



TRA CLANDESTINITÀ E INDIFFERENZA

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








TRA CLANDESTINITÀ E INDIFFERENZA

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





IL GRUPPO DI LAVORO	7
SINTESI	9
1. INTRODUZIONE DI FILIPPO MARIA BOSCIA	13
2. IL COSTO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194 IN ITALIA	17
2.1 - NUMERO DI ABORTI PER TIPOLOGIA SECONDO I DATI UFFICIALI	17
2.2 - IL COSTO CORRENTE PER L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE NEGLI ANNI 2021 E 2022	19
2.3 - IL COSTO STORICO DELL'ABORTO LEGALE IN ITALIA	23
3. GLI ABORTI VOLONTARI STANNO DIMINUENDO?	29
3.1 - IL FENOMENO DELL'ABORTO FAI-DA-TE	29
3.2 - L'OBIEZIONE DI COSCIENZA OSTACOLA GLI ABORTI? IL CASO DELLE MARCHE	33
3.3 - LA COSIDDETTA "CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA" E I CRIPTOABORTI	39
4. ABORTO VOLONTARIO E SALUTE DELLE DONNE	49
4.1 - QUANTI ERANO GLI ABORTI CLANDESTINI PRIMA DELLA LEGGE 194? L'IMPATTO DELL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE SULLA MORTALITÀ FEMMINILE	49
4.2 - LA CONNESSIONE TRA ABORTO E CANCRO AL SENO	58
5. CONCLUSIONI DI GIUSEPPE NOIA	63
5.1 - L'ANALISI DEI DATI	64
5.2 - L'ABORTO COME MEZZO DI CONTROLLO DELLE NASCITE	64
5.3 - CONSIDERAZIONI FINALI	65
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	69

IL GRUPPO
DI LAVORO

È STATO COORDINATO DA:**Benedetto Rocchi**

Professore associato presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa – Università di Firenze, Presidente dell'Osservatorio permanente sull'aborto (OPA)

Stefano Martinolli

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

HANNO COLLABORATO (IN ORDINE ALFABETICO):**Vito Aicale**

Ginecologo, già Dirigente medico dell'Ospedale Madonna delle Grazie a Matera, Comitato direttivo OPA

Chiara Belosi

Ginecologa, Faenza

Filippo Maria Boscia

Professore universitario di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Bioetica, Presidente Onorario della Società Italiana di Bioetica, Presidente Nazionale Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI), Comitato direttivo OPA

Roberto Festa

Medico di famiglia specializzato in patologia clinica, presidente del Centro di aiuto alla vita di Loreto "l'Ascolto", già consigliere nazionale della associazione Difendere la Vita con Maria

Angelo Francesco Filardo

Ginecologo, Vicepresidente AIGOC, Presidente Centro Amore e Vita Foligno - Centro Regionale Umbro Metodo Billings

Giuseppe Noia

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

Lorenza Perfori

Autrice di articoli e saggi di bioetica (<https://lorenzaperfori.weebly.com/>)

Francesca Romana Poggi

Docente di Discipline giuridiche ed economiche nella scuola secondaria di secondo grado, Direttore editoriale del mensile Notizie Pro Vita & Famiglia, Comitato direttivo OPA

Alberto Virgolino

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

SINTESI

Questo Terzo Rapporto sui costi dell'aborto e sui suoi effetti sulla salute delle donne, si pone in continuità con il Primo del 2021 e il Secondo del 2023, nell'ottica di fornire alla collettività e alla politica un servizio di monitoraggio sull'applicazione della legge 194 del 1978. Il lavoro dell'Osservatorio Permanente sull'Aborto è quindi a disposizione - soprattutto - degli amministratori della cosa pubblica che normalmente si premurano di osservare e valutare i costi e i benefici delle politiche implementate al fine di massimizzarne l'efficienza e il grado di raggiungimento del bene comune prefissato.

Come prima cosa questo Terzo Rapporto aggiorna agli ultimi dati ufficiali disponibili (2022) il numero degli aborti in Italia: il totale, tra il 1978 e il 2022, ammonta a 5.987.323, di cui 64.703 nell'ultimo anno rilevato.

Si osserva che la diminuzione annuale delle interruzioni di gravidanza registrate nel lungo periodo è dovuta in misura significativa al declino della popolazione femminile in età fertile, all'invecchiamento della popolazione e al calo delle nascite.

Nel 2022 sono state abortite il 13% delle gravidanze, secondo i calcoli basati su dati ufficiali (erano state il 12,5% nell'anno precedente). Il tasso di abortività totale, anch'esso in crescita, nel 2022, è di 206 donne su 1000.

Dopo 44 anni di applicazione della legge, quindi, ancora oggi l'aborto volontario è un problema sociale rilevante. Anche perché è evidente che, contrariamente a quanto dichiarato nell'articolo 1 della legge 194, è stato e viene usato come ordinario mezzo di controllo delle nascite e non come *extrema ratio* in casi drammatici.

Il dato è ancor più allarmante se al numero degli aborti ufficiali si aggiungono i criptoaborti causati dalle pillole post-coitali e gli aborti clandestini. Il numero ufficiale corretto tenendo conto dell'impiego della contraccezione di emergenza mostra una complessiva crescita dell'abortività volontaria negli ultimi anni.

Per quanto riguarda gli aborti clandestini, non solo non sono stati eliminati dalla legalizzazione del 1978, ma sono incrementati dall'uso di sostanze off label che provocano l'aborto. Tale pratica è sempre più in voga, soprattutto tra le giovanissime e purtroppo è in qualche modo incentivata dalla propaganda tesa alla promozione planetaria dell'aborto fai-da-te fuori dall'ambiente ospedaliero protetto.

Considerati questi numeri, il costo cumulato dell'aborto legale in Italia aggiornato fino alla fine del 2022 è di 7 miliardi e 290 milioni di Euro. Un fondo destinato ad impieghi produttivi nel quale, nel corso dei 44 anni considerati, fosse stata accumulata ogni anno una cifra corrispondente alle spese abortive sostenute, oggi ammonterebbe a 16 miliardi e 616 milioni di Euro (prezzi 2022).

Nel 2022 la legge 194 ha comportato un costo complessivo di poco più di 56 milioni di Euro, in lieve crescita (+1,3%) rispetto all'anno precedente. Considerando, però, anche il prezzo al dettaglio delle pillole post-coitali si può stimare un costo aggiuntivo per l'anno 2022 pari a quasi 15,7 milioni di Euro, una cifra pari al 31% del costo di applicazione stimato in base ai dati ufficiali (stima media) per lo stesso anno. Tale costo è tuttora per la gran parte a carico della spesa privata. La distribuzione gratuita delle pillole post-coitali come contraccettivi, recentemente proposta, potrebbe essere considerata a tutti gli effetti un costo di applicazione della 194.

Anche questo Terzo Rapporto tiene conto delle complicazioni post-aborto. Si è calcolato cioè il tasso di incidenza degli eventi avversi che risulta dall'elaborazione su dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera forniti da alcune regioni, analiticamente per ciascun anno dell'intero periodo 2010-2020. Se l'aumentata incidenza dell'aborto chimico diminuisce progressivamente il costo medio per singolo aborto, che passa da 907 a 856 Euro, risulta però

evidente che l'aborto farmacologico genera un maggior costo per le complicazioni rispetto all'aborto chirurgico. La quota dei costi per le complicazioni, infatti, cresce nei tre anni passando da 5,5 a 6,4 milioni di Euro, raggiungendo una quota dell'11,4% sul totale.

La terza edizione del Rapporto contiene anche una aggiornata rassegna degli studi scientifici sul legame tra aborto e cancro al seno, il tumore femminile più diffuso. Nuovi studi continuano a confermare l'esistenza di tale legame, sul quale le donne dovrebbero ricevere una completa e corretta informazione.

Sulla base di dati ufficiali viene inoltre confutata la tesi secondo la quale l'elevata percentuale degli operatori sanitari che esercitano l'obiezione di coscienza ostacolerebbe il diritto di aborto delle donne. Viene in particolare analizzato il caso della Regione Marche, recentemente al centro di polemiche finalizzate alla abolizione del diritto all'obiezione previsto dalla legge.

Infine, il Terzo Rapporto affronta uno dei principali motivi che hanno giustificato nel 1978 la legalizzazione dell'aborto in Italia, cioè quello di evitare le morti materne causate da pratiche non sicure. L'aborto non sicuro viene, infatti, indicato dall'OMS come causa di mortalità materna. L'OPA ha analizzato l'andamento della mortalità femminile in Italia negli anni intorno all'approvazione della legge. Dal 1974 al 1983 i dati ufficiali sulla mortalità femminile non segnalano alcuna discontinuità che possa essere considerata collegata all'approvazione della legge 194. Non esiste alcuna evidenza statistica che prima del 1978 l'aborto clandestino costituisse un problema di salute pubblica rilevante, risolto negli anni successivi con la legalizzazione. L'assenza di qualsiasi impatto della legalizzazione dell'aborto sulla mortalità femminile è un risultato non diverso da quello osservato anche in altri Paesi. Peraltro i dati mostrano che l'aborto clandestino ha continuato ad essere praticato in Italia anche dopo l'approvazione della legge.

Non solo, quindi, la legalizzazione dell'aborto volontario ha introdotto un'ingiustizia, perché ha messo nelle mani degli adulti il diritto di vita o di morte su bambini non ancora nati, non ha costituito neppure un valido strumento di contrasto del fenomeno dell'aborto clandestino, né ha diminuito la mortalità materna.



1

INTRODUZIONE

di Filippo Maria Boscia

Ancora una volta torniamo a parlare dell'aborto, delle tante ferite e dei tanti costi psicologici e sociali, personali e familiari.

Non desideriamo restare nel silenzio, anzi, vogliamo far parte di coloro che amano ridiscutere i problemi del rispetto delle donne, ma anche dei diritti dell'embrione, unico in questa situazione a non poter parlare: lo vogliamo fare, senza mai arrenderci, per dar voce a "lui".

L'Istituto Europeo di Bioetica (IEB) manifesta, in un rapporto pubblicato il 5 settembre 2024, un grave cruccio che riguarda la crescente discriminazione contro le persone con disabilità. È un evento questo che contribuisce in modo molto consistente all'interruzione selettiva della gravidanza. Il Comitato rileva che «la percezione sociale secondo cui le persone con sindrome di Down (trisomia 21) o altre disabilità hanno meno valore di altre, contribuisce all'alto livello di interruzioni di gravidanza selettive dopo diagnosi prenatale di dette patologie».

L'IEB ricorda che in Belgio, per esempio, «la percezione negativa delle persone disabili, causa di un alto tasso di aborti dovuti alla sindrome di Down, è legata all'uso diffuso del NIP test (Non Invasive Prenatal test) come metodo di screening». Il NIP test è esame non invasivo, facilmente eseguibile su sangue materno: offerto sistematicamente a donne nei primi mesi di gravidanza è interamente rimborsato in molti stati d'Europa, Italia compresa. Risulta da questo report che circa «l'80% delle donne incinte ricorre al NIPT e più del 95% delle donne che ricevono conferma della sindrome di Down del proprio figlio decidono di eliminarlo».

Il nostro Osservatorio, nel presentare l'annuale Rapporto, intende segnalare questa situazione, in un mondo che da un lato vuole sostenere la tutela delle persone disabili e dall'altro in totale ipocrisia agevola il loro respingimento. Non ci vuole molto a capire che la nostra sollecitudine è motivata dal fatto che l'"invisibile" fa sempre parte del nostro prossimo.

Desidero ora sottolineare alcune peculiarità rilevate nel Rapporto che l'OPA qui presenta.

Questo Terzo Rapporto sui costi della legge 194/78 conferma il consolidarsi della pratica farmacologica al posto di quella chirurgica nell'esecuzione dell'interruzione volontaria della gravidanza tanto da superarla per la prima volta in percentuale.

Nel 2022 gli aborti legali sono stati 64.703 pari al 13% di tutte le gravidanze per un costo complessivo di poco più di 56 milioni di Euro. Il maggior numero di aborti farmacologici fa diminuire il costo medio per singolo aborto da 907 a 856 Euro. Comunque la spesa complessiva nei 44 anni di vita della legge 194/78 è stimata in 7 miliardi e 290 milioni in media riferita ai costi dell'ultimo triennio.

Sebbene sempre in calo nel tempo, il numero degli aborti volontari resta comunque alto. Il tasso di abortività totale (numero di donne su 1000 che abortisce almeno una volta durante la vita fertile) cresce per il terzo anno consecutivo a conferma della persistente rilevanza sociale del problema che fa dell'aborto non tanto l'ultima risorsa quanto un comodo sebbene tardivo mezzo di contraccezione, in spregio a quanto statuito dall'art. 1 della predetta legge: «Non è un mezzo per il controllo delle nascite».

Pur essendo, come si è detto, sempre più in uso l'aborto chimico non mancano le riserve sulla sua pericolosità: in realtà sarebbe quattro volte più rischioso di quello chirurgico e dieci volte più mortale. Eppure, a partire dall'OMS, viene proposto addirittura in telemedicina con spedizione delle pillole necessarie per posta. Negli USA l'industria dell'aborto ha palesemente violato i residui limiti gestazionali e le regole di sicurezza dettate dall'FDA, ma anche in Europa l'aborto fai-da-te è molto diffuso, con un allargamento delle norme che regolano l'interruzione di gravidanza.

Ciò vale principalmente per le minorenni che dissimulano gli effetti dell'assunzione di

prostaglandine come una mestruazione particolarmente dolorosa, sicure che la maggior parte delle volte del tutto non resta traccia. Per questo e per la non necessità di ricovero l'aborto chimico è indistinguibile da quello spontaneo, venendo così ad inficiare il conto degli aborti clandestini.

Indubbiamente l'introduzione della cosiddetta contraccezione d'emergenza ha complicato il quadro per la perdurante incertezza sulla sua modalità d'azione, cioè se sia davvero contraccettiva o piuttosto abortiva per evitare le gravidanze non desiderate. La circolare del Ministero della salute (n. 231 del 29/9/2000) non ha risolto il dilemma. Le "pillole del dopo" da qualche anno liberalizzate hanno raggiunto nel 2022 un totale di vendite pari a 762.796 confezioni. Una mole tale che porta ad una obbligatoria correzione previsionale del numero degli aborti legali, che dal citato 13% schizza all'ipotizzato 17%, calcolando in tal modo anche i cosiddetti aborti nascosti o criptoaborti.

Ho voluto sottolineare quelli che mi sembrano essere gli aspetti più salienti del pregevole lavoro di analisi e sintesi condotto su un problema antico ma sempre attuale, quanto mai dibattuto sin dall'approvazione della legge 194/78 che, pur nominandosi "Legge per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza", non ha mai assicurato alla gravidanza e alla maternità il rispetto che meriterebbero. Anche gli ultimi provvedimenti governativi a sostegno della riproduzione, in un momento storico particolarmente difficile per la natalità, ormai sotto zero, sono davvero poca cosa perché si possa sperare in una repentina e salutare inversione di tendenza.

Per quel che riguarda la seconda parte della legge che garantisce la possibilità di interrompere la gravidanza - ma va detto, precisato e sottolineato, solo in particolari situazioni e a determinate condizioni - purtroppo persiste una divisiva conflittualità permanente, sia per gli operatori che per le donne. Soprattutto per loro, che si vedono sbalottate da chi pensa di poter decidere sempre e comunque sulla loro pelle. Così, confuse, cercano le soluzioni più semplici ai loro problemi, pur con il rischio per la propria salute, che consentano loro di sopravvivere all'abbandono, alla solitudine, al dolore malgrado sia necessario prendere decisioni drastiche a spese di chi dovrebbe nascere e più non lo potrà.

Per questi non nati potremmo invocare una clausola di salvaguardia e, per compiere buone azioni, basterebbe solo aprire gli occhi.



2

IL COSTO DI
APPLICAZIONE
DELLA LEGGE 194
IN ITALIA

2.1. Numero di aborti per tipologia secondo i dati ufficiali

Come nei precedenti Rapporti, la descrizione dell'andamento degli aborti legali viene effettuata a partire dalle informazioni disponibili nel datawarehouse generale Istat (dati.istat.it). Le informazioni contenute nella sezione "Salute e sanità/salute riproduttiva della donna", permettono di analizzare in dettaglio i dati raccolti dal sistema di sorveglianza epidemiologica delle interruzioni volontarie di gravidanza che, oltre all'Istat, vede impegnati nella raccolta dei dati sull'applicazione della legge l'Istituto superiore di sanità (ISS), il Ministero della salute, le regioni e le due province autonome. I dati sui singoli aborti volontari vengono raccolti con il modello D12¹. Il datawarehouse Istat permette di analizzare in dettaglio i risultati dell'indagine statistica a partire dal 2010². L'indagine Istat costituisce la fonte informativa primaria utilizzata nella relazione che annualmente il Ministro della salute deve presentare al Parlamento sull'applicazione della legge 194/78.

▼ TABELLA 1

ABORTI PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO - ITALIA				
Tipo di intervento	2021		2022	
	Numero	%	Numero	%
Chirurgico	32.017	51.2	30.508	47.2
raschiamento	5.073	8.1	4.701	7.3
metodo di Karman	20.040	32.0	18.918	29.2
altre forme di isterosuzione	6.904	11.0	6.889	10.6
Farmacologico	30.513	48.8	34.195	52.8
somministrazione di solo mifepristone	1.200	1.9	1.108	1.7
somministrazione di mifepristone e prostaglandina	28.615	45.8	32.300	49.9
somministrazione di sola prostaglandina	698	1.1	787	1.2
Altre metodologie	566	0.9	627	1.0
Non indicato	211	0.3	198	0.3
Totale	62 530	100.0	64 703	100.0

FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

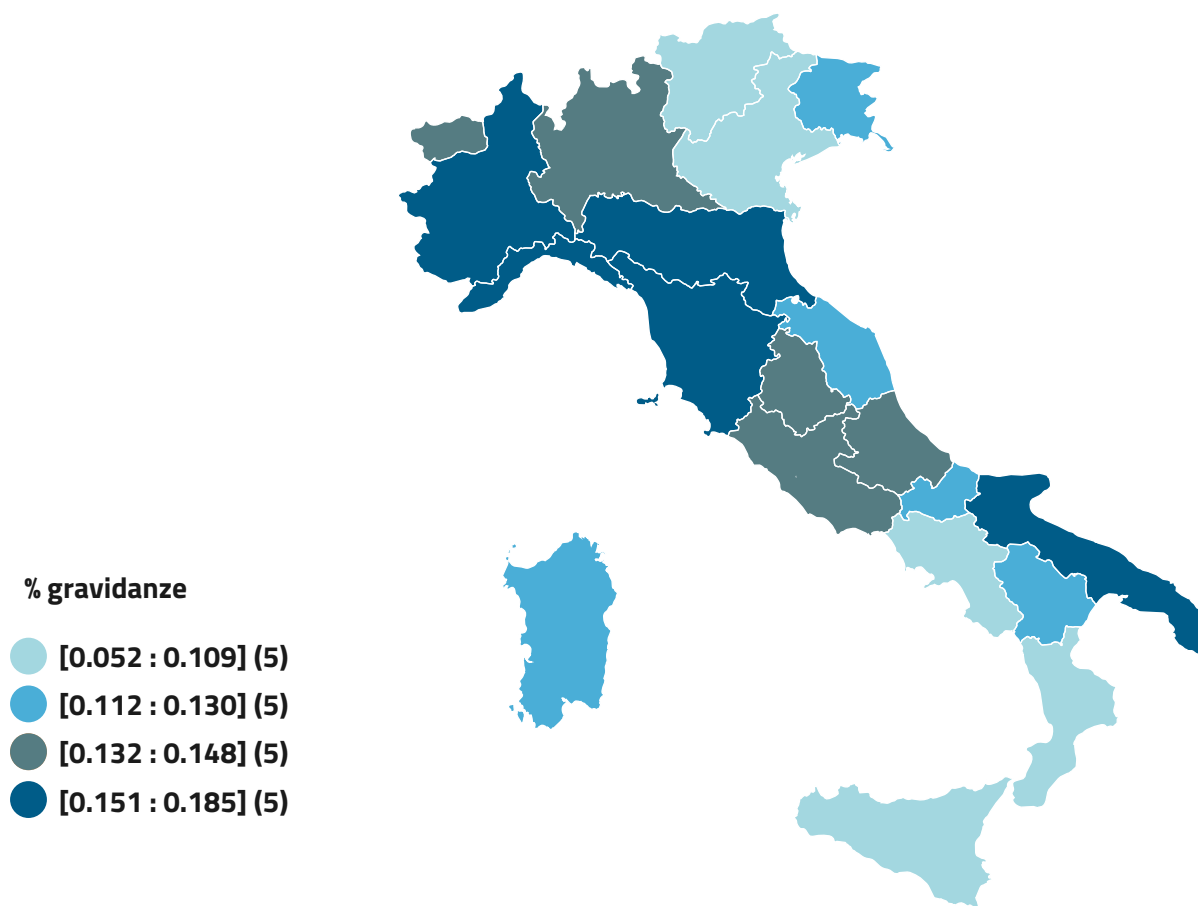
- 1 Il questionario e la descrizione del processo con cui vengono prodotti i dati dell'indagine sono disponibili all'indirizzo web <https://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0038900&refresh=true&language=IT>. Una descrizione dettagliata dell'indagine è disponibile all'indirizzo web <https://www.istat.it/it/archivio/9025>. Nel Secondo Rapporto disponibile sul sito OPA www.osservatorioaborto.it sono disponibili ulteriori dettagli sul sistema di sorveglianza epidemiologica sull'aborto.
- 2 I dati riepilogativi per il periodo dal 1979 al 2014 sono disponibili nella sezione "Serie storiche del sito Istat" (seriestoriche.istat.it). Altri dati relativi alla struttura della popolazione sono stati ottenuti dalla stessa sezione delle serie storiche e nella banca dati tematica "Demografie in cifre" (demo.istat.it) e dal database "Health for All" (HFA), un sistema informativo territoriale su sanità e salute che contiene dati disaggregati a livello territoriale provenienti da diverse indagini condotte da Istat (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>).

Gli ultimi dati disponibili al momento della stesura di questo Rapporto sono riferiti al 2022 (Tabella 1) anno nel quale sono stati rilevati 64.703 aborti volontari. Il dato, per la prima volta da molti anni, è in lieve crescita rispetto all'anno precedente (+3,5%), probabilmente anche a causa della completa rimozione delle restrizioni connesse alla crisi del Covid-19, ancora attive nel 2021.

La tabella mostra il consolidarsi della tendenza alla sostituzione delle procedure abortive chirurgiche con l'aborto chimico, prevalentemente attraverso l'utilizzo della pillola RU486 (mifepristone, quasi sempre in associazione con prostaglandina). Nel 2022 per la prima volta questo supera la metà dei casi rilevati (52,8%).

L'intensità del fenomeno aborto volontario è differenziata dal punto di vista territoriale. Nella figura 1 viene rappresentata la percentuale di gravidanze abortite volontariamente nel 2022 secondo i dati ufficiali³. L'intensità del fenomeno è rappresentata dalla retinatura progressivamente più scura nei quattro gruppi di eguale numerosità (5 in ciascun gruppo) nei quali sono state suddivise le regioni.

▼ FIGURA 1 QUOTA DI GRAVIDANZE ABORTITE VOLONTARIAMENTE NELLE REGIONI ITALIANE - 2022



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

3 Il totale delle gravidanze viene calcolato come somma a livello regionale di nati vivi, nati morti, aborti spontanei e aborti volontari.

In media in Italia nel 2022 l'aborto legale ha riguardato il 13% di tutte le gravidanze, una percentuale che salirebbe al 14,6% aggiungendo i circa 10.000 aborti clandestini stimati da Istat in occasione della relazione al Parlamento del Ministro della salute del 2017⁴. Il dato oscilla dal minimo del 5,2% in Trentino Alto Adige al massimo del 18,5% rilevato in Liguria. Se si eccettua la Puglia, è nel nord-ovest e centro del Paese che l'aborto volontario si manifesta con maggiore intensità.

2.2 - Il costo corrente per l'applicazione della legge negli anni 2021 e 2022

La stima del costo corrente di applicazione della legge 194 ha seguito la stessa metodologia delineata nei due precedenti Rapporti presentati dall'Osservatorio ai quali si rimanda per ulteriori dettagli⁵.

La stima parte dalla descrizione dei percorsi sanitari che portano all'aborto legale ai sensi della legge 194. Ai fini di questo studio sono stati definiti una serie di schemi relativi a "percorsi abortivi tipo" per i quali sono stati calcolati i costi standard. I percorsi abortivi tipo sono stati individuati combinando i seguenti criteri di classificazione:

- epoca gestazionale (prima o dopo i 90 giorni),
- modalità (aborto chirurgico o chimico),
- tipologia di ricovero (ricovero ordinario o day hospital),
- approccio diagnostico (semplificato o completo; invasivo o non invasivo),
- presenza di complicazioni (presenza o assenza di rientro per revisione uterina).

Le componenti di costo considerate nei diversi percorsi abortivi tipo (a prescindere dal regime di ricovero adottato) sono indicate nel prospetto riassuntivo che segue.

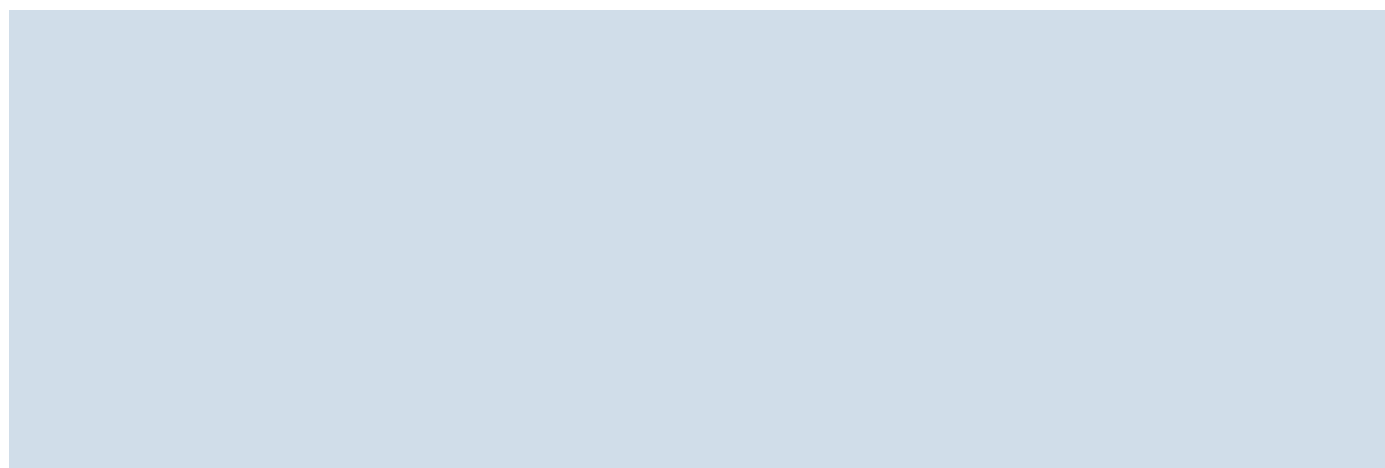
4 Il fenomeno dell'aborto clandestino si sta gradualmente fondendo e confondendo col sempre più diffuso aborto fai-da-te al di fuori del perimetro della legge 194, come viene documentato nella sezione 3.1 di questo Rapporto.

