un rischio comune di fallimento del 5% non può essere perciò ritenuto né efficace né sicuro, a maggior ragione poi se si considerano anche gli ulteriori rischi correlati.

Più aumenta l'età gestazionale, più abortire diventa pericoloso. Kapp N et al.⁶⁷ hanno esaminato l'efficacia e la sicurezza dell'aborto chimico su 131 donne che avevano abortito a 13 o più settimane di gestazione, nel periodo 2016-2019, tramite il servizio di telemedicina di Women on Web, un'organizzazione canadese pro-aborto che spedisce pillole abortive (mifepristone e misoprostolo) in tutto il mondo. Lo studio ha rilevato che il 10% delle donne ha riportato una gravidanza ancora in corso e il 29% eventi avversi come grave emorragia e febbre, il 43% ha avuto bisogno di assistenza medica tramite un operatore sanitario e il 18% si è dovuta sottoporre a un successivo aborto chirurgico.

Un precedente studio⁶⁸ condotto su 1.000 donne irlandesi che si erano sottoposte all'aborto chimico fai-da-te in telemedicina entro 9 settimane di gestazione, sempre grazie al “servizio” offerto da Women on Web, nel periodo 2010-2012 quando l'aborto non era ancora legale, ha evidenziato eventi avversi altrettanto preoccupanti.

⁶⁷ Kapp N et al., Medical abortion at 13 or more weeks gestation provided through telemedicine: A retrospective review of services, *Contracept X*, 2021 Jan 25;3:100057.

⁶⁸ Aiken A R A et al., Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland, *BMJ*, 2017 May 16;357:j2011.

panti, nonostante un'età gestazionale inferiore. Lo studio riporta che 7 donne hanno avuto bisogno di una trasfusione di sangue, 26 hanno ricevuto antibiotici per curare un'infezione, 50 donne hanno sperimentato il fallimento dell'aborto e hanno richiesto un aborto chirurgico, 93 donne hanno riferito sintomi tali da necessitare di un consulto medico e 87 di queste hanno avuto bisogno di cure.

Ma vi sono anche altre problematiche correlate all'aborto chimico a domicilio, oltre alla gravidanza ectopica non rilevata, che influenzano negativamente la sicurezza e la salute delle donne. La maggiore disponibilità e facilità di procurarsi le pillole per l'aborto, ne favorisce **l'uso illecito da parte di chi è intenzionato a far del male alle donne**, come gli autori dello sfruttamento sessuale, degli stupri incestuosi e i partner coercitivi. L'incapacità di documentare accuratamente l'età gestazionale, porterà a rischi di eventi avversi ancora più elevati nel caso in cui la pillola venga assunta a stadi più avanzati della gravidanza. Il mancato controllo del fattore Rh del sangue, può mettere a rischio future gravidanze per le donne con un Rh-negativo (presente nel 15% della popolazione) che dopo l'aborto non ricevano immediatamente l'iniezione di immunoglobulina Rh per neutralizzare gli anticorpi che potrebbero attaccare i futuri nascituri causandone la morte o lesioni cerebrali.⁶⁹

⁶⁹ Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization, Obstetrics and Gynecology, 2017 Aug;130(2):e57-e70.

4 - CONSEGUENZE A LUNGO TERMINE E IN SUCCESSIVE GRAVIDANZE SULLA SALUTE FISICA

L'aborto può compromettere la capacità procreativa e creare problemi in future gravidanze. Le infezioni pelviche e genitali, comuni a entrambe le procedure abortive, sono associate a infertilità e sterilità, ma anche a dolore pelvico cronico, gravidanza ectopica e parto prematuro. Un danno alla cervice uterina può provocare aborti spontanei e parti prematuri. Il tessuto cicatriziale in utero può determinare ciclo irregolare, infertilità, aborti spontanei ricorrenti e placenta previa. Ma vi possono essere anche altre gravi conseguenze a lungo termine associate all'aborto indotto, come la malattia autoimmune e il cancro al seno.

4.1 - Aborti spontanei e parto prematuro

Aborti spontanei e parti prematuri possono essere determinati da infezioni pelviche e genitali, da un danno alla cervice uterina o da un suo indebolimento, ma anche da tessuto cicatriziale in utero lasciato da traumi e perforazioni uterine o da infezioni e infiammazioni dell'endometrio.

Lo studio di Maconochie et al.,⁷⁰ condotto su 603 donne tra i 18 e i 55 anni che avevano avuto un aborto spontaneo entro le prime 13 settimane di gestazione, ha scoperto che coloro che avevano un precedente aborto indotto presentavano un rischio del 60% più elevato di incorrere in un aborto spontaneo in una gravidanza successiva.

Il dottor Pike riporta nella sua revisione più di dieci studi che negli ultimi dieci anni hanno evidenziato un aumento del rischio di

⁷⁰ Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R; Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study, *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007 Feb, 114(2):170-86.

parto prematuro per le donne che hanno avuto un aborto indotto, come lo studio di Makhoulf et al.,⁷¹ condotto su 9.969 donne nullipare, che ha scoperto che le donne che avevano una storia di aborto indotto avevano un rischio più alto di nascita pretermine spontanea e di rottura prematura delle membrane, rispetto alle donne che non avevano abortito.

O come la vasta analisi di Kmietowicz,⁷² che ha esaminato 21 studi di coorte che comprendevano quasi 2 milioni di donne. I revisori riferiscono che l'utilizzo del metodo tramite «dilatazione con raschiamento» ha aumentato le nascite pretermine in successive gravidanze del 29% e la nascita molto pretermine del 69%, e che tale rischio era più elevato per le donne che avevano avuto diversi aborti.

Nel corso degli anni sono state condotte diverse grandi metanalisi su questo tema, che hanno riportato risultati analoghi. Mi riferisco, per esempio, alla revisione sistematica e metanalisi di Swingle et al.⁷³ che, dai 21 studi presi in esame, ha rilevato che le donne con un precedente aborto indotto avevano un aumento del rischio di un successivo parto prematuro del 25%, rischio che saliva al 50% in caso di due precedenti aborti indotti.

O alla revisione sistematica e metanalisi di Shah et al.⁷⁴ che, nei 37 studi esaminati, ha rilevato percentuali di rischio di parto prematuro ancora più elevati: il 35% in più con un precedente aborto

⁷¹ Makhoulf MA, Clifton RG, Roberts JM, Myatt L, Hauth JC et al.; Adverse pregnancy outcomes among women with prior spontaneous or induced abortions, *American Journal of Perinatology*, 2014 Oct;31(9):765-72.

⁷² Kmietowicz Z, Dilatation and curettage procedure raises risk of premature birth in subsequent pregnancies, study finds, *BMJ*, 2015;350:h3261.

⁷³ Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH; Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analysis, *The Journal of Reproductive Medicine*, 2009 Feb, 54(2):95-108.

⁷⁴ Shah PS, Zao J, Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births; Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analysis, *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009 Oct, 116(11):1425-42.

indotto e, addirittura, il 93% in più con due aborti indotti.

Significativa è anche una revisione sistematica e metanalisi del 2016 di Lemmers et al.⁷⁵ che ha analizzato 21 studi che comprendevano complessivamente 1.853.017 donne. I ricercatori hanno scoperto che un singolo aborto chirurgico era associato a un aumento del 29% del rischio di parto prematuro e che tale rischio saliva al 74% in caso di più aborti indotti.

O ancora, sempre del 2016, una metanalisi di Saccone et al.,⁷⁶ che ha preso in esame 36 studi per un totale complessivo di 1.047.683 donne. I ricercatori hanno scoperto che le donne ricorse all'aborto chirurgico avevano il 22,7% in più di probabilità di incorrere in un parto prematuro in una successiva gravidanza. La probabilità saliva al 27,9% per le donne sottoposte alla procedura di dilatazione con evacuazione, e lievitava al 172% per coloro che presentavano più di un aborto chirurgico.

Tra i motivi di un parto prematuro associato all'aborto indotto vi è, perciò, l'indebolimento della tenuta cervicale con conseguente rapida e prematura apertura del collo dell'utero durante una gravidanza successiva, come spiega⁷⁷ la dottoressa Harrison, ostetrica e ginecologa: «Ogni volta che l'utero della donna viene aperto forzatamente, vi è il rischio di danneggiarne l'apertura e, quando l'apertura è danneggiata, l'utero non riesce a sostenere la pressione crescente dovuta allo sviluppo del nascituro in una gravidanza successiva all'aborto». Accade così che «l'utero danneggiato si apra prima del tempo, a volte così precocemente che il bambino non

⁷⁵ M Lemmers, M A C Verschoor, A B Hooker, B C Opmeer, J Limpens, J A F Huirne, WM Ankum, B W M Mol; Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: A systematic review and meta-analysis, *Human Reproduction*, 2016 Jan;31(1):34-45.

⁷⁶ Gabriele Saccone, Lisa Perriera, Vincenzo Berghella; Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis, *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 2016 May; 214(5):572-91.

⁷⁷ Donna Harrison, M.D., Abortion increases risk of preterm birth: more evidence in new publication, Charlotte Lozier Institute, 13 maggio 2016, <https://lozierinstitute.org/abortion-increases-risk-preterm-birth-evidence-new-publication/>.

possa sopravvivere o che nasca gravemente prematuro». Lo studio di Anum et al.⁷⁸ ha scoperto una relazione «dose-effetto» tra precedenti aborti indotti e successiva insufficienza cervicale. Rispetto alle donne senza una storia di aborto indotto, coloro che avevano abortito presentavano un rischio aumentato di insufficienza cervicale del 149% dopo un aborto indotto, del 366% dopo 2 aborti, del 707% dopo 3 aborti e del 1.136% dopo 4 o più aborti.

Un'altra causa di parto prematuro sono le infezioni ascendenti del tratto genitale. È infatti ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica il fatto che le infezioni batteriche vaginali possano provocare sia un travaglio pretermine sia la rottura prematura delle membrane che contengono il nascituro.

Ciò significa che anche con l'aborto chimico non si è esenti dal rischio di successivo parto prematuro, sia perchè presenta - come visto all'inizio - tassi di infezioni pelviche/genitali significativamente più elevati rispetto al metodo chirurgico, sia perché, presentando anche tassi più elevati di fallimento del metodo (gravidanza ancora in corso, emorragia, residui in utero), comporta non di rado anch'esso un successivo intervento di tipo chirurgico.

Non è perciò un caso se lo studio di Mirmilstein et al.,⁷⁹ che ha analizzato il parto prematuro correlato all'aborto chimico, concluda: «Questo studio indica che esiste la possibilità che l'aborto chimico a metà trimestre con il misoprostolo aumenti il rischio di parto pretermine o molto pretermine in una gravidanza successiva». Uno studio danese di Zhou e Olsen⁸⁰ ha rilevato un aumento del

⁷⁸ Anum EA, Brown HL, Strauss JF; Health disparities in risk for cervical insufficiency, *Human Reproduction*, 2010 Nov; 25(11): 2894–2900.

⁷⁹ Mirmilstein V, Rowlands S, King JF; Outcomes for subsequent pregnancy in women who have undergone misoprostol mid-trimester termination of pregnancy, *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2009 Apr;49(2):195-7.

⁸⁰ Zhou W, Olsen J; Are complications after an induced abortion associated with reproductive failures in a subsequent pregnancy?, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003 Feb;82(2):177-81.

379% di bambini nati morti in successive gravidanze nelle donne che avevano sviluppato un'infezione dopo un aborto indotto.

La dottoressa Harrison osserva che sono ormai più di 150 gli studi effettuati negli ultimi quarant'anni ad aver ampiamente dimostrato una correlazione tra aborto indotto e rischio di parto pretermine nelle gravidanze successive. Tuttavia, come spiega⁸¹ Brent Rooney, analista ricercatore canadese, le grandi metanalisi (sopraccitate) realizzate negli ultimi anni ci dicono qualcosa di ancora più rilevante, ovvero che tra aborto indotto e parto prematuro non vi è solo una correlazione, ma anche un nesso di causalità.

Queste metanalisi hanno, infatti, evidenziato la presenza di una relazione «dose-effetto», cioè che a più aborti indotti corrisponde un rischio aggiuntivo di successiva prematurità. Rooney spiega perché la relazione «dose-effetto» è significativa: «In epidemiologia, non vi è mai il cento per cento di certezza di un nesso causale, tuttavia uno dei principali segnali di causalità è quella che viene chiamata relazione 'dose-effetto'. In questo modo, una delle prove più evidenti che il fumo causa il cancro è quella che mostra che le persone che hanno fumato di più si sono ammalate più spesso di cancro. Allo stesso modo, coloro che hanno avuto più aborti indotti sono andate più spesso incontro a parti prematuri».

In sostanza, questi grandi studi confutano la narrazione abortista secondo la quale non esisterebbe alcuna causalità tra aborto indotto e parto prematuro. Queste «metanalisi rappresentano un brutto colpo per l'industria dell'aborto - commenta Rooney - poiché tutte evidenziano un significativo aumento del rischio di parto prematuro per le donne con precedenti aborti indotti». Non è perciò un caso - aggiunge Rooney - se organizzazioni come l'Institute of Medicine (che fa parte della U.S. National Academy of Sciences)

⁸¹ Steve Weatherbe, *New research strengthens abortion-preemie link*, www.lifesitenews.com, 20 novembre 2015, <https://www.lifesitenews.com/news/abortion-preemie-link-strengthened-by-new-research/>.

abbia inserito «l'aborto indotto nel primo trimestre» al terzo posto nel suo elenco dei «4 fattori immutabili di rischio sanitario associati al parto prematuro».

Un parto prematuro presenta, a propria volta, il rischio di perdita del bambino o la nascita di un bambino sottopeso o disabile. È infatti noto che i neonati molto prematuri presentano rischi molto più elevati di problemi medici come paralisi cerebrale, gravi infezioni, ritardo mentale, autismo, epilessia, ipovisione, cecità, sordità, insufficienza polmonare.

Lo studio di Calhoun et al.,⁸² che ha analizzato la salute materna e neonatale nel periodo di 40 anni di aborto legale in Gran Bretagna, confrontandole nello stesso arco di tempo con quelle della Repubblica d'Irlanda (quando l'aborto era ancora illegale), ha rilevato nella prima tassi più elevati di parti prematuri, nati morti, neonati sottopeso alla nascita e paralisi cerebrale, rispetto alla seconda. I ricercatori concludono: «Durante i 40 anni di aborto legale nel Regno Unito, vi è stato un andamento costante in cui i tassi più elevati di aborto sono andati di pari passo con una maggiore incidenza di nati morti, nascite premature, neonati sottopeso, paralisi cerebrale e morti materne, come sequele dell'aborto indotto. Al contrario, entrambe le giurisdizioni irlandesi hanno mostrato costantemente tassi più bassi di tutte le morbilità e mortalità associate all'aborto legale».

Il deVeber riporta alcuni studi relativi ai problemi di salute nei bambini nati prematuri a causa di un precedente aborto indotto della madre. Jacobsson et al.⁸³ hanno scoperto che «un bambino prematuro la cui madre ha abortito in precedenza, ha un rischio del

⁸² Calhoun BC, Thorp JM, Carroll PS; Maternal and neonatal health and abortion: 40-year trends in Great Britain and Ireland, *Journal of American Physicians and Surgeons*, Volume 18, Number 2, Summer 2013.

⁸³ Jacobsson B, Hagberg G, Hagberg B, Ladfors L, Niklasson A, Hagberg H; Cerebral palsy in preterm infants: a population-based case-control study of antenatal and intrapartum risk factors, *Acta Paediatrica*, 2002;91(8):946-51, Table 2, p. 948.

60% più elevato di paralisi cerebrale, rispetto a un bambino prematuro la cui madre non ha abortito in precedenza».

«Alcuni studi - aggiunge il deVeber - hanno esaminato direttamente il legame aborto-autismo», come Burd et al.⁸⁴ che «hanno scoperto che i figli di madri che avevano avuto uno o più aborti indotti, avevano un rischio più elevato del 236% di dare alla luce un bambino con autismo».

4.2 - Malattia infiammatoria pelvica (PID) e dolore pelvico cronico, subfertilità, infertilità, gravidanza ectopica

Questo gruppo di complicanze tardive è associato alle infezioni, una complicazione - come abbiamo visto all'inizio - comune a entrambi i metodi abortivi. La malattia infiammatoria pelvica (PID) si verifica quando i batteri della vagina o della cervice salgono verso l'utero, le tube o le ovaie.

Carlsson et al.⁸⁵ spiegano che le infezioni del tratto genitale superiore possono provocare endometrite (infiammazione dell'endometrio), ooforite (infiammazione dell'ovaio), parametrite (infiammazione del parametrio: insieme delle strutture poste ai due lati dell'utero) e salpingite (infiammazione delle tube): «Nonostante metodi abortivi ampiamente sperimentati, vi sono rischi noti ed eventi avversi che devono essere presi in considerazione. Le potenziali complicazioni correlate all'aborto comprendono dolore, emorragia, aborto incompleto e infezioni del tratto genitale superiore, foci di endometrite, ooforite, parametrite e salpingite». E se queste «infezioni associate all'aborto non vengono trattate» - osservano i ricercatori - «possono diffondersi fino alle tube di Falloppio e portare all'infertilità».

⁸⁴ Burd L, Severud R, Kerbeshian J, Klug MG; Prenatal and perinatal risk factors for Autism, *Journal of Perinatal Medicine*, 1999;27(6):441-50.

⁸⁵ Carlsson et al., *ibid.*

Il deVeber cita lo studio di Penney et al.⁸⁶ che ha scoperto che le donne che ricorrono all'aborto indotto soffrono di una percentuale fino al 10% più elevata di PID rispetto alla popolazione generale; e lo studio di Rahangdale,⁸⁷ secondo cui la PID dopo l'aborto indotto può essere causata da lesioni chirurgiche, residui in utero o da un'infezione preesistente.

Il deVeber riporta, inoltre, diversi studi che hanno esaminato gli effetti negativi associati alla PID, specificando che «tra gli effetti avversi della malattia infiammatoria pelvica (PID) vi sono dolore pelvico cronico, subfertilità, infertilità e gravidanza ectopica (Sorensen et al.⁸⁸)». E spiega che, benché «l'infertilità sia particolarmente difficile da studiare, a causa di criteri diagnostici variabili e all'impossibilità a trovare gruppi di controllo appropriati», è tuttavia «ampiamente riconosciuto che le donne con una storia di PID abbiano un rischio significativamente maggiore di infertilità (Torres-Sanchez et al.⁸⁹)».

Tra gli altri studi citati dal deVeber vi sono quello di Hassan⁹⁰ che «ha scoperto che la subfertilità aumentava di almeno il 620% nelle donne che avevano interrotto una gravidanza»; lo studio di Tenore⁹¹ che ha rilevato che «la PID è la causa più comune di gra-

⁸⁶ Penney GC, Thomson M, Norman J, et al.; A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998 Jun;105(6):599-604.

⁸⁷ Rahangdale L, Infectious complications of pregnancy termination, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2009 Jun;52(2):198-204.

⁸⁸ Sorensen JL, Thranov I, Hoff G, Dirach J, Damsgaard MT; A doubleblind randomized study of the effect of erythromycin in preventing pelvic inflammatory disease after first-trimester abortion, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992 May;99(5):434-8.

⁸⁹ Torres-Sanchez L, Lopez-Carrillo L, Espinoza H, Langer A; Is induced abortion a contributing factor to tubal infertility in Mexico? Evidence from a case-control study, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004 Nov;111(11):1254-60.

⁹⁰ Hassan MAM, Killick SR; Is previous aberrant reproductive outcome predictive of subsequently reduced fecundity?, *Human Reproduction*, 2005 Mar;20(3):657-64.

⁹¹ Tenore J, Ectopic pregnancy, *American Family Physician*, 2000 Feb 15;61(4):1080-8.

vidanza ectopica»; e lo studio di Chung et al.⁹² che ha scoperto che «l'aborto indotto può causare una gravidanza ectopica attraverso i residui rimasti in utero e la PID». Chung e colleghi, in particolare, osservano: «Vi era una chiara associazione tra la presenza di un'infezione post-aborto o residui rimasti in utero e la gravidanza ectopica, con un aumento di 5 volte, all'interno della coorte dell'aborto indotto, per le donne con una storia di queste complicazioni rispetto a coloro che non ce l'avevano».

4.3 - Sindrome di Asherman e ciclo irregolare, infertilità, aborti spontanei ricorrenti

Il deVeber inserisce la sindrome di Asherman, ovvero la formazione di aderenze o cicatrici all'interno dell'utero, tra le complicazioni successive associate all'aborto indotto. La formazione di aderenze uterine dipende da un anomalo processo di guarigione, che provoca la fusione tra le aree danneggiate e/o l'ostruzione parziale (o completa nei casi più gravi) di alcune parti dell'utero.

Le aderenze si possono formare a seguito di traumi, lacerazioni o perforazioni dell'utero durante l'aborto chirurgico, ma possono anche essere causate da gravi infezioni dell'endometrio e da endometrite (infiammazione dell'endometrio).

Il deVeber spiega che la sindrome di Asherman «si presenta spesso con mestruazioni irregolari, infertilità o aborti spontanei ricorrenti» e specifica che «le aderenze intrauterine sono risultate l'esito più comune di anomalia uterina tra le donne sottoposte a indagini per l'infertilità, (Lasmar et al.⁹³)». Il deVeber riporta anche lo

⁹² Chung CS, Smith RG, Steinhoff PG and Mi MP; Induced abortion and ectopic pregnancy in subsequent pregnancies, *American Journal of Epidemiology*, 1982 Jun;115(6):879-87.

⁹³ Lasmar RB, Barrozo PR, Parente RC, Lasmar BP, daRosa DB, Penna IA, Dias R; Hysteroscopic evaluation in patients with infertility, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 2010 Aug;32(8):393-7.

studio di Fernandez et al.⁹⁴ che «ha scoperto che il 42% delle donne con sindrome di Asherman l'aveva sviluppata dopo un aborto tramite dilatazione con evacuazione».

4.4 - Placenta previa

La placenta previa è un'anomala posizione della placenta che va a inserirsi nella parte bassa dell'utero arrivando a coprire tutto o in parte il collo interno dell'utero, ostruendo così l'apertura da cui dovrà passare il bambino al momento del parto. Oltre a richiedere un parto cesareo, la placenta previa può provocare alla donna perdite ematiche ripetute fino a vere e proprie emorragie e, nei casi più gravi, può comportare un'isterectomia post-partum.

Tra le cause associate alla placenta previa vi sono l'età materna avanzata, precedenti parti con taglio cesareo, la sindrome di Asherman e l'aborto chirurgico. Numerosi sono gli studi⁹⁵ che hanno rilevato il collegamento tra aborto chirurgico e placenta previa in successive gravidanze, con un'incidenza del rischio che va dal 30% (Taylor et al.⁹⁶) al 50% (Faiz e Ananth⁹⁷) al 70% (Ananth et al.⁹⁸).

Il dottor Pike riporta un ampio studio di coorte di Scholten et

⁹⁴ Fernandez H, Fadheela A, Chauveaud-Lambling A, Frydman R, Gervaise A; Fertility after treatment of Asherman's syndrome stage 3 and 4, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, Sep-Oct 2006;13(5):398-402.

⁹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7315904>, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10379130, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11846708, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8066055>, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635759, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544786, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14652887, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12706277, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17316644.

⁹⁶ Taylor VM et al., Placental previa in relation to induced and spontaneous abortion: a population-based study, *Obstetrics and Gynecology*, 1993 Jul;82(1):88-91.

⁹⁷ Faiz AS, Ananth CV; Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2003 Mar;13(3):175-90.

⁹⁸ Ananth CV et al., The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997 Nov;177(5):1071-8.

al.⁹⁹ da cui risulta che «l'aborto chirurgico era associato a parto prematuro, incompetenza cervicale, problemi di impianto o ritenzione della placenta, ed emorragia post-partum in successive gravidanze».

In caso di placenta previa il bambino in grembo va incontro a una minore ossigenazione e a rischi legati alla prematurità. A questo proposito il deVeber riporta lo studio di Thorp et al.¹⁰⁰ secondo il quale «la placenta previa aumenta la probabilità di nascita pretermine, basso peso alla nascita e morte prenatale».

4.5 - Isterectomia post-partum

Associato all'aborto vi è anche il rischio di isterectomia post-partum d'emergenza.

Uno studio di Ossola et al.¹⁰¹ «conferma tra i principali fattori avversi di un'isterectomia post-partum la presenza della placenta previa», ma include «tra gli ulteriori potenziali fattori di rischio anche la gravidanza multipla e l'aborto chirurgico».

4.6 - Sanguinamento vaginale in future gravidanze

L'aborto aumenta il rischio di sanguinamento nelle gravidanze successive, come ha rilevato uno studio di Liang et al.¹⁰² I ricercatori hanno monitorato durante la gravidanza e il parto 4.931 don-

⁹⁹ Scholten B, Page-Christiaens GCML, Franx A, Hukkelhoven CWPM, Koster MPH; The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study, *BMJ Open*, 2013 May 28;3(5):e002803.

¹⁰⁰ Thorp Jr. JM, Hartmann KE, Shadigian E; Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2003 Jan;58(1):67-79.

¹⁰¹ Ossola MW, Somigliana E, Mauro M, Acaia B, Benaglia L, Fedele L; Risk factors for emergency postpartum hysterectomy: the neglected role of previous surgically induced abortions, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2011 Dec;90(12):1450-3.

¹⁰² Liang H, Gao ES, Chen AM, Luo L, Cheng YM, Yuan W; Mifepristone-induced abortion and vaginal bleeding in subsequent pregnancy, *Contraception*, 2011 Dec;84(6):609-14.

ne con un precedentemente aborto chimico, 4.800 donne con un precedente aborto chirurgico e 4.925 donne senza alcuna storia di aborto. I gruppi degli aborti indotti hanno fatto registrare un rischio più elevato di sanguinamento vaginale in gravidanza rispetto a coloro che non avevano mai abortito. In particolare, i tassi di sanguinamento sono stati: 16,5% nelle donne con aborti farmacologici, 17,3% nelle donne con aborti chirurgici, e 13,9% nelle donne senza alcuna storia di aborto.