5 I Rapporti e altri studi possono essere liberamente scaricati dal sito web dell'Osservatorio (osservatorioaborto.it).

▼ FIGURA 2

Componenti di costo	entro i 90 gg				oltre i 90 gg	
	chirurgico con diagnostica completa	chirurgico con diagnostica semplificata	farmacologico senza complicazioni	farmacologico con raschiamento	diagnostica genetica ordinaria	diagnostica genetica con screening non invasivo
ECOGRAFIA	X	X	X	X	X	X
DOSAGGIO β-HCG	X				X	X
PAPP-A	X				X	X
TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI						X
DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA (AMNIOCENTESI)					X	X
ANALISI CARIOTIPO					X	X
ANAMNESI E VALUTAZIONE GENETICA					X	X
ABORTO CHIRURGICO (KARMAN, ISTEROSUZIONE) INCLUSIVO DI PREOSPEDALIZZAZIONE (DRG 381)	X	X				
ABORTO FARMACOLOGICO (RU 486, INDUZIONE CON PROSTAGLANDINE) (DRG 380)			X	X	X	X
RASCHIAMENTO				X	X	X
ECOGRAFIA POST-ABORTO			X	X		
VISITA GINECOLOGICA POST-ABORTO	X	X		X	X	X

Nella tabella 2 vengono riassunti i costi standard calcolati per i diversi percorsi abortivi tipo, sulla base del DM del 2013 che, è opportuno ricordarlo, oggi costituisce ancora, con poche varianti, la base della definizione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali in molte regioni italiane.



▼ TABELLA 2

COSTO STANDARD DEI PERCORSI ABORTIVI TIPO		
Tipo di intervento	Descrizione procedura tipo	Costo standard €
Aborti dopo il terzo mese		
Di cui farmacologico	Ricovero ordinario e diagnostica genetica invasiva	1.977
Di cui chirurgico	Ricovero ordinario chirurgico con diagnostica genetica invasiva	1.306
Aborti entro il terzo mese		
Di cui chirurgico	Ricovero ordinario con diagnostica semplificata	728
Di cui farmacologico		
con ricovero ordinario	Ricovero ordinario senza complicazioni	1.164
con dimissioni volontarie		
senza rientro per raschiamento	Day hospital senza complicazioni	271
con rientro per raschiamento	Day hospital con rientro per raschiamento	1.225

Anche se i valori indicati in tabella sono abbastanza rappresentativi dei rapporti tra i costi dei diversi percorsi, in realtà a parità di percorso abortivo si possono osservare tra le regioni variazioni anche piuttosto significative nel costo standard, sia quando si prenda in considerazione l'aborto chirurgico che quello chimico. Questo deriva dall'aggiornamento dei tariffari effettuato in alcune regioni dopo il 2013. L'Osservatorio aggiorna regolarmente un database dei tariffari regionali e sulla base di questa informazione aggiorna le stime dei costi di applicazione della legge via via che si rendono disponibili le statistiche sugli aborti.

Il costo totale di applicazione della legge è stato calcolato moltiplicando il costo standard definito per ogni regione per il numero totale degli aborti, riclassificati secondo i percorsi abortivi tipo. Le ipotesi effettuate per riclassificare i dati degli aborti rilevati da Istat nei diversi percorsi abortivi sono le stesse impiegate nel Primo Rapporto, al quale si rinvia per i dettagli. La principale differenza rispetto al primo studio, che ha portato a una revisione dell'intera serie storica dei costi, riguarda l'incidenza delle complicazioni. Per tenere conto dell'*under-reporting*, il numero delle complicanze per le quali è stato calcolato il costo è stato fatto pari a quello che si ottiene applicando al totale dei casi rilevati di aborto rispettivamente chirurgico e chimico, il tasso di incidenza delle complicanze che risulta dall'elaborazione su dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera forniti da alcune regioni⁶. La revisione del costo per le complicazioni è stata applicata analiticamente per ciascun anno dell'intero periodo 2010-2020, per i quali sono disponibili i dati disaggregati per tipologia di intervento; per gli anni precedenti il 2010 è stato assunto lo stesso tasso di incidenza calcolato per tale anno⁷.

Nella tabella 3 viene riportata la stima del costo totale per gli anni che vanno dal 2020 al 2022.

6 Il problema dell'*under-reporting* delle complicanze è trattato in profondità nel Secondo Rapporto curato dall'Osservatorio.

7 L'ipotesi è ragionevole dal momento che fino al 2010 la quasi totalità degli aborti era eseguito con modalità chirurgiche; ciò che ha introdotto una variabilità nel tasso di complicanze è stata l'introduzione dell'aborto chimico.

▼ TABELLA 3

COSTO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194 IN ITALIA – 2020-2022 (€ CORRENTI)			
Tipo di intervento	2020	2021	2022
<i>Aborti dopo il terzo mese</i>	4.963.754	4.890.353	4.894.833
di cui farmacologico	1.989.417	1.531.762	1.674.182
di cui chirurgico	2.974.338	3.358.591	3.220.650
<i>Aborti entro il terzo mese</i>	49.68.367	44.455.966	44.801.785
di cui chirurgico	36.489.646	27.272.458	25.516.294
di cui farmacologico	12.678.721	17.183.509	19.285.492
con ricovero ordinario	6.436.467	8.715.789	9.795.581
con dimissioni volontarie	6.242.254	8.467.720	9.489.911
Complicazioni	5.516.549	5.997.408	6.370.597
Totale	59.648.670	55.343.727	56.067.215

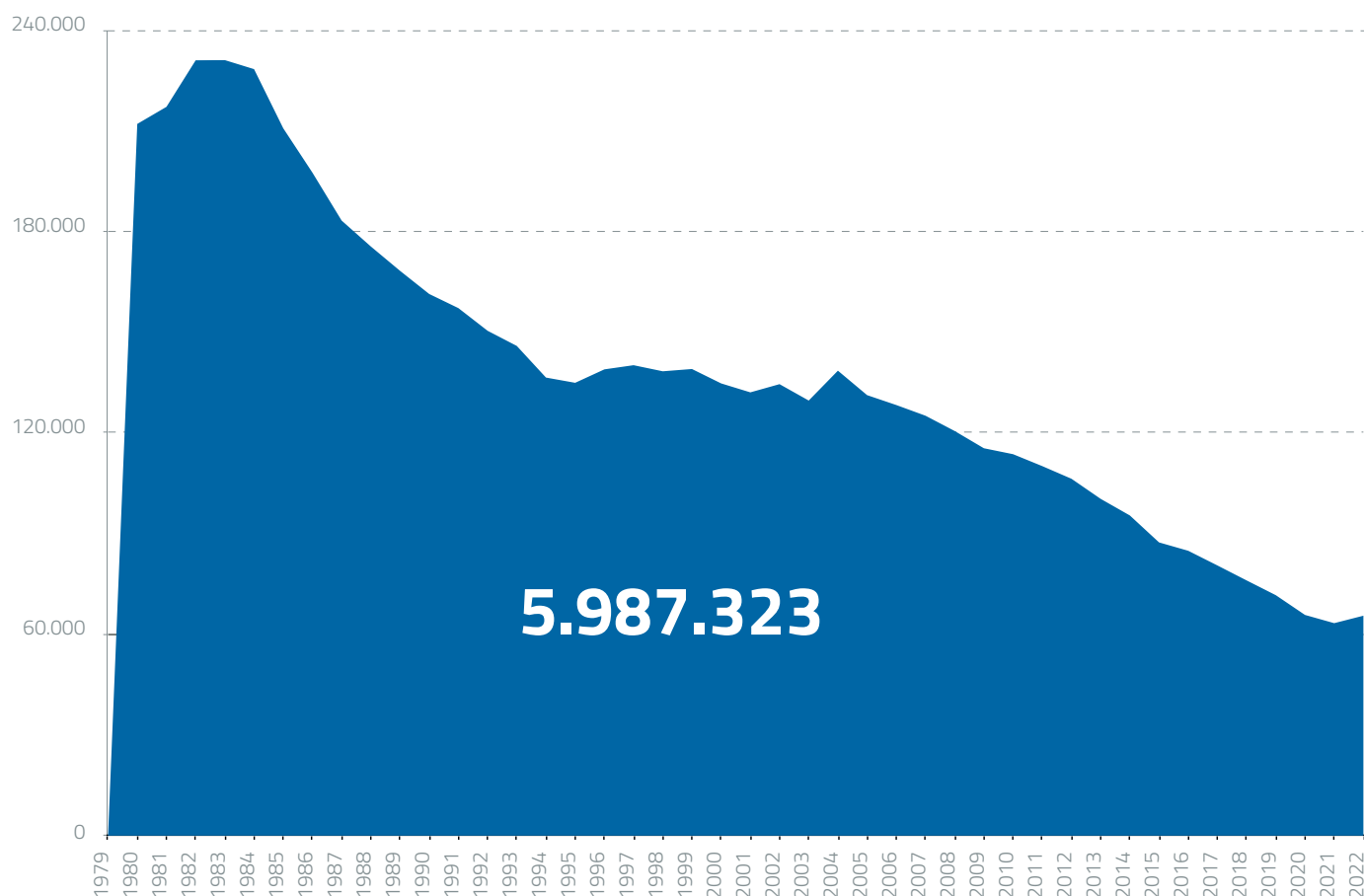
FORNTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT E TARIFFARI REGIONALI

Nel 2022 la legge 194 ha comportato un costo complessivo di poco più di 56 milioni di Euro, in lieve crescita (+1,3%) rispetto all'anno precedente, che aveva viceversa mostrato un decremento (-7,2%) rispetto al 2020. L'aumentata incidenza dell'aborto chimico diminuisce progressivamente il costo medio per singolo aborto, che passa da 907 a 856 Euro. La quota dei costi complessivi dovuti all'aborto farmacologico cresce nei tre anni passando dal 24,6 al 37,4%. Il costo medio diminuisce tuttavia più lentamente a ragione del fatto che l'aborto farmacologico genera un maggior costo per le complicazioni rispetto all'aborto chirurgico. La quota dei costi per le complicazioni, infatti, cresce nei tre anni passando da 5,5 a 6,4 milioni di Euro, raggiungendo una quota dell'11,4% sul totale.

2.3 - Il costo storico dell'aborto legale in Italia

I casi registrati nel 2021 e 2022 portano il numero totale di aborti legali eseguiti nei primi 44 anni di applicazione della legge a 5.987.323. Nella figura 3 viene rappresentato l'andamento nel tempo degli aborti legali in Italia dal 1979 al 2022.

▼ FIGURA 3 ABORTI LEGALI IN ITALIA

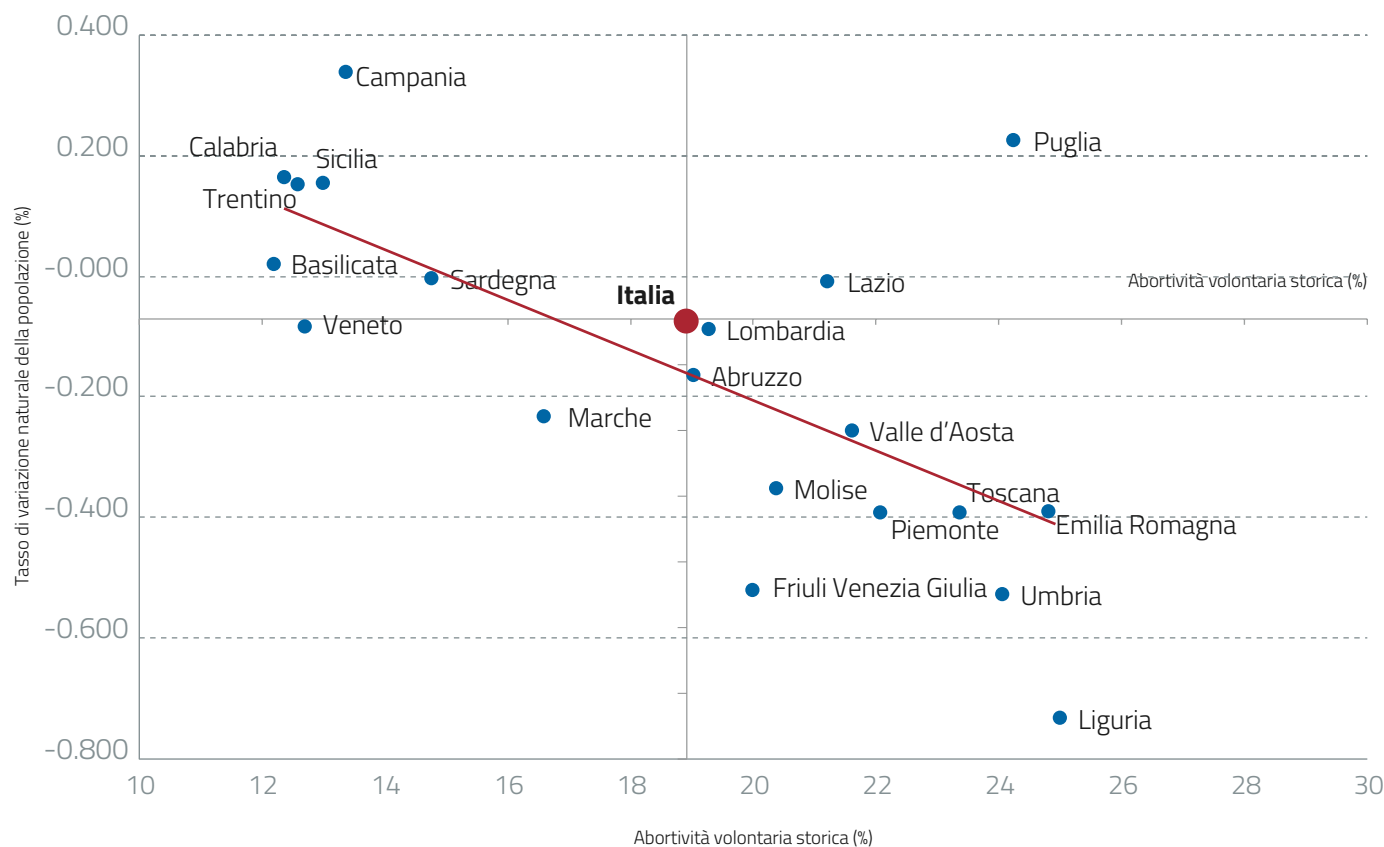


Fonte: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Come già sottolineato in precedenza, nel 2022 il numero assoluto degli aborti legali è cresciuto rispetto all'anno precedente per la prima volta dal 1983. La diminuzione nel lungo periodo è dovuta in misura significativa al declino della popolazione femminile in età fertile, causato dall'invecchiamento della popolazione frutto del calo delle nascite; dipende inoltre dal calo degli indicatori di abortività. Nel 2022 la percentuale di gravidanze abortite volontariamente, calcolato in base ai dati ufficiali, è stata pari al 13% (in crescita rispetto al 12,5% dell'anno precedente). Il *tasso di abortività totale*, cioè il numero di donne che in una coorte fittizia di 1000 donne abortisce almeno una volta durante la vita fertile, cresce per il terzo anno consecutivo ed è stato stimato da Istat pari a 206 per il 2022. Questi indicatori di incidenza, benché su livelli inferiori ai primi anni di applicazione della legge, mostrano comunque valori ancora molto elevati, dopo 44 anni di applicazione della legge, e segnalano ancora oggi l'esistenza di un problema sociale rilevante. Una società in cui nel 13% dei casi le donne decidono di abortire volontariamente una gravidanza appena iniziata e in cui in media oltre il 20% delle donne prende almeno una volta questa decisione non può non interrogarsi sul valore che assegna

alla vita umana e sulle condizioni con cui circonda il venire al mondo delle nuove generazioni. Soprattutto oggi, quando comincia a maturare la consapevolezza che l'inverno demografico costituisce il primo dei problemi strutturali che mettono a rischio la tenuta futura della società italiana. Un confronto tra tassi di abortività storica e saldo naturale della popolazione nelle regioni italiane (Figura 4) mostra come l'aborto volontario, contrariamente a quanto dichiarato nell'articolo 1 della legge 194, è stato e viene usato in Italia non come extrema ratio in casi drammatici, ma come mezzo di controllo delle nascite.

▼ FIGURA 4 **ABORTIVITÀ VOLONTARIA E VARIAZIONE NATURALE DELLA POPOLAZIONE NELLE REGIONI ITALIANE (1979 - 2022)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

La ricostruzione della serie di lungo periodo degli aborti volontari in Italia consente una valutazione del costo storico di applicazione della legge 194/78. Questa è stata realizzata con la massima attenzione nell'usare criteri prudenziali. È stata condotta in due fasi. In primo luogo sono stati ricostruiti analiticamente i costi di applicazione della legge nel periodo 2010-2022, applicando i costi standard ricavati dai tariffari regionali agli aborti rilevati (classificati per tipo di intervento). Nel corso del periodo sono stati considerati nella valutazione gli ultimi tariffari entrati in vigore a partire da tre anni prima della loro approvazione. Questo modo di procedere assume che ogni tariffario abbia stabilito i costi standard sulla base della spesa sanitaria effettiva dei tre anni precedenti. Negli anni precedenti, e risalendo fino al 2010 incluso, è stato utilizzato il tariffario nazionale allegato al DM del 2013. Un procedimento analogo è stato seguito per quantificare i costi annui dovuti alle complicazioni.

I costi, in un primo momento stimati a prezzi correnti per gli anni dal 2010 al 2022, sono stati espressi a prezzi costanti riferiti al 2022 applicando l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività stimato da Istat e disponibile nel datawarehouse dell'Istituto di statistica. Per gli anni precedenti il 2010 è stato applicato al numero di aborti rilevato in ogni regione il costo medio (a prezzi riferiti al 2022 e inclusivo delle complicanze) per singolo aborto che risultava dal calcolo analitico relativo al 2010. Ciò equivale a ipotizzare che la composizione per tipo di intervento del numero di aborti sia rimasta immutata dal 1979 al 2010. Si tratta di un'ipotesi accettabile, dal momento che la crescita degli aborti farmacologici entro il terzo mese, che costituisce il vero cambiamento strutturale nella pratica abortiva, è avvenuto nell'ultimo decennio, mentre nel 2010 era ancora agli inizi. Nel 2010 gli aborti chirurgici entro il terzo mese costituivano infatti il 93% del totale degli aborti legali.

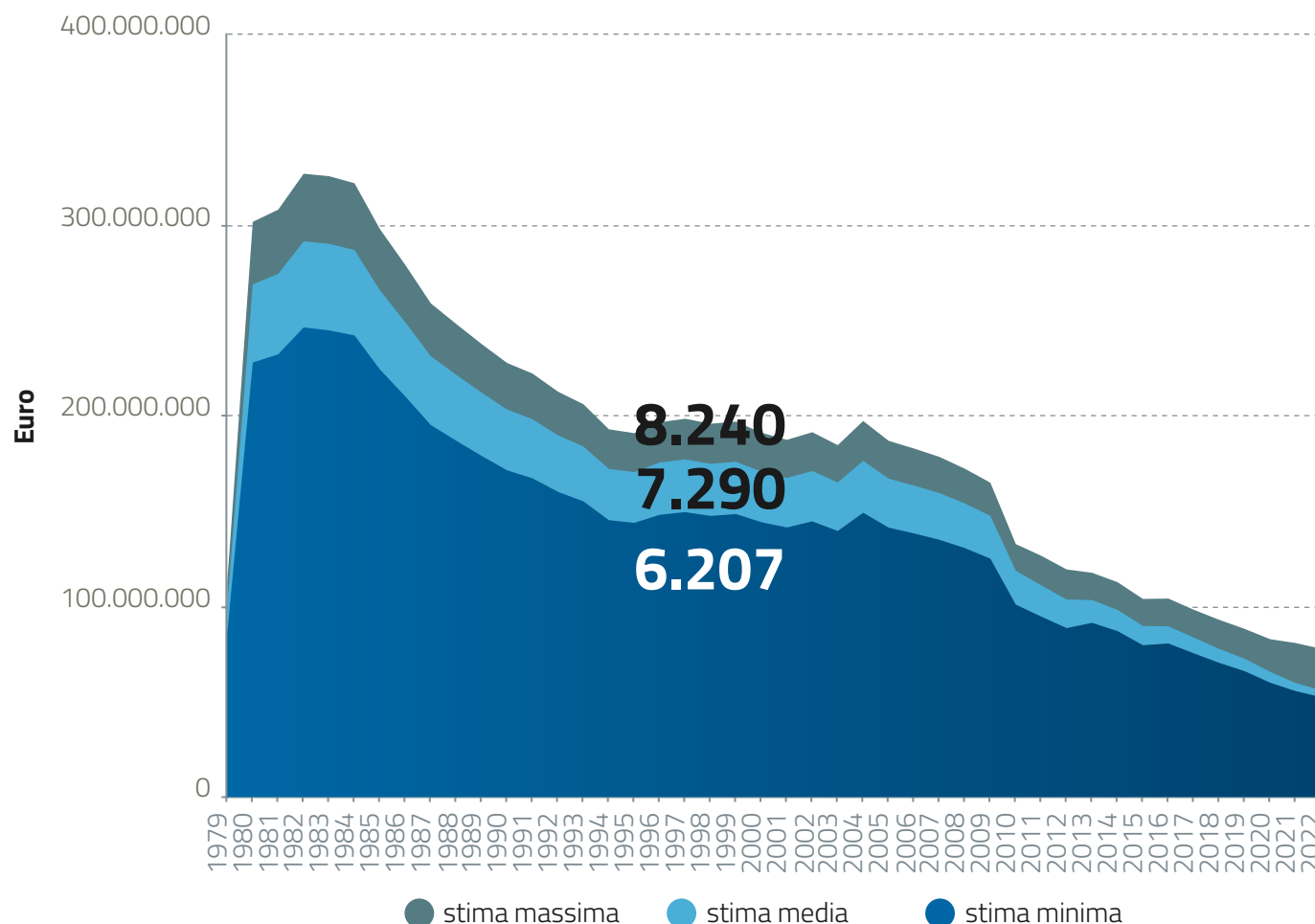
Nella stima relativa al periodo 1979-2010 è stato ipotizzato che gli aborti chirurgici vengano realizzati per metà in regime di ricovero ordinario e per metà in day hospital. Questa ipotesi, che coglie la semplificazione delle procedure ospedaliere avvenuta nel tempo con l'evoluzione della tecnologia medica e i livelli di efficienza nella spesa sanitaria, probabilmente costituisce un'ipotesi prudentiale per i primi decenni di applicazione della legge, quando il ricovero per l'esecuzione dell'aborto era più frequente di oggi, allo scopo di minimizzare i rischi sanitari per la donna.

L'applicazione dei costi standard stimati per il 2010 a tutto il periodo precedente implica anche l'ipotesi che la tecnologia sanitaria nelle pratiche abortive non abbia conosciuto significative variazioni di efficienza (costo in termini reali invariato). L'ipotesi è adeguata soprattutto per quanto riguarda le pratiche chirurgiche implicate (procedure abortive, raschiamento), dal momento che costituiscono la parte più rilevante del costo di applicazione della legge fino al 2010. La variazione del costo reale dei processi abortivi previsti dalla legge 194, infatti, si è verificata soprattutto per l'incremento dell'utilizzazione delle pratiche diagnostiche prenatali (rappresentata nell'ipotesi di stima massima) e per l'incremento della quota di aborti farmacologici che, come visto in precedenza, si è manifestata soprattutto nel periodo 2010-2022, per il quale i dati disponibili hanno consentito una adeguata rappresentazione del fenomeno.

Nella figura 5 viene rappresentato l'andamento del costo di applicazione della legge 194 secondo tre ipotesi di stima con diverso grado di prudenzialità⁸.

8 Per le ipotesi adottate nelle tre diverse stime si rimanda al Primo Rapporto. La serie storica dei costi è stata sottoposta a revisione in occasione della preparazione del presente Rapporto, in particolare per quanto riguarda la trasformazione dei valori a prezzi correnti in prezzi costanti 2022. La revisione ha portato a un sostanziale rialzo delle stime dei valori cumulati rispetto alle edizioni precedenti.

▼ FIGURA 5 **COSTI DI IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE 194/1978 IN ITALIA, PREZZI COSTANTI 2022. VALORE CUMULATO IN M€**



Il costo cumulato dell'aborto legale in Italia alla fine del 2022 si aggira tra i 6,2 e gli 8,2 miliardi di Euro. Il valore cumulato della spesa nell'ipotesi di stima mediana, corrispondente alla quantificazione dei costi negli ultimi tre anni di applicazione presentata in precedenza, è di 7 miliardi e 290 milioni di Euro, corrispondente a un costo medio per aborto di 1.218 Euro e a una spesa media annua di 153 milioni di Euro. L'andamento del costo di applicazione della legge nel tempo è stato in realtà irregolare, seguendo la curva dell'abortività volontaria in Italia. Nei primi anni di applicazione il valore annuale della spesa ha sicuramente superato i 270 milioni di Euro l'anno.