4.7 - Malattie autoimmuni

Il deVeber inserisce tra i problemi a lungo termine associati all'aborto indotto, anche la malattia autoimmune: una disfunzione del sistema immunitario che induce l'organismo ad attaccare e distruggere per errore i tessuti sani del corpo. Il deVeber osserva che «le malattie autoimmuni sono la terza patologia più comune dopo le patologie cardiache e il cancro, e la loro diffusione è in aumento». «La ricerca sulle cause è in corso - specifica il deVeber. Un meccanismo che è stato ipotizzato è il microchimerismo fetale», ovvero quel processo mediante il quale «le cellule immunitarie fetali si diffondono nel flusso sanguigno della madre attraverso la placenta e, data la loro grande capacità di dividersi e maturare, circolano e rimangono nei suoi tessuti (Ando - Davies¹⁰³)».

«Anche se il trasferimento di alcune cellule immunitarie fetali è normale - continua il deVeber - il sistema immunitario della donna può attaccare il tessuto sano in cui le cellule si sono stabilite, come avviene quando un organo donato viene rigettato dal ricevente».

¹⁰³ Ando T, Davies TF; Postpartum Autoimmune Thyroid Disease: The Potential Role of Fetal Microchimerism, *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2003 Jul;88(7):2965-71.

Miech¹⁰⁴ spiega che le malattie autoimmuni «sono prevalentemente malattie tiroidee e artriti reumatoidi, che insieme costituiscono oltre il 65% di tutte le malattie autoimmuni». «Cellule fetali - precisa Miech - sono state identificate nella membrana sinoviale materna e nella cute di pazienti con artrite reumatoide, ma anche nel sangue delle donne con sclerosi sistemica [...] Il microchimerismo fetale è stato dimostrato anche nella tiroidite di Hashimoto e nella malattia di Graves».

In che modo l'aborto indotto incide sul microchimerismo fetale e, quindi, sull'aumento delle malattie autoimmuni? «Entro un'ora dall'interruzione di gravidanza - spiega il deVeber - si verifica una significativa trasfusione feto-materna di cellule, che può essere dovuta alla distruzione della placenta (Bianchi et al.¹⁰⁵)». Per esempio - scrive il deVeber - lo studio di Yan et al.¹⁰⁶ ha scoperto che «le donne con precedenti aborti indotti hanno una probabilità 8 volte più elevata di avere un microchimerismo rispetto alle altre donne sane».

«Poiché il sistema circolatorio embrionale si costituisce nel primo trimestre di gravidanza - scrive Miech - vi è una maggiore probabilità di trasferimento di un numero maggiore di cellule progenitrici durante l'aborto nel primo trimestre». Ma, oltre a questa trasfusione feto-materna, Miech suggerisce la presenza di un «ulteriore fattore che può gettare le basi per lo sviluppo futuro di una malattia autoimmune»: il fatto che con l'aborto indotto «la perdita del figlio è accompagnata dalla perdita della soppressione del si-

¹⁰⁴ Miech RP, The role of fetal microchimerism in autoimmune disease, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 2010 Jun 12;3(2):164-8.

¹⁰⁵ Bianchi DW, Farina A, Weber W, et al.; Significant fetal-maternal hemorrhage after termination of pregnancy: implications for development of fetal cell microchimerism, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001 Mar;184(4):703-6.

¹⁰⁶ Yan Z, Lambert NC, Guthrie KA et al.; Male microchimerism in women without sons: quantitative assessment and correlation with pregnancy history, *The American Journal of Medicine*, 2005 Aug;118(8):899-906.

stema immunitario materno», ovvero di quello straordinario meccanismo che impedisce che il 50% del DNA paterno presente in ogni figlio concepito sia individuato dal sistema immunitario della madre e attaccato in quanto estraneo.

Questi fattori associati all'aborto indotto sono per Miech una spiegazione plausibile della grande varietà di patologie tissutali e dell'aumento costante delle malattie autoimmuni nelle donne: «L'incidenza in costante aumento delle malattie autoimmuni nelle donne, negli ultimi quattro decenni, può essere attribuita all'aumento del ricorso all'aborto».

4.8 - Cancro al seno

Gli studi che hanno messo in evidenza l'associazione tra aborto indotto e cancro al seno ormai non si contano più, mi limiterò pertanto a citarne solo un campione, riportando in aggiunta le considerazioni di eminenti ricercatori che studiano da anni questa problematica.

Una metanalisi del 2014 di Huang et al.¹⁰⁷ condotta su donne cinesi,¹⁰⁸ ha scoperto che l'aborto indotto è significativamente associato al rischio di cancro al seno. In particolare: 1 aborto indotto aumenta il rischio di cancro al seno del 44%, 2 aborti del 76% e 3 aborti dell'89%. Il fatto che lo studio abbia registrato una relazione «dose-effetto», ovvero che a più aborti indotti corrisponde una maggiore incidenza del cancro al seno, suggerisce che tra aborto e

¹⁰⁷ Huang Y, Zhang X, Li W, Song F, Dai H et al.; A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females, *Cancer Causes & Control*, 2014 Feb;25(2):227-36.

¹⁰⁸ Purtroppo, le donne cinesi, che dagli anni '80 ai giorni nostri sono state vittime della spietata politica del figlio unico, offrono agli studiosi un campione smisurato di aborti indotti (forzati) ripetuti, per cui le indagini statistiche in quel Paese sono inattaccabili. L'estrema diffusione dell'aborto anche in India, altro Paese con un numero di abitanti smisurato, rende statisticamente molto significative anche le ricerche condotte lì.

cancro al seno non vi è solo una correlazione, ma anche un nesso di causalità.

Il deVeber osserva che «numerosi studi epidemiologici confermano il cosiddetto “link ABC”, legame tra aborto indotto (abortion) e cancro al seno (breast cancer) e soddisfano i criteri di Bradford-Hill che stabiliscono il nesso di causalità. Infatti, l’aborto indotto è stato identificato come il più grande predittore del cancro al seno in nove Paesi (Carroll PS¹⁰⁹)».

Uno studio¹¹⁰ del 2013 condotto su donne indiane, ha rilevato che le donne con una storia di aborto avevano una probabilità 6,26 volte più alta di sviluppare il cancro al seno rispetto alle donne che non avevano mai abortito.

Uno studio di Joel Brind, professore di biologia e endocrinologia al Baruch College di New York e co-fondatore del Breast Cancer Prevention Institute, ha rilevato che le donne con precedenti aborti indotti hanno un «30% di probabilità in più di sviluppare il cancro al seno». Brind osserva inoltre che in America, dalla sentenza *Roe vs. Wade* (cioè da quando nel 1973 l’aborto è stato legalizzato), i dati mostrano che «l’aborto legale ha provocato circa 300mila morti in più a causa del cancro al seno».¹¹¹

Brind ritiene¹¹² che non sia affatto un caso se nell’ultimo decennio si stia assistendo a un’esplosione mondiale di cancro al seno,

¹⁰⁹ Carroll PS, The breast cancer epidemic: modeling and forecasts based on abortion and other risk factors, *Journal of American Physicians and Surgeons*, 2007 Sep;12(3):72-8.

¹¹⁰ Bhadoria AS, Kapil U, Sareen N, Singh P; Reproductive factors and breast cancer: A case-control study in tertiary care hospital of North India, *Indian Journal of Cancer*, Oct-Dec 2013;50(4):316-21.

¹¹¹ Steven Ertelt, Abortion has caused 300K breast cancer deaths since Roe, www.lifenews.com, 17 gennaio 2011, <https://www.lifenews.com/2011/01/17/abortion-has-caused-300kbreast-cancer-deaths-since-roe/>.

¹¹² Joel Brind, Shocking study: millions of women in Asia will die from breast cancer because they had abortions, www.lifenews.com, 4 ottobre 2017, <https://www.lifenews.com/2017/10/04/shocking-study-millions-of-women-in-asia-will-die-from-breast-cancerbecause-they-had-abortions/>.

spiegando che «il cancro al seno spesso impiega 20 anni per manifestarsi dopo un evento scatenante come l'aborto», un'evidenza che è compatibile con quanto avvenuto negli ultimi decenni in Cina e in Asia Meridionale. Negli ultimi decenni - osserva Brind - il numero degli aborti indotti in questi Paesi è salito alle stelle e, proprio questi Paesi, hanno successivamente registrato un'esplosione dei casi di cancro al seno. A conferma, Brind riferisce dello scritto di un importante gruppo di scienziati apparso sul prestigioso *Journal of the National Cancer Institute* in cui osservano che «la Cina è al culmine di un'epidemia di cancro al seno».

Karen Malec, del gruppo di sensibilizzazione *Coalition on Abortion/Breast Cancer*, ha riferito¹¹³ che «contiamo quasi 50 studi epidemiologici pubblicati dal 1957 che riportano un legame» tra aborto e cancro al seno, e ha sottolineato che «gli esperti hanno dimostrato nelle riviste di medicina che quasi tutti i 20 studi che negano tale legame sono seriamente viziati (fraudolenti). Come nel caso dell'occultamento del legame tra tabacco e cancro, sono stati usati per far credere alle donne che l'aborto sia sicuro».

Il deVeber riporta considerazioni analoghe scrivendo che vi sono al momento «57 studi che mostrano un'associazione diretta tra aborto indotto e cancro al seno, dei quali 23 statisticamente significativi», tuttavia, «soprattutto per motivi politici, il legame tra aborto e cancro al seno è fortemente osteggiato».

Il deVeber sostiene che «è dimostrato che l'aborto indotto prima delle 32 settimane di gestazione aumenta in maniera diretta il rischio di cancro al seno» e questo legame, oltre a «essere confermato da diversi studi, è dimostrato anche dalla fisiologia del seno (Dolle et al.¹¹⁴)». Accade infatti che «dopo il concepimento, l'embrione ri-

¹¹³ Steven Ertelt, art. cit.

¹¹⁴ Dolle JM, Daling JR, White E, et al.; Risk factors for triple-negative breast cancer in women under the age of 45 years, *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2009 Apr;18(4):1157-66.

lasci un ormone che comporta l'aumento degli estrogeni e del progesterone, i quali a propria volta determinano la moltiplicazione delle cellule mammarie». Ebbene, «queste nuove cellule mammarie rimangono immature e vulnerabili al cancro fino alle 32 settimane di gestazione, quando l'85% di esse matura in cellule non vulnerabili al cancro (Russo et al.¹¹⁵)». Quindi, «se una donna si sottopone all'aborto indotto prima delle 32 settimane di gestazione, rimane con molto più tessuto vulnerabile al cancro al seno, che la rende maggiormente suscettibile al cancro al seno».

La dottoressa Angela Lanfranchi, docente di chirurgia e presidente del Breast Cancer Prevention Institute, spiega¹¹⁶ che, per i suddetti motivi, «qualsiasi nascita prematura prima delle 32 settimane non solo l'aborto indotto, aumenta o raddoppia il rischio di cancro al seno», «ogni gravidanza successiva [dopo la prima a termine] diminuisce il rischio di un ulteriore 10%».

Lanfranchi riporta¹¹⁷ i dati di due grandi studi condotti prevalentemente su donne indiane. L'India, al pari della Cina, costituisce (purtroppo) un significativo campo di ricerca per l'analisi dell'associazione aborto indotto/cancro al seno, per il fatto di avere numeri elevatissimi di aborti a seguito delle politiche di pianificazione familiare implementate in modo più o meno coercitivo in quei grandi Paesi.

Ad esempio, Lanfranchi ricorda al riguardo che «uno studio pubblicato sul Lancet 2006, basato su previsioni prudenti, riportava che la pratica della selezione del sesso [in India] ammonta a circa mezzo milione di donne mancanti all'anno. Che in due decenni si

¹¹⁵ Russo J, Lynch H, Russo IH; Mammary gland architecture as a determining factor in the susceptibility of the human breast to cancer, *The Breast Journal*, Sep-Oct 2001;7(5):278-91.

¹¹⁶ Steven Ertelt, art. cit.

¹¹⁷ Angela Lanfranchi, *New analysis of 20 studies finds 151% increased breast cancer risk after abortion*, www.lifenews.com, 7 gennaio 2019, <https://www.lifenews.com/2019/01/07/new-analysis-of-study-studies-finds-151-increased-breast-cancer-risk-after-abortion/>.

traduce nell'aborto di circa 10 milioni di feti femmine».

Quindi, Lanfranchi riferisce i risultati dello studio del 2017 di Malvia et al.,¹¹⁸ condotto su donne indiane nel periodo 1982-2005 (in India, l'aborto indotto è stato legalizzato nel 1971): «Malvia e colleghi hanno scoperto che dal 1982 al 2005 l'incidenza del cancro al seno è quasi raddoppiata. Ora il cancro al seno è in India la prima causa di morte per cancro nelle donne. Il tasso del cancro al seno in India è in continuo aumento e oggi colpisce 1,5 milioni di donne all'anno». Inoltre «le donne che si ammalano di cancro al seno sono più giovani di 10 anni rispetto alle donne dei Paesi occidentali. La maggior parte dei tumori al seno in India si manifesta nelle donne tra i 30 e i 40 anni!». E questo - osserva Lanfranchi - determina delle drammatiche conseguenze: «Il tumore al seno in queste giovani donne colpisce al cuore la famiglia, lasciando i bambini senza madri e i mariti senza mogli».

Lanfranchi riporta anche il risultato di una grande metanalisi¹¹⁹ del 2018, coordinata dal dottor Brind e che la vede tra i ricercatori partecipanti. Una metanalisi - precisa la dottoressa - rappresenta un lavoro statisticamente significativo, ovvero «è considerata dagli scienziati un'evidenza molto forte». Ebbene - spiega Lanfranchi - questa metanalisi ha analizzato 20 studi, 16 dei quali condotti su donne indiane, scoprendo che «dopo un aborto indotto il rischio di cancro al seno aumentava del 151%».

In sostanza, le evidenze scientifiche indicano che l'aborto indotto aumenta il rischio di cancro al seno, mentre ogni gravidanza portata a termine ne riduce notevolmente il rischio. Una conclusione riportata anche dal dottor Pike nella sua revisione: «Quan-

¹¹⁸ Malvia S, Bagadi SA, Dubey US, Saxena S; Epidemiology of breast cancer in Indian women, *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 2017 Aug;13(4):289-295.

¹¹⁹ Brind J, Condly SJ, Lanfranchi A, Rooney B; Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a systematic review and meta-analysis of studies on south asian women, *Issues in Law and Medicine*, Spring 2018;33(1):32-54.

to meno per motivi precauzionali, le donne che si presentano per l'aborto devono essere portate a conoscenza della ricerca approfondita sull'argomento. Ciò che è chiaramente rilevante per le donne che stanno considerando l'aborto è il fatto incontrovertibile che portare a termine la gravidanza protegge contro il cancro al seno. Ciò significa che una donna avrà un rischio maggiore di cancro al seno se si sottoporrà a un aborto piuttosto che portare a termine la gravidanza».

5 - CONSEGUENZE SULLA SALUTE PSICHICA

5.1 - Sofferenza emotiva (dolore, rimpianto, senso di colpa, vergogna, tristezza, lutto, delusione...)

Il dottor Pike riporta diversi studi che hanno rilevato una sofferenza emotiva, subito dopo l'aborto o in seguito, nelle donne che hanno abortito volontariamente. «Numerosi studi hanno rilevato il disagio emotivo subito dopo l'aborto e nei mesi seguenti. Le donne sperimentano una varietà di emozioni dopo l'aborto tra cui tristezza, solitudine, vergogna, senso di colpa, dolore, dubbi e rimpianto», scrive Pike, inoltre «nel lungo periodo, alcune donne hanno manifestato dissonanza cognitiva, descrivendo i loro aborti di dieci o più anni precedenti in termini di emozioni negative».

Tra gli studi riportati da Pike ve n'è uno di Curley e Johnston,¹²⁰ condotto su studentesse universitarie canadesi, in cui «tutte le partecipanti hanno descritto un dolore significativo 3 anni dopo l'aborto».

In un altro studio di Coleman e Nelson,¹²¹ condotto su studenti universitari statunitensi (donne che avevano abortito e uomini le cui partner avevano abortito), è emerso che «un terzo delle donne e un terzo degli uomini si sentivano a disagio esprimendo rimpianto per la scelta di abortire».

Uno studio di Broen et al.¹²² ha esaminato gli effetti sulla salute mentale su donne norvegesi che erano incorse in un aborto spon-

¹²⁰ Curley M, Johnston C; The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2013 Jul;40(3):279-93.

¹²¹ Coleman PK, Nelson ES; The quality of abortion decisions and college students' reports of postabortion emotional sequelae and abortion attitudes, *Journal of Social and Clinical Psychology*, Winter 1998;17(4):425-42.

¹²² Broen AN, Moum T, Sejersted Bodtker A, Ekeberg O; The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study, *BMC Medicine*, 2005 Dec 12;3:18.

taneo e donne che avevano abortito volontariamente. I ricercatori hanno scoperto che, 5 anni dopo, le donne sottoposte all'aborto indotto presentavano livelli di evitamento, senso di colpa e vergogna significativamente più elevati rispetto al gruppo dell'aborto spontaneo, nonché punteggi di ansia significativamente più elevati rispetto alla popolazione generale.

Uno studio di Fergusson et al.,¹²³ condotto su 532 donne tra i 15 e i 30 anni con una storia di aborto indotto, ha scoperto che più dell'85% riferiva reazioni negative verso i propri aborti come sofferenza, tristezza, senso di colpa, rimpianto, lutto e delusione. I ricercatori hanno rilevato che le donne che avevano abortito presentavano tassi di problemi di salute mentale da 1,4 a 1,8 volte più elevati rispetto alle donne che non erano state esposte all'aborto.

5.2 - Ansia e depressione

Il dottor Pike riporta numerosi studi che hanno evidenziato l'insorgenza di ansia e depressione dopo l'aborto indotto, dei quali riporto qui solo un campione.

Uno studio di Fergusson et al.,¹²⁴ condotto tramite interviste su donne neozelandesi giovani (15-25 anni) che avevano abortito volontariamente, ha scoperto che il 42% soffriva di depressione nei quattro anni precedenti l'intervista. Questa percentuale era quasi il doppio rispetto a coloro che non erano mai state incinte e il 35% in più rispetto a coloro che avevano portato avanti la gravidanza. Doppio era anche il rischio di soffrire di disturbi d'ansia e la probabilità di bere alcolici a livelli preoccupanti, mentre tripla era la probabilità

¹²³ Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM; Reactions to abortion and subsequent mental health, *The British Journal of Psychiatry*, 2009 Nov;195(5):420-6.

¹²⁴ Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM; Abortion in young women and subsequent mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 2006 Jan;47(1):16-24.

di dipendenza da droghe. Lo studio ha individuato anche l'associazione tra aborto indotto e comportamenti suicidari.

Lo stesso gruppo di ricerca¹²⁵ ha realizzato un successivo studio di follow-up che ha confermato i risultati dello studio precedente. I ricercatori concludono che le donne ad avere abortito soffrono di disturbi mentali il 30% più frequentemente delle donne che non hanno abortito e che, in Nuova Zelanda, dall'1,5% al 5,5% di tutti i disturbi di salute mentale femminili si manifestano in donne che hanno abortito.

In uno studio di Sullins¹²⁶ è emerso che le donne statunitensi nella prima età adulta che avevano abortito presentavano rischi maggiori di depressione e di ansia rispettivamente del 30% e 25%. Sullins stima, inoltre, che circa il 10% della diffusione dei problemi di salute mentale è dovuto all'aborto indotto.

Una conclusione alla quale era giunta anche Coleman¹²⁷ in un grande studio del 2011 condotto su 877.181 donne, delle quali 163.831 con un'esperienza di aborto. Coleman osserva che «complessivamente, i risultati hanno evidenziato che le donne con una storia di aborto indotto presentavano un aumento dell'81% del rischio di problemi di salute mentale» di vario genere come ansia, depressione, abuso di alcol, uso di droghe (marijuana), tendenze suicidarie, ecc. Inoltre - aggiunge Coleman - i risultati «dimostrano che circa il 10% dei problemi di salute mentale è direttamente riconducibile all'aborto».

¹²⁵ Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM; Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study, *The British Journal of Psychiatry*, 2008 Dec;193(6):444-51.

¹²⁶ Sullins DP, Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States, *SAGE Open Medicine*, 2016 Sep 23;4:2050312116665997.

¹²⁷ Coleman PK, Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009, *The British Journal of Psychiatry*, 2011 Sep;199(3):180-6.

Uno studio di Cougle et al.¹²⁸ ha confrontato l'insorgenza di depressione post-aborto e post-parto tra 1.884 donne statunitensi del National Longitudinal Survey of Youth la cui prima gravidanza si era conclusa con l'aborto o con il parto. I ricercatori hanno scoperto che le donne che avevano abortito avevano il 65% in più di probabilità di essere ad alto rischio di depressione clinica, rispetto alle donne che avevano partorito; e che l'aborto rimaneva un fattore di rischio per la successiva depressione fino a 8 anni dopo l'evento.

Uno studio brasiliano di Benute et al.¹²⁹ ha confrontato l'insorgenza di ansia e depressione, un mese dopo l'aborto, tra donne che avevano abortito volontariamente e donne che erano incorse in un aborto spontaneo, scoprendo per le donne ricorse all'aborto indotto livelli più elevati sia di ansia (11 contro 8,7) che di depressione (8,3 contro 6,1). I ricercatori concludono che le donne che «presentavano un aborto indotto erano più ansiose e depresse, come dimostrato dagli eventi di vita successivi, pieni di sentimenti problematici e della necessità di supporto psicologico».

5.3 - Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)

Il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è un disturbo d'ansia che si instaura a seguito di un forte trauma o stress acuto non elaborato. Pike scrive che una certa percentuale di donne sviluppa DPTS dopo un aborto e che studi recenti hanno con-

¹²⁸ Cougle JR, Reardon DC, Coleman PK; Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort, *Medical Science Monitor*, 2003 Apr; 9 (4): CR105-12.

¹²⁹ Benute GR, Nomura RM, Pereira PP, Lucia MC, Zugaib M; Spontaneous and induced abortion: anxiety, depression and guilty, *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), May-Jun 2009;55(3):322-7.

fermato questo rischio¹³⁰.

Nello studio di Curley e Johnston¹³¹ i sintomi di DPTS rimanevano elevati 3 anni dopo l'aborto.

In uno studio di Munk-Olsen et al.,¹³² condotto su donne danesi che avevano abortito nel primo trimestre, era elevata l'incidenza del primo contatto con uno psichiatra per disturbi nevrotici legati allo stress o disturbi somatoformi 2-3 mesi dopo l'aborto.

Uno studio di Coleman et al.,¹³³ condotto su donne statunitensi, ha scoperto non solo che il DPTS era un fattore di rischio dell'aborto indotto, ma anche che le donne che abortivano a gravidanza più avanzata presentavano punteggi di DPTS più elevati.

Vi sono poi studi che hanno confrontato i disturbi psichici tra aborto chirurgico e **aborto chimico** evidenziando nel secondo **un'incidenza più elevata**.

Fa parte di questi uno studio francese di Rousset et al.¹³⁴ che ha scoperto che le donne che avevano assunto la pillola abortiva avevano punteggi più elevati di DPTS sei settimane dopo l'aborto, anche se la loro gravidanza era meno avanzata, rispetto alle donne che avevano scelto il metodo chirurgico.

Questo è perfettamente in linea con quanto scoperto diversi

¹³⁰ La psicologa Rachel Mac Nair ha scritto nel 2002 *Perpetration-Induced Traumatic Stress: The Psychological Consequences of Killing* (Author Choice Press) che spiega come si rilevi la DPTS simile a quella di cui soffrono i soldati reduci dal fronte in tutti i soggetti coinvolti nell'aborto, anche gli operatori sanitari.

¹³¹ Curley – Johnston, *ibid*.

¹³² Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB; Induced first trimester abortion and risk of mental disorder, *The New England Journal of Medicine*, 2011 Jan 27;364(4):332-9.

¹³³ Coleman PK, Coyle CT, Rue VM; Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Posttraumatic Stress Symptoms, *Journal of Pregnancy*, 2010;2010:130519.

¹³⁴ Rousset C, Brulfert C, Sejourne N et al.; Posttraumatic stress disorder and psychological distress following medical and surgical abortion, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011, 29(5): 506-517.

anni prima da Slade et al.,¹³⁵ che hanno confrontato le conseguenze fisiche e l'impatto emotivo tra 143 donne ricorse all'aborto chirurgico e 132 donne che avevano scelto la procedura farmacologica, rilevando in queste ultime livelli più elevati di dolore fisico intenso, sanguinamento e interruzione delle attività quotidiane, nonché 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 aveva 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 una emorragia.

5.4 - Abuso di sostanze e comportamenti autolesionistici

Diversi studi hanno evidenziato l'associazione tra aborto indotto e successivi comportamenti autolesionistici che comprendono l'abuso e la dipendenza da alcol, fumo e droghe. Tra quelli più recenti ad aver evidenziato quest'associazione, Pike indica lo studio del 2016 di Sullins,¹³⁶ condotto su giovani donne statunitensi, e

¹³⁵ Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P; A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998 Dec;105(12):1288-95.

¹³⁶ Sullins, *ibid.*

uno studio del 2014 di Olsson et al.,¹³⁷ condotto su giovani donne australiane.

Anche Reardon et al.¹³⁸ hanno preso in esame l'abuso di sostanze tra giovani donne statunitensi incorse in una gravidanza non prevista. I ricercatori hanno scoperto che coloro che avevano abortito presentavano un rischio successivo significativamente più elevato di abuso di sostanze, rispetto alle giovani che avevano portato a termine la gravidanza imprevista.

Thorp et al.¹³⁹ hanno rilevato che un precedente aborto indotto era un fattore di rischio per disturbi dell'umore considerevoli tali da indurre ad atti di autolesionismo.

Uno studio di Dingle et al.,¹⁴⁰ condotto su 1.223 giovani donne australiane che avevano una storia di gravidanza ed erano state ricoverate per disturbi psichiatrici e da uso di stupefacenti, ha scoperto che le donne che avevano abortito avevano circa il triplo delle probabilità di fare uso di droghe, e che l'aborto era associato sia a disordini dovuti all'abuso di alcol che alla depressione.

5.5 - Problemi di salute mentale in successive gravidanze

La gravidanza può essere un momento di particolare vulnerabilità per le donne con una storia di aborto indotto, le quali po-

¹³⁷ Olsson CA, Horwill E, Moore E, Eisenberg ME, Venn A et al.; Social and emotional adjustment following early pregnancy in young Australian women: a comparison of those who terminate, miscarry, or complete pregnancy, *Journal of Adolesc Health*, 2014 Jun;54(6):698-703.