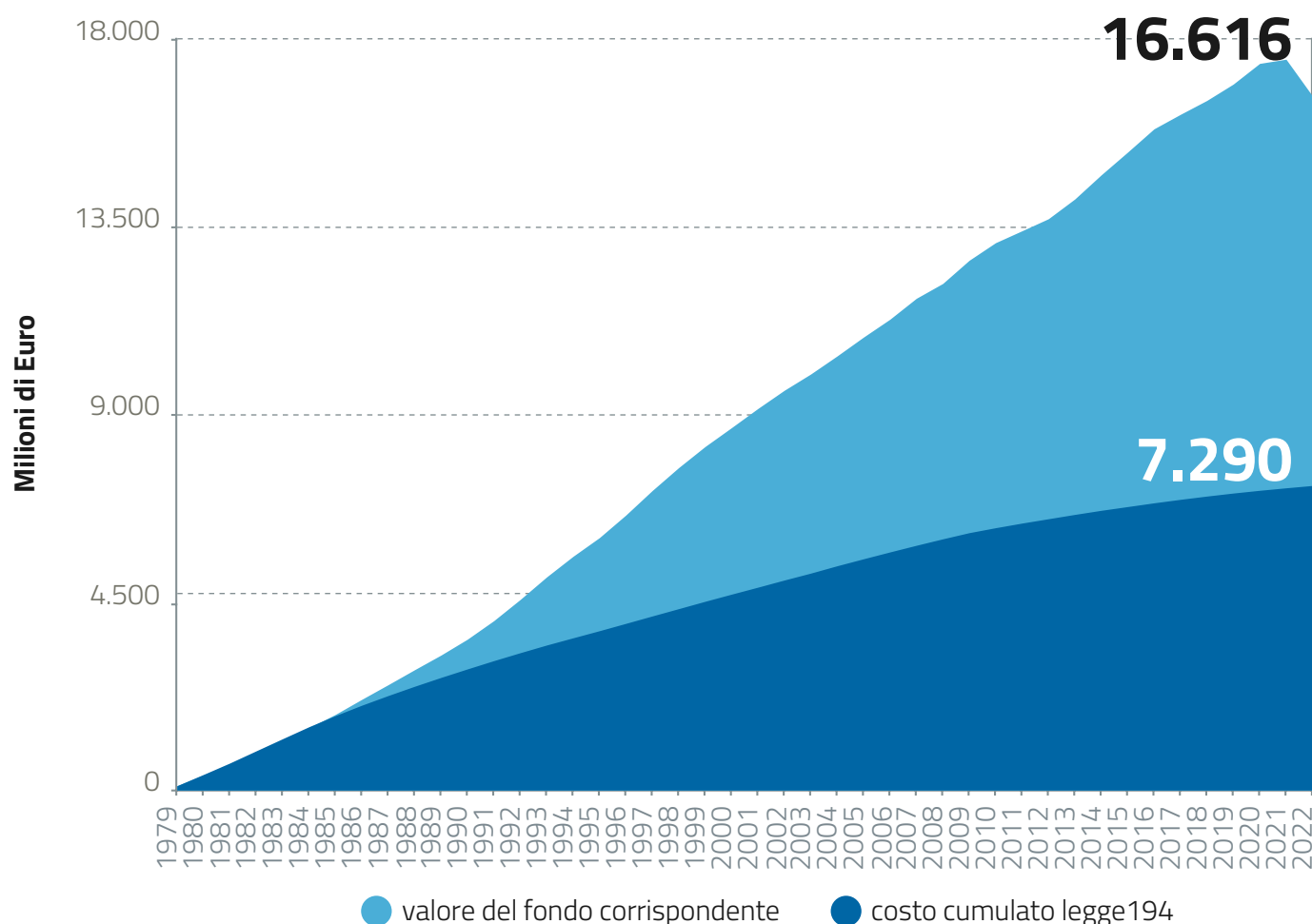
La scelta di finanziare con una parte del bilancio pubblico le pratiche abortive costituisce una scelta di allocazione verso una spesa che per definizione, si potrebbe dire in modo paradigmatico, è una spesa improduttiva. I valori stimati sono notevoli se si tiene conto che i 44 anni di applicazione della legge 194 sono stati contrassegnati prima da un progressivo indebitamento dello Stato e poi dall'applicazione di politiche economiche caratterizzate da principi di austerità finanziaria, che hanno condizionato non poco la competitività dell'economia italiana (oltre che l'efficienza del sistema della sanità pubblica).

Per valutare la portata della spesa abortiva sulla finanza pubblica è stata effettuata una elaborazione per calcolare a quanto ammonterebbe oggi un fondo destinato a impieghi produttivi nel quale, nel corso dei 44 anni considerati, fosse stata accumulata ogni anno una cifra corrispondente alle spese abortive sostenute. Nella valutazione si è ipotizzato che il fondo fosse capace di ottenere una remunerazione in termini reali dei capitali impiegati pari al servizio pagato dallo Stato italiano per il debito pubblico.

Per effettuare l'elaborazione è stata ricostruita la serie storica del tasso di remunerazione medio dei titoli emessi dallo Stato al netto del tasso di inflazione. La serie storica del tasso di interesse medio è stata ricostruita utilizzando informazioni relative agli interessi pagati e allo stock di debito pubblico presenti nella base dati pubblica della Banca d'Italia, nel datawarehouse Istat e nelle serie storiche di Contabilità nazionale. Il calcolo del valore del fondo a fine periodo è stato effettuato con il metodo dell'inventario permanente, nel quale ogni singola cifra accantonata ottiene ogni anno una remunerazione corrispondente al tasso di interesse applicato (in questo caso il tasso di interesse passivo medio pagato sul debito pubblico). Ogni anno la remunerazione si unisce al capitale e matura a sua volta interessi a partire dall'anno successivo.

Nella figura 6 viene rappresentato l'evoluzione nel tempo del fondo corrispondente alla spesa abortiva in Italia. L'area celeste corrisponde alla spesa cumulata, che cresce a tassi progressivamente minori per la diminuzione del numero ufficiale degli aborti, mentre l'area sovrastante rappresenta il rendimento cumulato del fondo (interessi maturati). Alla fine del 2022 il valore del fondo sarebbe più che raddoppiato: a fronte di un "accantonamento" totale (in termini reali) di 7 miliardi e 290 milioni, il fondo avrebbe maturato rendimenti fino a raggiungere una capitalizzazione totale di 16 miliardi e 616 milioni di Euro (prezzi 2022). Supponendo che la spesa abortiva fosse stata integralmente finanziata accumulando debito pubblico, gli interessi totali pagati per finanziare la legge 194 ammonterebbero a 9 miliardi e 326 milioni di Euro.

▼ FIGURA 6 COSTO STORICO CUMULATO DELLA LEGGE 194/78, STIMA MEDIA, M€ PREZZI COSTANTI 2022



Fonte: Elaborazione su dati Istat e Banca d'Italia

3

GLI ABORTI VOLONTARI
STANNO DIMINUENDO?

3.1 - Il fenomeno dell'aborto fai-da-te

Nel paragrafo 7 del Secondo Rapporto OPA si era messa in luce una grande contraddizione. Chi nel 2009 denunciava gli aborti fai-da-te con Cytotec come una pratica pericolosa «con rischi altissimi»⁹ e nel 2010 imponeva grossi limiti e precauzioni per l'aborto chimico¹⁰, dal 2020 in qua, nonostante la fisiologia femminile sia sempre la stessa e le sostanze per abortire siano sempre le stesse, promuove l'aborto farmacologico senza troppe precauzioni. Le linee guida del ministro Speranza, nel 2020, dichiaravano l'aborto con RU486 e prostaglandine un metodo sicuro ed efficace. Noi scrivevamo: «L'aborto farmacologico sembra diventato così facile e sicuro che si può completare tranquillamente a casa. *La Repubblica* non denuncia più la "dimensione solipsistica dell'aborto, tra le mura di casa". Lasciare le donne sole a gestire i crampi, gli svenimenti e un'emorragia che può inzuppare fino a quattro assorbenti maxi in due ore è diventato "normale"»¹¹; uno pseudo diritto alla riservatezza prevale evidentemente sul tanto conclamato diritto "alla salute sessuale e riproduttiva delle donne". Ricordiamo che è ampiamente documentato in letteratura¹² che, oltre agli effetti collaterali cui si è fatto cenno, l'aborto produce effetti avversi gravi, anche mortali. L'aborto chimico è quattro volte più rischioso di quello chirurgico e dieci volte più mortale. Le madri rischiano di morire soprattutto per infezione, quando l'embrione o i tessuti annessi non vengono espulsi completamente, o perché c'è una gravidanza ectopica non diagnosticata: problemi che evidentemente sono più facili da prevenire e da risolvere se la procedura avviene sotto stretto controllo medico e in ambiente ospedaliero protetto.

Val la pena ricordare anche la relazione introduttiva alla legge 194/78: «La sola abrogazione della vecchia normativa... non risolverebbe di per sé il problema di una diversa tutela e assistenza per le donne che interrompono la gravidanza, non basterebbe a sconfiggere la piaga dell'aborto "di classe"... è necessario garantire, con una legge positiva, che la interruzione di gravidanza sia eseguita da medici qualificati, in strutture sanitarie pubbliche o garantite dal controllo pubblico, al di fuori dell'arrangiamento, dell'improvvisazione»¹³.

Tutto ciò oggi pare non essere più vero. Il voltafaccia degli abortisti italiani segue la scia di quanto dispongono le autorità sanitarie sovranazionali, OMS in primis, che promuovono attivamente l'aborto anche in telemedicina con la spedizione delle pillole per posta.

Negli Stati Uniti l'industria dell'aborto spinge gli aborti "autogestiti" da più di dieci anni.

9 «Al pronto soccorso dei policlinici di tutto il Paese continuano ad arrivare donne, soprattutto africane e sudamericane, con forti crampi addominali ed emorragie in corso anche da 12 giorni per aborti spontanei più che sospetti». *La Repubblica* denunciava la «dimensione solipsistica dell'aborto, tra le mura di casa», mentre, secondo il quotidiano romano, l'aborto dovrebbe farsi solo in ospedale, assumendo prima delle prostaglandine contenute nel Cytotec la RU486 (il mifepristone). <https://www.repubblica.it/2008/12/sezioni/scienze/contraccezione/caso-giorno-dopo/caso-giorno-dopo.html>

10 Secondo le "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine, elaborate dalla Commissione avente la finalità di predisporre le linee guida sulla modalità di utilizzo del farmaco RU486 e di definire le modalità per la raccolta dei dati utili al monitoraggio del suo impiego, approvate il 24 giugno 2010", la gravidanza doveva esser cominciata da non più di 49 giorni, si raccomandava il ricovero ordinario fino alla fine del processo (circa 3 giorni contro le 4-8 ore necessarie a completare l'aborto chirurgico). Chiedevano espressamente di informare le donne sulla quantità e qualità di effetti collaterali (sanguinamento, vomito, nausea, crampi addominali molto dolorosi, aumento di temperatura, mal di testa, diarrea) non stimabili a priori. Raccomandavano che la donna, anche dopo le dimissioni, monitorasse il flusso mestruale, previsto abbondante, che avrebbe potuto protrarsi per circa 10 giorni: «In caso di perdite importanti, cioè se si dovessero cambiare 4 assorbenti esterni maxi o large nel tempo di 2 ore, è fondamentale andare subito in pronto soccorso». Stessa cosa in caso di «marcata astenia, svenimenti, nausea, vomito, diarrea persistente, anche in assenza di febbre». Inoltre, il Ministero raccomandava un attento esame psicologico delle donne che richiedono l'aborto chimico: non dovrebbero essere persone fragili e si sconsiglia apertamente questo metodo abortivo alle minorenni.

11 Secondo Rapporto OPA, p. 59.

12 Per un'analisi approfondita degli effetti avversi dell'aborto si veda (Perfori, 2022).

13 Relazione delle Commissioni riunite IV e XIV della Camera dei deputati (Giustizia - Igiene e Sanità) VII Legislatura N 1524 - A.

Negli ultimi due anni pare che siano aumentati del 40%¹⁴. Nel 2015¹⁵ il Gynuity Health Projects ha annunciato il risultato di ricerche cominciate nel 2009 che concludevano per la fattibilità dell'aborto chimico in telemedicina e la vendita per corrispondenza di pillole abortive. Nel 2016 l'amministrazione Obama ha cominciato ad adeguare a queste istanze le misure di sicurezza REMS (Risk Evaluation and Mitigation Strategies) della Food and Drug Administration (FDA). Nel 2017 la Tara Health Foundation, un'organizzazione impegnata a finanziare l'uso della pillola abortiva nei campus universitari in California, sollecitava l'aborto autogestito e la completa eliminazione delle REMS.

Nel 2018 un gruppo di organizzazioni abortiste - Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH), Gynuity Health Projects e Ibis Reproductive Health - suggeriva la completa demedicalizzazione dell'aborto farmacologico rendendo disponibili le pillole abortive in farmacia come farmaco da banco. Il Guttmacher Institute si è immediatamente unito al coro sostenendo che le residue misure di sicurezza REMS dell'FDA non erano giustificate e l'anno seguente la Planned Parenthood ha annunciato che avrebbe esteso i suoi servizi di telemedicina per aumentare l'accesso all'aborto chimico. Le attiviste pro aborto Francine Coeytaux e Victoria Nichols hanno creato il sito web PlanC¹⁶ per promuovere ulteriormente l'aborto "autogestito".

Durante il lockdown negli anni del Covid, è stato lanciato il cosiddetto protocollo della pillola abortiva "senza test" che probabilmente era stato pianificato da tempo. Nel 2021 l'amministrazione Biden e l'FDA hanno ulteriormente indebolito le REMS eliminando il requisito della distribuzione di persona e consentendo permanentemente la vendita della pillola abortiva per posta.

Anche dopo la pandemia l'industria dell'aborto ha palesemente violato i residui limiti gestazionali e le norme di sicurezza dell'FDA, invitando persino le donne a mentire sulle complicazioni che sperimentavano con l'assunzione fai-da-te della pillola abortiva. Da un paio d'anni gli abortisti rilanciano in coro la richiesta di distribuzione della pillola abortiva tra i farmaci da banco. E lo scorso anno l'FDA di Biden ha ulteriormente smantellato le REMS annunciando che avrebbe permesso la distribuzione delle pillole abortive anche alla grande distribuzione farmaceutica.

C'è anche da sottolineare che negli Stati Uniti le segnalazioni degli eventi avversi avvengono solo su base volontaria e che le donne americane raramente denunciano gli operatori sanitari e le strutture che le hanno danneggiate perché è difficile e costoso. La Planned Parenthood invita le pazienti che manifestano qualche problema di salute dopo l'aborto a rivolgersi a un pronto soccorso dove l'emorragia o l'infezione viene il più delle volte registrata senza specificare che all'origine c'è un aborto. E se ci sono buone ragioni per ritenere che in genere le complicanze post-aborto siano sottostimate, per l'aborto chimico le ragioni sono ottime.

Anche in Europa¹⁷ la diffusione dell'aborto fai-da-te è un dato comune in tutti gli Stati dove la

14 Lo ha calcolato un nuovo studio di Ralph et al. (2024). Con questo lavoro si vorrebbe provare che l'aumento esponenziale degli aborti fai-da-te è dovuto alle norme prolife emanate in diversi Stati federati dopo la famosa sentenza *Dobbs vs Jackson Women's Health Organization*. Improvvisamente viene recuperata la narrazione che l'aborto fai-da-te è un male, tacendo gli sforzi che da più di 10 anni l'industria dell'aborto fa per ampliare l'accesso all'aborto a domicilio. Per una critica puntuale a questo studio si veda Flander (2024).

15 Per approfondire quello che qui abbiamo riassunto sulle tappe dello sdoganamento dell'aborto fai-da-te negli USA si veda Novielli (2024).

16 <https://www.plancpills.org/> merita una visita: spiega come procurarsi le pillole abortive in tutti gli Stati federati anche senza alcuna supervisione medica (mette in guardia da potenziali rischi legali, ma non da quelli fisici e tanto meno da quelli psichici).

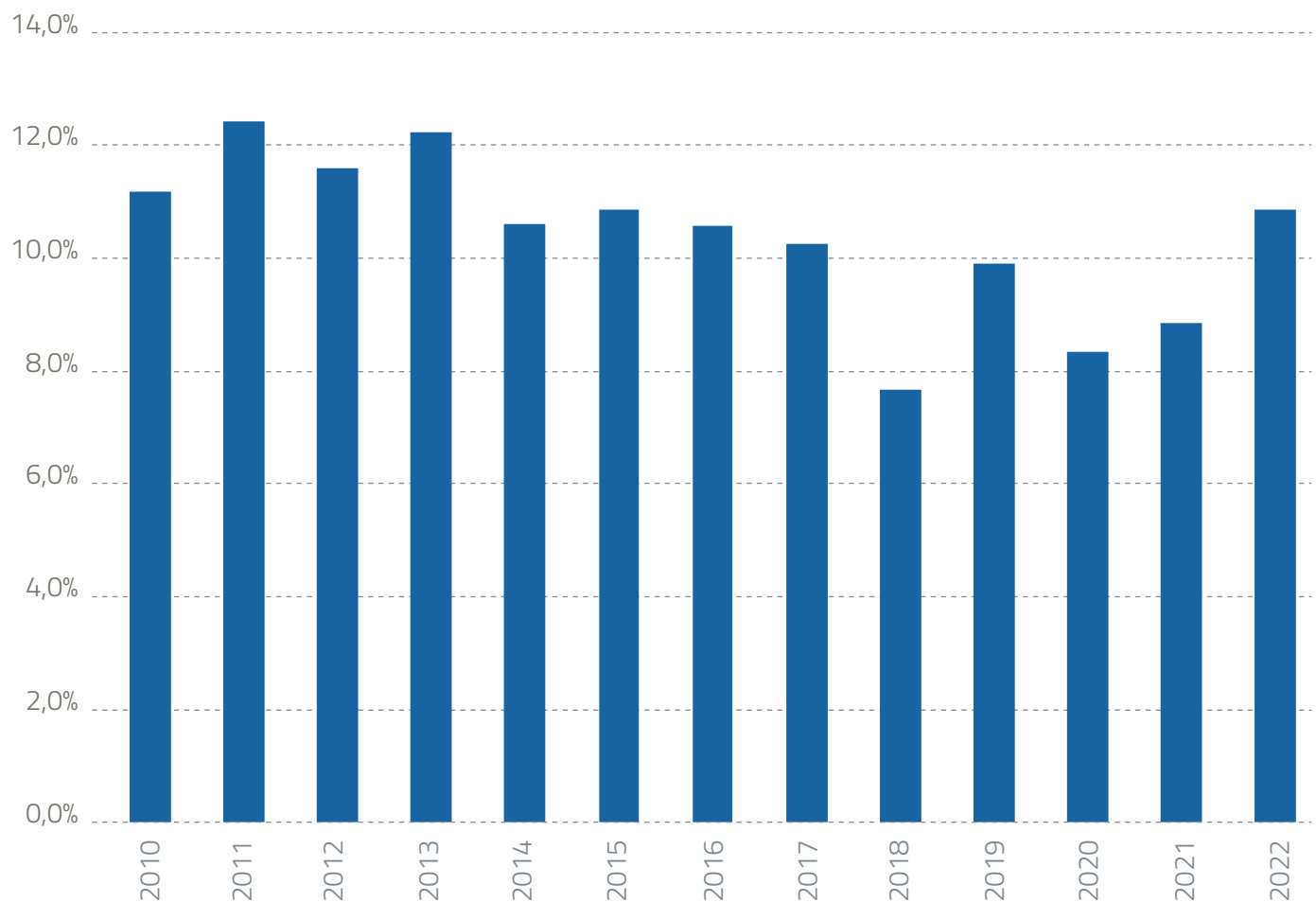
17 Anche in Inghilterra e Galles il Governo consente l'invio delle pillole abortive a casa senza supervisione medica. Hanno provato la bontà della pratica dicendo che tra aprile e giugno 2020 su 23.061 aborti fai-da-te è stata segnalata solo una complicazione. Ciò significherebbe che il tasso medio di complicanze per gli aborti chimici negli ultimi 5 anni sarebbe stato più di 17 volte superiore al tasso di complicanze per aborti domiciliari in quei soli 3 mesi. Se questo fosse vero sarebbe da istruire un'indagine sugli standard di cura nelle cliniche per l'aborto di Inghilterra e Galles. Oppure è molto più verosimile che gli episodi avversi che si verificano con gli aborti casalinghi non vengano segnalati. https://righttolife.org.uk/news/complications-arising-from-diy-home-abortions-massively-underreported-new-data-suggests?inf_contact_key=95fc45c28641a8bd14070b73ae863727842e902fbefb79abgabae13bfc46658.

salute sessuale e riproduttiva delle donne viene promossa allargando le maglie delle regole che disciplinano l'aborto. Secondo siti internet dedicati¹⁸ l'aborto clandestino con Cytotec non è così male. Ci si può recare al pronto soccorso dopo aver preso una congrua dose di medicinale e farsi visitare da un ginecologo che mai potrà distinguere un aborto spontaneo da un aborto indotto in quel modo. A casa, in famiglia, si può dire che si hanno mestruazioni molto dolorose. Nessuno saprà mai dell'aborto.

Anche in questo Terzo Rapporto siamo costretti a confermare quanto rilevato sia nel Primo che nel Secondo: questa pratica è ancora molto in voga, soprattutto tra le minorenni. Si può dedurre dall'alta percentuale di aborti spontanei riscontrata tra le giovanissime che è un dato ingiustificabile. Le gravidanze sono sempre più medicalizzate e monitorate proprio per prevenire gli aborti spontanei, e più le madri sono giovani più gli aborti spontanei dovrebbero essere rari: è un dato inconcepibile che gli aborti spontanei delle ragazze fino a 19 anni si attestino intorno all'11%.

L'Istat rileva il numero di aborti spontanei che hanno dato luogo a un ricovero ospedaliero. Nella figura 7 mostriamo i dati aggiornati al 2022, che vanno a integrare quelli presenti nei precedenti Rapporti.

▼ FIGURA 7 **PERCENTUALE DI ABORTI SPONTANEI DI DONNE FINO A 19 ANNI**



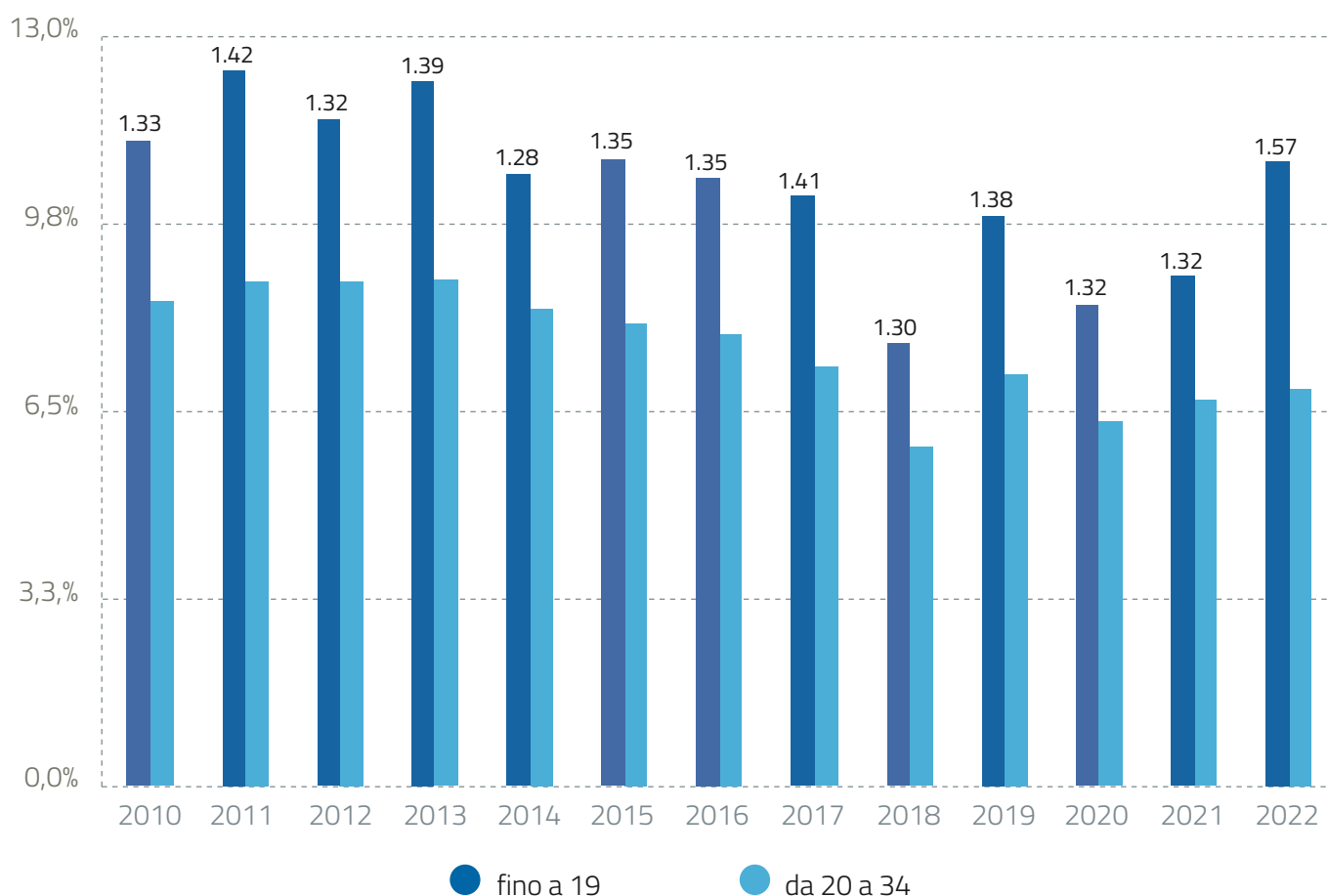
FONTI: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

¹⁸ Si possono vedere per esempio <https://www.womenonweb.org/it/i-need-an-abortion> e Viale (2007).

Che ci sia una percentuale di oltre il 10% di aborti spontanei tra le giovanissime, come dicevamo, è innaturale. Va considerato poi che l'uso spregiudicato delle pillole post-coitali probabilmente ha tenuto relativamente basso il numero di gravidanze interrotte con misoprostolo e/o prostaglandine.

È significativo notare che l'incidenza media nella classe di età fino a 19 anni, quella cioè che raccoglie tutte le donne minorenni, sia stata sistematicamente superiore a quella delle donne con un'età compresa tra 20 e 34 anni in tutti gli anni del periodo considerato (Figura 8). Nel 2022 l'incidenza degli aborti spontanei nelle giovanissime è stata il 57% più elevata rispetto a quella delle donne della classe di età successiva.

▼ FIGURA 8 **ABORTIVITÀ SPONTANEA PER CLASSI DI ETÀ**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Come si constatava nei precedenti Rapporti, è molto probabile che una buona parte degli aborti registrati come "spontanei" siano stati in realtà aborti fai-da-te. Nel 90% dei casi, poi, l'aborto con prostaglandine oltre a non lasciare tracce non richiede ricovero, quindi non si può calcolare il numero effettivo di tali aborti clandestini.

Questi dati mostrano che, nonostante la legalizzazione dell'aborto, il fenomeno della clandestinità continua a essere preoccupante per chi davvero ritiene che la salute delle donne debba essere tutelata più che il presunto "diritto alla riservatezza" cui si accennava all'inizio di questo paragrafo¹⁹.

19 Un'indagine approfondita sulla questione della sottostima degli aborti e dei loro effetti avversi, supportata da una ricca bibliografia, viene

Calum Miller (2021) ha calcolato che l'aborto legale, non solo non elimina quelli clandestini, ma in molti casi ne fa aumentare il numero. Molto spesso gli aborti legali vanno a sommarsi a quelli illegali, come avviene nei Paesi dell'Africa e dell'Asia in cui è stata varata la normativa in questione. In Europa occidentale non risulta neanche un caso in cui la legalizzazione abbia ridimensionato la clandestinità, anzi. Per esempio, in Danimarca nei dieci anni dopo la legge sull'aborto, del 1939, gli aborti illegali sono aumentati del 77%²⁰.

Appare urgente una riflessione sui motivi per i quali tante donne, in Paesi dove l'aborto è legale e facilmente accessibile, continuano a mettere a rischio la propria salute con l'aborto clandestino²¹.

La promozione dell'aborto in pillole "comodamente a casa" testimonia un interesse alla diffusione dell'aborto piuttosto che alla sicurezza delle donne. Si prenda ad esempio quanto si scrive su un giornale scientifico ad alto impact factor, in uno degli studi americani più citati a sostegno della bontà dell'aborto fai-da-te, dove si promuove un "protocollo senza test": «Le procedure di screening utilizzate dalle cliniche partecipanti non individuano tutte le pazienti a rischio di gravidanza ectopica con l'ecografia prima dell'aborto. E invece, i potenziali benefici di un accesso ampliato [all'aborto], una maggiore praticità e un trattamento precoce possibili grazie all'eliminazione dei test possono superare i potenziali rischi di identificazione ritardata delle gravidanze ectopiche»; cioè, in pratica, le quasi 1.000 gravidanze ectopiche annuali che non verrebbero diagnosticate se il protocollo senza test diventasse standard – ognuna delle quali sarebbe potenzialmente fatale – potrebbero essere un sacrificio accettabile se ciò significasse poter espandere l'accesso all'aborto (Ushma et al., 2022)²².

Bisogna ribadire, infine, che con l'aborto chimico a casa, senza un adeguato controllo medico, è anche molto più difficile quantificare, prevenire e punire coloro che costringono le donne ad abortire contro la loro volontà: nel Regno Unito, secondo un sondaggio commissionato dalla BBC Radio 4, è accaduto a una donna su 20 nella fascia d'età tra 18 e 24 anni²³.

3.2 L'obiezione di coscienza ostacola gli aborti? Il caso delle Marche

Il titolo di questo paragrafo presenta la regione centro-italiana delle Marche come un caso in qualche modo emblematico della coesistenza di due diritti antitetici e inconciliabili entrambi enunciati nella legge 194/78: quello della donna ad ottenere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) una volta che il suo stato di necessità sia stato certificato da un medico non obiettore di coscienza, e quello del medico che voglia invece sollevare obiezione di

proposta da Perfori: «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» (Perfori, 2022, p. 93 e ss.).

20 Sul problema si veda anche Chemlal e Russo (2019).

21 Lo ha fatto Lorenza Perfori (2024) utilizzando dati raccolti consultando documenti ufficiali del Ministero, articoli di quotidiani di tiratura nazionale (prevalentemente *Repubblica* e *Corriere della Sera*), e - tra gli altri - il sito dell'Ass. Luca Coscioni.

22 Secondo la ricercatrice di *Live Action* Bettina di Fiore (2024) gli autori dello studio «hanno un interesse personale nel promuovere l'aborto, sia in virtù della loro partecipazione diretta, sia in conseguenza dei loro legami finanziari con organizzazioni pro-aborto». Si veda Di Fiore (2024), <https://www.liveaction.org/news/four-reasons-distrust-ucsf-abortion-pill-study/>.

23 <https://comresglobal.com/polls/reproductive-coercion-poll-bbc-radio-4-8-march-2022/>. Il sondaggio, commissionato da BBC Radio 4, è stato condotto dal Savanta ComRes del British Polling Council. Sono state intervistate 1.060 donne tra i 18 e i 44 anni nel febbraio 2022. Le pillole abortive, rese disponibili per tutti e anche per posta nel Regno Unito, vengono in molti casi usate da abusatori o partner violenti. A conferma del fenomeno, i responsabili del pronto soccorso e delle ambulanze del Regno Unito hanno riferito di un'impennata significativa nel numero di chiamate al 999 (numero di emergenza nazionale) da parte di donne che avevano preso pillole abortive a casa.

coscienza verso la pratica dell'aborto e che pertanto sarà esentato dal prendere parte a tutta la procedura che va dal rilascio del certificato per l'IVG al completamento dell'aborto. Per chiarezza del discorso occorre dire che l'obiezione di coscienza è non solo un diritto espresso dalla legge, ma è innanzitutto un dovere morale e deontologico di ogni essere umano e in particolare di chi esercita una professione sanitaria, che risponde al principio morale di non uccidere e a quello deontologico di non nuocere all'integrità psico-fisica del paziente. Infatti alla obiezione di coscienza contro l'aborto procurato possono e - da un punto di vista etico-morale - devono ricorrere tutti i soggetti potenzialmente coinvolti nella procedura, dal medico al farmacista, dall'infermiere all'operatore socio-sanitario. Altrettanto chiaro deve essere il concetto per cui chi solleva obiezione di coscienza non solo mira a tutelare la rettitudine della propria professione e la pace con la propria coscienza, ma esercita un ruolo di testimonianza e di condanna rispettivamente verso chi invece si presta a praticare l'aborto e contro la ormai diffusissima pratica dell'aborto quale costume sociale.

Fatte queste premesse, si comprende come in effetti l'obiezione di coscienza potrebbe in teoria costituire un ostacolo alla pratica dell'interruzione volontaria di gravidanza, ma si comprende anche che se ciò avvenisse, si tratterebbe del raggiungimento di uno degli scopi specifici dell'obiezione di coscienza, e non di un effetto secondario non voluto.

L'alta percentuale di medici obiettori viene molto spesso invocata come una causa di malfunzionamento della legge 194. I medici non obiettori avrebbero in carico un numero troppo elevato di aborti volontari, incompatibile con gli altri loro impegni professionali e con una efficiente organizzazione del servizio. È quanto esplicitamente si afferma in un recente report a cura della CGIL marchigiana (CGIL Marche, 2022) dove si citano le seguenti parole di Loredana Longhin, segretaria regionale del sindacato: «Nelle Marche, è sempre più difficile applicare la 194: il tasso di abortività è inferiore del 4,5% rispetto al resto d'Italia, sempre più numerose sono le donne che vanno fuori regione e sempre più numerosi sono i medici obiettori». Secondo questa interpretazione il più basso tasso di aborti nella regione dipenderebbe dagli ostacoli incontrati dalle donne nel richiedere l'aborto al servizio sanitario della loro regione.

In pratica però è noto a tutti, se non altro perché le relazioni ministeriali sulla applicazione della legge 194/78 continuano a ripeterlo anno dopo anno, che tale effetto di ostracismo non si è mai verificato in Italia. Infatti da un lato le percentuali dei medici obiettori secondo le varie specializzazioni non hanno mai raggiunto livelli critici (attestandosi intorno al 70% per i ginecologi e al 40% per gli anestesisti), mentre dall'altro lato le richieste di IVG sono costantemente e significativamente diminuite dagli anni '80 ad oggi. Uno studio recentemente pubblicato da Istat rileva come riguardo alla percentuale di ginecologi obiettori «la situazione non si è molto modificata nel tempo: tra il 2007 e il 2016 il valore è sostanzialmente stabile e vicino al 70%; negli ultimi anni diminuisce e nel 2021 si ferma a 63,4%». La contemporanea diminuzione degli aborti nello stesso periodo (praticamente dimezzati dal 2005 al 2021) «non può che avere ridotto il carico di lavoro dei ginecologi non obiettori, che sono rimasti in numero pressoché costante» (Loghi et al., 2024, p. 14). Lo studio richiama l'ultima relazione del Ministro della salute al Parlamento citando il dato medio italiano di 0,9 IVG alla settimana per ginecologo non obiettore nel 2021, senza che il valore medio regionale faccia emergere eventuali criticità più localizzate (Loghi et al., 2024, p.15). Anche a livello di singole strutture ospedaliere emergono poche situazioni critiche perché «... alcune strutture, pur non avendo ginecologi non obiettori in organico, hanno garantito il servizio utilizzando la mobilità del personale non obiettore di altre strutture», secondo quanto previsto dall'articolo 9 della legge 194.

In questo contesto la regione Marche non fa eccezione, come è possibile dimostrare

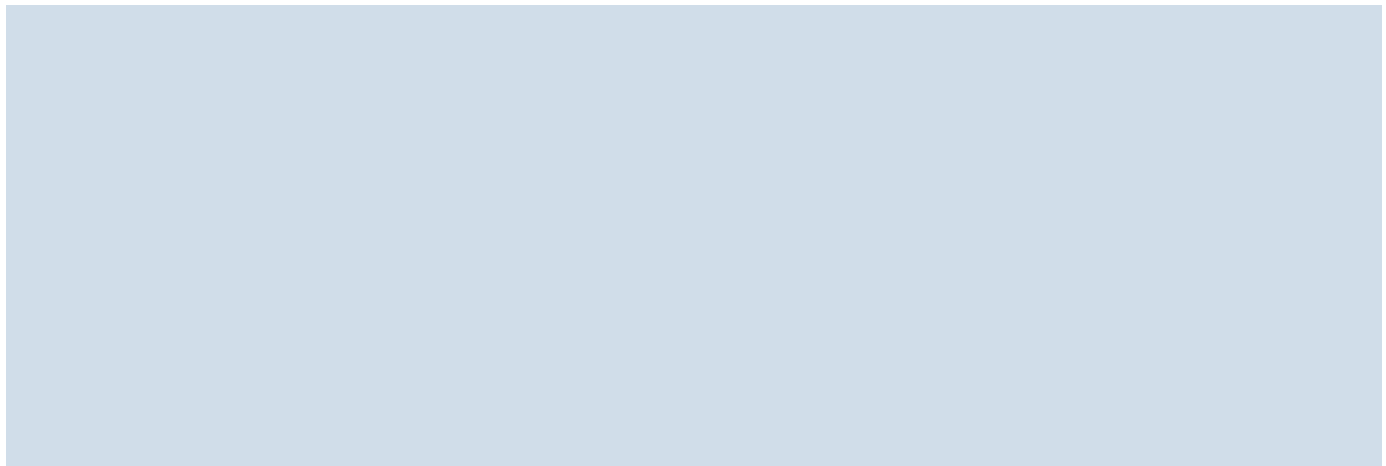
ricorrendo a due documenti ufficiali di fonte molto diversa, ma entrambi in nessun modo riconducibili al mondo prolife: il report della Regione Marche pubblicato dal Settore controllo di gestione e sistemi statistici in collaborazione con l'Osservatorio diseguaglianze nella salute/ settore territorio ed integrazione socio sanitaria dell'Agenzia regionale sanitaria, denominato "IVG nella regione Marche anno 2022" (Regione Marche, 2023); e il già citato report della CGIL Marche intitolato "Interruzioni volontarie di gravidanza nelle Marche" pubblicato il primo settembre 2022 (CGIL Marche, 2022). Da questi documenti sono tratti i dati citati di seguito.

Prima di entrare nel dettaglio delle informazioni fornite da questi due documenti, avendo già in qualche modo risposto alla domanda se l'obiezione di coscienza ostacoli gli aborti, sembra opportuno anche chiarire se e in che modo allora la regione Marche rappresenti "un caso". In realtà appare corretto parlare del "caso Marche" in riferimento all'aborto e all'obiezione di coscienza proprio perché, a fronte di una situazione ampiamente certificata che colloca questa regione nella media nazionale (pur con notevoli differenze puntuali tra le diverse province marchigiane), tuttavia le Marche sono continuamente e da oltre un decennio sotto pressione o addirittura sotto attacco con dispute giunte fino al Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, che nel 2016 ha dovuto esprimersi in difesa del Governo italiano rigettando la richiesta di condanna per "eccesso di obiettori" pervenuta dal Comitato europeo dei diritti sociali.

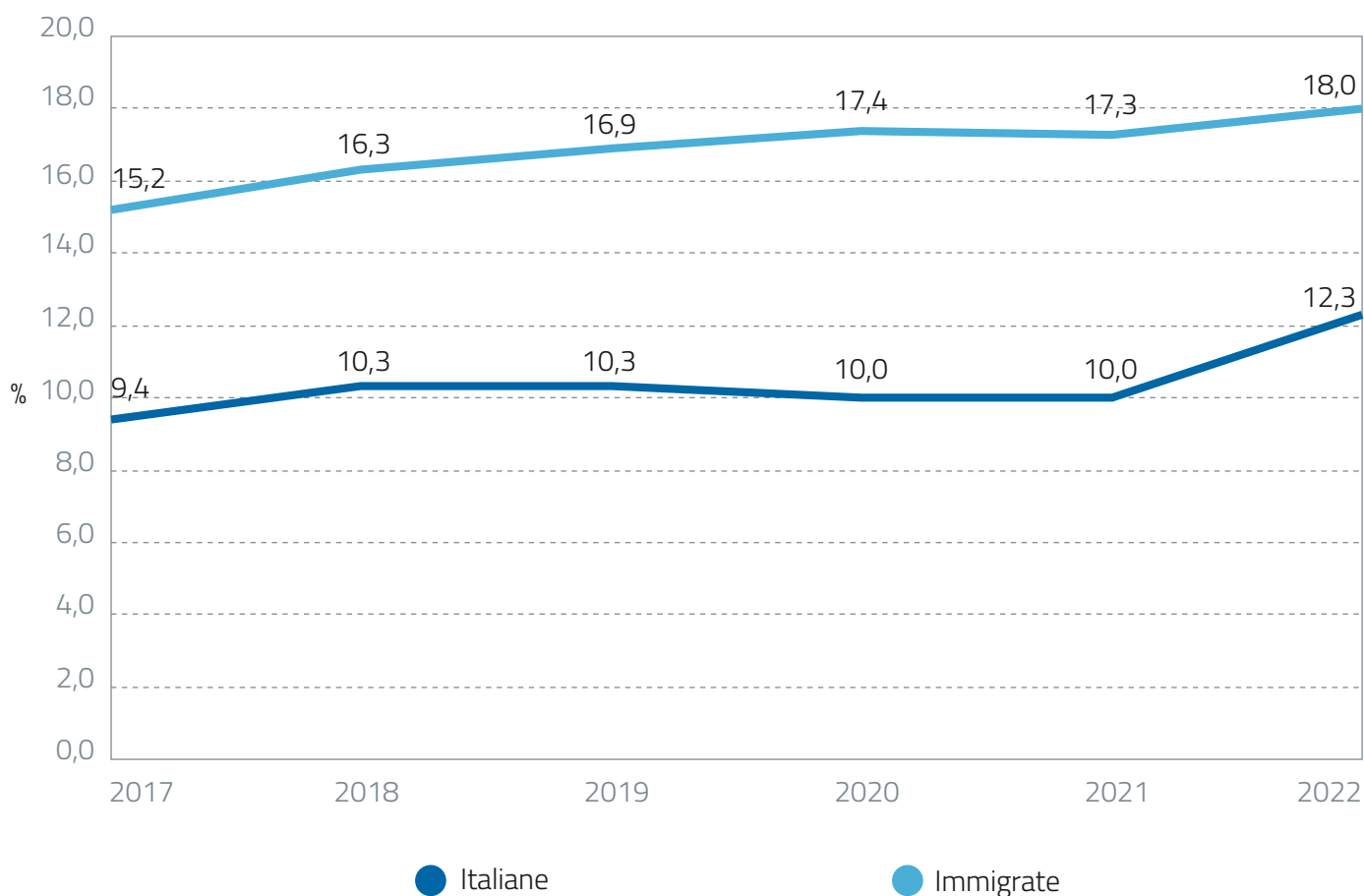
Quindi la regione Marche rappresenta un caso di studio perché è stata scelta da una certa parte politica e culturale come laboratorio per condurre una lotta senza quartiere al diritto di obiezione di coscienza in quanto tale, paradossalmente rimproverandogli proprio ciò per cui esiste, e cioè il contrasto alla pratica dell'aborto, senza che in realtà questo contrasto si sia mai prodotto in termini pratici. Si aggiunga che l'avvento di un governo regionale di centrodestra, a cui per partito preso si attribuisce la volontà di minare il "diritto all'aborto", ha ulteriormente acuito questa battaglia ideologica.

Dimostrare, come faremo, che questo effetto di ostacolo, pur legittimo e sperato dagli obiettori di coscienza, non si è mai verificato nelle Marche, costituisce un dato particolarmente significativo e facilmente estendibile a tutto il territorio italiano, proprio in forza dell'assunto che, dal punto di vista degli osteggiatori dell'obiezione di coscienza, le Marche rappresentano il luogo critico per antonomasia.

Il Report della Regione Marche evidenzia che la percentuale di gravidanze accertate che terminano con un aborto volontario è in netto incremento negli ultimi anni (figura 9), trainato in particolare dalla quota di donne straniere immigrate, un dato che mette in discussione la retorica sul reale funzionamento della legge nel prevenire l'aborto.



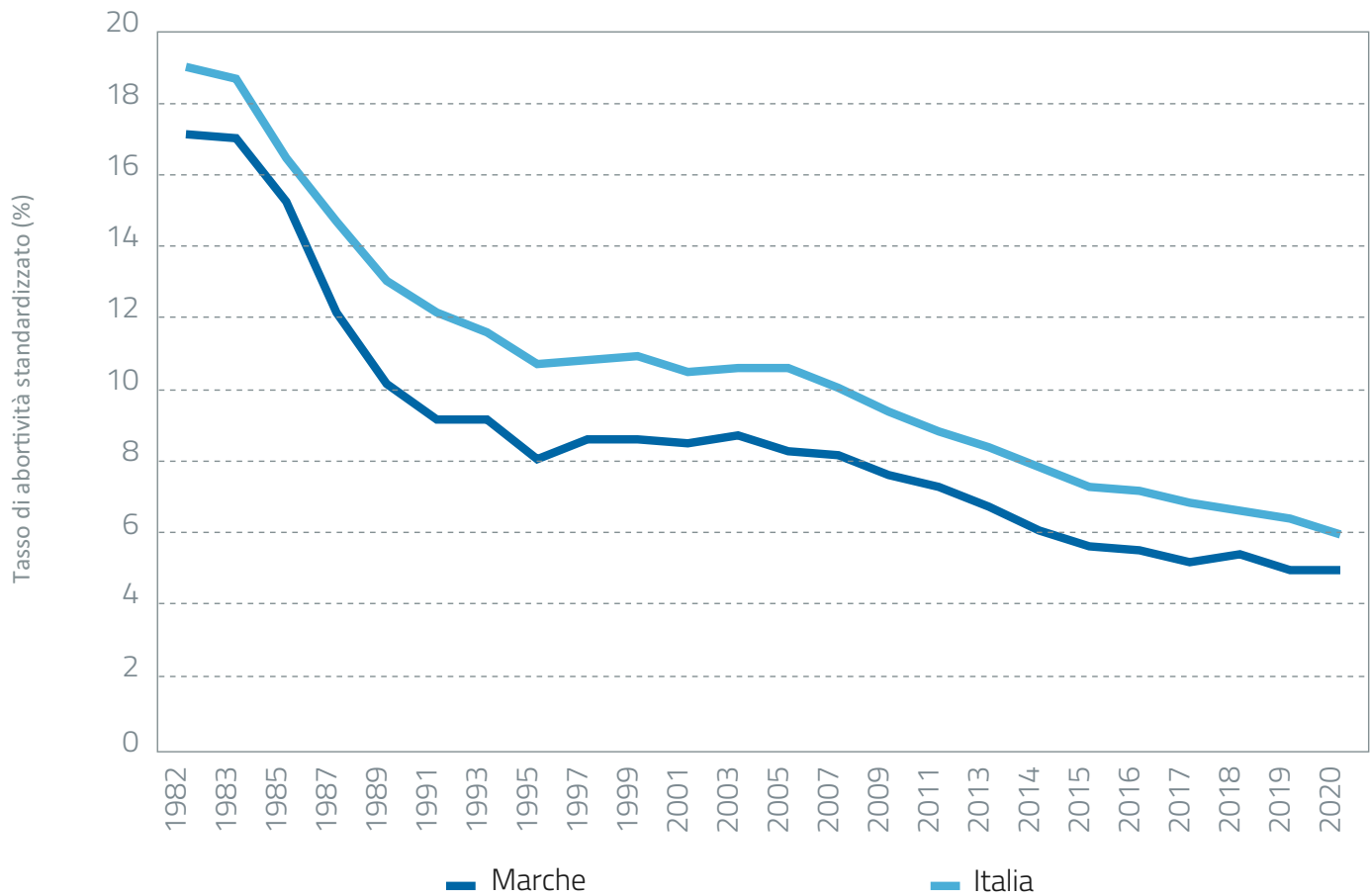
▼ FIGURA 9 GRAVIDANZE INTERROTTE VOLONTARIAMENTE PER CITTADINANZA, 2017–2022, VALORI %



FORNITORE: REGIONE MARCHE, 2023

Nonostante ciò il numero *totale* di aborti nella regione rispecchia il comune trend in discesa (figura 10), passando da circa 1.800 nel 2014 a quasi 1.300 nel 2022, e confermando le Marche ad un tasso di abortività volontaria (numero di aborti ogni 1.000 donne in età fertile) leggermente inferiore alla media nazionale, anche in ragione della progressiva diminuzione della popolazione giovane in una regione nota per longevità e buona qualità di vita.

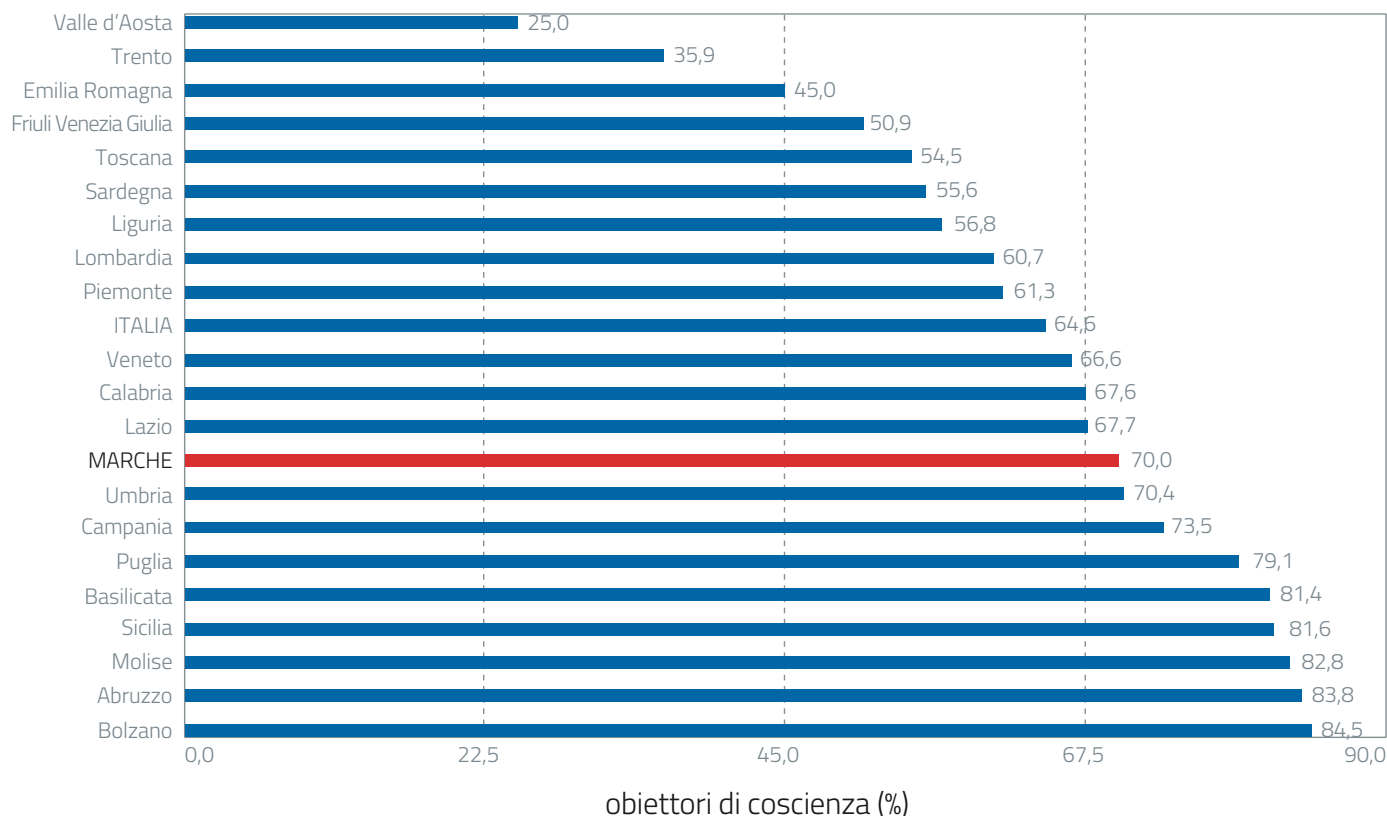
▼ FIGURA 10 TASSO DI ABORTIVITÀ STANDARDIZZATO, VALORI %



FONTE: CGIL MARCHE, 2022

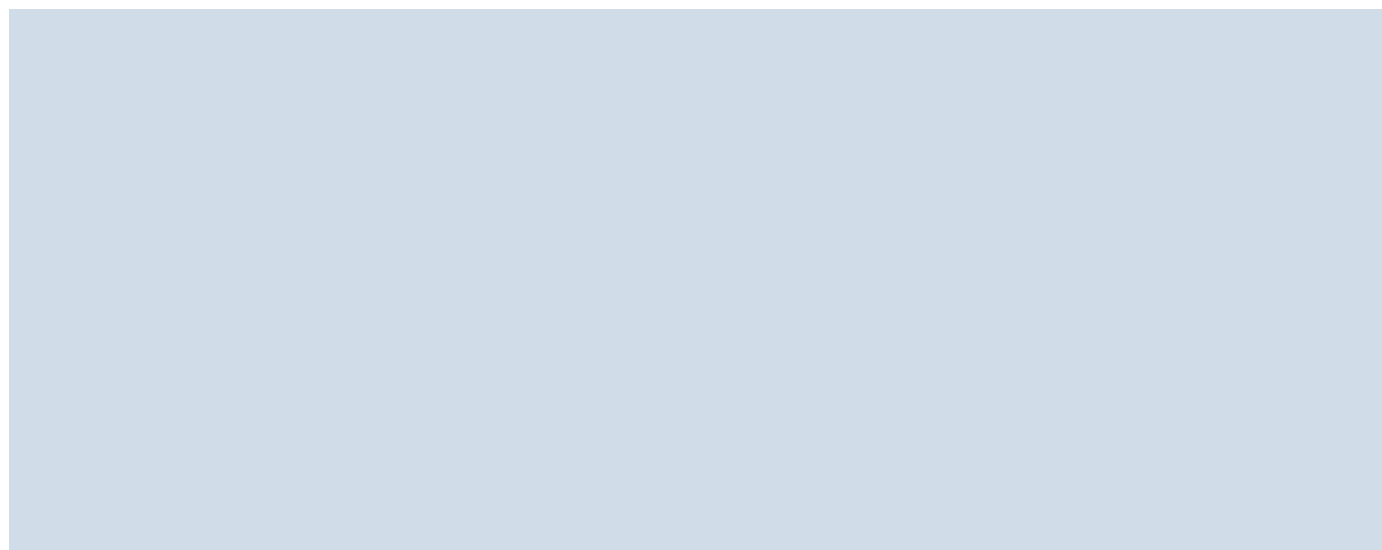
Appare quindi chiaro che a fronte di un numero di personale non obiettore fondamentale stabile nel tempo, sia in termini assoluti che in percentuale (figura 11), un'eventuale e supposta difficoltà ad accedere all'IVG nelle Marche non può in alcun modo essere attribuita all'obiezione di coscienza.