¹³⁸ Reardon DC, Coleman PK, Cougle JR, Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2004 May;30(2):369-83.

¹³⁹ Thorp et al., *ibid*.

¹⁴⁰ Dingle K, Alata R, Clavarino A, Najman JM, Williams GM; Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study, *British Journal of Psychiatry*, 2008 Dec;193(6):455-60.

trebbero dover affrontare pensieri ed emozioni difficili a causa della gravidanza interrotta volontariamente.

Gli studi di Hamama et al.,¹⁴¹ Gong et al.,¹⁴² Giannandrea et al.¹⁴³ e Chojenta et al.¹⁴⁴ - scrive Pike - hanno esaminato l'impatto dell'aborto sulla salute mentale delle donne durante una gravidanza successiva, trovando un'associazione con depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress e abuso di sostanze.

Uno studio di Coleman et al.¹⁴⁵ ha scoperto che le donne che avevano abortito erano significativamente più propense a fare uso di alcol, marijuana e altre droghe durante una gravidanza successiva, sia rispetto alle primipare che rispetto alle donne che erano alla loro seconda gravidanza portata a termine.

Un successivo studio¹⁴⁶ del medesimo gruppo di ricerca, che ha preso in esame donne con una storia di gravidanza terminata con una perdita perinatale, come un bambino nato morto, un aborto spontaneo o un aborto indotto, ha scoperto che solo le donne che si erano sottoposte all'aborto indotto presentavano un aumento del rischio di abuso di sostanze durante una gravidanza successiva.

¹⁴¹ Hamama L, Rauch SA, Sperlich M, Defever E, Senget JS; Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy, *Depression and Anxiety*, 2010 Aug;27(8):699-707.

¹⁴² Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R; Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study, *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2013 Jan;166(1):30-6.

¹⁴³ Giannandrea SAM, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH; Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss, *Journal of Women's Health* (2002), 2013 Sep;22(9):760-8.

¹⁴⁴ Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D; History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum, *Plos One*, 2014 Apr 14;9(4):e95038.

¹⁴⁵ Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J; A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002 Dec;187(6):1673-8.

¹⁴⁶ Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR; Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy, *British Journal of Health Psychology*, 2005 May;10(Pt 2):255-68.

5.6 - Altri disturbi

All'aborto indotto - scrive Pike - sono associati anche altri problemi di natura psichiatrica, come hanno rilevato diversi studi. Per esempio, Reardon et al.¹⁴⁷ e Munk-Olsen et al.¹⁴⁸ hanno scoperto che le donne che hanno abortito hanno un rischio più elevato di ricovero psichiatrico rispetto alle donne che hanno portato a termine la gravidanza.

In uno studio californiano di Coleman et al.,¹⁴⁹ le donne che avevano abortito risultavano sovrarappresentate nelle categorie di trattamento che comprendevano disturbo bipolare, depressione nevrotica e disturbi schizofrenici. Un successivo studio di Coleman et al.¹⁵⁰ ha rilevato che l'aborto indotto «è legato a un aumento del rischio di una gamma di problemi di salute mentale» come «attacchi di panico, disturbo da panico, agorafobia, DPTS e disturbo bipolare».

Nelle donne con una storia di aborto risultano inoltre più frequenti anche disordini e disturbi del sonno.¹⁵¹

¹⁴⁷ Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG; Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth, *Canadian Medical Association Journal*, 2003 May 13;168(10):1253-6.

¹⁴⁸ Munk-Olsen et al., *ibid.*

¹⁴⁹ Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J; State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002 Jan;72(1):141-52.

¹⁵⁰ Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM, Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey, *Journal of Psychiatric Research*, 2009 May;43(8):770-6.

¹⁵¹ Reardon DC, Coleman PK; Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: a prospective record-based study, *Sleep*, 2006 Jan;29(1):105-6.

Altri studi¹⁵² hanno documentato l'insorgenza di una disfunzione sessuale nelle coppie che avevano una storia di aborto indotto. Pike aggiunge che esistono inoltre alcune evidenze a proposito del fenomeno della «gravidanza di sostituzione» in cui una successiva gravidanza viene considerata come un mezzo per risolvere il dolore e lo stress di un aborto.¹⁵³

5.7 - Comportamento aggressivo nei confronti dei figli nati in seguito

Uno studio di Coleman et al.¹⁵⁴ ha analizzato l'associazione tra aborto indotto e comportamento aggressivo nei confronti dei figli nati in seguito, basandosi su un campione di 237 madri i cui figli erano stati abusati o trascurati, dove le madri erano o coloro che avevano messo in atto il maltrattamento, o avevano permesso a qualcun altro di maltrattare i loro figli. Lo studio ha evidenziato che una storia di aborto era molto spesso associata a una maggiore frequenza di atti di aggressione fisica nei confronti dei figli successivi, come percosse, calci o morsi e ricorso a punizioni fisiche in generale.

Il dottor David Reardon, direttore dell'Elliot Institute nonché autore di importanti ricerche sull'impatto dell'aborto sulla salute psichica della donna, ha commentato i risultati dello studio individuando un possibile collegamento con quelle ricerche che hanno

¹⁵² - Coleman PK, Rue VM, Coyle CT, Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey, *Public Health*, 2009 Apr;123(4):331-8.

- Verit FF, Verit A; A Turkish study of prevalence and risk factors for low sexual function in women, *The Journal of Sexual Medicine*, 2008 Dec;5(12):2973-4.

- Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Lüdicke F, Bianchi PG, Chatton D, Campana A; Termination of pregnancy and women's sexuality, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2002;53:48-53.

¹⁵³ Coleman et al., *ibid.*

¹⁵⁴ Coleman P, Rue V, Coyle C, Maxey C; Induced abortion and child-directed aggression among mothers of maltreated children, *The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology*, 2006, Volume 6, Number 2.

rilevato «un successivo aumento del rischio di alcolismo, uso di droghe, ansia, aggressività, rabbia e ricovero psichiatrico» dopo l'aborto indotto. Ognuno di questi fattori, singolarmente o in combinazione - ha affermato Reardon - «può aumentare in modo significativo le tensioni personali e familiari portando a maltrattamenti o negligenza». Se si prendono tutti gli studi condotti finora sull'aborto - ha aggiunto Reardon - si vede che «gli effetti dell'aborto sulla salute mentale non si fermano alle donne, ma hanno un impatto anche sulle loro famiglie».¹⁵⁵

Nell'Appendice «A» del Rapporto sui Costi della legge 194 redatto dall'OPA, Osservatorio Permanente sull'Aborto, si rileva che «molto spesso, infatti, la donna che ha abortito incontra serie difficoltà con gli altri figli, soprattutto con quelli nati più tardi, per quanto voluti. La negazione del dolore e del lutto produce spesso insensibilità emotiva e l'incapacità di creare un legame materno. La cosa può essere tanto grave da sfociare in abusi e violenze domestiche. Ney e Peeters hanno mostrato che le persone che hanno abortito sono più inclini a maltrattare i loro bambini e le persone che hanno subito maltrattamenti sono più inclini ad abortire (...) Gli stessi ricercatori evidenziano poi che quando un bambino è abortito, i genitori possono cercare di rimuovere il loro senso di colpa riversando il loro amore in modo ossessivo-compulsivo sui figli che hanno o che verranno dopo: il bambino sostitutivo avrà una vita difficile». Per i riferimenti bibliografici o per avere copia del Rapporto, si può scrivere a osservatoriopermanente194@gmail.com.

¹⁵⁵ Abortion linked to higher rates of child abuse, study finds, www.lifesitenews.com, 13 marzo 2007, <https://www.lifesitenews.com/news/abortion-linked-to-higher-rates-of-childabuse-study-finds>.

6 - IL PROBLEMA DELLA SOTTOSTIMA DELLE COMPLICAZIONI E DELLA MORTALITÀ ASSOCIATE ALL'ABORTO INDOTTO

La sottostima riguarda sia le complicazioni fisiche che quelle psichiche e, di conseguenza, la mortalità materna provocata da quelle complicazioni. L'under-reporting avviene in maniera sistematica a ogni livello: nell'ambito della segnalazione delle complicazioni e dei decessi materni correlati all'aborto, nell'ambito dei calcoli per determinare l'incidenza della mortalità materna, nell'ambito della stessa ricerca scientifica caratterizzata da ostacoli e limiti specifici, ma anche da falsificazioni e occultamenti intenzionali volti a presentare l'aborto più sicuro di quanto non sia in realtà.

6.1 - La sottostima delle complicazioni fisiche

Il silenzio delle donne sulle loro storie di aborti indotti e sulle complicazioni subite, l'occultamento intenzionale o involontario degli aborti indotti e degli eventi avversi da parte del personale sanitario, l'errata classificazione delle complicanze e l'omissione di dati negli studi scientifici, l'esclusione di dati e l'inserimento di informazioni generiche nei documenti ufficiali statali preposti alla raccolta/comunicazione dei dati, sono alcuni dei fattori che concorrono a una sottostima delle complicazioni fisiche correlate all'aborto indotto.

6.1.a - Dati dal mondo

La sottosegnalazione delle proprie storie di aborti, per esempio, emerge chiaramente nello studio olandese di Scholten et al.,¹⁵⁶

¹⁵⁶ Scholten et al., *ibid.*

dove - osserva Pike - le storie di aborto sono state menzionate solo dall'1,2% di tutte le donne che avevano partorito.

L'avvocato Anna Paprocki, dello studio legale Americans United for Life, scrive¹⁵⁷ che i dati statunitensi sull'aborto sono noti per essere incompleti e inaffidabili, visto che le segnalazioni degli eventi avversi da parte degli Stati avvengono **solo su base volontaria**. Il motivo è che non esiste un obbligo federale per le segnalazioni sugli aborti, lo stesso Guttmacher Institute, che è pro-aborto, riconosce che la «frammentazione delle misure di sorveglianza» si fonda su rapporti degli Stati «incompleti» e che la California, che rappresenta circa il 17% degli aborti negli USA, è uno dei tre Stati che «non invia alcun rapporto al CDC [Centers for Disease Control and Prevention]».

Un altro fattore che aggrava la sottostima - aggiunge Paprocki - proviene dagli ostacoli che le donne incontrano nelle denunce contro i medici abortisti per i danni subiti durante l'aborto. Susan Schewel, direttore esecutivo dell'organizzazione pro-aborto Women's Medical Fund di Filadelfia, ha spiegato che, nella sua esperienza con le donne che vogliono presentare denunce al Dipartimento della Salute della Pennsylvania, «le donne trovano il processo di denuncia così complicato e il racconto delle loro storie così difficile a livello personale che non riescono a completare le pratiche e abbandonano il tentativo».

Infine Paprocki riferisce che in una causa di un ex dipendente contro Planned Parenthood (PP), la multinazionale degli aborti americana, è emerso che alle pazienti ricorse all'aborto chimico che riportavano gravi emorragie veniva detto di «recarsi al pronto soccorso e dire che stavano avendo un aborto spontaneo». In assenza di una normativa ad hoc, la mancata segnalazione degli eventi avversi

¹⁵⁷ Anna Paprocki, Abortion is not safer than giving birth, The Federalist, 4 maggio 2016, <https://thefederalist.com/2016/05/04/abortion-is-not-safer-than-giving-birth/>.

da parte di PP prosegue tuttora senza ripercussioni.¹⁵⁸ Ma, anche dove un obbligo di legge esiste non è detto che sia poi rispettato. Il dottor Randall O'Bannon, del National Right to Life Committee, riferisce¹⁵⁹ che un reportage del 16 giugno 2011 del Chicago Tribune aveva scoperto che l'obbligo di notifica allo Stato degli aborti e delle complicazioni veniva spesso ignorato. E aggiunge che un fatto analogo era successivamente emerso nel 2017 in Missouri, quando Randall Williams, direttore del Department of Health and Senior Services, ha dichiarato di aver scoperto che i medici che praticavano gli aborti non avevano rispettato la legge dello Stato che richiede loro di segnalare entro 45 giorni ogni complicazione causata dall'aborto che avevano diagnosticato o curato nel loro reparto.

La prassi di attribuire all'aborto spontaneo le complicazioni provocate dall'aborto indotto è nota a livello globale, soprattutto da quando si è diffusa la Ru486. O'Bannon spiega che vi sono associazioni come Women on Web - che spedisce pillole abortive in tutto il mondo - che invitano esplicitamente le donne, che incorrono in complicazioni dopo un aborto farmacologico, a dire al personale sanitario che si tratta di un aborto spontaneo dal momento che i medici non sono in grado di distinguerli visto che i sintomi sono gli stessi.¹⁶⁰ In questo modo le complicazioni, ma anche l'eventuale

¹⁵⁸ Cheryl Sullenger, Planned Parenthood caught not reporting when botched abortions hurt women, www.lifenews.com, 11 marzo 2020, <https://www.lifenews.com/2020/03/11/planned-parenthood-caught-not-reporting-when-botched-abortions-hurt-women/>.

¹⁵⁹ Randy O'Bannon, Misleading study falsely claims abortion is 'safe' for women, www.lifenews.com, 26 giugno 2018, <http://www.lifenews.com/2018/06/26/misleading-study-falsely-claims-abortion-is-safe-for-women/>.

¹⁶⁰ Nel loro sito, consultabile in ogni lingua, scrivono: «Se pensi di avere una complicazione, dovresti andare dal medico immediatamente [...] Non devi dire al personale medico che hai provato a indurre un aborto; puoi dire loro che hai avuto un aborto spontaneo. I medici hanno l'obbligo di aiutare in tutti i casi e sanno gestire un aborto spontaneo. I sintomi di un aborto spontaneo e di un aborto farmacologico sono gli stessi e i dottori non saranno in grado di vedere alcuna prova di aborto indotto, a patto che le pillole che hai preso si siano completamente sciolte». <https://www.womenonweb.org/it/page/485/come-fai-a-sapere-se-hai-complicazioni-e-cosadovresti-fare>, accesso 10 marzo 2021.

decesso dovuto a quelle complicazioni, vengono attribuiti all'aborto spontaneo, portando alla sottostima degli eventi avversi dell'aborto indotto e della sua reale pericolosità.

La tendenza a sottostimare la pericolosità dell'aborto emerge anche in ambito scientifico. Pike osserva che molti studi, come per esempio quello di White et al.,¹⁶¹ prendono volutamente in esame solo le donne sane, escludendo specificatamente le donne che sono a più alto rischio di complicazioni fisiche.

O'Bannon cita come esempio lo studio di Upadhyay et al.¹⁶² che afferma di aver dimostrato che l'aborto indotto è una procedura sicura visto il numero esiguo di donne che si recano al pronto soccorso dopo l'aborto e di «incidenti gravi» a esso associati, ma questa conclusione è messa in discussione dai numerosi limiti presenti proprio nello studio. Lo studio si basa sul presupposto che le complicanze siano riportate come tali, ma come abbiamo visto, se la donna omette di dire la verità, questo non accade. Questo non accade nemmeno se i medici del pronto soccorso, spesso occupati a fronteggiare le gravi emergenze, non hanno tempo per approfondire una complicazione che giudicano non rilevante; o se non segnalano l'aborto per assecondare una richiesta della donna che lo vuole tenere segreto; o se non lo riportano per evitare problemi ai colleghi medici che hanno eseguito la procedura. In tutti questi casi un'emorragia sarà registrata come semplice emorragia, un'infezione come semplice infezione, senza specificare che sono state provocate dall'aborto indotto, e queste complicazioni sfuggiranno alla raccolta dati dello studio. Ma, allo studio sfuggiranno anche tutte le donne che, anziché andare al pronto soccorso, saranno tornate per curare

¹⁶¹ White K, Carroll E, Grossman D; Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature, *Contraception*, 2015 Nov;92(5):422-38.

¹⁶² Upadhyay UD, Johns NE, Barron R, Cartwright AF, Tapé C, Mierjeski A, McGregor AJ; Abortion-related emergency department visits in the United States: An analysis of a national emergency department sample, *BMC Medicine*, 2018 Jun 14;16(1):88.

le complicazioni nella clinica in cui hanno abortito.

Altri fattori che ridimensionano la pericolosità dell'aborto - nota O'Bannon - provengono direttamente dai criteri di classificazione e selezione usati nello studio. I ricercatori hanno suddiviso le visite al pronto soccorso in «incidenti gravi», in cui hanno inserito le complicazioni che hanno richiesto un ricovero ospedaliero di almeno una notte, una trasfusione di sangue o un intervento chirurgico, e «incidenti minori» in cui hanno riportato tutti gli altri, ma dall'analisi dei numeri è emerso che gli aborti mancati e incompleti, ovvero quelle complicazioni che richiedono di fatto un successivo intervento chirurgico per ripetere l'aborto o per pulire l'utero dai residui, sono stati inseriti tra gli incidenti minori perché gli autori non li hanno considerati «interventi chirurgici». Oltre a questo - aggiunge O'Bannon - i ricercatori hanno escluso dall'esame dei dati tutti i casi di aborto per gravidanza ectopica, i cui sintomi sono simili all'aborto chimico, e tutti gli aborti spontanei i quali - come abbiamo visto - sono proprio quelli dichiarati dalle donne che vogliono tenere nascosto l'aborto chimico. Per tutte queste ragioni le conclusioni dello studio sulla sicurezza dell'aborto sono significativamente compromesse.

6.1.b - La sottostima in Italia

In Italia, gli strumenti che forniscono i dati sulle complicazioni degli aborti indotti sono le relazioni annuali sulla 194 del Ministero della salute, l'analisi delle quali rivela tuttavia uno scenario alquanto insoddisfacente. Nelle corpose pagine che le compongono, le relazioni dedicano alle complicazioni pochissimi dati, riportati in un paragrafo di alcune righe «Complicanze immediate dell'IVG» e nella tabella 27 che contiene il numero totale dei casi e la loro incidenza.

Cosa rivelano in sostanza questi dati? In questa sede riporterò

solo una sintesi, rimandando per un'analisi più dettagliata a un mio articolo¹⁶³ sull'argomento. I dati del Ministero della salute evidenziano un parziale e generico resoconto delle complicazioni, con la specifica dei soli casi di emorragie e infezioni e il raggruppamento di tutte le altre complicazioni immediate nella voce generica «altro»; il numero di complicazioni non rilevate è elevato e, in alcuni casi, vengono presentate persino cifre incongruenti tra loro. Per esempio, nella relazione del 2016¹⁶⁴ appaiono ben tre cifre differenti del numero totale degli aborti: il Ministro della salute scrive che nel 2016 gli aborti sono stati 84.926, ma dai dati presenti a pagina 103 della medesima relazione, emerge che l'Istat ne ha registrati 87.369 (2.443 in più!), mentre le SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) ne riportano 85.444. E ancora, sempre nel 2016, la tabella 27 riporta in totale 219 casi di emorragia, ma - sempre secondo quanto riportato nella medesima relazione - dalle SDO risultano 310 casi di emorragia (91 in più!). Altre incongruenze emergono, per esempio, nella relazione del 2018.¹⁶⁵ A pagina 49 si legge che nel 2018, per gli aborti eseguiti tramite mifepristone + prostaglandine «nel 96,5% dei casi non sono state riportate complicanze immediate», ne consegue che il 3,5% dei casi ha fatto registrare complicanze immediate. Calcolando questa percentuale sul totale degli aborti effettuati con mifepristone e prostaglandine (15.750), otteniamo **551** casi di complicazioni immediate, ma la tabella 27 riporta in totale solo **414** complicazioni

¹⁶³ Lorenza Perfori, Relazione sull'attuazione della 194 e complicanze dell'aborto: non ci siamo, Osservatorio Internazionale Card. Van Thuân, 5 agosto 2020, <https://www.vanthuanobservatory.org/ita/relazione-sullattuazione-della-194-e-complicanze-dellaborto-non-ci-siamo-di-lorenza-perfori/>.

¹⁶⁴ Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), Dati definitivi 2016, Roma, 22 dicembre 2017, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf.

¹⁶⁵ Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), dati definitivi 2018, trasmessa al Parlamento il 9 giugno 2020, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2924_allegato.pdf.

per tutte le procedure abortive: com'è possibile che i 76.328 aborti totali del 2018 abbiano fatto registrare complessivamente 414 casi di complicazioni immediate se 15.750 aborti con mifepristone e prostaglandine da soli ne hanno provocate 551?

Un'incongruenza significativamente più elevata si registra anche per il 2019. A pagina 53 della relazione si legge che per gli aborti con Ru486 e prostaglandine «nel 94,5% dei casi non sono state riportate complicanze immediate», ciò significa che il 5,5% di essi ha fatto registrare complicanze immediate e, quindi, che agli aborti con mifepristone e prostaglandine (17.799) da soli si devono ascrivere **979** casi di complicazioni immediate. Ma nella tabella 27 del 2019 sono riportati solo **411** casi totali di complicazioni per tutti gli aborti (73.207).

Il 2 settembre 2021, nel suo comunicato stampa n. 5, l'Associazione Italiana Ginecologi e Ostetrici Cattolici (AIGOC), sottolinea in modo ancor più dettagliato le incongruenze e le omissioni della relazione ministeriale.

L'AIGOC ha rilevato: «1 - La incompletezza dei dati: moltissimi non rilevati (N.R.) rispetto all'anno precedente in riferimento a tutte le categorie di analisi o variabili prese in esame annualmente, come riportato nella tabella 1 del nostro Comunicato Stampa in forma estesa.

2 - Le complicazioni immediate nelle IVG farmacologiche, riportate nella relazione ministeriale, sono incrementate del 2% nel 2019 (979 nel 2019 vs 551 nel 2018) ma risultano 10 volte superiori a quelle registrate per tutte le 73.207 IVG del 2019 [come abbiamo più sopra rilevato].

3 - Il ricorso alla procedura d'urgenza appare in notevole, costante ed inspiegabile aumento rispetto agli anni precedenti. Nel 2019 sono state applicate le procedure d'urgenza nel 23,5% delle IVG e per 6,8% il dato non è stato rilevato. In alcune Regioni italiane la percentuale è ancora più alta della media nazionale: Puglia

45,1% e 44% dato N.R., Lazio 43,3%, Piemonte 42,5%, Toscana 31,9%, Emilia Romagna 28,4%, Abruzzo 28,3%».

In particolare, «Secondo la tabella 27 riportata a pag. 92, nell'anno 2019 ci sarebbero state in tutto 411 complicazioni su 69.059 IVG con **4.168 cartelle in cui questo dato non è stato rilevato.**

A pagina 53 della relazione, però, leggiamo che «Nel 2019, utilizzando i dati Istat, è stato possibile rivalutare l'entità delle complicanze in caso di utilizzo del Mifepristone + prostaglandine. Nel 94,5% dei casi non sono state riportate complicanze immediate (percentuale simili a quella del 2018 e del 2010-11) sia nel 2019 che nel 2018 solo nel 2,4% dei casi è stato necessario ricorrere all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina per terminare l'intervento, indicando un miglioramento nell'effettuazione della procedura».

Confrontando la precedente relazione ministeriale - sempre firmata dal ministro Speranza - risulta evidente che nelle IVG farmacologiche (Ru486+prostaglandine; **dell'altro 2,9% delle IVG farmacologiche non abbiamo alcuna notizia!**) nel 2019 **le complicazioni immediate sono aumentate** del 2%, cioè sono state 979, mentre nel 2018 erano state 551.

Ma la cosa più sorprendente è che nella tabella 27 il numero totale delle complicazioni riportate, 411, pari al 5,61/1.000 IVG è nettamente inferiore a quello registrato nelle 17.799 IVG farmacologiche, 979, pari al 55,0/1.000 IVG farmacologiche, cioè le complicazioni immediate registrate in 17.799 IVG farmacologiche sarebbero 10 volte superiori a quelle registrate in tutte le 73.207 IVG fatte nel 2019!».

Giustamente, l'AIGOC sottolinea la mancanza di rispetto per i lettori della relazione: avrebbero per lo meno dovuto sommare le 979 complicazioni totali delle IVG farmacologiche alle 411 complicazioni totali riportate nella tabella 27.

Prosegue l'AIGOC: «Un'ulteriore conferma dell'inaffidabilità dei dati contenuti nella citata tabella 27 ci viene dalla tabella di pagina 54, dalla quale si evince che **5.198 donne (7,1%) sottoposte ad IVG sono state ricoverate per 2 o più giorni** e dalla tabella 26 in cui vediamo che ci sono 1.154 donne con 3 giorni di ricovero, 367 con 4 giorni, 183 con 5 giorni, 279 con ≥ 6 giorni e 1.935 con dato non rilevato.

Pur ammettendo che un ricovero più lungo sia da attribuire alle IVG fatte dalla tredicesima settimana in poi (3.953) restano sempre **1.245 donne ricoverate per 2 o più giorni di cui la tabella 27 non riporta la complicazione!**».

Un'altra grave criticità delle relazioni è la sistematica **sottostima delle complicazioni fisiche immediate** che emerge dal bassissimo numero di casi e dall'inverosimile incidenza indicata, con percentuali che appaiono lontanissime da quanto evidenziato in letteratura. Per esempio, come mostravo all'inizio, il protocollo IVG del 2019 della ASL di Latina, riporta per le infezioni pelviche un'incidenza del 10%, e Saperidoc del SSR dell'Emilia-Romagna un'incidenza che va dal 4,8 al 22,6%, tuttavia la tabella 27 della relazione del 2019 indica per le infezioni un'incidenza di appena lo 0,3 per 1.000 degli aborti complessivi! E ancora, il protocollo IVG della ASL di Latina riporta per il fallimento dell'aborto un'incidenza del 2,3%, mentre a pagina 55 della relazione del 2019 si specifica che l'incidenza degli aborti mancati/incompleti è stata pari allo «0,7% di tutte le IVG». Lo stesso vale per le complicazioni raggruppate nella voce «altro» per le quali viene riportata un'incidenza totale del 3 per 1.000, quando, secondo la letteratura, l'incidenza singola di ciascuna di esse supera da sola quella globale indicata: trauma del canale cervicale (1%), perforazioni uterine e altre lesioni genitali (1-4%), anestesia (1,5-3%), alle quali devono essere aggiunti i casi di trasfusione dovuti alle emorragie, le reazioni allergiche, le eventuali isterectomie d'emergenza, ecc.

La gravità di questa sottostima è che è esattamente a queste percentuali falsate che gli abortisti italiani fanno riferimento¹⁶⁶ per comprovare la presunta sicurezza dell'aborto indotto, sconfessando persino quanto riconosciuto dagli stessi protocolli IVG regionali pur di contestare chi - come Pro Vita & Famiglia - cerca di mostrare la verità sull'aborto con un'informazione basata su evidenze scientifiche riconosciute e ampiamente documentate.

A queste enormi lacune si va a sommare il fatto che le relazioni sulla 194, oltre a riportare le complicazioni fisiche immediate in maniera parziale e sottostimata, **omettono interamente tutti i dati relativi alle complicazioni a medio - lungo termine e i rischi sulla salute psicofisica e in successive gravidanze**. Artifici nella compilazione sono inoltre attuati in modo da non far risaltare determinate complicazioni, come nel caso dei 592 casi di aborti mancati/incompleti, rilevati solo per il 2019,¹⁶⁷ esclusi in toto dalla tabella 27 e, quindi, dall'incidenza totale delle complicazioni lì specificata.

Alla sottostima contribuisce anche **la legge, che non prevede alcun obbligo per i medici abortisti di segnalare tutte le complicazioni** degli aborti nei modelli Istat D12, dai quali sono reperiti i dati per la stesura delle relazioni annuali, e il mancato aggiornamento del sistema di raccolta dati da parte di alcune Regioni, come si sottolinea immancabilmente ogni anno nelle relazioni.

¹⁶⁶ Aborto. Gallo/Parachini (Coscioni) e Pompili (Amica): «Da Provita bugie e disinformazione prive di evidenza scientifica», *Quotidiano Sanità*, 12 aprile 2018, http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=60736. Si legge nell'articolo: «Provita chiede che il ministero della Salute 'diffonda le informazioni relative ai danni che l'aborto può causare alla salute delle donne'. Di fatto le informazioni che chiedono di diffondere sono bugie o disinformazioni, prive di evidenza scientifica [...] Per quanto attiene alle complicazioni fisiche, sottolineano in una nota Gallo, Parachini e Pompili [...], la relazione del ministro della salute sullo stato di applicazione della legge 194 riferisce che le complicazioni sono state 6/1000 nel 2016, mentre erano state 7,3/1000 nel 2015 e 7,4/1000 nel 2014. A tal proposito, dunque, la relazione afferma che 'l'IVG effettuata in una struttura sanitaria da personale competente è una procedura sicura con un rischio di mortalità inferiore all'aborto spontaneo e al parto'».

¹⁶⁷ Ministero della Salute, dati definitivi 2019, *ibid.*, p. 55.

In conclusione, si può affermare che le relazioni annuali sulla 194, che dovrebbero riportare in maniera puntuale e precisa tutti i dati relativi agli aborti indotti, rivelano in realtà molto poco dell'effettivo impatto dell'aborto sulla salute psicofisica della donna. In compenso esse evidenziano chiaramente che **le alte sfere sanitarie e politiche italiane non sono esenti da quella tendenza presente a livello globale che si adopera per minimizzare e occultare tutto ciò che mette in discussione il cosiddetto aborto «legale cioè sicuro».**

6.2 - La sottostima delle complicazioni psichiche

Nello sviluppare questo argomento mi avvarrò sia delle osservazioni riportate da Pike nella sua revisione che dei dati contenuti nell'importante ricerca del dottor Reardon,¹⁶⁸ pubblicata nel 2018 sul SAGE Open Medicine.

6.2.a - Bias di segnalazione

I bias di segnalazione, cioè l'occultamento da parte delle donne intervistate delle proprie storie di aborto o degli effetti psicologici negativi a esso associati, sono elementi che concorrono alla sottostima delle complicazioni negli studi. Tra gli esempi di sottosegnalazione delle storie di aborto, Pike riporta uno studio di Pedersen,¹⁶⁹ condotto su donne norvegesi dai 15 ai 27 anni, nel quale il tasso di aborto risultante era il 74% di quanto ci si potesse aspettare dall'insieme dei dati nazionali.

¹⁶⁸ Reardon DC, The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities, SAGE Open Medicine, Published online 2018 Oct 29, 6: 2050312118807624.

¹⁶⁹ Pedersen W, Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women, Scandinavian Journal of Public Health, 2008 Jun;36(4):424-8.

Reardon spiega che l'occultamento della storia di aborto può, a propria volta, contribuire a un'errata classificazione negli studi e alla conseguente alterazione degli effetti psichici avversi, nel caso in cui coloro che abbiano abortito, ma dichiarino di non averlo fatto, finiscano nel gruppo di confronto. Per esempio, se vi sono donne che prima di partorire hanno avuto una storia di aborto indotto che non rivelano, e queste donne finiscono nel gruppo di confronto delle donne che hanno solo partorito e non hanno storie di aborto, i risultati potrebbero essere alterati con una sovrastima degli effetti negativi associati al parto, ma che sono in realtà dovuti all'esposizione all'aborto di queste donne presenti erroneamente in quel gruppo,¹⁷⁰ visto che una storia di aborto indotto è associata a maggiori disturbi mentali durante e dopo una gravidanza successiva.

6.2.b - Bias di selezione

I bias di selezione, ovvero l'esame di campioni di donne non rappresentativi da parte dei ricercatori, sono in particolare dovuti al fatto che le donne maggiormente segnate dall'aborto sono spesso escluse dagli studi, o si rifiutano di partecipare, o si ritirano nel corso degli studi a cui avevano acconsentito a partecipare. Reardon osserva che alcuni ricercatori scelgono volutamente di escludere le donne che abortiscono gravidanze volute,¹⁷¹ che hanno aborti tardivi o che presentano, in generale, fattori di rischio per reazioni più negative, e queste scelte metodologiche tenderanno a spostare i risultati al di sotto della significatività statistica.

I bias di selezione sono presenti in moltissime ricerche. Lo stu-

¹⁷⁰ Reardon DC, Cougle JR; Depression and unintended pregnancy in young women, *BMJ*, 2002 May 4; 324(7345): 1097.

¹⁷¹ Schmiege S, Russo NF, Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study, *BMJ*, 2005 Dec 3;331(7528):1303.

dio di Purcell et al.,¹⁷² condotto tramite interviste su donne scozzesi, ammette: «Questo studio si basa su un campione auto-selezionato in quanto include solo coloro che al momento del reclutamento si sentivano in grado o erano disponibili a partecipare».

Lundell et al.¹⁷³ concludono di non aver trovato collegamenti tra l'aborto indotto e il disturbo post-traumatico da stress, ma dall'analisi del campione esaminato, emerge che ben il 56% delle donne contattate si era rifiutata di partecipare e che, successivamente, il 49% delle partecipanti all'intervista di base non ha risposto alla valutazione prevista 3 mesi dopo, riducendo il campione al 29% appena.

Holmlund et al.¹⁷⁴ sostengono di non aver trovato alcuna associazione tra aborto indotto e problemi mentali in successive gravidanze, ma sono riusciti a reclutare solo il 18,3% delle donne alle quali avevano chiesto di partecipare. Anche in questo caso, le donne maggiormente segnate dal pregresso aborto si sarebbero autoescluse dalla ricerca.

Stessa musica a proposito di van Ditzhuijzen et al.¹⁷⁵ che dicono di aver scoperto che le donne con una storia di malattia psichiatrica sono sovrarappresentate tra coloro che abortiscono, vale a dire che i problemi mentali nelle donne che abortiscono sarebbero già

¹⁷² Purcell C, Cameron S, Caird L, Flett G, Laird G, Melville C, McDaid LM; Access to and experience of later abortion: accounts from women in Scotland, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2014 Jun;46(2):101-8.

¹⁷³ - Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö et al.; Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study, *BMC Womens Health*, 2013 Dec 23;13:52.

- Wallin Lundell I, Sundstrom Poromaa I, Frans O et al.; The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2013 Dec;18(6):480-8.

¹⁷⁴ Holmlund S, Kaljonen A, Junttila N, Riih  H, M kinen J, Rautava P; Psychological illbeing experienced by first-time mothers and their partners in pregnancy after abortion: a cohort study, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2014 Dec;35(4):132-9.

¹⁷⁵ van Ditzhuijzen J, ten Have M, de Graaf R, van Nijmegen CH, Vollebergh WA; Psychiatric history of women who have had an abortion, *Journal of Psychiatric Research*, 2013 Nov;47(11):1737-43.

presenti prima dell'aborto. Tuttavia - precisa Pike - il tasso di risposta in questo studio è stato solo del 13%, indicativo di un rischio significativo di bias nella selezione.

Pike cita anche lo studio qualitativo di Kimport¹⁷⁶ che aveva l'obiettivo di esplorare le difficoltà emotive delle donne dopo l'aborto. L'autrice conclude sostenendo che tutte le difficoltà derivano dalla «disapprovazione sociale, dalla rottura della relazione sentimentale e dal conflitto mente-cuore», ma - osserva Pike - in questo studio, nel quale le donne sono state contattate tramite una linea telefonica dedicata all'aborto, circa la metà di coloro che avevano chiamato non hanno potuto essere reclutate perché «ritenute troppo angosciate».

Reardon riporta lo studio di Brenda Major et al.¹⁷⁷ - presidente della Task Force on Mental Health and Abortion (TFMHA) dell'APA (American Psychological Association) - uno dei più citati tra gli studi che sostengono di aver scoperto che «la reazione più comune» dopo l'aborto indotto è il «sollevio», come a suggerire che un campione rappresentativo di donne sia stato effettivamente interpellato sulle loro reazioni più rilevanti e comuni. Ma, questa conclusione è fuorviante, perché - spiega Reardon - tutti gli studi di «serie di casi» che hanno misurato il sollievo (come Major e Broen et al.¹⁷⁸) hanno tassi di auto-censura e abbandono che superano il 50%. Se solo una minoranza di donne accetta di riferire le proprie reazioni all'aborto negli studi, questi studi non possono dirci nulla di affidabile su ciò che prova la maggioranza delle donne - spiega Reardon - e ciò è ancora più vero se si considera che, tendenzialmente, le donne

¹⁷⁶ Kimport K, (Mis)Understanding abortion regret, *Symbolic Interaction*, May 2012, 35(2):105-122.

¹⁷⁷ Major B, Cozzarelli C, Cooper ML et al.; Psychological responses of women after firsttrimester abortion, *Archives of General Psychiatry*, 2000 Aug;57(8):777-84.

¹⁷⁸ Broen AN, Moum T, Bödtker AS, et al.; Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study, *Psychosomatic Medicine*, Mar-Apr 2004;66(2):265-71.

che partecipano sono coloro che sperimentano più reazioni positive, mentre coloro che rifiutano o abbandonano sperimentano più reazioni negative.

6.2.c - I meccanismi di difesa

Pike scrive che gli studi che si basano sull'autosegnalazione della salute psichica presente e passata, sono soggetti a bias della memoria e/o bias dovuti alla cosiddetta «dissonanza cognitiva» nei confronti di un evento che è doloroso rievocare.¹⁷⁹ Reardon osserva che i dati possono essere distorti da vari meccanismi di difesa, come l'evitamento, la negazione, la repressione, la soppressione, l'intellettualizzazione, la razionalizzazione, la proiezione, la scissione e la formazione reattiva, che determinano una sottostima conscia o inconscia dei sintomi attribuibili a questioni irrisolte dell'aborto. I meccanismi di difesa - aggiunge Reardon - sono anche la spiegazione più probabile per i bias di selezione e i tassi alti di occultamento della storia di aborto da parte delle donne intervistate, le quali tendenzialmente segnaleranno meno della metà, e non più del 30%, del numero degli aborti stimati sulla base dei dati nazionali.¹⁸⁰

6.2.d - La tempistica delle indagini

Un altro aspetto che può falsare i risultati negli studi dipende dalla tempistica delle indagini. Per esempio - osserva Pike - Toffol et

¹⁷⁹ Keys J, Running the gauntlet: women's use of emotion management techniques in the abortion experience, *Symbolic Interaction*, 2010 Winter;33(1):41-70.

¹⁸⁰ - Steinberg JR, Tschann JM; Childhood adversities and subsequent risk of one or multiple abortions, *Social Science & Medicine*, 2013 Mar;81:53-9.

- Jones EF, Forrest JD; Underreporting of abortion in surveys of U.S. women: 1976 to 1988, *Demography*, 1992 Feb;29(1):113-26.

- Jones RK, Kost K; Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth, *Studies in Family Planning*, 2007 Sep;38(3):187-97.

al.¹⁸¹ concludono che l'aborto è associato a una riduzione generale dell'ansia, ma il sondaggio di partenza è stato somministrato solo poco prima dell'aborto eseguito di lì a poco in quello stesso giorno. Non sorprende perciò che si sia registrata una diminuzione dell'ansia visto che come linea di base è stato utilizzato il momento prima di sottoporsi a un intervento in cui è solitamente normale provare una forte ansia, anziché utilizzare una misura storica più accurata come il periodo prima della gravidanza.¹⁸²

6.2.e - Assenza di rilevazioni nel lungo periodo

Un'altra lacuna degli studi è la mancata valutazione degli effetti psicologici per un periodo sufficientemente lungo: pochi mesi o, addirittura, qualche anno possono costituire un lasso di tempo troppo breve - scrive Pike - visto che, come mostra la ricerca fenomenologica, all'inizio le donne possono affrontare bene l'evento dell'aborto, ma a distanza di anni lo rivalutano negativamente.¹⁸³

Reardon osserva che la maggior parte delle donne sperimenta nel contempo emozioni sia positive che negative, che possono continuamente mutare: le emozioni contrastanti possono cambiare di intensità nel tempo o apparire improvvisamente dopo anni di calma. Molte donne possono sviluppare meccanismi di difesa per tenere sotto controllo i sentimenti negativi, ma avvenimenti succes-

¹⁸¹ Toffol E, Pohjoranta E, Suhonen S et al.; Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2016 Oct;95(10):1171-80.

¹⁸² Reardon DC, Missed opportunities and overstated results in anxiety and quality of life study following termination of pregnancy, *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 2017 Mar;96(3):382.

¹⁸³ - Goodwin P, Ogden J; Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time, *Psychology and Health*, 2007 Feb;22(2):231- 248.

- Trybulski J, Women and abortion: the past reaches into the present, *Journal of Advanced Nursing*, 2006 Jun;54(6):683-690.

sivi, come una nuova gravidanza, un aborto spontaneo, l'infertilità, la morte di una persona cara, possono attivare emozioni correlate all'aborto rimaste a lungo sopite, o suscitare una ridefinizione delle scelte ed esperienze passate tale da comportare un senso di colpa ossessivo e un'auto-condanna. Reardon precisa che persino il noto studio sul sollievo di Major et al.¹⁸⁴ ha scoperto che, rispetto alle valutazioni post-aborto a 1 mese, in quelle a 2 anni i tassi di reazioni positive, sollievo e soddisfazione per la scelta erano diminuiti, mentre i tassi di depressione e reazioni negative erano significativamente aumentati. Vi sono casi in cui - aggiunge Reardon - le prime emozioni negative si presentano solo in tarda età, per esempio quando la donna entra in menopausa.¹⁸⁵

6.2.f - Uso di termini generici o fuorvianti

Secondo Reardon, un fattore foriero di ambiguità negli studi che porta a un'eccessiva generalizzazione dei risultati e quindi a conclusioni fuorvianti, deriva dall'uso voluto di termini vaghi e non ben definiti come «sollievo», la scelta «giusta», gravidanza «indesiderata»,

Con lo scopo di dimostrare che l'aborto ha per le donne una valenza positiva, i sostenitori dell'aborto affermano frequentemente che gli studi dimostrano che la reazione post-aborto più comune provata dalle donne è il sollievo, ma - osserva Reardon - dimenticano di indicare qual è l'origine di questo sollievo. Infatti, una donna può provare «sollievo» per mille ragioni: perché non avrà un bambino, perché una procedura medica temuta è finalmente alle spalle, perché i suoi genitori non scopriranno che era rimasta in-

¹⁸⁴ Major et al., *ibid.*

¹⁸⁵ Dykes K, Slade P, Haywood A; Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: women's views at menopause, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011; 29(1): 93-112.

cinta, perché il partner smetterà finalmente di tormentarla per farla abortire, per qualsiasi altra ragione che determinerà una riduzione dello stress. Inoltre, come già visto, la maggior parte delle donne sperimenta sensazioni ambivalenti, per cui il sollievo può essere mescolato a sensazioni negative di perdita, colpa, rabbia, ecc.

Reardon riporta che in uno studio di Kero e Lalos¹⁸⁶ «quasi la metà [delle donne] presentava anche sentimenti paralleli di colpa, poiché considerava l'aborto come una violazione dei propri valori morali. La maggior parte del campione ha espresso sollievo e allo stesso tempo ha vissuto l'interruzione di gravidanza come una perdita unita a sentimenti di dolore/vuoto». Un altro studio di Kero et al.¹⁸⁷ ha scoperto che per descrivere l'imminente aborto, il 56% delle donne sceglieva parole sia positive che negative, il 33% sceglieva solo parole negative e appena un 11% sceglieva solo parole positive. Pertanto - conclude Reardon - coloro che affermano che la maggior parte delle donne prova sollievo dopo l'aborto, cercano di distogliere l'attenzione dal fatto che la stragrande maggioranza delle donne che afferma di provare sollievo riferisce nel contempo anche una molteplicità di sensazioni negative.

Problemi simili - prosegue Reardon - si presentano anche nell'affermazione ampiamente diffusa secondo cui la stragrande maggioranza delle donne è «soddisfatta» della propria decisione di abortire, riconosce cioè che l'aborto è stata la scelta «giusta», come sostengono di aver scoperto nel loro studio Rocca et al.,¹⁸⁸ le cui conclusioni hanno ricevuto grande eco sui giornali con titoli in prima pagina. Tuttavia - spiega Reardon - la roboante conclusione di

¹⁸⁶ Kero A, Lalos A; Ambivalence — a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2000 Jun;21(2):81-91.

¹⁸⁷ Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A; Legal abortion: a painful necessity, *Social Science & Medicine*, 2001 Dec;53(11):1481-90.

¹⁸⁸ Rocca CH, Kimport K, Roberts SCM, et al.; Decision rightness and emotional responses to abortion in the United States: a longitudinal study, *PLoS ONE*, 2015 Jul 8;10(7):e0128832.

questo studio è stata fuorviata sia da un bias di auto-selezione altissimo, visto che sin dalla prima valutazione è riuscito a reclutare solo il 27% delle candidate, sia dalla metodologia usata dai ricercatori i quali hanno impostato questa «scoperta» su una risposta binaria «sì o no» a un'unica domanda: «Data la sua situazione, la sua decisione di abortire era giusta per lei?». Questa domanda - osserva Reardon - è stata volutamente pensata per produrre e scindere una reazione, e se i ricercatori avessero veramente voluto approfondire le reali preferenze delle partecipanti sulla «scelta», non avrebbero dovuto far altro che prevedere domande aggiuntive come: «Se avesse ricevuto sostegno dagli altri, avrebbe scelto di portare a termine la gravidanza?».

Oltre a ciò - aggiunge Reardon - le conclusioni fuorvianti dello studio non tengono conto del fatto che eventi successivi possano innescare nelle donne una ridefinizione delle scelte ed esperienze passate. Infatti, come mostrano gli studi che indagano le reazioni delle donne nel lungo periodo, la soddisfazione nel tempo diminuisce e il rimpianto aumenta. Pertanto - conclude Reardon - i dati attuali che si riferiscono ad alti livelli di sollievo e di soddisfazione decisionale, sono fortemente discutibili a breve termine e privi di significato riguardo alla previsione delle sensazioni a lungo termine.

Un'altra generalizzazione che può portare a conclusioni fuorvianti è l'affermazione secondo cui tutti gli aborti implicano solitamente gravidanze «indesiderate». Reardon scrive che Charles et al.¹⁸⁹ sostengono che l'unico gruppo di confronto appropriato è quello con le donne che «partoriscono gravidanze indesiderate» e, per questo motivo, nella loro revisione sistematica su aborto e salute mentale hanno sottratto ben 2 punti di qualità su 5 a tutti quegli studi che utilizzavano qualsiasi gruppo di controllo diverso

¹⁸⁹ Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW; Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence, *Contraception*, 2008 Dec;78(6):436-50.

dalle donne che portavano a termine gravidanze «indesiderate». In realtà - osserva Reardon - questo è apparso solo come un pretesto per declassare e screditare tutti gli studi che avevano evidenziato un'associazione tra aborto e problemi di salute mentale, perché la definizione di gravidanza «indesiderata» è in realtà fuorviante.

La ricerca dimostra infatti che non avere intenzione di rimanere incinta in un determinato momento della propria vita è ben diverso dal non volere un figlio, tanto è vero che più della metà delle gravidanze non intenzionali vengono portate a termine e costituiscono circa il 37% di tutte le nascite.¹⁹⁰ Per contro - aggiunge Reardon, citando diversi studi - è dimostrato che tra il 30% e il 63% delle gravidanze tra le donne che hanno abortito erano intenzionali, desiderate, con un forte legame emozionale, o accolte favorevolmente nel senso che la donna avrebbe accolto e portato a termine se solo avesse ricevuto il sostegno del partner, della famiglia o di altri. In sostanza, poiché entrambi i gruppi (donne che hanno abortito e donne che partoriscono gravidanze indesiderate) comprendono un'enorme variabilità di intenzionalità, desiderio e attaccamento alle proprie gravidanze, le definizioni di gravidanza «indesiderata» e «non intenzionale» sono fuorvianti, e quindi sarà fuorviante anche qualsiasi studio che si basi su queste definizioni.

6.2.g - Enfasi e sfumature fuorvianti

Un artificio mediante il quale si possono fuorviare gli effetti negativi dell'aborto - spiega Reardon - risiede nell'uso di sfumature o spostamento di enfasi nella comunicazione dei risultati, come fa per esempio la task force (TFMHA) dell'APA nei suoi comunicati

¹⁹⁰ Finer L, Zolna M; Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001–2008, *American Journal of Public Health*, 2014 Feb;104 Suppl 1(Suppl 1):S43-8.

stampa¹⁹¹ e negli «abstract»¹⁹² dei suoi documenti. Benché la task force dell'APA abbia identificato e riconosciuto una serie di fattori di rischio per la salute mentale delle donne che abortiscono - afferma Reardon - si è tuttavia ben guardata dall'evidenziare quest'aspetto nei comunicati stampa e nella sintesi degli studi, dove conclude: «Gli studi più rigorosi indicano che negli Stati Uniti il rischio correlato a problemi di salute mentale tra le donne **adulte** che hanno un **singolo** aborto legale nel **primo trimestre** di una gravidanza **indesiderata** per motivi **non terapeutici** non è maggiore del rischio delle donne che portano a termine una gravidanza **indesiderata**» (grassetto aggiunto).

La conclusione ufficiale e rassicurante dell'APA è stata ampiamente rilanciata dalla stampa come la prova provata che l'aborto indotto non comporta rischi di salute mentale nelle donne, anche se in realtà essa si può riferire solo a una minoranza di donne che abortiscono in un preciso momento. In effetti, come mostrano le parole evidenziate da Reardon, **l'APA ha escluso dal comunicato tutti i maggiori fattori di rischio che lei stessa ha riconosciuto essere associati all'aborto indotto.** Reardon spiega che la conclusione dell'APA esclude: il 48-52% delle donne che hanno una storia di uno o più aborti, il 18% delle minorenni che abortiscono, l'11% delle donne che abortiscono dopo il primo trimestre, il 7% delle donne che abortiscono per motivi terapeutici (riguardo alla propria salute o a quella del figlio), ed esclude l'11-64% delle donne le cui gravidanze erano volute, pianificate o verso le quali si era comunque sviluppato un attaccamento nonostante le circostanze difficili. In pratica - osserva Reardon - così com'è formulato, il comunicato

¹⁹¹ APA Press Room, APA Task Force finds single abortion not a threat to women's mental health, American Psychological Association Press Releases, 2008, <https://www.apa.org/news/press/releases/2008/08/single-abortion>.

¹⁹² Major B, Appelbaum M, Beckman L, et al.; Abortion and mental health: evaluating the evidence, *The American Psychologist*, 2009 Dec;64(9):863-90.

dell'APA suggerisce che poche donne presentano rischi di reazioni negative all'aborto, ma se si modifica l'enfasi, concentrandosi sui fattori di rischio esclusi, può essere tradotto nella formula ugualmente valida: «La maggior parte delle donne che abortiscono sono a maggior rischio di effetti negativi rispetto a una minoranza che non ha fattori di rischio».

In conclusione, il comunicato dell'APA è tecnicamente valido ma, grazie all'uso di sfumature e spostamenti di enfasi, risulta formulato in modo fuorviante - specialmente per i non addetti ai lavori, che immaginano esistano solo risposte semplici e generalizzate - portando, come è avvenuto, a una sottovalutazione generalizzata degli effetti negativi dell'aborto, per la gioia degli attivisti e della stampa pro-aborto.

6.2.h - Altri artifici usati negli studi

Altri espedienti messi in atto negli studi con l'obiettivo di occultare gli effetti negativi sulla salute mentale dell'aborto, gonfiando nel contempo gli effetti negativi del parto, si possono osservare di nuovo nel pluricitato studio sul sollievo realizzato dalla presidente della task force dell'APA. Major et al. - spiega Reardon - hanno raggruppato o «mediato» più reazioni negative in un unico punteggio e, al contempo, assegnato punteggi singoli alle reazioni positive. Inoltre, hanno anche limitato le liste predefinite delle emozioni negative dell'aborto solo a poche opzioni non rappresentative dell'intera gamma delle emozioni più comunemente riportate dalle donne che chiedono una consulenza post-aborto come dolore, vergogna, rimorso, vuoto, rabbia, solitudine, disperazione, perdita di fiducia, ecc.

Analogamente, Munk-Olsen et al.¹⁹³ hanno ripetutamente modificato la metodologia di ricerca inserendo nel gruppo del-

¹⁹³ Munk-Olsen et al., *ibid.*

le donne che avevano partorito anche coloro che prima del parto avevano avuto uno o più aborti. Si tratta di una scelta problematica - spiega Reardon - perché una storia di aborto è notoriamente associata a tassi significativamente più elevati di disturbi mentali durante e dopo una gravidanza successiva, in questo modo Munk-Olsen ha spostato questi effetti negativi dell'aborto nei risultati del parto. E come se non bastasse - aggiunge Reardon - quando le sono stati chiesti chiarimenti sulle analisi condotte, incluso quello di comunicare quante delle donne studiate avevano sia aborti che parti, Munk-Olsen non ha mai risposto.