▼ FIGURA 11 **OBIETTORI DI COSCIENZA NELLE REGIONI ITALIANE – 2020, VALORI %**

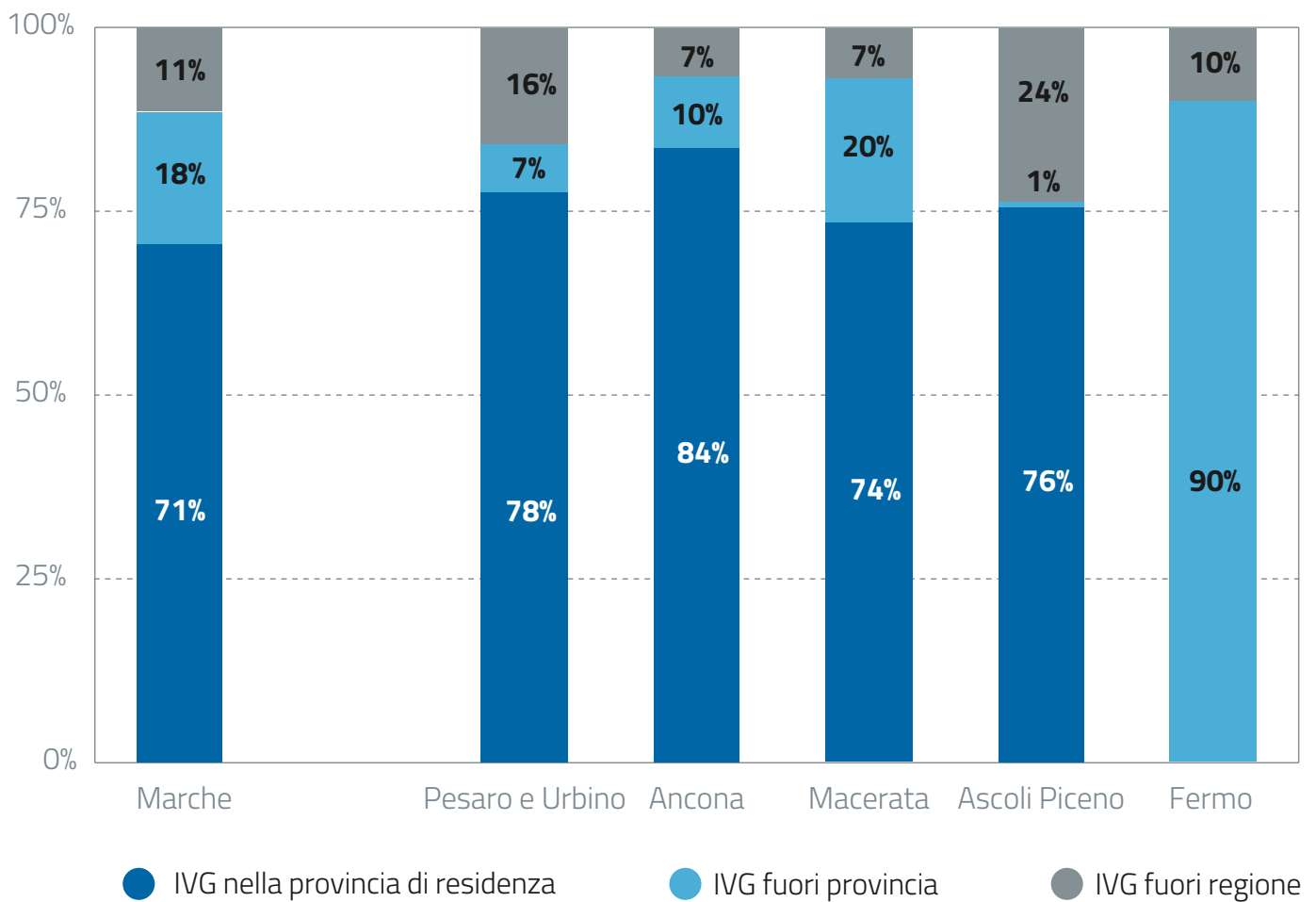


FORNTE: ELABORAZIONE SU DATI CGIL MARCHE, 2020

Da dove nasce quindi il "caso Marche"? Fondamentalmente nasce dalla peculiare realtà della provincia di Fermo, una provincia di circa 170 mila abitanti, istituita soltanto nel 2004 per scissione dal territorio di Ascoli Piceno. L'ospedale territoriale di Fermo non effettua IVG, procedura storicamente concentrata presso l'ospedale di Ascoli Piceno. Questo fa sì che il 90% delle donne residenti nella provincia di Fermo che scelgono di abortire vada in un'altra provincia della regione, mentre il restante 10% va in un'altra regione (figura 12).



▼ FIGURA 12 EMIGRAZIONE PER ABORTO VOLONTARIO DELLE DONNE RESIDENTI NELLE MARCHE, 2021 – VALORI %



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI REGIONE MARCHE, 2023

Tuttavia il dato regionale complessivo di cosiddetta mobilità passiva relativa all'IVG, ovvero la percentuale di tutti gli aborti effettuati fuori regione da donne residenti nelle Marche è dell'11%, mentre come riportato dal report della CGIL la quota di mobilità attiva (cioè verso le Marche) è del 10%. Si tratta di valori tra loro praticamente sovrapponibili che svuotano di senso qualsiasi discorso sulla presunta difficoltà di accesso alla IVG nella regione Marche, tanto più se consideriamo che nel Centro Italia troviamo come "competitor" regioni ben più popolate e con un'offerta generale delle prestazioni sanitarie assai più elevata rispetto alle "piccole" Marche.

3.3 La cosiddetta "contraccezione di emergenza" e i cryptoaborti

La tendenza alla diminuzione in valore assoluto del numero di aborti legali osservata nel tempo ha molteplici cause non necessariamente legate all'evoluzione dei comportamenti, in primo luogo la riduzione numerica e una variazione dell'età media delle donne in età fertile. Proprio per consentire una più adeguata valutazione dell'*incidenza* dell'aborto volontario viene in genere utilizzato come indicatore il tasso di abortività standardizzato, espresso come numero medio

di aborti ogni 1.000 donne in età fertile (convenzionalmente fissata tra 15 a 49 anni)²⁴. Il tasso di abortività standardizzato è ad esempio tra gli indicatori della cosiddetta "salute riproduttiva" delle donne per valutare il raggiungimento dei *Sustainable Development Goals*.

In linea di principio questo indicatore potrebbe essere scomposto in due componenti la cui evoluzione ne determina la variazione nel tempo: la percentuale di donne in età fertile che, in un determinato periodo, iniziano una gravidanza e la percentuale di donne che, nello stesso periodo, decidono di interromperla volontariamente. È evidente che le due componenti esprimono due diversi aspetti del fenomeno studiato. Una valutazione della capacità di una determinata società di rimuovere le cause dell'aborto volontario non può prescindere dalla valutazione della seconda componente, a meno di non considerare la decisione abortiva come una scelta che rientra nell'ambito della pianificazione delle nascite, al pari delle pratiche di contraccezione. Nella misura in cui si considera ogni singolo aborto volontario un "fallimento" dal punto di vista sociale²⁵ la seconda componente sembra essere l'indicatore più adeguato a rappresentare il fenomeno.

Se si considera l'intero periodo 1979-2022 la percentuale apparente di gravidanze interrotte volontariamente e legalmente ai sensi della legge 194 è pari al 18,7%. L'andamento nel tempo è simile a quello del valore assoluto degli aborti legali, con un valore nell'anno finale pari al 13%. Tuttavia bisogna considerare che questo indicatore, come tutti quelli calcolati sui dati degli aborti legali, è necessariamente *sottostimato*, non includendo nel calcolo gli aborti clandestini²⁶. L'inclusione degli aborti clandestini innalzerebbe la percentuale di gravidanze interrotte volontariamente di circa un punto e mezzo.

Un altro fattore che suggerisce cautela nella valutazione del trend decrescente dell'abortività volontaria è la diffusione, negli anni recenti, della cosiddetta *contraccezione di emergenza* (CE). La gran parte delle donne che vi ricorrono, assumendo dopo un rapporto non protetto le cosiddette pillole post-coitali "del giorno dopo" (Norlevo, Escapelle) o "dei cinque giorni dopo" (ellaOne, Evante), sono convinte che si tratti di un farmaco che consente di evitare una gravidanza indesiderata *bloccando o ritardando l'ovulazione*. Diversi studi dimostrano viceversa che la CE ha *talvolta* una azione *anti ovulatoria*, impedisce cioè il concepimento, ma anche che, in presenza di un embrione già concepito, ha *sempre* una azione *antinidatoria*, rendendo l'endometrio inospitale al suo annidamento. In assenza di annidamento l'embrione non può svilupparsi e la gravidanza appena iniziata si interrompe. Si verifica quello che possiamo definire un *criptoaborto*.

Almeno dal 2015 l'European Medicine Agency (EMA)²⁷ è al corrente dell'incapacità di queste pillole di impedire sempre l'ovulazione e del fatto che le stesse ostacolano l'annidamento. Diversi studi (Stratton et al., 2000; Brache et al., 2010; Stratton et al., 2010) dimostrano con

²⁴ La standardizzazione viene effettuata riponderando i tassi di abortività specifici calcolati per fasce quinquennali di età in base alla struttura per età delle donne in età fertile in un anno di riferimento. Questa trasformazione permette un confronto tra tassi calcolati per diversi anni depurati dall'effetto della variazione nel tempo della struttura per età delle donne in età fertile. Una descrizione dei diversi indicatori utilizzati da Istat è disponibile nella scheda metodologica che può essere scaricata all'indirizzo web <http://www4.istat.it/it/files/2011/02/Nota-metodologica8.pdf?title=Interruzione+volontaria+di+gravidanza+-+12%2Fgen%2F2009+-+Nota+metodologica.pdf>.

²⁵ Questa sembra essere l'opinione corrente, indipendentemente dalla posizione riguardo alla legislazione abortista. Nel sistema degli indicatori di sviluppo sostenibile definito dall'ONU al tasso di abortività, compreso sotto il Goal 5 - "Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'empowerment di tutte le donne e le ragazze" - viene assegnata da Istat una polarità negativa: un suo incremento corrisponde a un allontanamento dagli obiettivi di sostenibilità. Cfr. *Rapporto SDGs 2019 - Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*, <https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/obiettivi-di-sviluppo-sostenibile/il-rapporto-sdgs>.

²⁶ In occasione della Relazione al parlamento del 2017 l'Istituto superiore di sanità in collaborazione con Istat ha prodotto un documento di analisi storica dell'applicazione della legge contenente anche una stima degli aborti clandestini basandosi su modelli statistici utilizzati a livello internazionale. Con riferimento al triennio 2014-2016 la stima oscilla tra i 10.000 e i 13.000 casi.

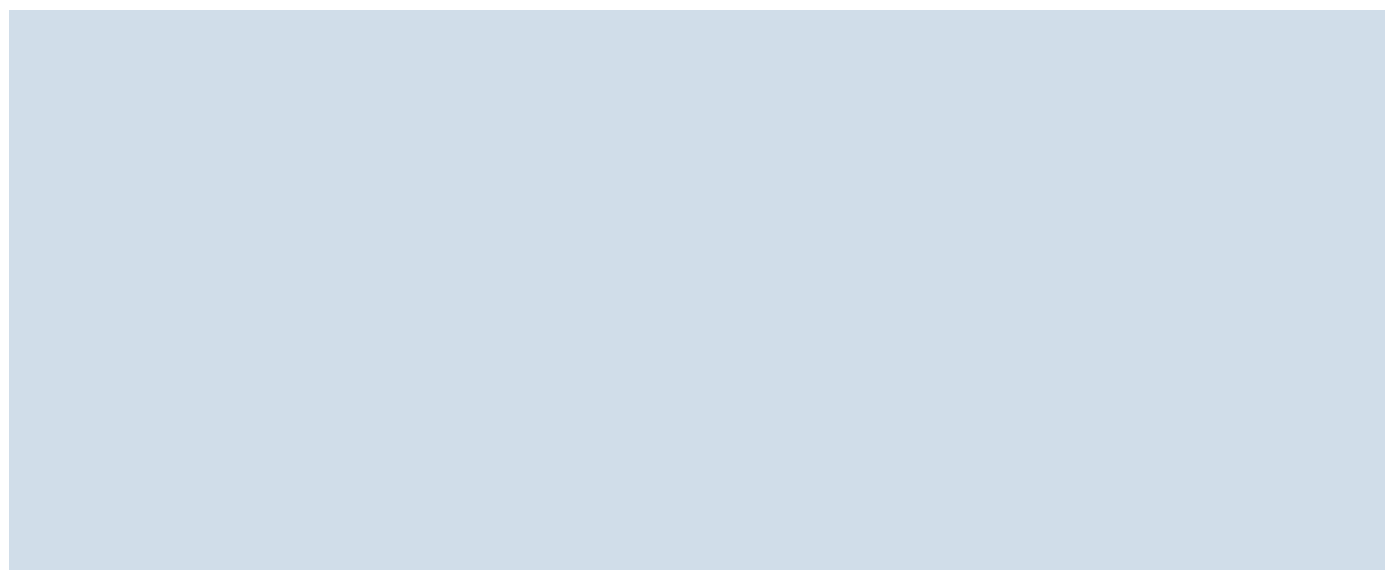
²⁷ La valutazione dell'EMA è disponibile all'indirizzo web https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/ellaone-h-c-1027-ii-0021-epar-assessment-report-variation_en.pdf.

chiarezza il duplice effetto anti ovulatorio e anti annidamento dell'Ulipristal acetato, il principio attivo alla base di ellaOne.

Che ellaOne non garantisca nel cento per cento dei casi l'inibizione dell'ovulazione appare chiaro anche dal foglietto illustrativo, nel quale si legge che si verificano circa 2 gravidanze ogni 100 donne che utilizzano il farmaco. EllaOne assunto entro le prime 24 ore da un rapporto non protetto fa registrare 0,9 gravidanze ogni 100 donne; mentre se assunto entro le 72 ore le gravidanze salgono a 1,4 ogni 100 donne. Anche nel caso della "pillola del giorno dopo" il tasso di gravidanza registrato in donne che hanno assunto Norlevo dopo un rapporto non protetto varia dall'1,1%, se l'assunzione avviene entro le 24 ore, al 2,2% se l'assunzione avviene nelle prime 72 ore. Mozzanega e colleghi (2019) dimostrano che l'azione anti ovulatoria è particolarmente evidente quando il farmaco è preso nel primo giorno fertile del ciclo di ovulazione della donna. Successivamente il meccanismo anti ovulatorio declina rapidamente e diventa insignificante (8%). L'effetto anti ovulatorio decrescente non può di conseguenza spiegare da solo un'efficacia elevata nella prevenzione della gravidanza (80%), che viceversa diminuisce col passare dei giorni. L'unica spiegazione possibile di questa efficacia è la presenza di una azione antinidatoria, cioè l'interruzione di una gravidanza ai suoi primissimi stadi²⁸.

Per promuovere questi farmaci come semplici contraccettivi, di fronte all'evidenza scientifica si ricorre spesso a pure e semplici affermazioni di principio. Un esempio lampante è il comunicato stampa del Ministero della salute italiano n. 231 del 29/9/2000 nel quale si affermava: «Il farmaco (CE) deve essere inteso come metodo contraccettivo di emergenza da usare solo in casi eccezionali: non svolge alcuna azione abortiva in quanto *il meccanismo di azione consiste nell'impedire l'impianto dell'ovulo fecondato o nel blocco dell'ovulazione*»²⁹. Il comunicato non solo conferma quanto scritto più sopra riguardo all'evidenza scientifica sull'effetto antinidatorio, ma appare intrinsecamente contraddittorio.

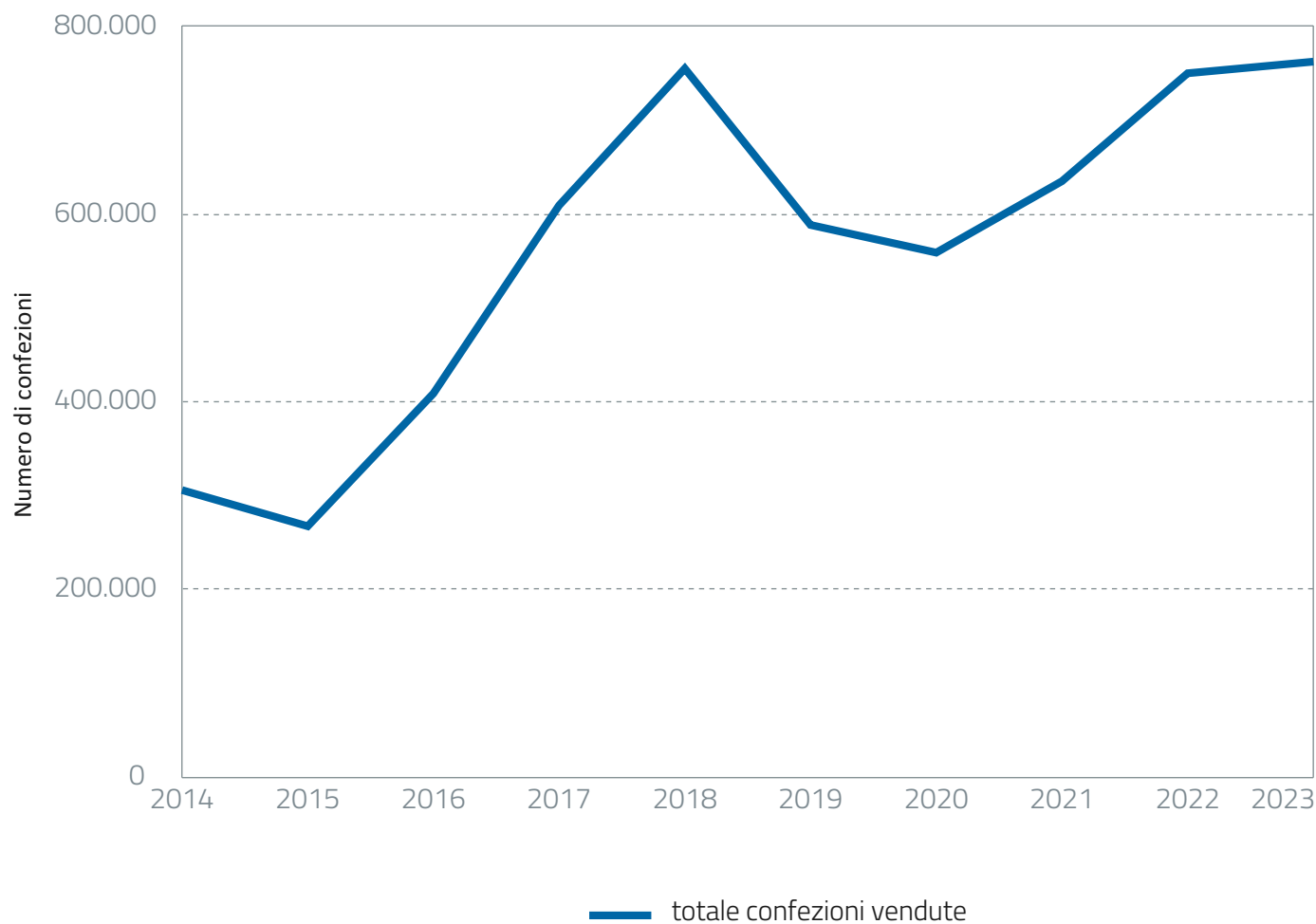
Nella Figura 13 viene rappresentato l'andamento delle vendite di contraccettivi d'emergenza (Norlevo, Escapelle ed ellaOne) in Italia dal 2014 al 2022. Nell'ultimo anno della serie il totale delle confezioni vendute è stato pari a 762.796.



²⁸ Un'ampia rassegna dell'evidenza scientifica riguardo il potenziale effetto abortivo della contraccezione di emergenza può essere trovata nello studio del prof. Giuseppe Noia, *Il dialogo nascosto*, Osservatorio Permanente sull'Aborto, 2023. (Noia, 2023) pubblicato dall'Osservatorio.

²⁹ Che la gravidanza cominci dal momento del concepimento è un dato scientificamente acclarato che solo certe costruzioni ideologiche cercano di negare. Per approfondire la questione: Noia G., *Il dialogo* cit.

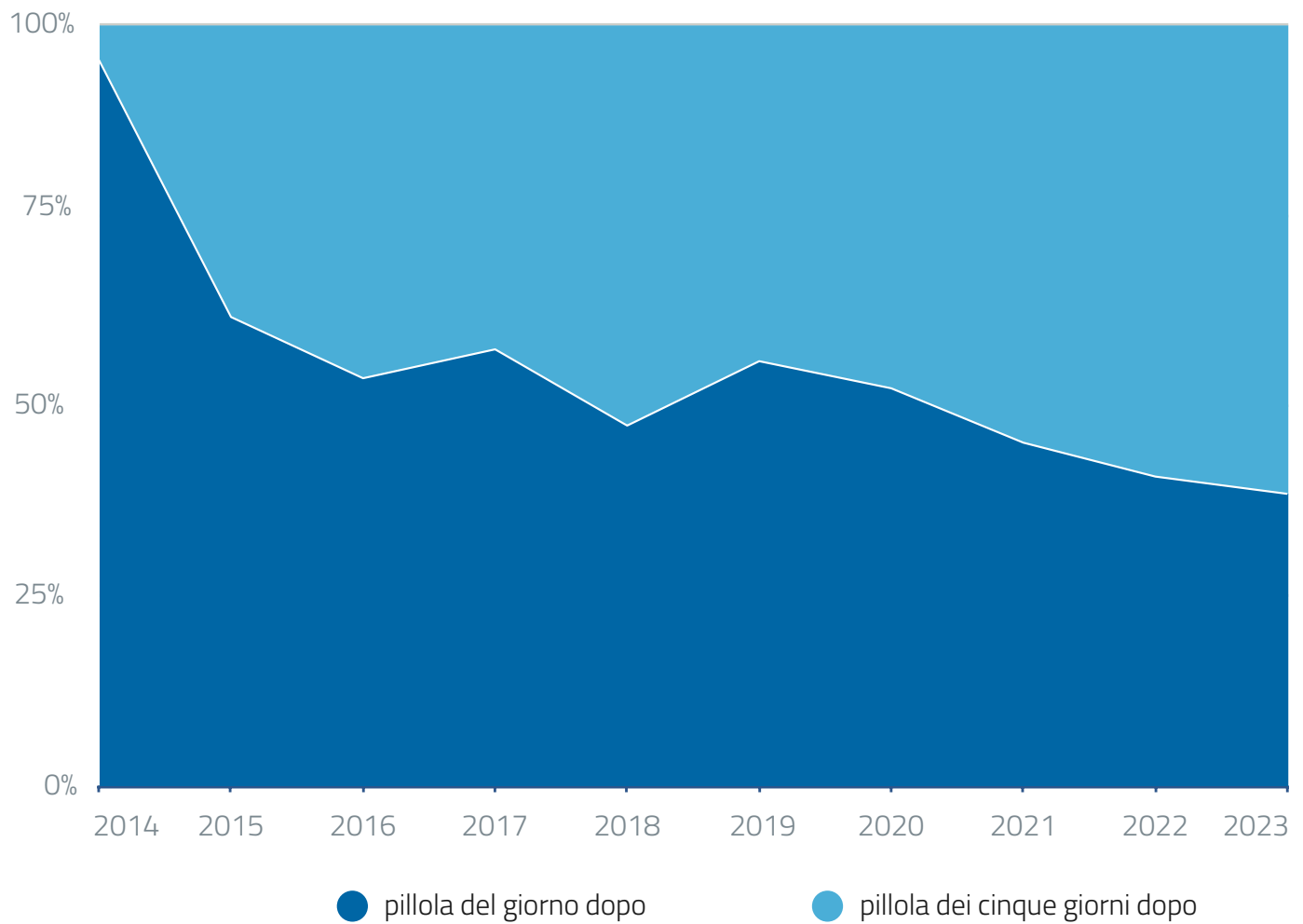
▼ FIGURA 13 USO DELLA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA ITALIA, NUMERO DI CONFEZIONI VENDUTE



FONTE: ELABORAZIONE DATI TRACCIABILITÀ DEL FARMACO (DM 15 LUGLIO 2004)

Dopo l'approvazione di ellaOne la proporzione nell'uso di questi farmaci tra "pillola del giorno dopo" e "pillola dei cinque giorni dopo" si è progressivamente modificata a favore di quest'ultima (Figura 14). Nel 2023 ellaOne rappresentava il 61% dei contraccettivi di emergenza venduti in Italia.