6.2.i - Lo «Studio Turnaway»

Il cosiddetto studio Turnaway merita un paragrafo dedicato perché, pur essendo caratterizzato da bias di selezione significativi e problemi metodologici vari, è quello che più spesso viene citato dagli abortisti di tutto il mondo, italiani compresi,¹⁹⁴ per dimostrare, tra le varie cose, che la maggior parte delle donne che hanno abortito sono contente di averlo fatto, che non vi sono prove di effetti negativi sulla salute mentale dopo l'aborto, mentre vi sono prove di problemi mentali nelle donne costrette a portare avanti una gravidanza indesiderata.

Il difetto più grande dello studio Turnaway è l'altissimo bias di

¹⁹⁴ In risposta a una lettera del professor Giuseppe Noia su *Quotidiano Sanità*: «Aborto. Le dichiarazioni di fede non hanno nulla a che vedere con scienza e corrette informazioni», 7 maggio 2018, http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=61489, la ginecologa Anna Pompili (socio fondatore Associazione Medici Italiani Contraccezione e aborto) e la ginecologa Mirella Parachini (socio fondatore Associazione Medici Italiani Contraccezione e aborto e membro di Direzione Nazionale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica) così scrivono: «È invece intuitivo, e dimostrato dalla letteratura, che si hanno importanti ripercussioni sul piano psicologico e sulla salute mentale quando le persone sono costrette a fare ciò che non si sentono adeguate a fare in quel momento della loro vita (Biggs MA et al: "Women's mental health after receiving or being denied an abortion- A prospective, longitudinal cohort study, *JAMA Psychiatry*, 2017;74(2):169- 178)». Lo studio citato dalle ginecologhe non è altro che uno degli attuali quasi 30 studi che, anno dopo anno, sono stati realizzati utilizzando i dati fuorvianti del Turnaway-study, per confermare la narrazione abortista sulla bontà dell'aborto indotto.

selezione delle donne. Reardon spiega che lo studio è riuscito a reclutare solo il 37,5% (n. 1.132) delle donne alle quali era stato chiesto di partecipare (n. 3.045), inoltre il 15,5% delle reclutate aveva già abbandonato lo studio prima dell'intervista di base prevista 8 giorni dopo l'aborto¹⁹⁵. Lo studio è continuato con interviste telefoniche ogni 6 mesi per 5 anni e, a ogni colloquio che completavano, le donne venivano ricompensate con una carta regalo da 50 dollari ma, nonostante quest'incentivo, al termine dei 3 anni aveva partecipato solo il 27% delle donne reclutate e questa percentuale era scesa ulteriormente ad appena il 18% alla valutazione a 5 anni¹⁹⁶. Nonostante ciò - osserva Reardon - gli autori dello studio concludono sostenendo che «le donne sperimentavano una diminuzione dell'intensità emotiva nel tempo e, a tre anni, la stragrande maggioranza delle donne riteneva che l'aborto era stata per loro la decisione giusta». Questa conclusione - osserva Reardon - sovrastima chiaramente ciò che i dati dello studio possono effettivamente dimostrare, ma ha subito ispirato molti titoloni di giornale che hanno proclamato come indiscutibile il fatto che la stragrande maggioranza delle donne era contenta di aver abortito, quando in realtà si trattava, sì della stragrande maggioranza, ma di quel 27% appena che aveva partecipato fino a 3 anni. Una minoranza auto-selezionata (27%) di volontarie - afferma Reardon - non può dirci nulla su ciò che pensa la «maggioranza delle donne»: ciò che pensa la «maggioranza delle donne» rimane semplicemente sconosciuto quando la maggior parte delle donne si rifiuta di condividere i propri pensieri e sensazioni in un dato momento.

Dallo studio Turnaway sono nati a oggi quasi 30 lavori. Questa plethora di studi - evidenzia Pike - si presenta apparente-

¹⁹⁵ Rocca et al., PLoS ONE, 2015, ibid.

¹⁹⁶ Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, et al.; Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: a prospective, longitudinal cohort study, JAMA Psychiatry, 2017 Feb 1;74(2):169-178.

mente come un corpo di lavoro ampio e importante, in realtà tutti gli studi successivi si basano sull'unico insieme carente di dati che abbiamo visto. Inoltre - aggiunge Pike - lo studio Turnaway è stato finanziato e realizzato da organizzazioni dichiaratamente abortiste. Esso fa infatti parte del progetto di ANSIRH (Advancing New Standards in Reproductive Health), il quale si adopera per l'accesso libero e gratuito all'aborto, ed è stato finanziato da organizzazioni pro-aborto come la David and Lucille Packard Foundation.

Reardon ha evidenziato in un articolo¹⁹⁷ tutti i difetti del Turnaway-study in cui, oltre al bias di selezione già sottolineato, riporta altre distorsioni che hanno contribuito a inficiare le già deboli conclusioni dello studio. La minoranza delle donne intervistate da ANSIRH - afferma Reardon - è **atipica**, anzitutto perché con tassi così elevati di astensione la probabilità che i risultati siano influenzati dall'auto-selezione è alta, ovvero che il campione analizzato dallo studio sia perlopiù costituito da donne che si aspettavano le reazioni meno negative dal proprio aborto, o che sperimentavano uno stress minore nel parlare del proprio aborto, perché - come suggerisce la ricerca - coloro che sperimentano le reazioni più negative sono meno propense a partecipare alle interviste. In secondo luogo, il campione delle donne può essere stato **alterato** dallo stesso staff delle 30 cliniche abortive partecipanti, visto che il progetto dello studio prevedeva che spettasse al personale delle cliniche scegliere quando invitare le pazienti a partecipare, è pertanto possibile che siano state escluse coloro che il giorno dell'aborto apparivano chiaramente come le più angosciate e, quindi, le peggiori candidate per lo studio. Costoro avrebbero potuto rifiutare in ogni caso, ma il fatto che nella procedura di reclutamento sia effettivamente mancato un processo di selezione casuale porta di per sé a risultati non ge-

¹⁹⁷ David C. Reardon, *The Embrace of the Proabortion Turnaway Study: Wishful Thinking? or Willful Deceptions?*, *The Linacre Quarterly*, 2018 Aug, 85(3):204-212.

neralizzabili a tutte le donne che hanno abortito. Un ulteriore bias di selezione è stato determinato dal fatto che il progetto di studio prevedeva espressamente di **escludere** le donne che abortivano per sospette anomalie fetali, un gruppo notoriamente ad alto rischio di disagio psichico post-aborto. L'esclusione di questo gruppo - osserva Reardon - rende il campione esaminato non rappresentativo della reale popolazione di donne che chiede di abortire.

Un ulteriore aspetto atipico - aggiunge Reardon - è rappresentato dai **tre gruppi** di donne presi in esame dallo studio: il primo gruppo era costituito da 254 donne che avevano abortito entro il primo trimestre e il secondo gruppo da 413 donne che avevano abortito alla fine del secondo trimestre, entro due settimane dal limite di legge per l'aborto tardivo. Già di per sé il rapporto tra i due gruppi è atipico rispetto alla popolazione generale delle donne che abortiscono, delle quali circa il 90% abortisce entro il primo trimestre. Il terzo gruppo di donne è il vero e proprio gruppo di confronto da cui ha preso il nome lo studio Turnaway, in quanto costituito da 210 donne che avevano chiesto di abortire oltre i limiti di legge (generalmente oltre le 24 settimane gestazionali) e perciò erano state respinte dalle cliniche abortive. Tuttavia, anche questo gruppo di confronto è stato inquinato dal fatto che il 24% delle donne respinte ha poi abortito in un altro Stato o ha avuto un aborto spontaneo. Eppure - scrive Reardon - quando in molte delle sue analisi ANSIRH afferma di confrontare le donne che hanno abortito con le donne alle quali «è stato negato l'aborto», spesso non chiarisce che in realtà sta confrontando le donne che hanno abortito con un gruppo di «respinte» delle quali un quarto ha abortito volontariamente o spontaneamente solo poche settimane dopo. E questo - osserva Reardon - ci porta a un altro problema con i confronti effettuati da ANSIRH: il fatto che **non abbia tenuto conto di una storia di aborto precedente o successiva**. È risaputo, infatti, che esiste una relazione «dose-effetto», per cui le

donne che hanno più aborti presentano maggiormente problemi di salute mentale. Quante donne del gruppo delle «respinte» aveva una storia di aborto prima di portare a termine la gravidanza? E, nel corso dei 5 anni di follow-up, quante donne in tutti i gruppi hanno avuto aborti successivi? ANSIRH ignora queste domande, a ogni modo **mancando un gruppo di controllo** di donne che non sono mai state esposte all'aborto, lo studio Turnaway non può dirci nulla sulle differenze tra donne che hanno abortito e quelle che non l'hanno fatto.

In sintesi - spiega Reardon - lo studio Turnaway utilizza tre gruppi di volontarie che sono state reclutate attraverso un metodo non casuale che comporta bias di selezione tramite gli operatori delle cliniche, le procedure di ricerca e l'auto-selezione. Inoltre ANSIRH non è riuscito a registrare, o almeno a controllare, l'intera storia riproduttiva di tutti i soggetti. Il risultato è che le analisi di ANSIRH si sono limitate a due gruppi di donne, delle quali si sa che hanno avuto almeno un aborto precoce o tardivo, e un terzo gruppo di donne che ha chiesto un aborto tardivo, ma delle quali non si conosce la storia di aborti precedenti o successivi. In pratica, il campione e il progetto dello studio di ANSIRH sono così pieni di ambiguità che è impossibile generalizzare i loro risultati in modo significativo.

I ricercatori di ANSIRH - continua Reardon - descrivono spesso il loro studio come «uno studio di coorte longitudinale prospettico» dando la falsa impressione che la metodologia usata soddisfi i criteri di un vero studio prospettico di alta qualità che raccoglie dati su un campione rappresentativo di persone sia prima che dopo la loro esposizione al tema di riferimento, in questo caso una gravidanza sottoposta ad aborto. In realtà lo studio Turnaway non è uno studio prospettico, bensì uno studio di «serie di casi» condotto su un campione altamente auto-selezionato e con un tasso di abbandono molto elevato.

Un altro grosso problema degli studi di ANSIRH, è la **pre-**

sentazione selettiva dei risultati. Per esempio - scrive Reardon - il risultato principale riportato nell'abstract di uno di questi studi¹⁹⁸ era: «Il diniego all'aborto può essere associato a un maggior rischio di sperimentare inizialmente effetti psicologici avversi, rispetto all'ottenere un aborto», ma dalla lettura dei dettagli si può scoprire che questo «maggior rischio» era stato osservato solo in una singola statistica: i punteggi di ansia solo una settimana dopo che le donne in cerca di un aborto tardivo erano state respinte. Questo risultato, spiega Reardon, non è per nulla degno di nota, sia perché - per quanto riguarda le donne che abortiscono - **nel breve termine** un calo dell'ansia dopo la procedura è comune anche se altri sentimenti negativi coesistenti (depressione, senso di colpa) possono aumentare. Sia perché, le donne in cerca di un aborto tardivo che vengono respinte continuano comunque a fare i conti con lo stress legato al cercare altre soluzioni, inclusa quella di trovare un altro posto dove poter abortire. Pertanto, non è sorprendente scoprire che, otto giorni dopo, i livelli di ansia delle donne respinte sono leggermente più elevati delle donne che hanno abortito, ciò che invece sorprende - aggiunge Reardon - è come i ricercatori di ANSIRH abbiano potuto trasformare questo singolo punteggio in una dichiarazione secondo la quale le donne «a cui è stato negato l'aborto» affrontano un rischio maggiore «di esiti psicologici avversi» (plurale), una conclusione che è stata poi ampiamente diffusa dalla stampa pro-aborto.

In realtà, i dati dello studio hanno poi rilevato che, dopo questa prima settimana, le donne alle quali è stato negato l'aborto, o che hanno portato a termine la gravidanza, hanno riportato miglioramenti significativi nei punteggi di ansia, depressione e autostima, tant'è vero che i ricercatori ammettono di non aver osservato differenze significative tra i gruppi. Ma quest'ammissione appare solo

¹⁹⁸ Biggs et al., JAMA Psychiatry, 2017, ibid.

nei dettagli dello studio, non nell'abstract, né nelle conclusioni, né nei comunicati stampa. Un'altra distorsione dello studio riguarda la conclusione secondo cui le donne che abortiscono sono assolutamente convinte di aver fatto la «scelta giusta», ma questa «scoperta» si basava su una risposta binaria «sì o no» a un'unica domanda, come ho precedentemente riportato¹⁹⁹ nel paragrafo sull'uso di termini generici o fuorvianti negli studi.

Tutta la mole di studi pubblicati a oggi da ANSIRH che si basano sul loro studio Turnaway - conclude Reardon - presenta i problemi descritti, più limiti specifici presenti in ciascuno di essi. Le conclusioni di questi studi sono basate su insiemi di dati così carenti e distorti che la vera notizia è come sia stato possibile che siano stati pubblicati, ancor più come siano potuti diventare una notizia da prima pagina. Evidentemente le riviste scientifiche e i revisori erano così entusiasti di fornire una piattaforma alla propaganda pro-aborto che non solo hanno ignorato la metodologia mediocre e le analisi superficiali, ma hanno anche permesso agli autori di pubblicare conclusioni esagerate che andavano ben oltre le evidenze che avevano presentato. Quel che è certo è che le donne e i loro partner meritano di meglio.

6.3 - La sottostima della mortalità materna

La morte materna è definita come «la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine [parto, aborto indotto, aborto spontaneo, gravidanza ectopica], indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management».²⁰⁰ Le

¹⁹⁹ Rocca et al., PLoS ONE, 2015, ibid.

²⁰⁰ World Health Organization, The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM, Geneva: World Health Organization, 2012.

morti correlate all'aborto - spiega Pike - sono normalmente espresse in proporzione alla mortalità materna totale e sono quasi sempre sottostimate essendo quelle calcolate in modo più scorretto. Le morti materne sono difficili da identificare perché **mancano informazioni mediche accurate sulla causa delle morti** e sulla gravidanza in corso o recente delle donne decedute. Un aspetto problematico - come precedentemente osservato - è inoltre la confusione dei dati tra aborto indotto e spontaneo, o il fatto che nelle stime essi vengano raggruppati insieme,²⁰¹ come avviene per esempio nei calcoli dell'OMS. Quest'ultima è stata critica per gli errori presenti nei suoi dati, le cui cifre sono state definite «inverosimilmente basse» in quanto sottostimate.²⁰² In questi dati dell'OMS, la categoria dell'aborto si riferisce all'aborto volontario, all'aborto spontaneo e alla gravidanza ectopica, ed è stato stimato al 7,9% dell'ammontare totale della mortalità materna, cioè in circa 193.000 decessi all'anno,²⁰³ mentre - riporta Pike - Kassebaum et al.²⁰⁴ hanno calcolato che le morti per aborto sono il 14,9% della mortalità materna totale, cioè quasi il doppio delle stime dell'OMS.

Una revisione sistematica di Gerdts et al.,²⁰⁵ spiega che per misurare correttamente le morti riconducibili direttamente alle procedure abortive occorrono 4 fonti di dati: le indagini confidenziali, i registri di stato civile, le autopsie orali e i dati sanitari delle cliniche. Tuttavia, a livello nazionale, le indagini confidenziali si svolgono solo in una

²⁰¹ Gerdts C, Vohra D, Ahern J; Measuring unsafe abortion-related mortality: a systematic review of the existing methods, *PLoS One*, 2013;8(1):e53346.

²⁰² Gerland P, Masquelier B, HELLERINGER S, Hogan D, Mathers CD et al.; Correspondence: Maternal mortality estimates, *Lancet*, 2014 Dec 20;384(9961):2211.

²⁰³ Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp, Moller AB et al.; Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, *The Lancet Global Health*, 2014 Jun;2(6):e323-33.

²⁰⁴ Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS et al.; Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet*, 2014 Sep 13;384(9947):980-1004.

²⁰⁵ Gerdts C, Tunçalp O, Johnston H, Ganatra B; Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities, *Reproductive Health*, 2015 Sep 16;12:87.

minoranza di Paesi; oltre a ciò, si è scoperto che i registri di stato civile, che rappresentano il modello di riferimento per la misurazione della mortalità, non riportano fino al 30-50% dei decessi materni; inoltre il 75% delle nascite a livello globale avviene in Paesi che non hanno un sistema di registrazione della popolazione. I ricercatori aggiungono che, sia per i sondaggi realizzati nelle cliniche che per le autopsie orali, ostacoli alla raccolta di dati affidabili sono rappresentati dalla indisponibilità a partecipare agli studi, dall'errata classificazione e dalla sottostima. Per paura di ripercussioni sociali e legali, per esempio, i familiari delle donne morte a causa dell'aborto sono reticenti a partecipare agli studi rispetto ai familiari delle donne morte per altre cause legate alla gravidanza. A questo si deve aggiungere che, poiché le complicazioni dell'aborto indotto sono simili ad altre complicazioni ostetriche (aborto spontaneo, emorragia, sepsi), i decessi dell'aborto indotto sono impropriamente classificati come decessi materni non correlati all'aborto o come non correlati alla gravidanza o, addirittura, come causa «sconosciuta». In molti Paesi, poi, come ad esempio negli Stati Uniti, le autopsie vengono fatte solo a pagamento o se si avvia un processo penale. Ciò vuol dire che solo le famiglie di donne di ceto medio-elevato pretendono che si vada a fondo sulla causa della morte della congiunta. Delle donne povere e delle donne sole, morte di sepsi o di emorragia, non si saprà mai se all'origine vi è stato un aborto (legale).

Tutti questi aspetti concorrono alla notevole sottostima della mortalità associata all'aborto indotto.

Attraverso l'utilizzo delle procedure di record-linkage (incrocio di dati tra più documenti) e la revisione delle relazioni medico-legali, uno studio di Horon²⁰⁶ ha voluto calcolare l'entità della sottostima presente sui certificati di morte. Lo studio ha individuato 129

²⁰⁶ Horon I, Under-reporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality, *American Journal of Public Health*, 2005 March; 95(3): 478-482.

decessi materni (ma solo il 62% è stato identificato dai certificati di morte) che rappresentavano un rapporto di mortalità materna (22,2 su 100.000) del 60,9% più elevato rispetto a quello calcolato dai soli certificati di morte (13,8 su 100.000). In particolare, tra le donne che al momento della morte non erano più incinte, non sono stati riportati nei certificati di morte: il 21,4% dei decessi avvenuti entro 1 giorno dal parto o dall'aborto indotto, il 25% dei decessi avvenuti da 2 a 7 giorni dopo il parto, e il 75% dei decessi avvenuti da 31 a 42 giorni dopo il parto o l'aborto indotto. Sui certificati di morte sono state, inoltre, sotto-segnalate tutte le principali cause di morte: non sono state riportate il 56,4% delle morti avvenute per problemi cardiovascolari, il 37,5% delle morti rispettivamente per embolia e per infezione, il 21,1% delle morti per disturbi ipertensivi della gravidanza e l'11,8% delle morti dovute a emorragia. Horon conclude che, allo stato attuale, l'identificazione complessiva delle morti materne può essere ottenuta solo raccogliendo informazioni da più fonti di dati.

Secondo Reardon,²⁰⁷ l'occultamento delle morti provocate dall'aborto indotto è altresì favorito dalla regola di codifica n. 12 della classificazione ICD dell'OMS, la quale stabilisce che **i decessi causati da trattamenti medici o chirurgici siano registrati attribuendoli alla complicazione (per es. embolia) e non al trattamento (aborto indotto)**. La ricercatrice Isabelle Bégin ha detto che questo rende «l'aborto» una categoria «fantasma», per cui è praticamente impossibile codificare una morte come dovuta all'aborto. I codificatori medici riferiscono che ogni tentativo di codificare una morte sotto la voce aborto, produce un «messaggio di rifiuto» da parte del programma informatico. Così, solo un numero minimo

²⁰⁷ David C. Reardon, The cover-up: why U.S. abortion mortality statistics are meaningless, Originally published in *The Post-Abortion Review*, 8(2), April-June 2000. Copyright 2000, Elliot Institute, <http://afterabortion.org/2000/the-cover-up-why-u-s-abortion-mortalitystatistics-are-meaningless/>.

di morti correlate all'aborto possono essere di fatto classificate sotto la voce aborto: quelle per le quali il certificato di morte attribuisce in maniera categorica e inequivocabile all'aborto la causa di morte.

In un Amicus Curiae,²⁰⁸ presentato nel 2020 alla Corte Suprema degli Stati Uniti, tre organizzazioni americane hanno evidenziato gli artifici che vengono attuati nei calcoli dei rapporti di mortalità materna (MMR), per sovrastimare la mortalità del parto e sottostimare quella dell'aborto indotto, con l'obiettivo di far apparire l'aborto indotto più sicuro del parto. Riferendosi ad analisi sulla mortalità materna come quella di Calhoun,²⁰⁹ gli autori osservano anzitutto che, nell'ambito dei calcoli degli MMR, le morti per aborto sono conteggiate anche come «morti per gravidanza», cioè quando una donna muore a causa dell'aborto, quella morte viene contata sia come morte per aborto che come morte per gravidanza, gonfiando così in modo fuorviante la somma dei decessi che si presume siano dovuti al parto. Il risultato è che, il confronto non avverrà, come dovrebbe essere, tra morti associate all'aborto indotto contro morti associate al parto, ma tra morti associate all'aborto indotto contro morti associate al parto **più** le morti associate all'aborto indotto. In questo modo, la mortalità del parto sarà inevitabilmente sempre più elevata di quella dell'aborto indotto. E questo criterio - scrivono gli autori - è esattamente quello usato dal Centers for Disease Control and Prevention nei suoi conteggi della mortalità materna.

Un altro criterio che gonfia in modo artificioso la mortalità della gravidanza, è il fatto che essa è **misurata sui parti e non sulle**

²⁰⁸ Monaghan TP, Manion FJ, Heil C, Surtees GR, Sekulow JA, Roth SJ, May CM, Weber WM; Amicus Brief of the American Center for Law and Justice, The American Academy of Medical Ethics and The American College of Pediatricians in support of Rebekah Gee, Secretary, Louisiana Department of Health and Hospitals, January 2, 2020, Nos. 18-1323 & 18-1460, <https://www.priestsforlife.org/supremecourtviictory/American-Center-Law-Justice.pdf>.

²⁰⁹ Calhoun B, The Maternal Mortality Myth in the Context of Legalized Abortion, *The Linacre Quarterly*, 2013 Aug; 80(3): 264-276.

gravidanze, cioè dalla popolazione materna di riferimento vengono arbitrariamente escluse tutte coloro che hanno avuti aborti spontanei o nati morti, ma se qualcuna di queste donne muore viene comunque conteggiata tra le morti materne. In sostanza, il quoziente (che dovrà essere moltiplicato per 100.000), viene arbitrariamente gonfiato perché si riduce il denominatore e si aumenta il numeratore: dal denominatore vengono escluse le perdite di gravidanza (nessun parto vivo), ma nel numeratore vengono inserite le morti materne che si sono verificate con le gravidanze terminate con nessun parto vivo.

Un altro elemento critico presente nelle statistiche sulla mortalità è dovuto al fatto che per il calcolo degli MMR sono solitamente considerati solo i decessi entro 42 giorni dall'esito di gravidanza, un fatto che porta all'esclusione di molte morti tardive (entro 1 anno dall'esito di gravidanza) come i suicidi, gli incidenti, gli omicidi, i quali - come dimostrano gli studi di record-linkage - sono solitamente più frequenti dopo l'aborto indotto rispetto al parto. Un confronto corretto tra aborto indotto e proseguimento della gravidanza - si legge nel documento - al pari del confronto che si fa tra fumatori e non fumatori, dovrebbe prendere in considerazione non solo le conseguenze immediate, ma anche tutti gli altri rischi di morte statisticamente significativi.

7 - MORTALITÀ ASSOCIATA ALL'ABORTO

Il rischio di morte associato all'aborto indotto è legato a entrambi i gruppi di problematiche precedentemente analizzati, ovvero sia a complicazioni fisiche riconducibili direttamente alla procedura abortiva, che a problemi psichici che possono insorgere successivamente.

«È fondamentale capire quante donne muoiono direttamente a causa della procedura abortiva - scrive Pike - ma è altrettanto importante sapere se le donne hanno maggiori probabilità di morire per qualsiasi altra causa dopo l'aborto, rispetto a coloro che partoriscono, e non necessariamente per cause ginecologiche». L'espressione «morte correlata alla gravidanza - spiega Pike - è definita come la morte di una donna durante la gravidanza o entro un anno dal termine della gravidanza [parto, aborto spontaneo, aborto indotto...], indipendentemente dalla causa di morte o dal contesto della gravidanza». Questa definizione include quindi i decessi entro un anno per qualsiasi causa come i suicidi, gli incidenti, gli omicidi, l'uso/abuso di alcol e droghe, le cause naturali, le patologie preesistenti, ecc.

Inizierò questa parte col riportare i numeri e le cause dei decessi ufficiali e proseguirò elencando alcuni dei principali studi di record-linkage che hanno esaminato la mortalità materna correlata ai principali esiti di gravidanza (parto, aborto indotto, aborto spontaneo), che ci permetteranno sia di individuare i decessi sfuggiti ai conteggi ufficiali, sia di confrontare tra loro i tassi di mortalità (MMR - Maternal Mortality Rate) per ogni esito di gravidanza.

7.1 - Numeri e cause dei decessi ufficiali

Quante sono nel mondo le donne morte a causa dell'aborto indotto? I dati ufficiali dei decessi, oltre a essere pochi, generici e spes-

so difficili da trovare, sono soprattutto enormemente sottostimati.

L'American Centers for Disease Control and Prevention (CDC) riporta²¹⁰ per gli USA, nel periodo 1973-2013, un totale di 500 donne decedute a causa degli aborti indotti (chirurgici e farmacologici), delle quali 431 a seguito di aborti legali, 56 da aborti illegali (ovvero eseguiti da chiunque non avesse una licenza per praticare aborti) e 13 decessi indeterminabili perché non si è potuto stabilire se provocati dall'aborto indotto o spontaneo. A questo totale si devono aggiungere altre 19 donne morte dal 2014 al 2017,²¹¹ che portano a 519 le donne ufficialmente decedute negli USA, dalla legalizzazione dell'aborto indotto al 2017.

Reardon inserisce il CDC tra gli enti statali impegnati nell'occultamento delle morti per aborto. Nonostante sia dimostrato - scrive²¹² Reardon - che i suoi dati sulla mortalità materna di parto e aborto indotto siano fortemente sottostimati in quanto desunti perlopiù dai certificati di morte, il CDC continua a mostrarsi riluttante ad adottare le procedure di record-linkage che permetterebbero una migliore identificazione dei decessi materni. Del resto, l'unità di sorveglianza dell'aborto del CDC è già stata più volte criticata, non solo perché è gestita da sostenitori dell'aborto, ma anche perché è regolarmente occupata da abortisti di professione. È come se i consulenti della produzione di sigarette della Philip Morris siano messi al vertice dell'unità di controllo del cancro ai polmoni del CDC, os-

²¹⁰ Jataoui TC, Shah J, Mandel MG1, Krashin JW, Suchdev DB, Jamieson DJ, Pazol K; Abortion Surveillance - United States, 2014, CDC - Centers for Disease Control and Prevention, Surveillance Summaries, November 24, 2017; 66(24):1-48; Table 23, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6624a1.htm?s_cid=ss6624a1_w.

²¹¹ Statista, Number of abortion-related deaths reported in the U.S. from 1973 to 2017, November 2020, <https://www.statista.com/statistics/658555/number-of-abortion-deaths-us/>.

²¹² Elliot Institute, CDC abortion mortality reports flawed: new study and head of CDC's admission, 9 settembre 2005, <https://afterabortion.org/cdc-abortion-mortality-reportsflawed-new-study-and-head-of-cdcs-admission/>.

serva²¹³Reardon. Chiaramente l'unità di sorveglianza dell'aborto del CDC è più interessata a tutelare la salute dell'industria dell'aborto americana che la salute delle donne americane. Reardon riporta le affermazioni di Mark Crutcher, fondatore di Life Dynamics,²¹⁴ secondo il quale l'unità di sorveglianza del CDC è stata istituita dai sostenitori dell'aborto, non per monitorare l'aborto, ma per diffonderlo e promuoverlo.

Nel suo ultimo rapporto²¹⁵ aggiornato a giugno 2021, la FDA riporta i decessi negli USA e nel mondo relativi al solo ricorso all'aborto farmacologico, indicando anche le cause che li hanno provocati. Le donne morte negli USA ammontano ufficialmente a 26. Di queste, 12 morti sono dovute a complicazioni fisiche emerse nell'ambito della procedura abortiva: 8 casi di sepsi (7 da *Clostridium sordellii*, e 1 da *Clostridium perfringens*), 2 casi di gravidanza ectopica, 1 sindrome da shock tossico a insorgenza ritardata e 1 caso di emorragia. Altri 13 decessi sono dovuti ad altre complicazioni correlate all'aborto: 2 casi di omicidio, 2 casi di overdose combinata di droghe, 1 abuso di sostanze/droga, 1 overdose di metadone, 2 casi di intossicazione da droghe, 1 caso di tromboembolia polmonare bilaterale, 1 sospetto omicidio, 1 suicidio, 1 overdose non intenzionale con conseguente insufficienza epatica e 1 caso di morte naturale dovuta a grave enfisema polmonare. Infine, per un decesso non è stato possibile identificare la causa di morte nonostante l'esecuzione dell'autopsia.

Tuttavia, dopo aver analizzato gli Aer della FDA, Aultman et al.²¹⁶ mettono in discussione la classificazione di 3 di questi decessi. I ricercatori spiegano che la morte non identificata è in realtà compatibile con il quadro clinico della sepsi/sindrome del distress

²¹³ Reardon DC, April-June 2000, *ibid.*

²¹⁴ <https://lifedynamics.com/>; <https://www.safeandlegal.com/the-pro-choice-death-list/>.

²¹⁵ Fda, *ibid.*

²¹⁶ Aultman K et al., 2021, *ibid.*

respiratorio acuto, visto che l'Aer riporta come causa di morte «congestione ed edema acuto viscerale e polmonare» e l'autopsia evidenzia residui in utero e la presenza dello streptococco viridans; così come è attribuita a sospetta sepsi la morte che la FDA imputa a un'overdose di metadone. Mentre il decesso che la FDA classifica come naturale a seguito di enfisema polmonare, avvenuto entro poche ore dall'ingestione del misoprostolo, è più compatibile con un problema di tipo cardiaco o con una reazione respiratoria acuta al misoprostolo.

La FDA riporta, inoltre, ulteriori 12 decessi avvenuti con l'aborto farmacologico negli altri Paesi del mondo specificandone, anche in questo caso, le cause: 2 decessi dovuti a sepsi (1 da *Clostridium sordellii* identificato nei campioni di tessuto e 1 da *Streptococcus pyogenes* di gruppo A), 1 rottura di un'ulcera gastrica, 1 grave emorragia, 1 grave emorragia con possibile sepsi, 1 caso di «fallimento multiviscerale», 1 porpora trombotica trombocitopenica con conseguente emorragia intracranica, 1 sindrome da shock tossico (la coltura della biopsia dell'utero ha identificato il *Clostridium sordellii*), 1 attacco d'asma con arresto cardiaco, 1 tromboembolia, 1 scompenso respiratorio con infezione polmonare secondaria 30 giorni dopo il mifepristone in una paziente con vari problemi di salute e 1 caso di sepsi da *Clostridium septicum*.

In realtà, l'elenco della FDA sulle morti ufficiali provocate dai farmaci abortivi negli altri Paesi, pari a 12 decessi, appare incompleto, perché solo nel 2013 si erano già verificate 13 di queste morti, così suddivise: 1 in Canada, 1 in Portogallo, 6 in Gran Bretagna, 2 in Francia, 1 in Svezia, 1 a Taiwan e 1 in Australia,²¹⁷ alle quali si devono aggiungere: la donna italiana morta nel 2014 per sepsi e shock settico, altre 2 donne inglesi morte a marzo e aprile 2020 (di cui una per morte cardiaca improvvisa e l'altra per sepsi da streptococ-

²¹⁷ A. Morresi, art. cit.

co) - come confermato dalla Care Quality Commission (CQC),²¹⁸ il supervisore indipendente di tutti i servizi di assistenza sanitaria e sociale in Inghilterra - e l'attivista argentina pro-aborto María del Valle González López, deceduta ad aprile 2021 per emorragia e setticemia.

Quindi, sulla base di questi dati, le donne morte negli altri Paesi, dopo aver assunto la pillola abortiva, sono allo stato attuale almeno 17, alle quali si devono aggiungere i 26 decessi statunitensi (12 complicanze fisiche dirette, 13 altre cause, 1 sconosciuto) che portano il totale a 43.

In Italia, i dati ufficiali ci dicono che 2 donne (una piemontese e una campana) sono morte nel 2014. Le cause di questi decessi sono riportate nella relazione annuale sulla 194 del 2016.²¹⁹

La donna piemontese - si legge nella relazione - aveva fatto ricorso all'aborto chimico «mediante trattamento farmacologico con mifepristone (Ru486) e misoprostol». Dopo aver ricevuto il primo farmaco, la donna era tornata a casa e, due giorni dopo, si era nuovamente recata in ospedale per sottoporsi «a trattamento con prostaglandine secondo protocollo». È a questo punto che la situazione improvvisamente precipita fino ad arrivare a un esito fatale: «In attesa dell'espulsione la signora accusava una improvvisa crisi cardio respiratoria cui seguiva il decesso nonostante le manovre rianimatorie, in serata. Sia gli esami istologici che l'esame colturale del sangue mostrano una infezione da streptococco betaemolitico di gruppo A, con conseguente miocardite, e condizione di shock settico».

La donna campana - si legge sempre nella relazione - «si era

²¹⁸ Percuity Limited, 22 febbraio 2021, *ibid.*, <https://percuity.files.wordpress.com/2021/02/complications-from-ema-kd210211.pdf>.

²¹⁹ Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), Dati definitivi 2014 e 2015, Roma, 7 dicembre 2016, p. 42.

recata in una struttura autorizzata della regione per effettuare una IVG mediante trattamento chirurgico» dove era stata sottoposta a preparazione cervicale mediante «applicazione di prostaglandine, ma per la insufficiente dilatazione del collo uterino, la procedura non viene completata». La donna viene pertanto «ulteriormente stimolata con prostaglandine» e poi «sottoposta a ecografia che evidenzia avvenuta IVG ma senza espulsione dell'embrione». Quindi, per riepilogare: la preparazione con prostaglandine che doveva dilatare il collo dell'utero in vista della procedura chirurgica non è andata a buon fine e, successivamente, l'aborto è stato provocato dalla seconda applicazione di prostaglandine, senza tuttavia che si completasse con l'espulsione dell'embrione. In un certo senso si può affermare che è come se la donna fosse andata incontro a un aborto chimico incompleto, visto che la procedura chirurgica vera e propria non è mai stata effettuata e che l'aborto è di fatto avvenuto dopo la seconda somministrazione di prostaglandine: il secondo farmaco utilizzato nell'ambito della procedura farmacologica.

A questo punto la donna si trova in una situazione di incertezza: l'aborto è avvenuto, ma l'embrione è rimasto in utero: potrebbe essere espulso nelle ore successive, ma potrebbe anche rimanere dentro e quindi richiedere un successivo intervento di pulizia chirurgica dell'utero. I medici - spiega la relazione - invitano la donna «a un ricovero prolungato, ma alle ore 19.00 la paziente abbandona spontaneamente il reparto». «Dopo due giorni la paziente ritorna al pronto soccorso con dolori addominali e febbre a 39°, viene ricoverata in Ostetricia e Ginecologia, dove viene sottoposta a esami ematochimici, ecografia pelvica, Rx addome e TAC addome», quindi le vengono somministrati «diversi trattamenti farmacologici» e le viene praticata una «isterectomia subtotale», invano: la paziente «va incontro a due arresti cardiaci con peggioramento del quadro clinico fino al decesso nelle 24 ore successive al ricovero».

Un'altra donna campana muore nel 2016, ma la relazione sulla

194 non fornisce dettagli: «Nel 2016 è stato segnalato un decesso avvenuto successivamente a IVG in Campania. Il Ministero della Salute ha inviato una commissione di esperti al fine di valutare la sussistenza del nesso causale e il caso è anche sotto esame da parte del Sistema di Sorveglianza della Mortalità Materna, coordinato dall'ISS». ²²⁰ Tuttavia, dai numerosi articoli usciti sui giornali, sappiamo che si trattava di una diciannovenne andata incontro a una grave emorragia durante un aborto chirurgico all'undicesima settimana di gestazione, con conseguente shock ipovolemico e quindi la morte.

Maggiori informazioni sulla causa di questo decesso sono successivamente apparse nel primo rapporto ItOSS²²¹ del 2019, redatto dal sistema di Sorveglianza della Mortalità Materna dell'ISS, in cui si fa riferimento a un decesso materno «riconducibile a shock emorragico a seguito di un'emorragia massiva insorta dopo una IVG complicata da una rara condizione di anomalia del sito di impianto» (p. 30).

Dal rapporto²²² regionale dell'Emilia-Romagna sulla mortalità materna, apprendiamo che nel periodo 2008-2016 si è verificato il decesso di un'altra donna per embolia settica sistemica 30 giorni dopo l'aborto indotto, decesso che non è stato riportato nelle relazioni annuali sulla 194. Si tratta di una «plurigravida di 42 anni deceduta per endocardite stafilococcica, portatrice di doppia protesi valvolare meccanica, obesa. Ricoverata dopo circa due settimane da una IVG del primo trimestre con contemporaneo inserimento di dispositivo intrauterino (IUD) per sospetta PID e IUD dislocato in

²²⁰ Ministero della Salute, Dati definitivi 2016, *ibid*, p. 44.

²²¹ Dell'Oro S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Andreozzi S, Donati S (Ed.); Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della Mortalità Materna, *Not. Ist. Super. Sanità* 2019;32 (Suppl. 1, n. 1-2), 69 p.

²²² Spettoli D, Lupi C, Basevi V; Mortalità e morbosità materne in Emilia-Romagna 2008-2016, Rapporto regionale, Bologna: Regione Emilia-Romagna, gennaio 2018, p. 51.

addome... Il quadro terminale è di embolismo settico sistemico da endocardite con shock cardiogeno da stenosi serrata mitralica a circa 30 giorni dalla IVG».

Il primo rapporto ItOSS fa un riepilogo dei decessi materni rilevati in Italia nei primi 5 anni (febbraio 2013 - dicembre 2017) di sorveglianza attiva, specificando che 5 decessi sono riconducibili a «interruzione volontaria di gravidanza (di cui 3 chirurgiche, 1 farmacologica e 1 illegale)», due dei quali sono avvenuti a seguito di sepsi e uno a causa di un'emorragia massiva.

Come si vede, la donna campana deceduta nel 2014, non è stata inserita tra le IVG farmacologiche, anche se di fatto l'aborto (incompleto) e il decesso si sono presentati dopo due somministrazioni di farmaci abortivi e non dopo l'intervento chirurgico vero e proprio. Mentre nulla si specifica sul decesso provocato dall'aborto illegale: è stata usata la Ru486 o era di tipo chirurgico? La donna ha fatto tutto da sola? È stato praticato da una persona non abilitata; oppure la persona era abilitata, ma ha eseguito un aborto al di fuori dei limiti di legge?

Il rapporto ItOSS riporta un altro dato drammatico relativo all'aborto indotto, il quale conferma che di aborto non si muore solo per complicazioni fisiche riconducibili alla procedura abortiva, ma anche per conseguenti effetti psichici avversi: dal rapporto risulta infatti che in 10 Regioni italiane, nel periodo di 7 anni 2006-2012, si sono suicidate 18 donne entro 1 anno dall'aborto indotto.²²³

Quindi, per riepilogare, sulla base dei dati ufficiali disponibili risulta che a oggi in Italia le IVG volontarie hanno provocato la morte di 23 donne entro un anno dall'aborto: 4 per complicazioni fisiche precoci, 1 non specificata e 18 per gravi complicazioni psichiche esitate in suicidi portati a termine.

²²³ Dell'Oro et al., Primo Rapporto ItOSS, ibid, p. 52.

Cos'è che accomuna questi decessi provocati dagli aborti indotti resi noti dai vari enti statali predisposti alla sorveglianza della mortalità materna? Il fatto che per le ragioni precedentemente spiegate, e come dimostrano gli studi di record-linkage sulla mortalità materna che ora vedremo, sono tutti enormemente sottostimati, ovvero rappresentano solo la punta dell'iceberg dei decessi reali avvenuti nel mondo a causa del cosiddetto aborto «legale e sicuro».

7.2 - Gli studi di record-linkage sulla mortalità materna

Le procedure di record-linkage consentono di superare in parte il problema della sottostima dei decessi materni sfuggiti alle rilevazioni ufficiali desunte dai soli certificati di morte, grazie al fatto che prendono in esame e incrociano tra loro più fonti di dati (certificati di morte, registri degli aborti indotti, registri delle nascite, cartelle cliniche...). La loro utilità è pertanto duplice: permettono di individuare le morti materne sfuggite alle rilevazioni ufficiali e, poi, di calcolare e confrontare tra loro i rapporti di mortalità materna (MMR) di ogni esito di gravidanza (parto, aborto indotto, aborto spontaneo). Reardon ha analizzato i più importanti studi di record-linkage sulla mortalità materna in una revisione sistematica e meta-analisi del 2017²²⁴ da cui traggio la sintesi che segue.

²²⁴ Reardon DC, Thorp JM; Pregnancy associated death in record linkage studies relative to delivery, termination of pregnancy, and natural losses: A systematic review with a narrative synthesis and meta-analysis, SAGE Open Medicine, 2017 Nov 13;5:2050312117740490.

7.2.a - Sintesi dei principali studi di record-linkage

Gissler et al.²²⁵ hanno incrociato i dati dei certificati di morte di tutte le donne in età fertile morte in Finlandia nel periodo 1987-1994 (9.192 donne decedute) con i registri delle nascite (513.472 nascite), degli aborti indotti (93.807 aborti indotti) e delle dimissioni ospedaliere (71.701 gravidanze terminate per altri motivi), con lo scopo di identificare le donne che durante il loro ultimo anno di vita risultavano incinte. Lo studio ha individuato 281 decessi materni, ma la gravidanza o la sua interruzione era stata indicata solo nel 22% dei certificati di morte. Il rapporto di mortalità materna è risultato pari a 41 su 100.000 gravidanze concluse (27 per le nascite, 48 per gli aborti spontanei/gravidanze ectopiche e 101 per gli aborti indotti).

Utilizzando lo stesso insieme di dati, Gissler²²⁶ ha realizzato uno studio successivo con l'obiettivo di identificare le morti per cause violente (suicidio, incidente, omicidio) correlate ai vari esiti di gravidanza (parto, aborto spontaneo/gravidanza ectopica, aborto indotto). Reardon spiega²²⁷ che lo studio è parte di un lavoro ben progettato realizzato da STAKES, la sezione di analisi statistica del National Research and Development Center for Welfare and Health della Finlandia e che il database del SSN, utilizzato dai ricercatori, risulta essere molto accurato e completo grazie all'uso di cartelle cliniche centralizzate e al fatto che la Finlandia ha un'assistenza sanitaria socializzata. Reardon riporta i risultati dello studio dai

²²⁵ Gissler M, Kaupilla R, Meriläinen J, Toukomaa H, Hemminki E; Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 — definition problems and benefits of record linkage, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997 Aug;76(7):651-7.

²²⁶ Gissler M, Hemminki E; Pregnancy-related violent deaths, *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999 Mar;27(1):54-5.

²²⁷ Abortion Four Times Deadlier Than Childbirth - New Studies Unmask High Maternal Death Rates From Abortion, Originally published in *The Post-Abortion Review*, 8(2), April-June 2000, Copyright 2000, Elliot Institute, https://afterabortion.org/abortion-four-times-deadlier-than-childbirth/#N_1_.

quali emerge che le donne che avevano abortito avevano un rischio dell'81% più elevato di morire rispetto alle donne che l'anno prima della loro morte non erano incinte, mentre rispetto a quest'ultime il rischio di morire delle donne che avevano partorito era più basso del 53%. Lo studio ha inoltre scoperto che il 34% dei decessi era dovuto a cause esterne (suicidio, incidente, omicidio, cause naturali), ma l'incidenza di questi decessi era significativamente più elevata nelle donne ricorse all'aborto indotto, mentre il rischio di morte per cause naturali era significativamente più basso per le donne che avevano partorito o avuto un aborto spontaneo.

In particolare - riporta Reardon - tra le 281 donne decedute individuate dallo studio, 77 (il 27%) si erano suicidate, tuttavia il rischio di suicidio dopo il parto è risultato più basso di circa la metà rispetto al rischio di suicidio delle donne nella popolazione generale, e questo suggerisce che il parto può avere un effetto protettivo sulla salute delle donne. Reardon osserva che l'aborto è chiaramente collegato a un drammatico aumento del rischio di suicidio, confermato da studi che hanno costantemente mostrato livelli estremamente elevati di ideazione suicidaria (30-50%) e tentativi di suicidio (7-30%) tra le donne che hanno abortito. In molti casi - aggiunge - il tentato suicidio o il suicidio portato a termine è stato programmato, intenzionalmente o inconsciamente, in modo da coincidere con la data di ricorrenza dell'aborto o con la data in cui il figlio abortito sarebbe dovuto nascere, e specifica che dopo l'aborto sono stati segnalati anche tentativi di suicidio tra i partner maschili.

Nello studio di STAKES, 57 donne (il 20%) risultano morte per lesioni attribuite a incidenti, ma tale rischio era 4 volte più elevato tra coloro che avevano abortito rispetto alle donne che avevano portato a termine la gravidanza. Ancora una volta, il parto ha dimostrato di avere un effetto protettivo sulla salute: le donne che avevano avuto figli avevano la metà del rischio di subire un incidente mortale rispetto alla popolazione generale, mentre coloro che aveva-

no abortito avevano più del doppio della probabilità di morire per un incidente mortale rispetto alle donne nella popolazione generale. Reardon afferma che questa tendenza può essere spiegata con il fatto che le donne con neonati sono probabilmente più attente a evitare rischi che potrebbero mettere in pericolo la propria vita e quella dei loro figli. Al contrario, le donne che hanno abortito sembrano maggiormente inclini ad assumere comportamenti più a rischio. Ciò può avvenire perché semplicemente alcune donne si preoccupano di meno se vivono o muoiono dopo un aborto, altre possono cercare di auto-curare un senso di depressione con una scarica di adrenalina prendendosi dei rischi, ma anche l'uso/abuso di alcol e droghe, che sono effetti negativi ben documentati dell'aborto, possono aumentare il rischio di incidenti mortali. Infine è anche probabile che alcune di queste morti classificate come accidentali, siano in realtà dei suicidi, infatti segnalazioni di donne che hanno perso deliberatamente la vita schiantandosi con la propria auto, spesso in stato di ubriachezza, nel tentativo di uccidersi, sono state riportate sia dai consulenti del post-aborto che in letteratura scientifica.

Lo studio ha poi rilevato che 14 donne (il 5%) erano state uccise da un'altra persona e che la maggior parte di questi omicidi era avvenuta tra coloro che avevano fatto ricorso all'aborto, il cui rischio è risultato oltre 4 volte più elevato rispetto al rischio di omicidio nella popolazione generale. Questa scoperta rafforza nuovamente la conclusione secondo la quale le donne che abortiscono hanno maggiori probabilità di assumere comportamenti a rischio. Reardon riporta che in un sondaggio dell'Elliot Institute, condotto su 256 donne che avevano abortito, quasi il 60% aveva dichiarato di aver iniziato a perdere la calma più facilmente dopo l'aborto, di queste il 48% ha aggiunto di essere diventate anche più violente quando si arrabbiavano. I sondaggi condotti su donne che ricorrono a consulenze post-aborto rivelano punteggi elevati di rabbia e collera che, in alcuni casi, risultano concomitanti a sentimenti suicidari

e tentativi di suicidio. Questa è una combinazione pericolosa che può facilmente portare a scontri fatali con gli altri: ci sono studi di casi di donne - osserva²²⁸ Reardon - che hanno «premutato il bottone» di un partner violento perché sentivano di non «meritare di vivere». Questa escalation di violenza dopo l'aborto può aiutare a spiegare l'elevata incidenza di omicidi tra le donne con una storia di aborto.

Vi è inoltre da aggiungere che lo studio di STAKES ha trovato altri 6 decessi dovuti a lesioni fisiche traumatiche che sono stati classificati come «decessi violenti non chiari», poiché i ricercatori non sono stati in grado di determinare se la causa del decesso fosse dovuta a incidente, suicidio o omicidio.

Infine, lo studio ha scoperto che 127 decessi (il 45%) su 281 erano attribuibili a cause naturali, ma ancora una volta il rischio di morte è risultato significativamente più elevato nelle donne che avevano abortito, con una probabilità del 60% maggiore di morire per cause naturali sia rispetto alle donne che avevano portato a termine la gravidanza che rispetto a coloro che erano incorse in una perdita naturale della gravidanza. Questa tendenza secondo Reardon può essere spiegata con il fatto che l'aborto indotto produce uno stress fisico e psichico anormale sulle donne, che può avere un impatto negativo sulla salute generale. Il dottor Philip Ney, autore di uno studio su questa tematica, conclude che il dolore acuto o patologico dopo la perdita di un bambino non nato, sia per aborto spontaneo che per aborto indotto, può avere un effetto negativo sulla salute psicofisica di alcune donne per le seguenti ragioni: la depressione è stata collegata a soppressione della risposta immunitaria, il conflitto psicologico consuma energia, un lutto prolungato o non risolto può distogliere la donna dal prendersi cura di altre necessità di salute. Vi è inoltre da aggiungere che l'aborto è stato anche collegato a disturbi del sonno, disturbi alimentari e abuso di sostanze: tutte cose che

²²⁸ Reardon DC, SAGE Open Medicine, 2018, ibid.

possono avere un impatto negativo diretto sulla salute della donna.

Lo studio di STAKES - conclude Reardon - dimostra che le morti materne associate alla gravidanza non sono facilmente rintracciabili quando gli studi si basano unicamente sulla convalescenza post-operatoria a breve termine, e questo è particolarmente vero per l'aborto: le morti materne avvenute dopo l'aborto sono raramente identificate come tali a meno che il decesso non avvenga direttamente sul tavolo operatorio. Solo il 22% dei certificati di morte esaminati riportava la gravidanza recente della donna, ma grazie alle procedure di record-linkage lo studio è riuscito a identificare le gravidanze non segnalate e le morti materne, scoprendo chiaramente che la probabilità che una donna muoia entro un anno dall'aborto indotto è significativamente più elevata rispetto a quella di chi porti a termine la gravidanza, e questo vale sia per le morti dovute a cause naturali, che per quelle dovute a suicidio, omicidio o incidente.

A propria volta, Reardon et al.,²²⁹ seguendo l'esempio dei ricercatori finlandesi, hanno utilizzato le procedure di record-linkage per verificare la presenza o meno, nella popolazione americana, dell'associazione rilevata in Finlandia tra i tassi più elevati di mortalità relativi all'aborto indotto rispetto al parto. I ricercatori hanno preso in esame le 173.279 donne californiane in età fertile che nel 1989 avevano partorito o abortito volontariamente, reperendo i dati (i pagamenti delle prestazioni sanitarie di parti e aborti) dal California Medicaid e li hanno incrociati con i certificati di morte dal 1989 al 1997.

Lo studio ha scoperto che, rispetto alle donne che avevano partorito, coloro che avevano avuto un aborto indotto presentavano un rischio di morte significativamente più elevato per tutte le cause di morte (1,62), dal suicidio (2,54) agli incidenti (1,82), così come per

²²⁹ Reardon DC, Strahan TW, Thorp JM Jr, Shuping MW; Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women, Southern Medical Journal, 2002 Aug;95(8):834-41.

cause naturali (1,44), compresa la sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids) (2,18), le malattie circolatorie (2,87) e le malattie cerebrovascolari (5,46). I ricercatori concludono che «gli alti tassi di mortalità associati all'aborto persistono nel tempo e oltre i confini socio-economici. Questo può essere spiegato con tendenze autodistruttive, depressione e altri comportamenti non salutari aggravati dall'esperienza dell'aborto». Anche in questo caso - commenta Reardon - le procedure di record-linkage hanno consentito di individuare la sottostima comunemente presente sui certificati di morte e di rettificare le conclusioni erranee sulla sicurezza dell'aborto in generale, e sulla maggiore sicurezza dell'aborto rispetto al parto in particolare.