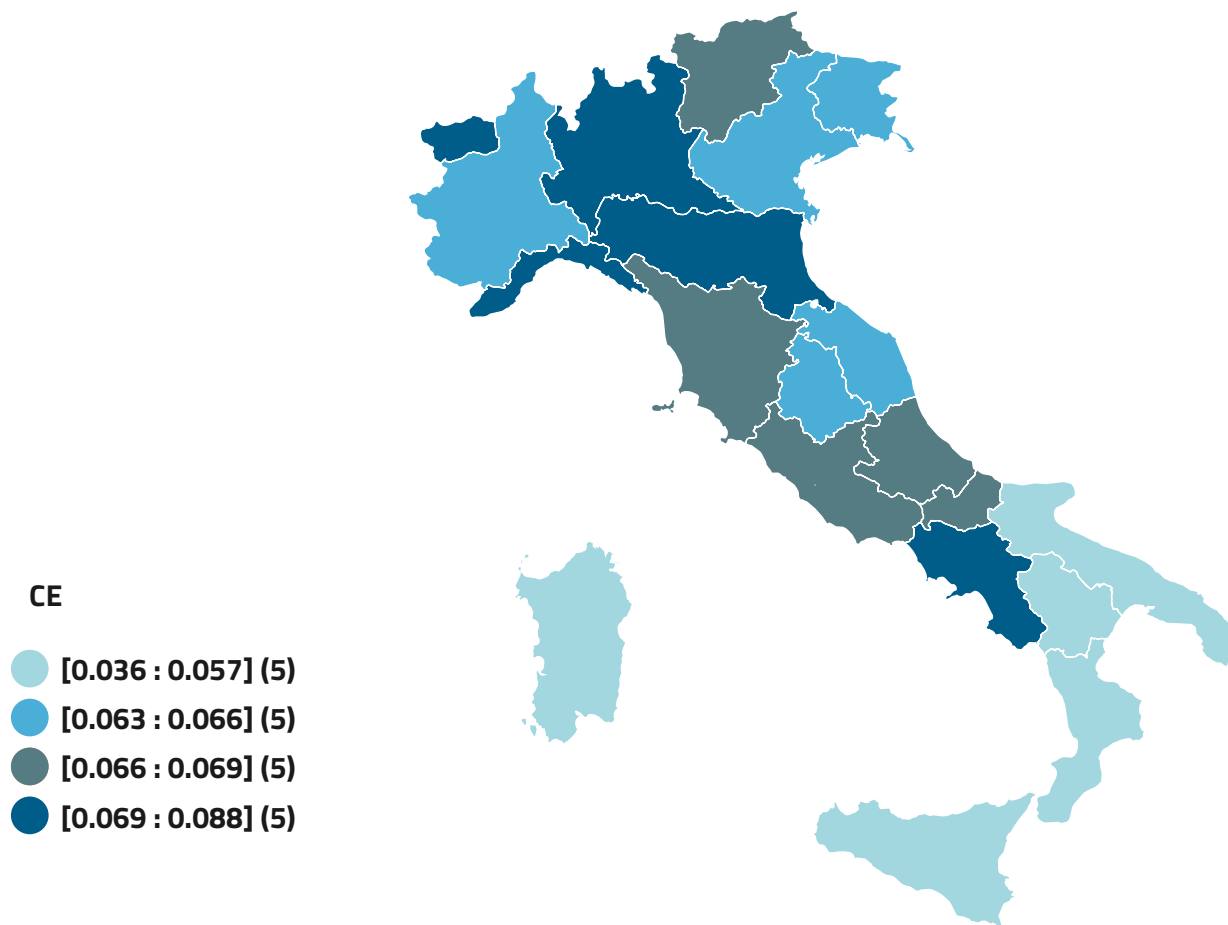
▼ FIGURA 14 USO DELLA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA IN ITALIA, VALORI PERCENTUALI



FONTE: ELABORAZIONE DATI TRACCIABILITÀ DEL FARMACO (DM 15 LUGLIO 2004)

L'uso dei contraccettivi di emergenza in Italia è differenziato dal punto di vista geografico. Nella figura 15 vengono posti a confronto i tassi di utilizzazione regionali, calcolati come rapporto tra numero di confezioni vendute e numero di donne in età fertile (da 15 a 49 anni).

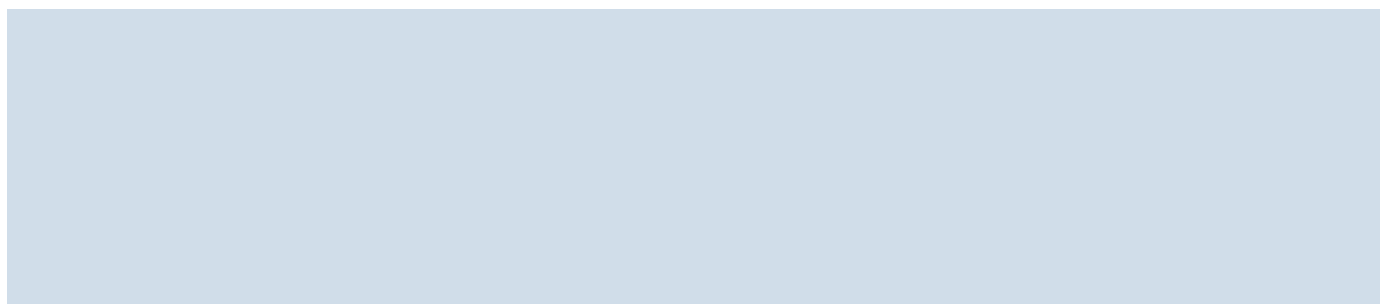
▼ FIGURA 15 **TASSI DI UTILIZZAZIONE DELLA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA NELLE REGIONI ITALIANE**
NUMERO DI CONFEZIONI PER DONNA IN ETÀ FERTILE



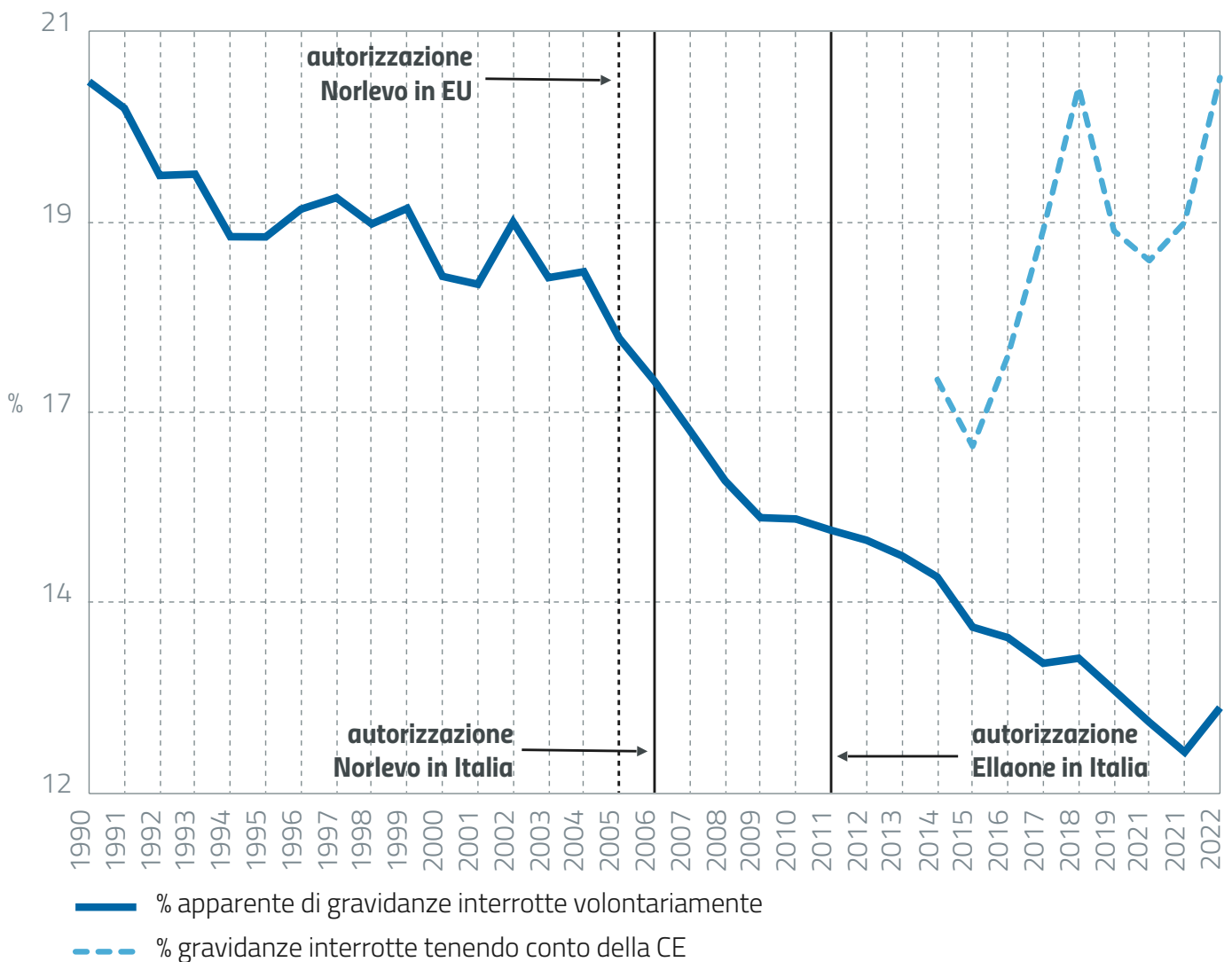
FONTE: ELABORAZIONE DATI TRACCIABILITÀ DEL FARMACO (DM 15 LUGLIO 2004) E ISTAT

La mappa mostra un gradiente nell'uso di questi farmaci muovendosi da sud verso nord, da un numero di confezioni vendute pari al 3,6% delle donne in età fertile in Sicilia all'8,8% in Liguria.

La veloce e ampia diffusione delle pillole post-coitali ha sicuramente contribuito in modo sostanziale a ridurre quelle che, nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, vengono chiamate "gravidanze non intenzionali" (unintended pregnancies) e di conseguenza l'accesso all'aborto legale. In effetti la diminuzione della percentuale apparente di gravidanze interrotte volontariamente sembra accelerare significativamente dopo l'introduzione in Italia del Norlevo e di ellaOne (Figura 16).



▼ FIGURA 16 EVOLUZIONE DELL'ABORTIVITÀ VOLONTARIA ANNI 2014-2022 – ITALIA – STIME ALTERNATIVE



FORNTE: ELABORAZIONE DATI TRACCIABILITÀ DEL FARMACO (DM 15 LUGLIO 2004) E ISTAT

Nel grafico il dato apparente, calcolato in base ai dati ufficiali degli aborti legali, viene confrontato per gli anni dal 2014 al 2022 con l'andamento della percentuale di gravidanze interrotte volontariamente, corretto per tenere conto del numero potenziale di criptoaborti provocato dall'uso della contraccezione di emergenza. Il numero di criptoaborti è stato calcolato assumendo una percentuale di gravidanze a seguito di un rapporto non protetto del 20% e un tasso, estremamente prudenziale rispetto alla letteratura citata in precedenza, del 25% di casi in cui l'effetto antinidatorio dei contraccettivi di emergenza provoca l'interruzione di una gravidanza appena iniziata. Ne risulta una percentuale del 5% dei casi in cui l'uso della pillola post-coitale si risolve, di fatto, in un aborto molto precoce.

Il tasso di abortività può essere corretto per tenere conto della diffusione della CE. Sommando agli aborti ufficiali rilevati dall'Istat la stima di criptoaborti provocati dall'uso delle pillole post-coitali, dal 2016 in poi si ottiene un tasso del 17% di gravidanze interrotte volontariamente. Si tratta di una percentuale che, secondo i dati ufficiali, sarebbe stata raggiunta solo prima del 2006, anno dell'autorizzazione del Norlevo in Italia. Nonostante l'abortività apparente sia in calo, il dato corretto per l'impiego della contraccezione di emergenza mostra viceversa una

complessiva *crescita* dell'abortività volontaria negli ultimi anni. In totale, nel periodo considerato, si può stimare che l'uso delle pillole post-coitali abbia provocato più di 280 mila criptoaborti.

I Servizi sanitari di alcune regioni distribuiscono già gratuitamente i contraccettivi alle donne, con diversi gradi di limitazione per fasce di età e livello di reddito. Come è noto nel corso del 2023, a seguito di un parere positivo del Comitato prezzi e rimborso dell'AIFA (21/04/2023), è stato avviato un dibattito sulla opportunità di generalizzare l'accesso gratuito a tutte le forme di contraccezione. Una successiva richiesta di approfondimento del consiglio di amministrazione di AIFA (24/05/2023) ha orientato la decisione verso la distribuzione alle sole donne di età inferiore ai 26 anni e attraverso i consultori.

La distribuzione gratuita delle pillole post-coitali potrebbe essere considerata a tutti gli effetti un costo di applicazione della 194. Non solo perché una tale azione viene considerata dai promotori come l'implementazione della (cosiddetta) parte preventiva della legge 194, ma anche perché le pillole post-coitali effettivamente *provocano* aborti, sostituendosi alle procedure sanitarie regolamentate dalla legge. Considerando il prezzo al dettaglio attualmente applicato (21€ per le confezioni di Norlevo ed ellaOne e 13 € per le confezioni di Escapelle) si può stimare un costo complessivo per l'anno 2022 pari a poco meno di 15,7 milioni di Euro, una cifra pari al 31% del costo di applicazione stimato in base ai dati ufficiali (stima media) per lo stesso anno.



4

ABORTO VOLONTARIO E SALUTE DELLE DONNE

4.1 Quanti erano gli aborti clandestini prima della legge 194? L'impatto dell'approvazione della legge sulla mortalità femminile

Il sito ufficiale dell'Organizzazione mondiale della sanità nella pagina dedicata all'aborto volontario (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>) riporta una serie di dati e considerazioni relative al cosiddetto "aborto non sicuro" (unsafe abortion). L'intera scheda non fa che ribadire una narrazione molto precisa: poiché l'aborto volontario di gravidanze non volute è una pratica molto diffusa in tutto il mondo, la presenza di legislazioni restrittive crea un problema di salute pubblica, mettendo a rischio la vita e la salute delle donne che vi fanno ricorso in assenza di adeguata assistenza medica. Per questo è necessario promuovere la legalizzazione dell'aborto, in assenza della quale numerosi diritti umani delle donne sarebbero violati.

Questa narrazione si basa sull'assunto che in contesti nei quali la legge vieta l'aborto volontario, le donne siano inevitabilmente costrette a ricorrere all'aborto clandestino; in qualche modo si assume che il numero totale di aborti volontari (legali o illegali) sia incomprimibile e proporzionale al numero di gravidanze non pianificate. Per sottolineare l'urgenza del problema si producono statistiche sul numero totale di aborti nei diversi Paesi e sulla quota di essi che deve essere considerata "non sicura". La quantificazione del numero totale di aborti volontari, includendo non solo quelli legali ma anche quelli illegali, è tuttavia un problema statistico complesso, soprattutto nei Paesi dove l'aborto è proibito o fortemente limitato oppure dove i sistemi di rilevazione statistica non raggiungono elevati standard di qualità. Per questo motivo si fa ricorso a modelli statistici per *stimare indirettamente* il numero totale di aborti volontari, e tra questi quelli "non sicuri", sulla base di una serie di indicatori³⁰. Si tratta, com'è evidente, di stime che possono avere un grado di affidabilità molto diverso a seconda del Paese al quale si riferiscono e sono fortemente dipendenti dalle ipotesi *a priori* intorno al fenomeno studiato. Sulla base di queste stime l'aborto non sicuro viene indicato dall'OMS come la causa di una quota della mortalità materna che varierebbe dal 4,7 al 13,0%. Anche in questo caso si tratta di valutazioni che sono oggetto di discussione³¹.

La giustificazione della legalizzazione dell'aborto come soluzione di un problema di salute pubblica è stata ampiamente utilizzata anche in Italia, non solo nel dibattito che precedette l'approvazione della legge 194, ma anche successivamente. In questa sezione del Rapporto proponiamo un'analisi dell'evidenza statistica disponibile sull'ipotesi che prima del 1978 (anno di approvazione della legislazione abortista) la diffusione dell'aborto clandestino costituisse un problema di salute pubblica rilevante, risolto negli anni successivi dalla possibilità delle donne di abortire legalmente e gratuitamente presso le strutture del Sistema sanitario nazionale.

All'epoca del dibattito sulla legalizzazione venivano presentate come attendibili stime comprese tra 1 milione e mezzo e 2 milioni di aborti clandestini all'anno, mentre il numero di donne morte per le precarie condizioni in cui gli aborti venivano realizzati era indicato tra 20 e 25 mila. Queste cifre venivano scritte nero su bianco negli atti parlamentari, ad esempio nella

30 I dati forniti attualmente sul sito dell'OMS sono per la gran parte derivati da studi condotti dal Guttmacher Institute e pubblicati su *Lancet* (Bearak et al., 2020; Ganatra et al., 2017).

31 È interessante notare come la scheda del sito dell'OMS indichi lo "stigma sociale" verso l'aborto, soprattutto nei Paesi in cui esso è proibito, come una possibile causa di sottostima delle percentuali di mortalità materna per under-reporting delle vere cause (l'aborto clandestino) della morte della donna. In altri termini la presenza di stigma renderebbe più incerte queste stime. Tuttavia proprio lo stigma sociale è uno dei fattori che, secondo lo studio di Ganatra e colleghi citato in precedenza, bisogna considerare per *quantificare indirettamente* gli aborti non legali, secondo l'ipotesi, che dovrebbe essere dimostrata, che dove lo stigma sociale (un fattore evidentemente difficile da quantificare) è maggiore, più elevato sarebbe il numero di aborti non legali non rilevati.

proposta di legge n. 3692 del 15/10/1971 presentata alla Camera dall'onorevole Brizioli e altri colleghi. E venivano riprese ripetutamente e spesso aumentate dai grandi organi di stampa: ad esempio *Il Giorno* il 7 settembre 1971 parlava di 3-4 milioni di aborti clandestini all'anno; il *Corriere della Sera* (10/9/1976) di 1,3-3 milioni³². Si trattava di numeri palesemente infondati. Solo per fare un esempio, l'Annuario di statistiche demografiche pubblicato da Istat riportava per l'anno 1974 un totale di 8.748 donne in età fertile (da 14 a 45 anni) morte per *qualsiasi* causa. In base alla popolazione femminile dell'epoca è stato calcolato che per avere un milione di aborti clandestini all'anno, la metà delle donne avrebbe dovuto abortire in media più di 5 volte durante la vita riproduttiva (Colombo, 1977).

La narrazione sull'emergenza sanitaria legata all'alto numero di aborti clandestini prima dell'approvazione della legge 194 è continuata anche negli anni successivi. Nel 2005 su *Repubblica* Pannella parlava ancora di «milioni di aborti clandestini» prima dell'approvazione della legge³³. Ma ancora oggi queste cifre sono proposte acriticamente dalla stampa. Ad esempio in un articolo apparso sul quotidiano *Domani* il 22 maggio del 2024, un articolo che tra l'altro promuove le pratiche di aborto "autogestito" invocandone la liberalizzazione in Italia, Eleonora Cirant è andata oltre ogni immaginifica cifra spacciata per vera negli ultimi quaranta anni affermando che «...nel 1978... di aborto non legale *morivano*, secondo le stime di allora, da uno a tre milioni di donne l'anno», quando l'annuario di Statistiche Demografiche dell'Istat quantifica per il 1978 (anno di approvazione della legge) un *numero totale dei morti (maschi più femmine) per qualsiasi causa pari a 540.671*.

Lasciando al giornalismo di bassa qualità l'uso di cifre sensazionalistiche, l'obiettivo dell'analisi che segue è verificare se nei dieci anni a cavallo dell'approvazione della legge 194 (dal 1974 al 1983) l'andamento dei dati *ufficiali* disponibili sulla mortalità femminile segnali una qualche discontinuità statistica che possa essere considerata collegata all'approvazione della legge 194. Se infatti, come sostenuto dai sostenitori della legge, l'ampia diffusione dell'aborto clandestino avesse costituito negli anni immediatamente precedenti la legge un serio problema di salute pubblica, con un'elevata incidenza di conseguenze fatali per la salute delle donne, sarebbe lecito aspettarsi di rilevare un impatto negli anni immediatamente successivi sugli indicatori di mortalità³⁴.

Il grafico nella figura 17 rappresenta la serie storica pubblicata da Istat³⁵ delle morti di donne in età fertile (da 15 a 49 anni) per qualsiasi causa in Italia negli anni dal 1974 al 1983.

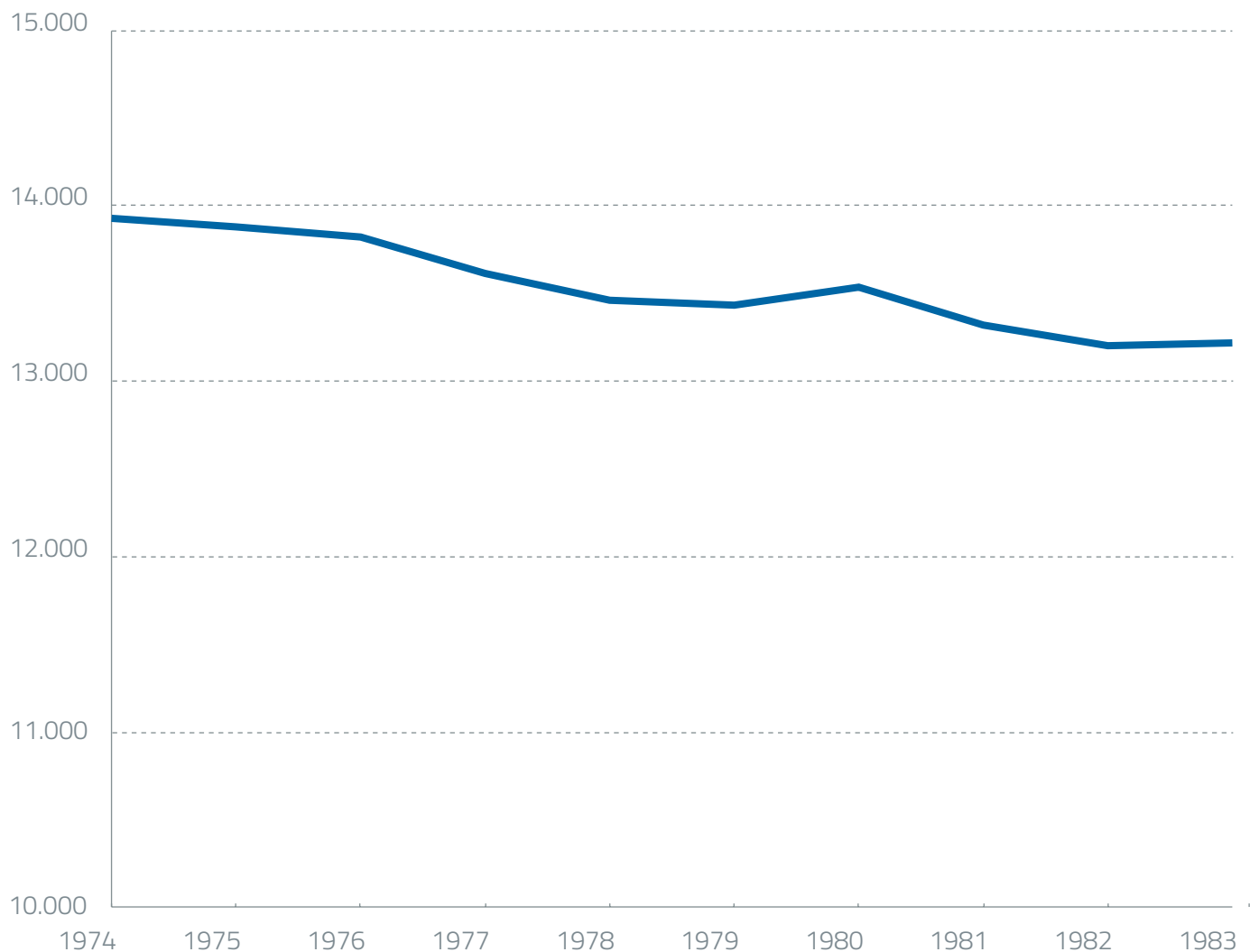
32 La discussione sui numeri dell'aborto nella stampa nazionale è descritta da Antonio Socci nel libro che ha dedicato al dramma dell'aborto legale (Socci, 2006) e da Francesco Agnoli (2013).

33 Citato da Socci (2005).

34 Diverso è il discorso relativo alla *morbilità* connessa all'aborto volontario che può manifestarsi in periodi più lunghi, ma che può essere connessa anche con l'aborto legale, come mostra la letteratura scientifica sulla connessione tra aborto e cancro al seno di cui si parla in un'altra sezione di questo Rapporto.

35 Disponibile all'indirizzo web https://seriestoriche.istat.it/fileadmin/documenti/Tavola_4.6.3.xls.

▼ FIGURA 17 DONNE IN ETÀ FERTILE (15-49 ANNI) MORTE PER TUTTE LE CAUSE



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

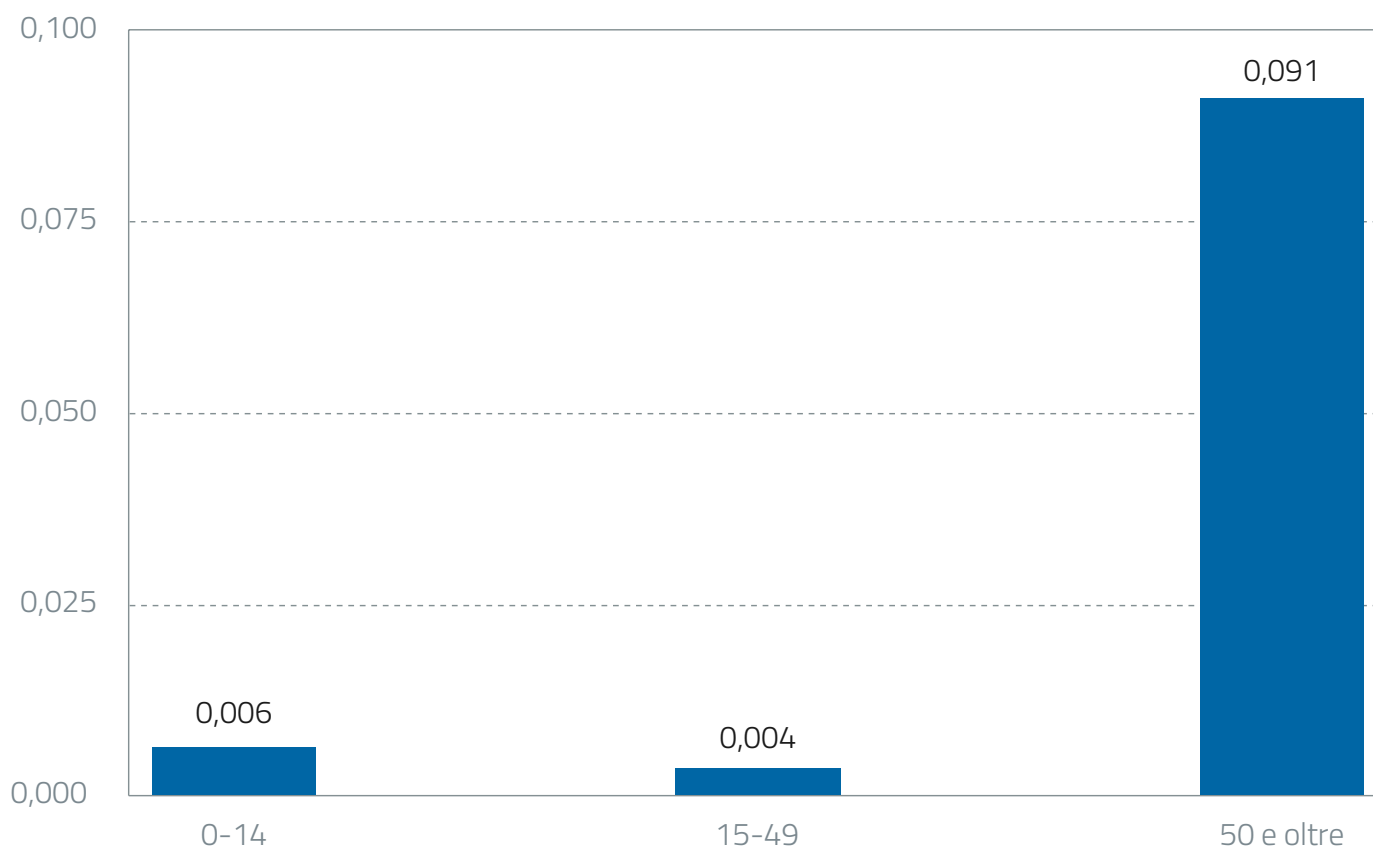
Si manifesta un trend decrescente che porta il totale dai 13.752 decessi dell'anno iniziale agli 11.266 dell'anno finale. Non si mostrano particolari discontinuità nella serie se non una lieve ripresa nell'anno 1980. La tendenza è coerente con un generalizzato e progressivo calo degli indici di mortalità che ha caratterizzato l'Italia negli ultimi decenni del XX secolo. In uno studio retrospettivo condotto da Istat e pubblicato nel 1999 (Frova et al., 1999) vengono analizzate le diverse cause di morte e la loro evoluzione nel tempo. Per quanto riguarda la popolazione femminile la diminuzione tendenziale della mortalità viene collegata alla diminuzione della mortalità per malattie oncologiche e dell'apparato cardiocircolatorio.