Un ulteriore studio di Gissler et al.,²³⁰ volto a esaminare l'importanza dell'uso delle procedure di record-linkage nell'individuazione di tutte le morti materne associate a ogni esito di gravidanza, ha incrociato i dati dei registri delle cause di morte, delle donne finlandesi in età fertile morte nel periodo 1987-2000 (15.823 donne decedute), con il registro delle nascite (865.988 nascite), il registro degli aborti indotti (156.789 aborti indotti) e il registro delle dimissioni ospedaliere (118.490 aborti spontanei), al fine di determinare quante donne erano rimaste incinte nel loro ultimo anno di vita. L'incrocio dei dati ha permesso di individuare 419 decessi associati alla gravidanza, ma per ben 405 di essi (il 96,7%) non risultava alcuna menzione o codifica della gravidanza o dell'aborto nel registro delle cause di morte.

Reardon spiega che dai risultati dello studio è emerso che, senza le procedure di record-linkage sarebbe andato perso il 73% di tutte le morti correlate alla gravidanza e una percentuale ancora più

²³⁰ Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle M-H, Buekens P; Methods for identifying pregnancy associated deaths: population-based data from Finland 1987-2000, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004 Nov;18(6):448-55.

elevata di morti correlate all'aborto indotto. In particolare - riporta Reardon - dopo il parto o la nascita di un bambino morto, sarebbero andati persi il 27% dei decessi avvenuti entro 42 giorni e il 78% dei decessi avvenuti tra 43 e 364 giorni; dopo l'aborto indotto sarebbero andati persi il 71% dei decessi entro 42 giorni e il 97% dei decessi tra 43 e 364 giorni; dopo l'aborto spontaneo/gravidanza ectopica, sarebbero andati persi il 54% dei decessi entro 42 giorni e il 94% dei decessi tra 43 e 364 giorni.

Lo stesso gruppo di ricerca ha condotto un ulteriore studio²³¹ sullo stesso insieme di dati, con l'obiettivo di calcolare per i 419 decessi individuati gli MMR relativi a ogni esito di gravidanza. I ricercatori hanno calcolato il rapporto di mortalità materna delle donne che l'anno prima di morire non erano incinte, ovvero non avevano una gravidanza recente, pari a 57 su 100.000 e l'hanno confrontato con l'MMR delle donne che erano incinte o avevano partorito (28,2 su 100.000), con l'MMR delle donne incorse in un aborto spontaneo (51,9 su 100.000) e con l'MMR delle donne ricorse all'aborto indotto (83,1 su 100.000). Ancora una volta, quindi, il parto ha mostrato di avere un effetto protettivo per la salute con il tasso di mortalità più basso in assoluto, anche delle donne non incinte, mentre l'aborto indotto ha fatto registrare il tasso più elevato tra tutti gli esiti di gravidanza e una mortalità ben 3 volte superiore a quella del parto.

Reardon riporta inoltre che dallo studio è emerso che le donne tra i 25 a i 34 anni ricorse all'aborto indotto, avevano una probabilità significativamente più elevata di morire per malattie del sistema circolatorio (8,7 su 100.000), rispetto sia alle donne che non avevano una gravidanza recente (4,4 su 100.000), che avevano partorito (3,3 su 100.000), o che erano incorse in un aborto spontaneo (1,5

²³¹ Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle M-H, Buekens P; Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004 Feb;190(2):422-7.

su 100.000). I ricercatori aggiungono che l'aumento del rischio di morire dopo l'aborto indotto a causa di un tasso elevato di suicidi e omicidi riguardava in particolare le donne nella fascia d'età 15-24 anni.

Coleman et al.²³² hanno condotto uno studio di record-linkage su 1.001.266 donne danesi in età fertile tra il 1980 e il 2004, incrociando i dati dei certificati di morte con i registri delle nascite, degli aborti indotti e delle dimissioni ospedaliere. Lo studio ha calcolato gli MMR per ogni esito di gravidanza, esaminando tutte le cause di morte nell'arco di 25 anni e prendendo in considerazione numerose variabili, inclusa l'esposizione a più esiti di gravidanza (numero di parti, di aborti indotti, di perdite naturali di gravidanza). In particolare, i risultati mostrano che l'aborto era associato a tassi di mortalità notevolmente più alti fino a 10 anni dopo, rispetto alle donne che avevano partorito e che, entro il primo anno, il rischio di morte dopo l'aborto era l'80% più elevato del rischio correlato al parto.

Lo stesso insieme di dati ha evidenziato una relazione «dose-effetto» di parto e perdita di gravidanza, nel senso che un numero crescente di nascite diminuiva i rischi di mortalità, mentre a più perdite perinatali corrispondevano rischi di morte maggiori. I ricercatori scrivono che, rispetto alle donne che non avevano aborti, il rischio di morte era più elevato del 45%, 114% e 191% per le donne che avevano rispettivamente 1, 2 e 3 aborti indotti. I risultati hanno mostrato, inoltre, che la combinazione di aborti indotti e perdite naturali era associata a una mortalità oltre 3 volte più elevata rispetto alle donne che avevano solo partorito; e che, rispetto a quest'ultime, la mortalità delle donne che non erano mai state incinte era oltre 6 volte più elevata. Ancora una volta, dati più rigorosi e completi sulla mortalità materna hanno evidenziato gli effetti

²³² Coleman PK, Reardon DC, Calhoun BC; Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study, *European Journal of Public Health*, 2013 Aug;23(4):569-74.

benefici del parto per la salute e longevità della donna.

Riporto, infine, i dati di uno studio²³³ finlandese che ha analizzato in particolare la tendenza al suicidio nelle donne dopo l'aborto indotto nel periodo 1987-2012. Dall'incrocio dei dati del Registro degli aborti indotti (284.751 aborti indotti) con il Registro delle cause di morte (3.798 suicidi), i ricercatori hanno individuato 79 donne che si erano suicidate entro un anno dall'aborto indotto. I risultati mostrano che il rischio di suicidio diminuiva dopo il parto (5,9 su 100.000 nascite) rispetto alle donne non incinte (11,3 su 100.000 persone in 1 anno), mentre era maggiore dopo l'aborto spontaneo (18,1 su 100.000 aborti spontanei) e ancora più elevato dopo l'aborto indotto (34,7 su 100.000 aborti indotti). I ricercatori concludono che le donne con un recente aborto indotto hanno un rischio doppio di suicidio e tra costoro risultano essere più a rischio le donne con meno di 25 anni. I rapporti di mortalità dello studio confermano l'effetto protettivo del parto sulla salute della donna, con un rischio di suicidio post-parto 6 volte più basso del rischio di suicidio dopo l'aborto indotto (5,9 contro 34,7) e quasi 2 volte più basso del rischio di suicidio delle donne non incinte (5,9 contro 11,3).

7.2.b - Gli studi di record-linkage italiani

Il confronto del tasso di mortalità italiano, basato sui dati ufficiali Istat (3 morti materne su 100.000 nati vivi), con gli indici internazionali, aveva fatto emergere l'ipotesi che il dato italiano fosse sottostimato in quanto considerevolmente inferiore rispetto alla mortalità degli altri Paesi socialmente avanzati. Nel 2008, l'ISS ha

²³³ Gissler M, Karalis E, Ulander VM; Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987–2012, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2015 Feb;43(1):99-101.

pertanto promosso un progetto di ricerca, finanziato dal Ministero della Salute, con l'obiettivo di rilevare e quantificare, tramite le procedure di record-linkage, la sottostima dei casi di morte materna italiani, calcolare l'MMR effettivo e analizzare le principali cause di mortalità.

Il primo studio²³⁴ italiano di record-linkage ha incrociato i certificati di morte con la banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) di 5 Regioni italiane (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia) che complessivamente coprivano il 38% della popolazione femminile in età riproduttiva (15-49 anni) in Italia. Lo studio ha preso in esame tutte le donne decedute in età riproduttiva durante il periodo 2000-2007 verificando se, nei 365 giorni che precedevano la morte, erano state ricoverate per gravidanza o qualsiasi esito di gravidanza (parto, gravidanza ectopica, aborto spontaneo, aborto indotto). L'incrocio dei dati ha permesso di individuare 260 morti materne, delle quali 118 (il 45%) entro 42 giorni dall'esito di gravidanza e 142 (il 55%) tra 43 giorni e 1 anno. Sono state inoltre individuate ulteriori 15 morti correlate (9 accidentali, 4 da incidenti stradali e 2 omicidi) che però - scrivono i ricercatori - non sono state inserite nel calcolo dell'MMR, secondo quanto stabilito dalla classificazione ICD-10 dell'OMS.

L'MMR stimato è risultato pari a 11,8 morti materne su 100.000 nati vivi, che equivale a una sottostima della mortalità del 75%, rispetto al dato nazionale Istat (3 su 100.000), e del 63% se confrontato all'MMR dell'Istat calcolato sui certificati di morte delle 5 Regioni esaminate (4,4 su 100.000 nati vivi). Tuttavia, dopo aver correttamente individuato le morti materne di ciascun esito di gravidanza, **i ricercatori italiani non hanno voluto comunicare né l'ammontare dei decessi per ogni esito, né gli MMR corri-**

²³⁴ Donati S, Senatore S, Ronconi A, Maternal mortality in Italy: a record-linkage study, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2011 Jun, 118(7):872-9.

spontenti. È proprio Reardon a evidenziare questa lacuna dello studio italiano nella sua metanalisi del 2017 da cui ho tratto la sintesi precedente. Qui Reardon scrive: «Un'occasione mancata sembra essersi verificata in uno studio su donne italiane in cui i ricercatori riferiscono di aver effettivamente collegato i certificati di decesso ai record degli aborti indotti e degli aborti spontanei, ma purtroppo nelle analisi che hanno pubblicato non hanno fornito alcuna ripartizione dei rapporti di mortalità di ciascun esito di gravidanza». E aggiunge: «La nostra richiesta di ripartire i decessi per ciascun esito di gravidanza è stata respinta».

In sostanza, i ricercatori italiani sono in grado di stabilire quante delle 260 morti materne e delle ulteriori 15 morti correlate sono scrivibili all'aborto indotto e alle perdite naturali di gravidanza (aborto spontaneo, gravidanza ectopica),²³⁵ ma non lo hanno voluto rendere noto e alla richiesta di Reardon di effettuare la ripartizione dei decessi materni sulla base di ciascun esito, hanno opposto un rifiuto. Reardon osserva che il fatto che gli «studi omettano di riportare i decessi associati alle perdite di gravidanza, indica che potrebbe esserci un rischio di parzialità nell'informazione. Le varie sensibilità sociali, politiche e accademiche che promuovono l'aborto legale e sicuro nei Paesi in via di sviluppo possono avere un pregiudizio nei confronti della pubblicazione di risultati che mostrano un aumento

²³⁵ Senatore S, Donati S, Andreozzi S, (Ed.), Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna, Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012, (Rapporti ISTISAN 12/6). A pagina 10 di questo rapporto sono riportati i codici delle procedure selezionate nella banca dati delle SDO per individuare le donne decedute nell'ambito dello studio italiano di record-linkage, da cui risulta chiaramente che sono stati considerati anche i codici degli aborti indotti e delle perdite naturali di gravidanza: «[...] Procedura principale o secondaria di dilatazione e raschiamento per Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) (codice intervento 69.01); Procedura principale o secondaria di dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto (codice intervento 69.02); Procedura principale o secondaria di raschiamento dell'utero mediante aspirazione per IVG (codice intervento 69.51); Procedura principale o secondaria di raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto (codice intervento 69.52); Procedura principale o secondaria di salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica (codice intervento 66.62)».

dei tassi di mortalità associati all'aborto indotto». È, infatti chiaro - aggiunge Reardon - «che nella maggior parte dei Paesi in cui sono stati condotti gli studi di record-linkage, non esistono ostacoli strutturali all'ampliamento di questi studi al fine di includere anche la mortalità associata alle perdite di gravidanza». «Ciò che è semplicemente richiesto è la volontà accademica e/o politica a intraprendere questa indagine», una volontà che nello studio italiano è chiaramente mancata visto che le informazioni c'erano e sono state recuperate, come espressamente comunicato dai ricercatori.

Il secondo studio²³⁶ di record-linkage italiano ha esteso il calcolo dell'MMR a 10 Regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna) che rappresentavano il 77% dei nati nel Paese. Sono state individuate tutte le donne tra 11 e 59 anni che erano decedute durante la gravidanza, o entro un anno da qualsiasi esito di gravidanza (parto, gravidanza ectopica, aborto spontaneo, aborto indotto), nel periodo di 7 anni 2006-2012. Come per il precedente studio, i decessi sono stati identificati attraverso l'incrocio tra i certificati di morte e la banca dati delle SDO.

I ricercatori hanno individuato in totale 863 morti materne, delle quali 320 avvenute entro 42 giorni dall'esito della gravidanza e 543 avvenute tra 43 giorni e 1 anno. Tra i decessi materni entro 42 giorni, i ricercatori hanno individuato 43 morti accidentali e 12 suicidi, mentre tra i decessi tardivi (43 giorni/1 anno) hanno trovato 52 morti dovute a incidenti stradali, 22 omicidi, 55 suicidi e 10 casi di morte violenta non specificata. Il calcolo dell'MMR è risultato pari a 9,8 morti materne su 100.000 nati vivi, che equivale a una sottostima del 60,3% rispetto al dato ufficiale Istat delle Regioni partecipanti. Nonostante una diminuzione rispetto al primo stu-

²³⁶ Donati S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Buoncristiano M, Manno V; Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis, *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 2018 Nov;97(11):1317-1324.

dio, la sottostima rimane comunque elevata poiché ai dati ufficiali, desunti dai soli certificati di morte, continuano a sfuggire 6 morti materne su 10.

Come già avvenuto nell'ambito del primo studio, i ricercatori non hanno comunicato né la ripartizione dei decessi per ciascun esito di gravidanza, né gli MMR corrispondenti. Nonostante ciò, grazie ai dati riportati nel primo rapporto ItOSS,²³⁷ siamo in grado di conoscere almeno la ripartizione dei 67 casi di suicidio rilevati in totale dallo studio, che risultano così suddivisi: 4 in gravidanza, 34 entro 1 anno dal parto, 18 entro 1 anno dall'aborto indotto e 11 entro 1 anno dall'aborto spontaneo. A questo punto, per poter confrontare l'incidenza dei suicidi materni per ciascun esito di gravidanza avremmo bisogno del calcolo degli MMR corrispondenti, ma nel rapporto ItOSS non sono stati riportati. Nonostante ciò, è stato comunque possibile reperire questi dati grazie all'articolo «Maternal suicide in Italy»²³⁸ pubblicato il 18 maggio 2019, dal quale risulta che i «67 casi di suicidio materno» corrispondono a «un rapporto di suicidio materno di 2,30 per 100.000 nati vivi». E che, l'MMR «era di 1,18 per 100.000 dopo il parto (n = 2.876.193), di 2,77 dopo l'aborto indotto (n = 650.549) e di 2,90 dopo l'aborto spontaneo (n = 379.583)». Il confronto degli MMR evidenzia che le donne che si sottopongono all'aborto indotto hanno il 230% (2,3 volte) in più di probabilità di suicidarsi entro 1 anno rispetto a coloro che partoriscono, confermando anche in Italia la maggiore mortalità dell'aborto indotto rispetto al parto, rilevata dai principali studi di record-linkage realizzati nel mondo sull'argomento.

²³⁷ Dell'Oro et al., Primo Rapporto ItOSS, *ibid*, pp. 47-56.

²³⁸ Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, Vichi M, Loghi M, Donati S, Regional maternal mortality working group; Maternal suicide in Italy, *Archives of Women's Mental Health*; 2020 Apr;23(2):199-206; doi: 10.1007/s00737-019-00977-1; Epub 2019 May 18; PMID: 31104119.

7.3 - Altri dati sulla mortalità materna correlata all'aborto indotto

Un rapporto²³⁹ australiano del 2013 del Queensland Maternal and Perinatal Quality Council, sottolinea che «sembra esserci a livello mondiale un rischio significativo di suicidio materno correlato all'interruzione di gravidanza e, di fatto, un rischio più alto di quello relativo alla gravidanza portata a termine», motivo per cui l'ente australiano suggerisce che «i potenziali rischi di depressione e di altri problemi di salute mentale in questo frangente devono essere tenuti maggiormente in considerazione».

La maggiore mortalità correlata all'aborto indotto emerge anche dal confronto della mortalità materna tra Stati che hanno leggi liberali in materia di aborto e Stati nei quali l'aborto è illegale o sottoposto a forti restrizioni.

Lo studio di Calhoun et al.²⁴⁰ ha confrontato i tassi di mortalità materna in un arco di 40 anni tra Gran Bretagna e Irlanda (quando l'aborto era ancora illegale), individuando per le donne inglesi una mortalità doppia (6 su 100.000) rispetto alle donne irlandesi (3 su 100.000). Un altro Paese con una legge restrittiva sull'aborto e uno degli MMR più bassi d'Europa (3 su 100.000) è la Polonia.²⁴¹

Il deVeber²⁴² osserva che da un'analisi condotta a livello globale, emerge che i Paesi in cui l'aborto è limitato hanno, di fatto, tassi di mortalità materna inferiori rispetto ai Paesi in cui è legale.

²³⁹ Report 2013, Queensland Maternal and Perinatal Quality Council, Department of Health, https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/438064/qmoqc-report-2013-full.pdf.

²⁴⁰ Calhoun et al., *ibid*.

²⁴¹ WHO, World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, ISBN 978-92-4-156558-5, p. 23, <https://www.who.int/docs/default-source/ghodocuments/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>.

²⁴² Lanfranchi et al., *ibid*.

Il Cile, per esempio, ha uno degli MMR più bassi del continente americano: la mortalità è diminuita del 70% dopo che l'aborto è stato vietato. Questa tendenza - aggiunge il deVeber - è confermata da El Salvador e dal Nicaragua, che hanno entrambi registrato una diminuzione significativa del MMR dopo aver vietato l'aborto. La stessa cosa si è verificata con leggi restrittive sull'aborto in Egitto e nel distretto ugandese di Soroti: in Egitto la mortalità materna è diminuita del 52% e a Soroti del 75%.

I dati provenienti da tutto il mondo - spiega il deVeber - confutano l'affermazione secondo la quale la legalizzazione dell'aborto sia necessaria per ridurre i tassi di mortalità materna. Come mostrano le evidenze, non è l'aborto «legale e sicuro» a ridurre la mortalità, ma i seguenti fattori notoriamente conosciuti: una maggiore scolarizzazione per le donne, il miglioramento dell'assistenza sanitaria, l'assistenza qualificata al parto, l'assistenza ostetrica d'emergenza, il miglioramento delle strutture sanitarie di base e la distanza per raggiungere un ospedale.

Reardon osserva ²⁴³ che i sostenitori del controllo della popolazione negli Stati Uniti e in Europa, i Governi, le ONG e gli ambienti accademici, stanno facendo pressioni sui Paesi in via di sviluppo per legalizzare l'aborto, poiché il loro obiettivo noto da tempo è quello di ridurre le nascite nei Paesi poveri. Tuttavia, questo obiettivo viene mascherato con lo slogan politicamente corretto secondo cui l'aborto è più sicuro del parto e, quindi, rappresenta un beneficio per la salute delle donne. Pertanto, qualsiasi prova scientifica che mette in discussione questo slogan è costantemente ignorata o occultata. In sostanza, sostiene Reardon, **le prove scientifiche dei**

²⁴³ Elliot Institute, Higher death rates after abortion found in U.S., Finland, and Denmark, 5 settembre 2012, <https://afterabortion.org/higher-death-rates-after-abortion-found-in-us-finland-and-denmark/>.

rischi associati all'aborto vengono occultate per ragioni ideologiche e politiche.

Pike afferma che gli effetti protettivi del parto sulla salute sono ben noti. La gravidanza può infatti produrre effetti benefici diretti sulla salute: le gravidanze portate a termine, per esempio, sono associate a cambiamenti fisiologici che riducono il rischio di tumori dell'apparato riproduttivo e i cambiamenti nel comportamento associati all'essere genitori incentivano stili di vita sani e riducono i comportamenti a rischio.

Anche Reardon osserva che avere figli può effettivamente contribuire al miglioramento della salute mentale, sia attraverso effetti biologici diretti,²⁴⁴ sia allargando e rafforzando le relazioni interpersonali con il figlio (o i figli) e gli altri.²⁴⁵ Questi benefici - scrive Reardon - possono riguardare anche la nascita di bambini non pianificati; e in effetti, se si considera quanto siano state frequenti le gravidanze non pianificate nel corso dei millenni, si può sostenere che la biologia femminile abbia sviluppato dei meccanismi per adattarsi e adeguarsi alle gravidanze impreviste.

Al contrario - come abbiamo visto - l'aborto può determinare effetti fisiologici o psicologici associati a un aumento del rischio di

²⁴⁴ - Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, et al.; Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure, *Nature Neuroscience*, 2017 Feb;20(2):287-296.

- Galbally M, Lewis AJ, Ijzendoorn Mv, et al.; The role of oxytocin in mother-infant relations: a systematic review of human studies, *Harvard Review of Psychiatry*, Jan-Feb 2011;19(1):1-14.

- Kleinman JC, Kovar MG, Feldman JJ, et al.; A comparison of 1960 and 1973-1974 early neonatal mortality in selected states, *American Journal of Epidemiology*, 1978 Dec;108(6):454-69.

²⁴⁵ - Cozzarelli C, Sumer N, Major B; Mental models of attachment and coping with abortion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998 Feb;74(2):453-67.

- Speckhard A, Mufel N; Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology*, 2003; 18: 3-37.

- Allanson S, Astbury J; Attachment style and broken attachments: violence, pregnancy, and abortion, *Australian Journal of Psychology*, 2001; 53: 146-151.

- Grace JT, Development of maternal-fetal attachment during pregnancy, *Nursing Research*, Jul-Aug 1989;38(4):228-32.

suicidio, abuso di sostanze, stress post-traumatico e cattiva salute in generale. Inoltre, le donne che hanno aborti potrebbero correre più rischi o preoccuparsi di meno della loro salute, ma l'aborto stesso può provocare stress psicologici che aumentano il rischio di morte. In sostanza - conclude Pike - «l'aborto è associato a una vasta gamma di effetti psichici e fisici avversi» come dimostra «il numero ingente di evidenze che descrivono gli esiti avversi». Pertanto «le donne hanno il diritto di essere informate di tutti i rischi associati all'aborto... È fondamentale che gli operatori sanitari forniscano tutte le informazioni rilevanti. La natura dell'aborto, con le sue complesse dimensioni sanitarie, sociali, giuridiche ed etiche, richiede un'attenzione particolare da parte del personale sanitario».

8 - VOCI DI DONNE POST-ABORTIVE

La ricerca narrativa è un campo con un riconoscimento crescente in ambito psicologico e clinico - scrive il deVeber - tuttavia la letteratura scientifica raramente, se non mai, include le testimonianze delle donne che hanno abortito. Nonostante ciò, la forza impressionante di migliaia di testimonianze di donne post-abortive continua a sfidare l'assunto ricorrente secondo il quale l'aborto indotto sia una procedura facile, sicura e senza complicazioni.

Il deVeber riporta nel suo libro 101 testimonianze di donne post-abortive canadesi e statunitensi, molte delle quali riferiscono la mancanza del consenso informato, di aver ricevuto pressioni o di essere state forzate ad abortire. La stragrande maggioranza delle intervistate afferma di considerare il proprio aborto «un'esperienza emotivamente devastante» e più dei due terzi riconosce che non avrebbe abortito se non avesse subito pressioni e avesse ricevuto almeno un minimo di sostegno da parte del personale medico o di altre persone importanti. Tutte documentano l'impatto devastante dell'aborto in termini di depressione, rottura del rapporto di coppia, uso di alcol e di altre sostanze. Tutte dichiarano di essersi pentite dell'aborto specificando che, se esistesse la possibilità di tornare indietro, porterebbero a termine la gravidanza. Inoltre tutte, tranne una, consiglierebbero ad altre di non abortire, indipendentemente da quanto difficili possano essere le circostanze.

Voci di donne post-abortive si possono trovare anche in due Amicus Curiae presentati alla Corte Suprema degli Stati Uniti dall'organizzazione no-profit The Justice Foundation.²⁴⁶ Il più re-

²⁴⁶ Micaiah Bilger, 2600 women: We regret our abortions, the abortion industry took advantage of us and lied to us, www.lifenews.com, 3 gennaio 2020, <https://www.lifenews.com/2020/01/03/2600-women-we-regret-our-abortions-the-abortion-industry-tookadvantage-of-us-and-lied-to-us/>.

cente, risalente a gennaio 2020, in rappresentanza di 2.600 donne che chiedono giustizia dopo essere state danneggiate dall'aborto, riporta la storia di Janice che ha abortito quando aveva 21 anni. La donna racconta di essere stata ingannata dal personale della clinica sullo stadio di sviluppo del suo bambino non nato e sui rischi dell'aborto. Afferma di aver ricevuto rassicurazioni sul fatto che l'aborto sarebbe stato una «procedura innocua», ma nei mesi successivi - riporta l'Amicus Curiae - ha sofferto di gravi problemi fisici e oltre tre decadi dopo sente ancora di essere stata «derubata» del suo «benessere spirituale».

Alla domanda se fossero state «adeguatamente informate sulla natura dell'aborto, su cosa esso sia e faccia», la maggior parte delle donne ha risposto di «no». «Mi hanno fatto credere che il feto non fosse un bambino - afferma S.P.P. nel documento - me lo hanno presentato come tessuto fetale. Ho sofferto di depressione, rabbia, rimorso e ho vissuto un matrimonio difficile per molti anni. Inoltre, nei dieci anni successivi all'aborto, sono andata incontro a due aborti spontanei».

«Mi hanno presentato l'aborto come una cosa banale, un po' come cambiare l'olio dell'auto», afferma un'altra donna. Quasi ogni donna elencata nel rapporto sostiene che il personale sanitario ha sempre e solo sottolineato i motivi per abortire e mai nessuno ha esposto un motivo per non farlo. Tutte rivelano di non aver ricevuto alcuna consulenza prima dell'aborto e poche sono coloro che l'hanno chiesta dopo, tuttavia la quasi totalità ammette di aver successivamente sperimentato profondi disturbi psicologici per diversi anni.

Un precedente Amicus Curiae, presentato sempre dalla Justice Foundation in rappresentanza di 3.348 donne rovinare dall'aborto, riporta altre eloquenti testimonianze. Nona Ellington racconta: «[L'aborto] ha distrutto ogni mia futura possibilità di gravidanza. Dopo l'aborto ho avuto cinque aborti spontanei, di cui tre gravi».

danze tubariche che hanno richiesto interventi chirurgici d'urgenza, situazioni potenzialmente mortali. A causa dell'aborto ho avuto diversi episodi di depressione, tentativi di suicidio, autolesionismo e un matrimonio con un uomo abusante durato 18 anni».

Tina racconta: «Nessuno mi ha detto che la sofferenza emotiva mi avrebbe tormentata per il resto della mia vita. Mi sentivo un'assassina. Ho strappato una vita innocente e indifesa dal luogo più sicuro in cui essa dovrebbe essere protetta: il grembo materno».

Questa è la testimonianza di Jennifer: «Mi sono svegliata nel pieno della procedura sentendo letteralmente strappare via la vita dal mio corpo. Sono diventata gravemente depressa, con tendenze suicide, ho avuto un parto prematuro a causa dell'indebolimento del collo dell'utero, numerosi incubi, paure, relazioni malsane e vergogna per aver ucciso mio figlio. La menzogna più grande che mi è stata detta è che il bambino era solo 'tessuto'».

Il documento riporta inoltre la testimonianza di Gina Bartok: «Nessuno mi ha spiegato ciò che sarebbe successo dopo. Mi hanno detto che avrebbe cancellato tutti i miei problemi, invece, tutto ciò che ha fatto è stato aggiungere un enorme fardello e rendere le cose più difficili. Avrei fatto meglio a lottare e tenere il bambino, o a darlo in adozione, ma queste opzioni non mi sono state offerte. Mi hanno detto che in quanto giovane studentessa avrei avuto un futuro brillante, che l'aborto era la strada migliore per risolvere il problema».

E quella di Sherri Lafferty: «Ho tentato il suicidio due volte e sono ormai 27 anni che lotto contro la depressione e il senso di colpa. Dopo l'aborto ho avuto una gravidanza extrauterina con rottura tubarica. Sento di aver perso due bambini a causa di quell'unico aborto. A causa dell'aborto ho riportato tessuto cicatriziale e dolori, con la conseguenza di aver dovuto subire un'isterectomia a soli 25 anni».

Anche una sintesi qualitativa del 2017 di Coleman et al.²⁴⁷ riporta dati e testimonianze significative sull'esperienza emotiva e psicologica di 987 donne statunitensi che avevano contattato un centro per gravidanze difficili chiedendo un'assistenza post-aborto, alle quali è stato chiesto di descrivere gli «aspetti positivi e negativi più significativi» dei propri aborti. In generale, le donne hanno riferito che avevano una buona salute psicologica prima dell'aborto, ma poi le cose sono peggiorate. In particolare, prima dell'aborto solo il 13% aveva chiesto un consulto con un professionista della salute mentale, mentre dopo l'aborto la percentuale era salita al 67,5%; allo stesso modo solo il 6,6% delle donne aveva assunto farmaci prescritti per la salute mentale prima dell'aborto, contro il 51% dopo l'aborto. Queste percentuali confutano la narrazione abortista secondo la quale se le donne riportano disturbi mentali post-aborto è solo perché in realtà erano già mentalmente disturbate prima di abortire.

Lo studio riporta inoltre che il 58% delle donne aveva abortito per rendere felici gli altri, il 73,8% riteneva che la propria decisione di abortire non fosse stata del tutto libera e il 28,4% ha detto di aver abortito perché temeva di perdere il partner se non lo avesse fatto. Tra gli effetti negativi riportati sono risultati: senso di colpa, odio di sé, dipendenze, comportamenti autodistruttivi, ansia, pensieri/tendenze suicide. I ricercatori osservano che la maggior parte delle donne non segnalava solo uno o due effetti negativi, ma una complessa costellazione di conseguenze avverse, spesso incentrata sul figlio perduto. Quelle che seguono sono alcune delle loro testimonianze:

«Non vi è niente di positivo nella mia decisione di abortire. La

²⁴⁷ Coleman PK, Boswell K, Etkorn K, Turnwald R; Women who suffered emotionally from abortion: a qualitative synthesis of their experiences; *Journal of American Physicians and Surgeons*, Volume 22, Number 4, Winter 2017, <https://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf>.

mia vita non è migliore, ma è molto peggiorata. Mi porto dietro il dolore di un bambino perso per sempre. Anche se sento di essere stata perdonata e di aver superato il senso di colpa e di vergogna, il dolore straziante è sempre lì nel cuore. Avrei preferito essere una madre single e avere qui con me il mio bambino da amare e coccolare, al posto del dolore di due braccia vuote».

«Mio figlio è morto per mia scelta. Ho passato anni di rabbia, vergogna e dolore. L'aborto ha rovinato il rapporto con mio marito, i miei figli e Dio. Per trent'anni non ne ho parlato con nessuno eccetto mio marito. Il mio dolore l'ha travolto, l'ha lasciato impotente e pieno di vergogna... Ho sofferto di profonde depressioni, pensieri suicidari e scatti di rabbia. Il rapporto con i miei figli ne ha risentito. Dovevo essere la madre perfetta e loro i figli perfetti, altrimenti sentivo di non essere all'altezza».

«Dopo l'aborto sono stata molto depressa per anni. Penso che la depressione abbia contribuito a farmi perdere un lavoro redditizio in campo farmaceutico. Dopo l'aborto non ho lavorato per due anni e non ho avuto la forza di fare niente... Non sono orgogliosa della mia attuale condizione di vita e penso che ciò sia dovuto a una mancanza di fiducia in me stessa a causa dell'aborto».

«Ho un tremendo rimorso e senso di colpa, che mi rende triste la maggior parte del tempo. Sono in grado di essere felice, ma manca qualcosa. Mi odio per aver preso quella decisione e non posso tornare indietro per risolvere il problema o per migliorare le cose».

«L'aspetto più negativo è la rabbia verso me stessa per aver abortito tre bambini. Le conseguenze dell'aborto sono devastanti per l'anima... La mia vita è stata così tanto distrutta che, dopo trent'anni dal mio ultimo aborto, sto ancora soffrendo emotivamente e psicologicamente a causa delle mie scelte. Dovrò vivere con esse per il resto della mia vita».

«Dal giorno che ho abortito mi accompagnano rimpianto e senso di vergogna... Mi mancano i miei figli perduti e mi dispiace

che, a causa dell'aborto, i miei figli viventi siano stati derubati dei loro fratelli. Mio marito, che non ha partecipato in alcun modo agli aborti, ha sperimentato rabbia e dolore a causa di essi e fa fatica a perdonare coloro che mi hanno costretta ad abortire».

«Sono morta a ogni aborto. Sono diventata molto irascibile, depressa e alla fine sono diventata una tossicodipendente e un'alcolizzata».

«...È stato solo quando mi sono sposata e ho messo su famiglia che ho iniziato a fare i conti con la mia scelta di abortire. Quando è nato il mio primo figlio mi sono resa conto di quello che avevo fatto tanti anni prima... La consapevolezza di aver messo fine alla vita di mio figlio è difficile da gestire emotivamente. Nel corso degli anni ho combattuto con l'essere molto dura con me stessa e con il colpevolizzarmi emotivamente... Il rimpianto è uno stato d'animo paralizzante».

«Per quasi un anno ho vissuto delle notti terribili: mi alzavo durante il sonno per cercare mia figlia, finché non mi svegliavo e scoprivo di non avere nessuna bambina e così piombavo nel panico cercando ovunque una bambina. Oggi ho una figlia e lei mi ha detto tante volte che sentiva di avere una sorella maggiore e ha pianto a dirotto quanto le ho detto che aveva ragione e che eravamo stati io e suo padre a decidere per l'aborto».

Altre voci femminili post-abortive si possono reperire in un'indagine²⁴⁸ realizzata su donne inglesi che avevano abortito, contattate tramite annunci su sei riviste femminili dall'associazione Life del Regno Unito, con l'obiettivo di raccogliere le loro esperienze sull'aborto e valutarne gli effetti psicofisici ed emotivi a distanza di tempo. Delle 248 donne che hanno risposto, più dell'82% ha dichiarato di essere profondamente pentita della propria decisione

²⁴⁸ Steven Ertelt, British survey finds overwhelming majority of women regretted abortions, www.lifenews.com, 12 settembre 2006, <https://www.lifenews.com/2006/09/12/nat-2579/>.

di abortire. La maggior parte delle donne ha affermato di aver ricevuto poca o nessuna consulenza/informazione sui possibili effetti negativi dell'aborto, eccetto la semplice comunicazione di un maggiore sanguinamento, e tutte hanno detto che alle donne che stanno prendendo in considerazione l'aborto dovrebbero essere fornite più informazioni su questi effetti negativi.

L'indagine ha evidenziato diversi problemi psicologici successivi correlati all'aborto: 14 donne avevano preso seriamente in considerazione, o addirittura tentato, il suicidio, 15 donne avevano sviluppato una dipendenza da alcol, 3 donne avevano gravi disturbi alimentari, 5 donne hanno ammesso l'abuso di droghe e 4 hanno avuto una cosiddetta «gravidanza sostitutiva». Life riferisce che la maggior parte delle donne ha riportato i tipici disturbi post-aborto che sono costantemente negati dalla narrazione abortista, come rabbia, vergogna, senso di colpa, odio di sé, perdita di fiducia, incubi, flashback, sofferenza durante la ricorrenza dell'aborto.

Tra i commenti delle donne pentite figurano: «L'aborto mi ha completamente rovinato la vita», «mi sono sentita mutilata, in croce, come se stessi impazzendo»; «mi sono sentita sporca e piena di vergogna»; «sono completamente distrutta dal dolore, voglio il mio bambino e mi sento un mostro»; «è stato l'errore peggiore della mia vita... piango continuamente»; «ogni bambino che vedo mi provoca un tormento per quello di cui mi sono sbarazzata». Una donna ha parlato del suo aborto chimico, raccontando dell'espulsione del suo bambino morto avvenuta mentre si trovava in una stazione di servizio e di come abbia gettato il corpicino nel water.

L'indagine ha inoltre rivelato che gli effetti psicologici negativi erano indipendenti dal tempo trascorso dall'aborto: una 61enne che aveva abortito negli anni '70, trent'anni dopo affermava di sentirsi ancora «molto in colpa e triste», mentre alcune donne che avevano abortito meno di un anno prima presentavano già forti ripercussioni emotive negative. Infine, in un follow-up realizzato su 96 di que-

ste donne, alle quali è stato chiesto se avrebbero comunque abortito sapendo dei problemi medici ed emotivi che l'aborto può causare, ben 64 di loro hanno risposto convintamente di no.

La rivista *New York* ha riportato²⁴⁹ la testimonianza di Rose Stokes, una donna inglese che ha scelto di abortire con il metodo farmacologico «supponendo che sarebbe stato più semplice» dato che il personale del British Pregnancy Advisory Service le aveva spiegato che nell'aborto chimico «si prende una pillola mentre l'altro [il chirurgico] è più invasivo». Ma, dopo l'assunzione del secondo farmaco, per Rose inizia il calvario: «Sembrava un atto di violenza auto-inflitta, racconta la donna. Quattro ore dopo essere tornata a casa ho sentito un dolore insolito che si diffondeva tra la spina dorsale e l'ombelico. Un'ora dopo ero entrata in pieno travaglio: contrazioni, vomito, sanguinamento, pianto, grida. È andato avanti per ore. Ero traumatizzata». Dodici ore dopo le contrazioni sono diminuite e Rose pensa che ormai il peggio sia passato, ma alla visita di controllo, una settimana dopo, il medico le comunica che la sua pressione sanguigna «è pericolosamente bassa». La donna si reca in ospedale dove scopre di aver avuto un aborto incompleto, ovvero che ha ancora dei residui in utero, la cui rimozione richiederà un ulteriore intervento. «L'intervento chirurgico per rimuovere i 'residui rimasti' è stato programmato tre giorni dopo, e mi è stato concesso di assentarmi dal lavoro per un'altra settimana - conclude Stokes. L'intero processo mi ha lasciata fisicamente ed emotivamente a pezzi».

La rivista *New York* ha riportato altre 25 testimonianze di donne che avevano abortito, una delle quali afferma: «In una scala da uno a dieci, il mio dolore era otto». Un'altra racconta: «Quando

²⁴⁹ Dave Andrusko, «Abortion pill is horrific for women: 'My pain was an 8 out of 10', 'My jeans were soaked in blood'», [www.lifenews.com](https://www.lifenews.com/2020/01/29/abortion-pill-is-horrific-for-women-my-pain-was-an-8-out-of-10-myjeans-were-soaked-in-blood/), 29 gennaio 2020, <https://www.lifenews.com/2020/01/29/abortion-pill-is-horrific-for-women-my-pain-was-an-8-out-of-10-myjeans-were-soaked-in-blood/>.

mi sono tolta i jeans, il sangue mi aveva ricoperto le cosce. Non volevo che le lenzuola si sporcassero di sangue, così mi sono avvolta intorno degli asciugamani e mi sono messa a letto con crampi tremendamente dolorosi».

Numerose voci di donne post-abortive si possono trovare anche sul web, per esempio nelle 53 pagine di testimonianze riportate nel proprio sito dall'organizzazione no profit «Abort73»,²⁵⁰ o nel vasto archivio presente nel sito della campagna «Silent no more»,²⁵¹ o ancora nel sito dell'associazione «Rachel's Vineyard».²⁵² Il sito «abortion911.com»,²⁵³ gestito dall'organizzazione prolife americana Operation Rescue, riporta Stato per Stato le prove raccolte dagli attivisti prolife (testimonianze oculari, foto di donne che vengono trasportate dalle cliniche abortive in ambulanza, registrazioni di chiamate d'emergenza al 911 e altro) che documentano le complicazioni fisiche, e in alcuni casi le morti, provocate regolarmente, se non quotidianamente, dall'aborto indotto alle donne che abortiscono nelle cliniche americane.

Ma testimonianze sul dolore delle donne che abortiscono possono inaspettatamente arrivare anche dagli stessi medici abortisti. Reardon riporta²⁵⁴ le voci di due medici abortisti i quali, sulla base della propria esperienza, riconoscono che l'aborto è fonte di sofferenza psicologica per le donne. Nel libro²⁵⁵ di Poppemna e Henderson si legge: «Il dolore, a prescindere dal senso di vergogna, è in qualche modo manifestato da quasi tutte le donne alle quali ho praticato un aborto, e sono ventimila dal 1995. Lo rivela il fatto che

²⁵⁰ <https://www.abort73.com/testimony/>.

²⁵¹ <https://www.silentnomoreawareness.org/testimonies/index.aspx>.

²⁵² <https://www.rachelsvineyard.org/weekend/comments.aspx>.

²⁵³ <https://abortion911.com/abortion-patient-deaths/>.

²⁵⁴ Reardon DC, SAGE Open Medicine, 2018, *ibid*.

²⁵⁵ Poppema S, Henderson M.; *Why I am an abortion doctor*, New York: Prometheus Books, 1996, 266 pp.

la maggior parte delle donne piange a un certo punto della procedura... L'elaborazione del lutto può andare da alcuni giorni a diversi anni».

In maniera analoga Julius Fogel, psichiatra, ginecologo, pioniere dell'aborto legale con all'attivo decine di migliaia di aborti eseguiti, racconta²⁵⁶ che l'aborto, anche se - secondo lui - può essere necessario e in generale positivo, comporta sempre un costo psicologico: «Ogni donna - qualunque sia la sua età, il suo vissuto o vita sessuale - subisce un trauma nel distruggere una gravidanza. Si tocca un livello di umanità. È una parte della sua stessa vita. Quando distrugge una gravidanza, lei distrugge se stessa. Non vi è possibilità che sia una cosa innocua. Ha a che fare con la forza della vita. È del tutto irrilevante che si pensi che ci sia o no una vita. È impossibile negare che qualcosa si stia creando e che questa creazione stia avvenendo a livello fisico... Spesso il trauma può sprofondare nell'inconscio e non emergere mai durante la vita della donna. Ma non è un evento così innocuo e banale come continuano a ribadire molti di coloro che sono favorevoli all'aborto. Si paga un prezzo psicologico. Può essere alienazione; può essere un allontanamento dal calore umano, forse un indurimento dell'istinto materno. Quando la donna distrugge una gravidanza, accade qualcosa ai livelli più profondi della sua coscienza. Lo so in quanto psichiatra».

²⁵⁶ - McCarthy C, Worst form of birth control hurts woman's psyche, The Washington Post, 28 February 1971, p. B2.

- McCarthy C, The real anguish of abortions, The Washington Post, 5 February 1989.

9 - SEGRETI, BUGIE E CONTRADDIZIONI DELLE LINEE GUIDA SPERANZA DEL 2020 SULLA RU486

a cura di Francesca Romana Poleggi

Quando nell'agosto 2020 il ministro Speranza ha emanato le nuove linee guida²⁵⁷ per estendere la somministrazione della Ru486 fuori dall'ambiente ospedaliero protetto e fino al 63° giorno di gestazione, Pro Vita & Famiglia ha avviato una campagna di protesta per sollevare un dibattito aperto e civile sul tema, visto che la Ru486 è molto più pericolosa per la salute delle donne dell'aborto chirurgico. I Lettori forse ricorderanno i manifesti che ritraevano una giovane in terra, con una mela morsicata in mano e la scritta: «Prenderesti mai del veleno? Stop alla pillola abortiva Ru486: mette a rischio la salute e la vita delle donne e uccide il figlio nel grembo».

Come sempre accade, anziché accettare il confronto, gli abortisti ci hanno aggredito in tutti i modi: illegalmente, con la censura e con la violenza, e legalmente denunciando i nostri manifesti all'Authority che vigila sulla pubblicità, lo IAP. Che però non ha trovato argomenti per condannare le nostre affissioni.

Vogliamo allora qui ricordare molto in breve talune delle tante criticità che abbiamo rilevato nelle linee guida Speranza e che confermano la veridicità dei nostri manifesti.

Innanzitutto, abbiamo scovato sul sito dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Modena²⁵⁸ le motivazioni della SIGO (Società Italiana Ginecologia e Ostetricia) e del CSS (Consiglio Superiore della Sanità), inizialmente introvabili, segretate, che hanno dato parere favorevole al Ministero della salute per estendere la somministrazione della Ru486 fuori dall'ambiente ospedaliero protetto e fino al 63°

²⁵⁷ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato228648.pdf>.

²⁵⁸ https://www.ordinefarmacistimo.it/files/circolari_allegati/coronavirus/12448All2.pdf.

giorno di gestazione (linee guida Speranza dell'agosto 2020).

Da questi documenti risulta che il Ministero e il CSS **hanno ignorato gli studi che hanno evidenziato maggiori complicazioni per l'aborto farmacologico** a domicilio rispetto all'aborto in ospedale, **hanno ignorato gli studi sulle complicazioni fisiche tardive e in successive gravidanze e tutti gli studi sulle complicazioni psichiche e quelli sulla mortalità**. E il Ministero della Salute osa definire i suoi criteri "scientifici".

A giudicare dalla bibliografia riportata e da quella che è stata invece tralasciata, sorge il dubbio che il Ministero della Salute sia schierato apertamente e ideologicamente pro aborto.

Hanno, inoltre, ignorato il palese conflitto di interesse di alcuni autori considerati, che collaborano con le case produttrici o distributrici della Ru486.

E infine si sono apertamente **contraddetti** in più circostanze.

Dicono che il parere favorevole di SIGO e CSS è stato dato in base a «criteri tecnico-scientifici».

Anzitutto il criterio del "così fan tutti", che evidentemente non è un criterio scientifico e che comunque non è vero: «Il ricorso all'interruzione di gravidanza con metodo farmacologico, in regime di day hospital e in regime ambulatoriale [è] in uso nella maggior parte dei Paesi europei»: non è vero.

In realtà la procedura in day hospital è consentita in 3 Paesi europei: Francia, Svezia e Regno Unito. A domicilio è consentita anche in Austria. I Paesi europei sono 47.

Dicono che «la scelta di permettere l'assunzione delle prostaglandine a casa, si adegua a pratiche sicure, sperimentate a livello internazionale». Anche questo non è vero. Infatti:

- 1) Leggono dati e rapporti in modo parziale o fazioso.
- 2) Ignorano il conflitto di interessi di diversi autori degli studi stessi che collaborano con le case farmaceutiche che producono la Ru486.

- 3) Lo deducono da studi e pubblicazioni di parte, smaccatamente abortiste (senza considerare-confutare le tesi contrarie).

Quanto al punto (1), dalla stessa bibliografia allegata a sostegno della posizione del Ministero e del CSS emergono riserve e perplessità che contrastano con l'affermazione che l'aborto chimico è facile e indolore. Essi citano, ad esempio, lo studio australiano di Deb et al. in cui gli autori stessi ammettono che «i medici di base preferiscono il follow-up dell'aborto medico in clinica»; lo studio americano Perreira et al. in cui le donne manifestano a maggioranza di non aver problemi con le restrizioni sull'aborto (69,9% per l'aborto chirurgico e per l'aborto chimico 72,4%); lo studio Gambir et al. (citato come favorevole alla Ru486) conclude: «I risultati presentano dei limiti dovuti alla mancanza di progetti di ricerca di alta qualità e alla presenza di rischi di bias. Questa revisione fornisce **prove insufficienti per stabilire la sicurezza dell'aborto auto-somministrato** rispetto alla somministrazione dei farmaci in presenza e sotto la supervisione di un operatore sanitario»; il documento congiunto di HAS-CNGOF, Haute Autorité de Santé e National College of French Gynecologists and Obstetricians, viene citato dal Ministero della Salute a sostegno dell'assunzione delle prostaglandine a casa. Ma se si legge il documento si ritrovano le stesse raccomandazioni che c'erano nelle linee guida del 2010, che mettevano in guardia dagli effetti collaterali e avversi dell'aborto chimico e consigliavano che si svolgesse sotto supervisione medica.

Quanto al punto (2) è evidente **il conflitto di interesse** di molti degli autori citati da Ministero, SIGO e CSS che collaborano con le case farmaceutiche che producono o distribuiscono la Ru486. Per esempio, tutti gli autori dello studio Fiala et al, al tempo, erano membri del comitato consultivo scientifico esterno della Exelgyn, l'azienda farmaceutica francese che produce e commercializza la Ru486 in Europa. E, tra gli autori in conflitto di interessi c'è la

Mirella Parachini, colei che ci ha attaccati, su *Quotidiano sanità*, che collabora con Exelgyn e Nordic Pharma, la società che si occupa della distribuzione della Ru486 in Italia.

Il Bollettino n. 143 del 2014 dell'ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists, (citato da SIGO e Ministero della Salute) è stato realizzato dai dottori Creinin e Grossman, abortisti schierati, che collaborano anche con la Danco Laboratories, la società produttrice della Ru486.

Quanto al punto (3), le fonti cui il Ministero e i suoi consulenti hanno attinto sono di parte: **ignorano l'abbondante letteratura e la realtà critica nei confronti dell'aborto (chimico)**. Non solo. Negli studi che essi citano ignorano le parti in cui gli stessi autori sollevano criticità nei confronti della Ru486.

Qualche esempio.

Il lavoro di Alam et al. vuole «focalizzare l'attenzione» sulle «**voci delle donne**» che risultano «fortemente assenti nel discorso» che ruota intorno all'aborto chimico. Però non ascoltano il grido di dolore delle donne che ci sono passate e l'hanno vissuto come un incubo. Per quanto silenziate non sono affatto «assenti» (si veda il paragrafo precedente).

I pareri di OMS, NICE, National Institute for Health and Care Excellence, del Royal College of Obstetricians & Gynecologists, RCOG e dell'American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG sono tutti favorevoli all'aborto casalingo, sono enti tutti da sempre smaccatamente schierati pro aborto: **possibile che uno studio "scientifico" non tenga conto "dell'altra campana"?**

Infine, val la pena sottolineare che tra i criteri tecnico-scientifici, a favore dei nuovi cambiamenti attuati per l'aborto chimico, il Ministero e il CSS riportano anche alcuni dati della relazione ministeriale sulla 194 (che riguardano il 2018) che come abbiamo dimostrato nelle pagine precedenti sono contraddittori, parziali e per loro stessa ammissione incompleti.

Non mancano poi palesi contraddizioni intrinseche.

Da un lato dicono che «non vi sono evidenze scientifiche che sconsigliano la Ru486 a 8-9 settimane di gestazione», ma loro stessi ammettono che con l'aumento dell'età gestazionale c'è un «lieve aumento della necessità di revisione chirurgica» che passa «dal 4-5% all'8-10%». **Con che coraggio parlano di un aumento "lieve", visto che di fatto le percentuali del rischio di revisione chirurgica raddoppiano?** Con che criterio affermano che vi è una «notevole riduzione di complicanze» se di "notevole" vi è in realtà solo l'aumento di questa complicanza? E questa è solo una delle tante complicanze associate all'aborto farmacologico.

Il Ministero della Salute, poi, contraddice se stesso: le stesse linee guida dicono che, complessivamente la procedura farmacologica richiede generalmente quasi 20 giorni di tempo e ben 4 passaggi al consultorio/ambulatorio/day hospital salvo complicazioni.

Quindi, le stesse linee guida ci dicono che **l'aborto chimico non è né facile, né veloce, né sicuro**. E ci dicono che a causa delle complicazioni che si verificano (fallimento del metodo, emorragie e trasfusioni, infezioni) non escludono a una percentuale significativa di donne l'accesso in ospedale che si vorrebbe evitare con il ricorso alla pillola in telemedicina.





Pro Vita & Famiglia è una associazione ONLUS che opera in favore dei bambini, delle madri e dei padri, difende il diritto alla vita dal concepimento alla morte naturale, promuove la famiglia fondata sul matrimonio tra un uomo e una donna, e sostiene la libertà e priorità educativa dei genitori.

provitaefamiglia.it

**Contribuisci alle campagne per la Vita
e la Famiglia senza alcuna spesa da parte tua!
DONA IL 5 PER MILLE A PRO VITA & FAMIGLIA.**

Basta indicare nella tua dichiarazione
dei redditi il codice fiscale di Pro Vita & Famiglia:

94040860226

€ 3,00