Per approfondire l'analisi è stata costruita una base dati a partire dalla serie storica (1974-2023) delle tavole di mortalità calcolate da Istat sulla base della rilevazione dei dati demografici. I dati sono disponibili nella sezione Demo del sito di Istat (demo.istat.it). Tra i vari indicatori calcolati da Istat è inclusa la *probabilità di morte all'età x*, descritta nel glossario come «rischio che una persona ha di morire tra il compimento dello x-esimo compleanno e il compimento del

successivo». Il dato è disponibile con disaggregazione per sesso, età³⁶ e regione amministrativa. La base dati utilizzata è costituita da 2.470 osservazioni della probabilità di morte nella popolazione femminile, per diverse combinazioni di età, anno e regione³⁷.

Nella figura 18 viene rappresentato il livello medio della probabilità di morte nel periodo considerato distinguendo le donne in età fertile (da 14 a 49 anni) dal gruppo delle donne più giovani (0-14 e più anziane) e da quelle di 50 anni e oltre. Come atteso, la probabilità di morte si differenzia in particolare tra le due prime classi e la classe che include le donne più anziane, che si colloca su un diverso ordine di grandezza³⁸.

▼ FIGURA 18 **PROBABILITÀ DI MORTE PER CLASSE DI ETÀ (MEDIA 1974-1983)**



Fonte: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

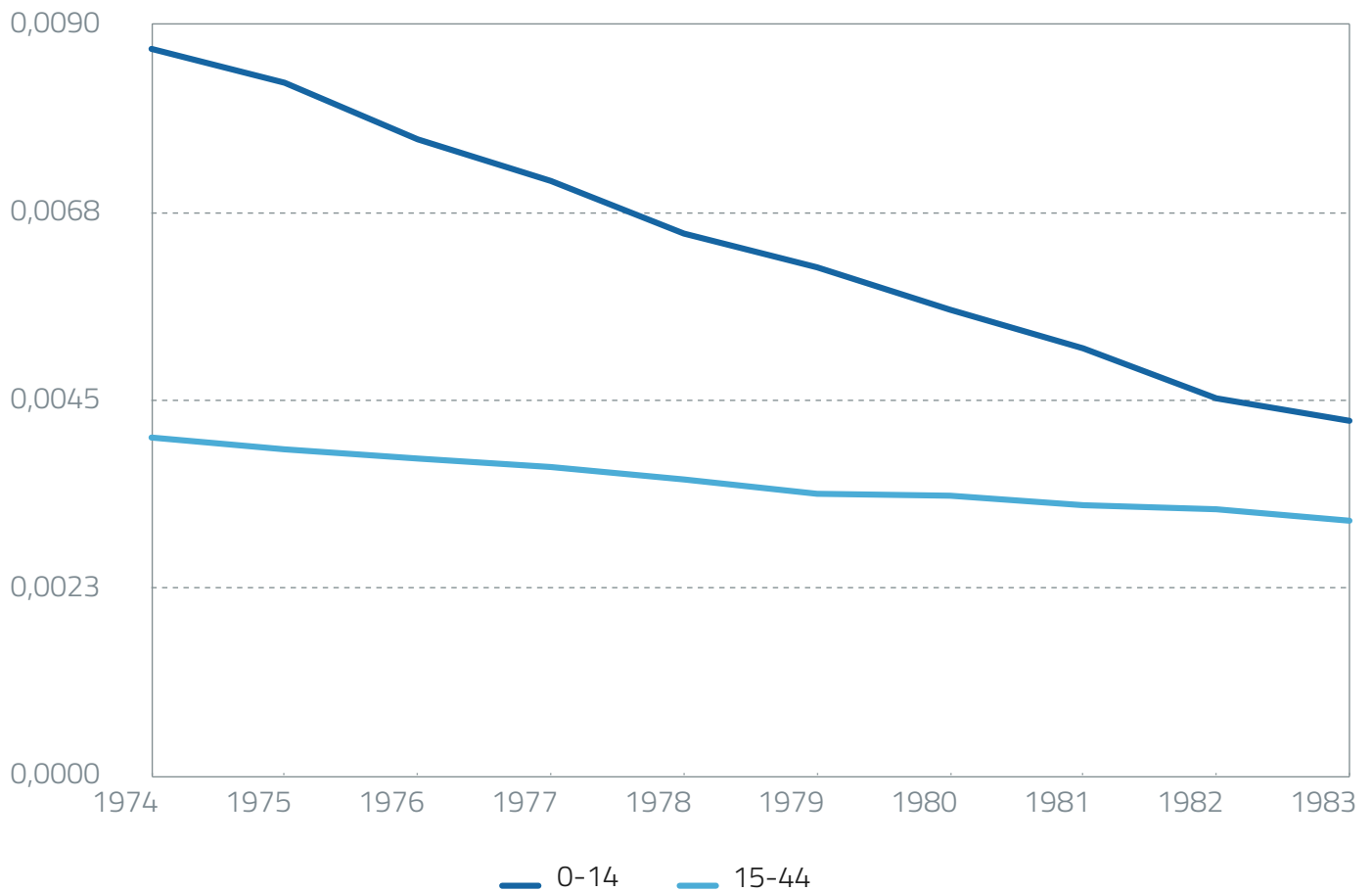
Confrontando graficamente l'andamento della probabilità di morte per i due gruppi più giovani (Figura 19) si rileva una tendenza decrescente nel periodo considerato e una sostanziale convergenza del valore nei due gruppi. Nessuna particolare discontinuità nell'andamento di questo indicatore appare con evidenza.

³⁶ L'Istat calcola le tavole di mortalità per ogni singola età e per classi di età: a quest'ultima versione dei dati si è fatto riferimento. Il dato per classi di età di Istat è stato ulteriormente aggregato calcolando nelle classi aggregate la media dell'indicatore ponderata per la popolazione femminile di quella certa classe di età. La serie storica della popolazione residente ricostruita per età, sesso e regione è disponibile nel datawarehouse Istat (<https://seriestoriche.istat.it/>).

³⁷ In particolare si tratta di 10 anni (dal 1974 al 1983), 13 classi di età e 19 regioni (tutte le regioni amministrative, eccetto Val d'Aosta e Molise, più le due province autonome di Trento e Bolzano).

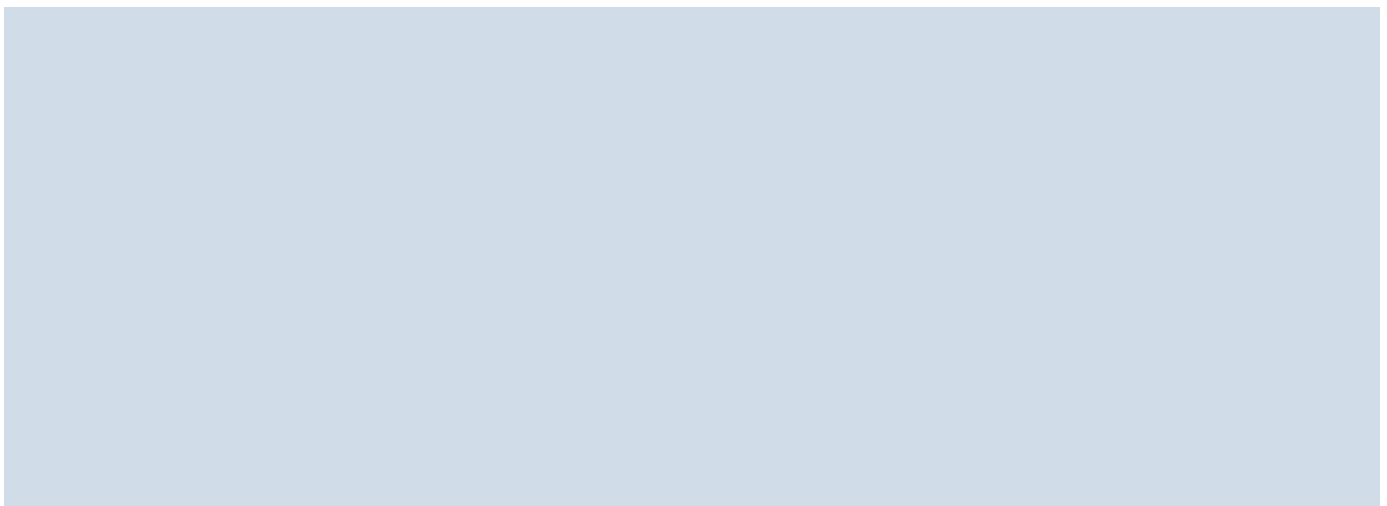
³⁸ La probabilità nella classe delle donne più giovani è leggermente più alta di quella delle donne in età fertile per l'effetto della mortalità neonatale.

▼ FIGURA 19 **PROBABILITÀ DI MORTE DELLE DONNE PER CLASSE DI ETÀ**

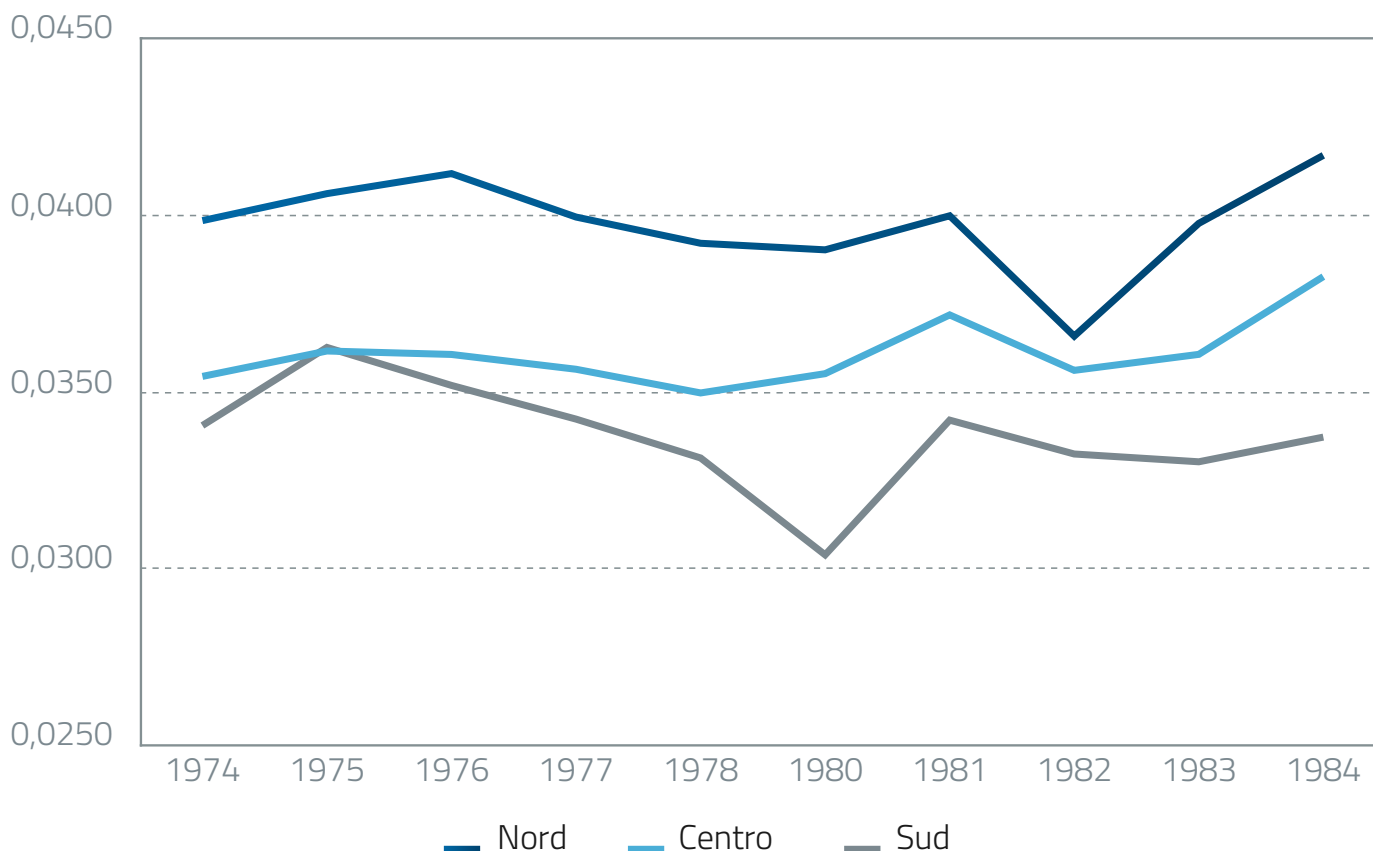


FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Nonostante il dato decrescente per le prime due classi di età, l'andamento della probabilità di morte, per il totale della popolazione femminile, incluse le classi più anziane, è rimasto sostanzialmente stabile nel periodo considerato, pur con una diversificazione a livello geografico. Nella figura 20 viene mostrato l'andamento disaggregato per tre ripartizioni geografiche.



▼ FIGURA 20 **PROBABILITÀ DI MORTE DELLE DONNE PER AREA GEOGRAFICA**



Fonte: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Come si vede il valore medio è decrescente da nord a sud. L'andamento sostanzialmente stabile in tutte e tre le circoscrizioni è evidentemente affetto da fattori epidemiologici che variano di anno in anno e che, presumibilmente, colpiscono soprattutto le classi di età più anziane³⁹.

Per andare oltre la semplice analisi descrittiva come quella appena proposta, i dati raccolti sono stati utilizzati per costruire un modello di regressione multipla. La regressione multipla è una tecnica statistica che permette di misurare quanto la variazione di un dato che rappresenta un fenomeno di interesse (la variabile *dipendente*) risulti statisticamente associata alla variazione di altri dati (variabili indipendenti o *regressori*) che descrivono fenomeni osservabili ritenuti in qualche modo collegati con quello in esame. La tecnica permette di stimare una equazione per calcolare il valore della variabile dipendente sulla base del valore assunto dai regressori⁴⁰.

La probabilità di morte è stata considerata come variabile dipendente⁴¹ ed è stata posta in relazione con una serie di fattori. In primo luogo sono stati considerati l'età⁴² e la regione che, come visto in precedenza, individuano gruppi con valori medi di probabilità di morte

39 Come ad esempio l'andamento delle sindromi influenzali.

40 In presenza di determinate condizioni è possibile usare la regressione multipla per sottoporre a verifica statistica determinate ipotesi sui rapporti di *causa-effetto* che potrebbero spiegare il fenomeno studiato.

41 La probabilità di morte è stata considerata nella sua trasformazione *logistica*.

42 Per ogni osservazione l'età è stata considerata pari al valore centrale della classe di età corrispondente.

nettamente differenziati. Poiché, come abbiamo visto, nel periodo considerato la mortalità nel suo complesso in Italia tende a diminuire, è stata introdotta anche una variabile che rappresenta ciascun anno all'interno della serie. Si è inoltre introdotto tra i regressori anche il tasso di occupazione specifico per ogni determinata classe di età, per ogni regione e per ogni anno osservato⁴³. Il tasso di occupazione può essere considerato una variabile capace di rappresentare la variazione nel tempo delle condizioni e degli stili di vita delle donne che possono in qualche modo influenzare le loro condizioni di salute.

Accanto a queste tre determinanti fondamentali per descrivere la variazione nel tempo della mortalità, è possibile considerare l'eventuale influenza delle politiche sanitarie. È questo precisamente il caso della legge 194 che è stata approvata nel 1978⁴⁴. In una regressione è ad esempio possibile inserire una variabile binaria che distingue le osservazioni riferite ad anni in cui la legge non era in vigore da quelli in cui la legge era operativa. Il problema è che l'approvazione della legge 194 si è sostanzialmente sovrapposta alla realizzazione della istituzione del Servizio sanitario nazionale, una riforma approvata nel 1979 e applicata a partire dal 1980 e che ha sicuramente avuto, almeno nel lungo periodo, un impatto significativo sulle condizioni di salute della popolazione italiana. L'impatto delle due politiche potrebbe confondersi, rendendo difficile l'interpretazione dei risultati. Per questo motivo ai fini dell'analisi è stata utilizzata una variabile diversa, capace di rappresentare l'*intensità* della applicazione della legge e cioè la percentuale di gravidanze abortite volontariamente⁴⁵ dopo l'approvazione della legge.

Nella tabella 4 vengono sintetizzati i risultati di una serie di elaborazioni effettuate sulla base dati appena descritta, considerando solo le classi di età fertile. Ogni colonna corrisponde a una diversa regressione.

43 Il tasso di occupazione è stato calcolato come rapporto tra le donne occupate e il totale delle donne incluse in una determinata classe di età. Per ottenere la massima disaggregazione possibile per classi di età, i dati sull'occupazione per gli anni dal 1974 al 1980 sono stati ricavati dai volumi dell'Annuario delle statistiche del lavoro pubblicati annualmente da Istat; per gli anni dal 1981 al 1983 si è utilizzata la serie storica dei dati relativi all'occupazione disponibile nel sito dell'Istat (<https://seriestoriche.istat.it/>).

44 La rilevazione statistica degli aborti legali è cominciata tuttavia dall'anno successivo.

45 La costruzione del dato, a partire dalle statistiche ufficiali, è spiegata nel capitolo sull'andamento degli aborti legali in Italia. Si tratta di un dato che varia per anno e per regione: questo significa che a tutti i gruppi di età in un determinato anno in una specifica regione è stata associata la stessa percentuale di abortività volontaria.

▼ TABELLA 4

REGRESSIONE DELLA PROBABILITÀ DI MORTE SU DIVERSI FATTORI (1974-1981, ETÀ DA 15 A 45 ANNI)										
	I		II		III		IV		V	
intercetta	-7,110	***	-7,142	***	-7,142	***	-7,125	***	-7,124	***
età	0,051	***	0,049	***	0,049	***	0,049	***	0,049	***
anno	-0,033	***	-0,033	***	-0,033	***	-0,037	***	-0,036	***
occupazione_2			0,076	***	0,076	***	0,079	***	0,076	***
occupazione_3			0,118	***	0,118	***	0,123	***	0,118	***
occupazione_4			0,080	**	0,080	**	0,084	**	0,083	**
legge 194					0,039		0,073			
legge 194_2									0,032	
legge 194_3									-0,060	
legge 194_4									0,068	
età x legge 194							0,002			
età x legge 194_2									0,000	
età x legge 194_3									0,002	
età x legge 194_4									-0,001	
dummy regione	x		x		x		x		x	
<i>Adjusted R2</i>	0,845		0,849		0,849		0,849		0,848	
Totale osservazioni: 950										

I valori riportati nella tabella sono i *coefficienti* associati a ogni regressore in ognuna delle equazioni stimate⁴⁶. Più che il valore assoluto dei coefficienti sono qui di interesse il *segno* e la *significatività* statistica dei coefficienti stimati. Un segno positivo indica che al crescere del valore del regressore cresce anche il valore della variabile dipendente; viceversa nel caso di segno negativo. Per quanto riguarda la significatività, nella tabella viene indicata con i simboli di asterisco posti accanto a ciascun coefficiente: tre asterischi indicano che la significatività statistica del coefficiente è elevata⁴⁷; un numero minore di asterischi indica una minore significatività; l'assenza di asterischi indica una assenza di significatività statistica.

I coefficienti relativi all'età, in tutti i cinque modelli stimati, assumono sempre un valore positivo, come atteso. Il segno è sempre negativo invece nel caso del coefficiente associato alla variabile anno, a indicare l'esistenza di un trend complessivamente discendente della mortalità nel corso del periodo considerato. Tutti i coefficienti per le variabili età e anno hanno un'alta significatività statistica. Come indicato nella tabella, in tutti i modelli sono state inserite delle variabili binarie in grado di tenere conto delle differenze regionali⁴⁸. L'introduzione del tasso di occupazione nella regressione (modelli da II a V) migliora leggermente l'*Adjusted R²*, che indica quanto bene l'equazione stimata rappresenti la variabilità complessiva dei dati. Il tasso di occupazione è stato introdotto nei modelli stimati come una variabile discontinua, con

46 Ogni equazione ottenuta con la regressione permette di stimare il valore della variabile dipendente (in questo caso la probabilità di morte) come somma ponderata dei regressori. I coefficienti indicati in tabella sono i *pesi* da utilizzare nel calcolare tale somma. L'intercetta indicata nella prima riga della tabella è un termine fisso da aggiungere alla somma ponderata.

47 Più precisamente che la probabilità di sbagliare affermando che il valore del coefficiente è effettivamente diverso da zero e pari al valore stimato è minore dello 0,1%.

48 I coefficienti, che non vengono riportati per semplicità, sono di segno e significatività variabile e indicano le differenze in termini di mortalità di ciascuna regione rispetto a una regione scelta come riferimento che in questo caso è il Lazio.

quattro livelli di occupazione crescente⁴⁹. Nella tabella vengono mostrati i coefficienti relativi ai tre livelli di occupazione più alti e mostrano che all'aumentare del tasso di occupazione rispetto al livello più basso, a parità di altre condizioni aumenta anche la probabilità di morte.

Nei modelli da III a V viene introdotta nella regressione la variabile che rappresenta l'applicazione della legge 194. Ciò viene fatto sia considerando la variabile così come descritta prima (modelli III e IV), sia sostituendola con una variabile discontinua divisa in quattro livelli di intensità dell'applicazione dell'aborto legale (modello V)⁵⁰. L'introduzione dell'applicazione della legge 194 non modifica la qualità complessiva della regressione (*Adjusted R²* dei modelli da III a V sostanzialmente identico a quello del modello II). L'assenza di asterischi accanto ai coefficienti stimati per le variabili che rappresentano la legge 194, inoltre, indica che tali valori non hanno una significatività statistica: i dati cioè non permettono di affermare in modo affidabile che l'applicazione della legge sia in qualche modo collegata con la mortalità delle donne. Anche il termine di interazione nel modello IV (età x legge 194) non indica alcun effetto differenziato nelle diverse classi di età. Il modello V conferma questo risultato anche quando l'applicazione della legge 194 viene rappresentata con una variabile discontinua.

L'analisi appena presentata conferma, sia pure in modo preliminare, ciò che suggerivano i dati aggregati presentati in precedenza. La veloce crescita del numero degli aborti legali che, a seguito della approvazione della legge 194, ha raggiunto nel 1983 (anno incluso nella serie di dati considerata) il massimo storico di oltre 231.000 casi in un anno, non sembra avere alcun collegamento statistico con la mortalità delle donne in età fertile in quel periodo, una volta che si siano tenute in considerazione le differenze di età, regione, tasso di occupazione e si sia considerato il generale trend decrescente della mortalità in Italia. Non solo le narrazioni che parlano di decine di migliaia di donne morte per aborto clandestino prima della applicazione della legge sono, come mostrato in precedenza, prive di ogni fondamento: i dati sembrano indicare l'assenza di un qualche problema di salute pubblica connesso all'aborto clandestino al momento di approvazione della legge o, quantomeno, l'assenza di qualsiasi impatto della legge 194 sulla mortalità femminile. Si tratta, peraltro, di un risultato non diverso da quello osservato in altri Paesi, sulla base di studi retrospettivi (ad esempio: Calhoun et al., 2013; Koch et al., 2015; Miller, 2021). La sentenza del 2022, che ha nuovamente concesso agli Stati USA la libertà di scegliere la loro legislazione riguardo all'aborto, ha posto le condizioni per uno studio comparativo tra Stati che hanno ristretto l'accesso all'aborto legale e Stati che hanno mantenuto l'aborto libero. Il dibattito scientifico è in corso, ma alcune evidenze mostrano l'assenza di significative differenze nelle tendenze della mortalità femminile tra Stati con leggi più o meno restrittive (Linton, 2024).

Un'ultima considerazione può essere fatta riguardo all'ipotesi implicita nell'introduzione dell'aborto legale come *politica sanitaria*, e cioè che il numero di aborti volontari totali sia in qualche misura indipendente dalla legalizzazione, con la conseguenza che gli aborti legali, effettuati in condizioni sanitariamente più sicure, sostituirebbero gli aborti clandestini. In realtà, come mostra anche l'esperienza italiana, il fenomeno dell'aborto clandestino non è mai cessato, neanche dopo l'approvazione della legge 194. All'inizio degli anni 2000 si dibatteva sulla stampa nazionale della permanenza, se non addirittura dell'aumento degli aborti clandestini in Italia⁵¹. Nella Relazione del Ministro della salute al parlamento sulla legge 194 del 2017 veniva

49 I quattro livelli corrispondono ai cosiddetti *quartili* della variabile occupazione. Ordinando tutte le osservazioni da quella con il valore più basso di occupazione a quella con il valore più alto, ciascun quartile comprende il 25% dei casi.

50 Anche in questo caso suddividendo tutte le osservazioni in base ai quartili.

51 Alcuni interventi sono citati in Socci (2006) a pagina 79.

citato uno studio di Istat che stimava per il periodo tra il 2014 e il 2016 un numero di aborti clandestini compreso tra i 10.000 e i 13.000 casi. Negli ultimi anni, infine, appare in crescita la pratica pericolosa dell'aborto cosiddetto fai-da-te, spesso praticato da donne molto giovani, come abbiamo documentato anche nel paragrafo 3.1 di questo Rapporto.

La morte di anche solo una donna per un aborto volontario eseguito in condizioni inadeguate è un terribile dramma. Affermare questo, tuttavia, non significa in alcun modo giustificare la legalizzazione dell'aborto volontario. Non cambia nulla se l'aborto sia legale o clandestino. Si perché si muore anche di aborto legale. Non è la clandestinità a rendere l'aborto sbagliato e non è la legalità a renderlo giusto. L'aborto procurato rimane un'ingiustizia, dal momento che mette nelle mani degli adulti il diritto di vita o di morte dei bambini non ancora nati. La legalizzazione non fa altro che aggravare la situazione, favorendo il fenomeno, annebbiando la coscienza dei singoli e della società, senza eliminare l'aborto clandestino e senza impatto sulla mortalità materna.

4.2 La connessione tra aborto e cancro al seno

Nei precedenti Rapporti⁵² abbiamo trattato anche lo spinoso tema delle complicanze post-aborto. Abbiamo spiegato come vengano sistematicamente sotto-riportati i problemi fisici a breve termine riscontrati dopo l'interruzione di gravidanza, come siano oggetto di negazione assoluta le conseguenze fisiche a lungo termine e quelle psichiche⁵³.

Tra i rischi a lungo termine per la salute fisica delle donne che derivano dall'aborto indotto, i negazionisti sono particolarmente schierati contro il cosiddetto link ABC.

Da decenni viene pubblicata un'abbondante letteratura che evidenzia l'esistenza del link ABC, il legame tra l'aborto indotto (Abortion) e il cancro al seno (Breast Cancer). Ma questi studi, senza essere smentiti, vengono sistematicamente ignorati. La cosa è del tutto incoerente con la giusta preoccupazione planetaria tesa alla prevenzione e alla cura di quello che è il tumore femminile più diffuso. Il prevenire presume un'informazione, completa, veritiera e corretta.

Il deVeber Institute (Lanfranchi et al., 2018) afferma che «numerosi studi epidemiologici confermano il cosiddetto link ABC, 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, 2007) e vi sono almeno «57 gli studi che mostrano un'associazione diretta tra aborto indotto e cancro al seno, dei quali 23 statisticamente significativi», ma nonostante queste evidenze tale legame «è fortemente osteggiato» (Lanfranchi et al., 2018).

È la fisiologia del seno che spiega il link ABC (Dolle et al., 2009): interrompere una gravidanza - che tutti riconoscono come fattore protettivo rispetto al cancro al seno se portata a termine⁵⁴ - vuol dire interrompere i normali cambiamenti fisiologici del seno che si verificano durante

52 Nel Primo Rapporto, si veda il cap. 7 e l'Appendice A1; nel Secondo Rapporto, si veda il cap. 3.

53 Tra i possibili effetti avversi a breve termine, oltre alle infezioni ed emorragie a cui accennano anche le Relazioni ministeriali, si possono verificare danni cervicali, perforazioni e cicatrizzazioni della parete uterina e - dopo l'aborto chimico - la necessità di revisione chirurgica dell'utero. A lungo termine è stata riscontrata una maggiore probabilità di aborto spontaneo e parto prematuro, malattia infiammatoria pelvica (PID) e dolore pelvico cronico, subfertilità, infertilità, gravidanza ectopica, sindrome di Asherman, placenta previa, sanguinamento vaginale in future gravidanze e malattie autoimmuni.

L'aborto può avere anche conseguenze mortali. Secondo le Relazioni ministeriali (si veda quella del 2022, a p. 55, e le precedenti, perché nell'ultima hanno avuto il pudore di cancellare il paragrafo), il numero di donne morte per aborto è «basso» (sic!), quindi non importa?

Dal punto di vista psichico, la sindrome post-abortiva - che può colpire anche il padre, i fratelli, il personale sanitario e tutti coloro che sono in qualche modo coinvolti dall'aborto - comporta sofferenza emotiva, ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress, abuso di sostanze, comportamenti autolesionistici fino al suicidio e problemi di salute mentale in successive gravidanze e rispetto ad altri figli. Una ricca bibliografia in materia è consultabile nei precedenti Rapporti OPA (osservatorioaborto.it).

54 Nella gravidanza a termine l'85% del tessuto mammario è resistente al cancro e ogni gravidanza successiva riduce il rischio di tumore del 10%.

la gestazione. Solo dopo 32 settimane la madre ha prodotto un numero sufficiente di lobuli maturi di tipo 4, resistenti al cancro, che ne riducono il rischio. Per questo motivo anche ogni parto prematuro prima delle 32 settimane lo aumenta o raddoppia.

Gli aborti spontanei nel primo trimestre, invece, sono ininfluenti perché i livelli di HCG sono bassi, oppure ci sono bassi livelli di estrogeni e progesterone per cui il seno non cambia.

Sono stati gli studi condotti sulla vastissima platea di donne cinesi e indiane che hanno abortito anche ripetutamente a fornire la prova del link ABC. Le donne dell'Estremo Oriente, inoltre, di solito si sposano in giovane età, non usano la pillola ormonale, hanno più gravidanze e allattano più a lungo i figli, quindi in queste popolazioni sono assenti la maggior parte degli altri fattori di rischio per il cancro al seno. Negli Stati Uniti, in Australia e in buona parte dell'Europa, invece, le donne adottano diversi comportamenti che possono favorire l'insorgenza del cancro al seno (prima gravidanza in età avanzata, uso di contraccettivi ormonali fin dall'adolescenza, terapie ormonali sostitutive in menopausa, minor numero di figli e ridotto allattamento al seno). Questi fattori confondenti non consentono di stabilire con chiarezza il link ABC. Di contro, le metanalisi condotte su donne cinesi e indiane sono statisticamente molto solide.

Per esempio la metanalisi di Huang Y et al. (2014) che ha preso in esame sei importanti banche dati, tre in lingua inglese (PubMed, ScienceDirect e Wiley) e tre in cinese (CNKI, WanFang e VIP), ha evidenziato che un aborto indotto aumenta il rischio di cancro al seno del 44%, due aborti del 76% e tre aborti dell'89% (ecco perché non c'è solo correlazione, ma rapporto di causa-effetto).

Un'altra grande metanalisi (Brind et al., 2018) ha esaminato 20 studi condotti in Asia meridionale, 16 dei quali su donne indiane. Risulta che dopo un aborto indotto il rischio di cancro al seno aumenta del 151%. In India l'aborto è stato legalizzato nel 1971 e dal 1982 al 2005 l'incidenza del cancro al seno è quasi raddoppiata (Malvia et al., 2017), diventando la prima causa di morte per cancro delle donne. Inoltre le donne indiane che si ammalano sono più giovani di dieci anni rispetto alle donne occidentali: la maggior parte dei tumori al seno in India si manifesta nelle donne tra 30 e 40 anni.

L'endocrinologo Joel Brind - professore al Baruch College di New York e co-fondatore del Breast Cancer Prevention Institute - che ha condotto la metanalisi del 2018 spiega che non è un caso se negli ultimi decenni si stia verificando un'esplosione di cancro al seno a livello mondiale, infatti «il cancro al seno impiega anche 20 anni per manifestarsi dopo un evento scatenante come l'aborto indotto».

Nel suo docu-film del 2015, *Hush*, Punam Kumar Gill - regista che si autodefinisce *pro-choice* e che ritiene che l'aborto sia un diritto della donna, ma che sia un diritto inalienabile anche quello all'informazione completa, veritiera e corretta - indaga sui rischi correlati all'aborto indotto, intervistando ricercatori in questo campo e conclude che, sebbene siano necessarie ulteriori ricerche, «negare tale collegamento è ridicolo».

Gill spiega che negli Stati Uniti i casi di carcinoma mammario invasivo sono aumentati in modo allarmante tra il 1982 e il 1987. Nel 1970 solo una donna su 12 era affetta da cancro al seno, ora la proporzione è di una su 8. In particolare, nelle donne di età tra 25 e 39 anni l'incidenza del cancro al seno è quasi raddoppiata. Nessun altro gruppo di età ha fatto registrare un aumento così significativo. Secondo Gill «il fattore principale che è cambiato nella vita delle giovani donne, esattamente dieci anni prima che si verificasse l'aumento, è la crescita del numero di aborti a seguito della legalizzazione».

Nel documentario, Brind (autore delle due metanalisi del 2018 e 1996 riportate nei riferimenti bibliografici), Stephen Mosher, del Population Institute, e Ian Gentles, professore al Tyndale University College e co-autore del libro *Complications: Abortion's impact on women*, hanno

spiegato le conclusioni a cui sono giunti: il link ABC non si può negare.

Alcuni potrebbero contestare le ricerche sin qui citate perché datate⁵⁵. Non serve però sottolineare che "recente" non significa "migliore" e "datato" non significa "irrilevante". E questo è particolarmente vero per una patologia come il cancro al seno che può impiegare 10/20 anni prima di manifestarsi dopo l'evento scatenante.

I risultati delle metanalisi cinesi e indiane citate mantengono quindi tutta la loro forza e rilevanza dal punto di vista scientifico vista l'ampia platea su cui sono state condotte e vista l'assenza di fattori confondenti, come detto sopra.

Vi sono anche studi condotti su donne cinesi, a Shangai, che hanno rilevato un'associazione nulla tra aborto indotto e cancro al seno. Brind spiega (Brind e Chinchilli, 2004) che il risultato è dovuto all'alta prevalenza (>50%) di aborti indotti nella popolazione generale che maschera l'effetto dell'aborto. Le donne che non hanno abortito diventano un sottogruppo minoritario ad alto rischio di tumore per i motivi per i quali non sono state esposte all'aborto (subfertilità, prima gravidanza in età avanzata, nulliparità). Huang et al. (2014) hanno documentato questa tendenza degli studi cinesi mediante la procedura di meta-regressione. Un recente studio caso-controllo ha nuovamente fornito evidenza dell'esistenza del link ABC in Cina (Zou et al., 2023). Un simile risultato ha raggiunto una metanalisi riferita ai Paesi meno sviluppati pubblicata nel 2022 (Islam et al., 2022).

L'oncologa Lanfranchi ha spiegato⁵⁶ che la maggior parte delle organizzazioni di oncologi nega che esista il rischio perché i principali enti non finanziano più le ricerche sul link ABC. È stato deciso arbitrariamente che di questo argomento non se ne deve parlare più⁵⁷.

Brind ha anche escluso che negli studi caso-controllo il cosiddetto *recall bias* possa impattare significativamente sui risultati diminuendone così l'affidabilità (Brind, 2015)⁵⁸. Il *recall bias*, detto anche *response bias* o *reporting bias*, è uno "spettro" agitato da coloro che negano l'esistenza di un link ABC di fronte agli ormai innumerevoli studi caso-controllo realizzati in Asia meridionale (India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka) che hanno rilevato un legame positivo tra aborto indotto e cancro al seno - alcuni con aumenti del rischio fino a quasi il 2.000% (20 volte)⁵⁹.

I negazionisti l'esistenza del link ABC sostengono che le donne senza il cancro al seno avrebbero più probabilità di negare il loro aborto pregresso (*recall bias*) falsando i risultati dell'analisi. Per quanto non esista una sola evidenza empirica che dimostri l'effettiva esistenza del *recall bias*, questo viene spesso presentato come un dato accertato. Ma ammesso anche che esista, il *recall bias* non può spiegare aumenti del rischio di 10 o 20 volte, né la relazione "dose-effetto" rilevata da molti grandi studi (una probabilità di cancro al seno *crescente* con il numero di aborti). Un aumento significativo del rischio del 58-108% (Nagrani et al., 2016) rilevato

55 La ricerca sul tema ha tuttavia prodotto altri risultati che confermano l'esistenza di un collegamento anche in anni recenti, come dimostra l'ampia bibliografia citata al termine del Rapporto.

56 Cfr. Bilger M., 2016, "Breast cancer surgeon Angela Lanfranchi: The abortion-breast cancer link is real", 12 agosto 2016, <https://www.lifenews.com/2016/08/12/breast-cancer-surgeon-angela-lanfranchi-the-abortion-breast-cancer-link-is-real/>.

57 Un sondaggio sulla rivista *Nature* (Martison et al., 2005) ha documentato una tendenza scandalosa nell'ambito delle ricerche finanziate dal National Institutes of Health. Più di un ricercatore su 5 (il 15,5%) ha ammesso (in forma anonima) di aver «modificato la progettazione, la metodologia o i risultati di uno studio a seguito delle pressioni esercitate da un ente finanziatore». Lanfranchi ha riferito anche che medici e ricercatori devono affrontare notevoli pressioni volte a negare il link ABC, pena l'ostracismo o addirittura la perdita del lavoro.

58 Cfr. anche Brind J, 2016, "Bombshell study finds 58-108% increased breast cancer risk for women having abortions", 14 marzo 2016, <https://www.lifenews.com/2016/03/14/bombshell-study-finds-58-108-increased-breast-cancer-risk-for-women-having-abortions/>.

59 Quando si costruisce il tipico studio epidemiologico retrospettivo "caso-controllo" sul cancro al seno, si identificano due gruppi omogenei di donne: i "casi" con il cancro, e i "controlli" senza. Poi, tramite questionari e/o interviste, si individuano quelle che hanno abortito. Se i "casi" che hanno abortito sono più numerosi dei "controlli" l'aborto aumenta il rischio. Si parla di "rischio relativo" (RR) maggiore di 1 (negli studi retrospettivi caso-controllo si parla di odds ratio, OR). Con un RR = 1 non vi è alcun aumento o diminuzione del rischio, con un RR di 1,5 vi è un aumento del rischio del 50% e così via.

nelle donne che hanno avuto due o più aborti non può essere liquidato come un artificio causato dal recall bias. Una distorsione come il recall bias potrebbe inficiare per esempio l'associazione complessiva rilevata a livello mondiale nel 1996 (OR 1,3), ma non può essere rilevante in studi, come i 13 indiani, che in media segnalano un $OR > 4$. Roy et al. (2014) hanno evidenziato tra le donne indù del Bengala Occidentale (India) un OR di 10,66; Jabeen et al. (2013) hanno individuato su donne musulmane del Bengala Orientale (Bangladesh) un OR di 20,62!

Brind ha anche contestato le conclusioni dello studio prospettico di Melbye et al. (1997) condotto su moltissime donne (1,5 milioni), con moltissimi aborti (oltre 400.000) e moltissimi casi di cancro al seno (oltre 10.000). Tra le evidenti violazioni del metodo scientifico e i difetti dello studio del 1997, segnaliamo due dati: i ricercatori affermano erroneamente che in Danimarca l'aborto è stato legalizzato nel 1973, quando in realtà la legalizzazione è avvenuta nel 1939. I registri informatizzati degli aborti utilizzati come base dati non presentavano alcun aborto fino al 1973, sebbene venissero prese in considerazione tutte le donne danesi nate tra il 1935 e il 1978. Le 60.000 donne, che avevano avuto circa 80.000 aborti prima del 1973, sono state considerate come se non avessero avuto alcun aborto. Inoltre, sebbene i registri degli aborti risalissero solo al 1973, sono stati utilizzati i registri del cancro al seno che risalivano al 1968, violando in questo modo la fondamentale regola scientifica della temporalità: la causa deve precedere l'effetto.

Anche tra il 1997 e il 2008 importati riviste scientifiche hanno pubblicato una dozzina di studi provenienti da tutto il mondo occidentale che riportavano un'associazione nulla tra aborto indotto e cancro al seno. Anche di questi Brind ha puntualmente denunciato una serie di palesi violazioni metodologiche. La maggior parte dei risultati di questa analisi è stata riassunta da Beral et al. (2004): gli studi che avevano rilevato un'associazione significativamente positiva tra aborto indotto e cancro al seno erano stati esclusi per motivi non scientifici, come per esempio l'impossibilità di rintracciarne gli autori. Brind conclude: «Le distorsioni del metodo e dei dati in questi studi sul legame nullo ABC e quelli della rianalisi di Beral sono così pervasive che non esito a definirle fraudolente».

Ai fini di una veritiera, corretta e completa informazione, quindi, l'opinione pubblica e le donne dovrebbero essere informate quanto meno che è possibile che l'aborto indotto moltiplichi il rischio di cancro al seno.

5

CONCLUSIONI

di Giuseppe Noia

Il Terzo Rapporto dell'Osservatorio è un'analisi oggettiva di dati statistici che dovrebbe far riflettere tutti: medici, sociologi, politici, statistici, giuristi, filosofi, giornalisti, operatori dei media ed esperti dei processi di evoluzione maturativa del pensiero umano.

Ho voluto intenzionalmente fare un elenco di figure che sul piano antropologico e psicosociale hanno la responsabilità nel produrre cultura delle scelte che riguardano la comunità sociale tutta, senza discriminazioni ideologiche, politiche o religiose. Perché è dell'umano che parlano questi dati. Si questi dati parlano dell'umano e del destino di milioni di esseri umani. Non riesco a non sottolineare l'ipocrisia e le contraddizioni che ogni giorno percepiamo sulla rivendicazione di diritti di chicchessia e per chicchessia, senza segnalare che l'unico condannato a non avere diritti è l'embrione umano, l'unico! Assurda discriminazione storica, politica e psicosociale della cecità della mente e del cuore.

Tuttavia, il mondo dei social si straccia (giustamente) le vesti per tutte le efferatezze che si compiono verso i bambini, le donne, le figure deboli della società, insorgendo e chiedendo giustizia per ogni forma di delitto, perpetrato verso gli esseri umani in tutte le forme, individuale o sociale, come la guerra e contro ogni guerra.

L'umanità del concepito è espressa da una valanga di dati scientifici che dimostrano la sua ontologica verità: l'embrione umano è un protagonista biologico, è fortemente relazionato con la madre in maniera biunivoca sin da subito, invia cellule staminali verso la madre con capacità di limitare i processi patologici materni per cui, da anni, ho coniato l'espressione "l'embrione è medico della madre" e può essere curato come un paziente adulto (il feto come paziente) sin dai primi mesi, con risultati a dir poco incredibili e che ci hanno lasciati esterrefatti perché validati da percentuali di sopravvivenza inattese e da storie naturali che evolvono positivamente, sia lungo le settimane gestazionali che dopo la nascita, ad un lungo follow up.

Nonostante questo, il detto antico "contra factum non valet argumentum" (contro l'evidenza non c'è discussione) nel caso dell'embrione è completamente disatteso: l'embrione è silenziato, contrastato, combattuto, odiato, vilipeso e mortificato.

C'è un grande mistero, oggi e da sempre, nel cuore umano, perché non si capisce o non si vuol vedere l'evidenza. Soprattutto non c'è quella necessaria onestà intellettuale di guardare, analizzare, riflettere e considerare l'evidenza non solo scientifica ma soprattutto umana della "passione" delle donne, delle madri, delle famiglie, quel "calvario" psico-sociale che, inanellando menzogne e fake news, impedisce alle donne di scegliere nella consapevolezza. È chiaro che esiste e deve esistere la libertà di scelta: siamo stati creati liberi. Ma questa libertà di scelta avviene nella piena consapevolezza? Cosa cambia nel cuore di una madre se le si dice: «Lei ha contratto la toxoplasmosi e il bambino avrà gravi problemi», invece che: «Signora, i dati sul suo sangue dicono che questa infezione non è recente, ma è avvenuta anni prima di questa gravidanza»? Oppure quando alla domanda: «Mi è stato detto che il mio bambino ha un igroma cistico e sarà gravato da gravissimi problemi» si risponde: «Signora, l'igroma cistico è di due tipi: se è su tutto il corpo la prognosi non è buona e nel 67% dei casi il bambino muore. Se, invece, l'igroma cistico è isolato e solo dietro il collo, nell'80% il liquido si riassorbe. In quest'ultima condizione più di 200 bambini sono nati e stanno bene»?

Se come tutti dicono l'aborto è un grande dramma, è mia opinione che, se c'è una responsabilità oggi dinanzi ad esso, questa è dentro una mancanza di comunicazione della verità scientifica sull'embrione come persona umana. Esso è intimamente relazionato con la donna, con la madre, con "sua" madre attraverso quelle radici reali e misteriose, indagabili e non indagabili, che sono percepibili attraverso la traduzione metaforica della felicità che ogni donna esprime, quando la realtà del figlio parla col linguaggio biologico e psicodinamico che la letteratura

accreditata ha ampiamente dimostrato (il dialogo nascosto, il cross-talk). Dalla mancanza di comunicazione della verità sull'embrione come persona umana deriva la non consapevolezza globale delle scelte, perché la conoscenza conduce le donne sempre alla consapevolezza e la consapevolezza apre gli occhi della mente e del cuore e il cuore di tutti prova indignazione se si uccide un innocente.

5.1 - L'analisi dei dati

L'analisi dei dati è "impietosa" nella sua evidenza: accanto ad una diminuzione dell'aborto chirurgico (raschiamento, karman e altre forme di istero suzione, negli ultimi 3 anni, dal 51.2% al 47%) si assiste ad un incremento dell'aborto chimico (con mifepristone più prostaglandine, dal 48.8% al 52.8%). La distribuzione sul piano territoriale è quasi sovrapponibile in quelle regioni (Puglia, Toscana, Emilia e Liguria) che 40 anni fa avevano lanciato la proposta «più contraccezione nei consultori meno aborti». A queste regioni si aggiunge il Piemonte. La distribuzione va da un minimo di 5.2% in Trentino a un massimo di 18.5% in Liguria.

Il costo dell'aborto farmacologico nei 3 anni considerati (2020-21-22) aumenta da € 12.678.721 a € 19.285.492 (dal 24% al 37% del totale), ma soprattutto cresce il costo legato alla quota delle spese per le complicazioni: da 5.5 a 6.4 milioni di Euro.

Nel 2022 il numero assoluto degli aborti legali è cresciuto rispetto all'anno precedente per la prima volta dal 1983.

Nel lungo periodo il calo del numero totale di aborti deve considerare il declino della popolazione femminile in età fertile, causato dall'invecchiamento della popolazione con conseguente calo delle nascite e del calo degli indicatori di abortività. Nel 2022 il tasso di abortività totale cresce per il terzo anno consecutivo e l'Istat lo ha stimato pari a 206 per l'anno 2022. Giustamente, come rileva questo Rapporto, se il 13% dei casi di donne che decidono di abortire una gravidanza appena iniziata e se, in media, oltre il 20% delle donne prende almeno una volta questa decisione, ci si deve interrogare sul valore che viene assegnato alla vita umana e sulle condizioni con cui si cerca di far venire al mondo le nuove generazioni.

L'inverno demografico è il frutto dell'inverno del cuore, del coraggio e della fiducia nel futuro. È una condizione psicosociale dove accanto alla sparizione delle relazioni («La più grande povertà del nostro tempo è la povertà delle relazioni» scrive il sociologo Pierpaolo Donati) sparisce man mano la speranza. E senza la speranza dove possiamo andare?

5.2 - L'aborto come mezzo di controllo delle nascite

Un altro aspetto è: come è stato usato l'aborto volontario? I dati del Rapporto mostrano che è stato usato come mezzo di controllo delle nascite, soprattutto considerando che, dopo l'esplosione dell'uso dell'aborto farmacologico dell'ultimo decennio (nel 2010 era agli inizi e l'aborto chirurgico costituiva il 93% del totale degli aborti) nel 2022, l'incidenza degli aborti spontanei nelle giovanissime era il 57% più elevata di quella delle donne della classe di età successiva, cioè da 20 a 34 anni. Anche in questo Terzo Rapporto viene confermato quanto rilevato nei precedenti e cioè che l'aborto fai-da-te è molto in voga nelle minorenni. Non è giustificabile con gravidanze sempre più medicalizzate e monitorate proprio per prevenire gli aborti spontanei. Questi dovrebbero essere più rari nelle donne più giovani, ma il nostro Rapporto evidenzia sulla base dei dati ufficiali una prevalenza di aborti spontanei dell'11% in ragazze fino a 19 anni.

Un ulteriore aspetto che il Rapporto ha evidenziato non è solo il cambiamento culturale. Se la legge 194 doveva garantire una sicurezza per la salute della donna, oggi vediamo che negli Stati Uniti, l'industria dell'aborto ha fatto aumentare la prevalenza dell'aborto autogestito del 40%, promuovendo la completa demedicalizzazione dell'aborto chimico, fornendo l'aborto anche in telemedicina con la spedizione per posta del farmaco, fino a chiedere che le pillole abortive siano disponibili in farmacia come farmaco da banco.

Come abbiamo scritto più volte la frase "aborto farmacologico facile e sicuro" è piena di menzogne: non è affatto facile e non è affatto sicuro. Rispetto all'aborto chirurgico quello farmacologico è 4 volte più rischioso e 10 volte più mortale e aggiunge solitudine a solitudine, accompagnata da eventi imprevedibili e cifre importanti di complicazioni a breve e lungo termine.

Nel Secondo Rapporto dell'Osservatorio erano state puntualmente rilevate tutte le evidenze disponibili sulle complicazioni dell'aborto facile e sicuro! Peraltro, nel 90% dei casi l'aborto con prostaglandine, oltre a non lasciare tracce, non richiede il ricovero e quindi non si può calcolare il numero degli aborti clandestini.

Per quanto riguarda le pillole post-coitali (del giorno dopo e dei 5 giorni dopo) abbiamo già pubblicato un lavoro (Noia, 2023) per mostrare come queste pillole intervengono come intercettivi-abortivi nelle prime fasi dopo il concepimento accentuando il dato *apparente* della diminuzione all'accesso dell'aborto legale, come si vede nettamente nella figura 15. Questa forma di abortività è quella che cerca più fortemente di silenziare la presenza di una vita umana che viene distrutta nelle prime fasi del processo impiantatorio. La definizione di tale processo abortivo volontario è impregnata da grandi bugie scientifiche già dalla definizione di "contraccezione di emergenza": il fatto è che non sono farmaci contraccettivi poiché non intervengono prima che lo spermatozoo e l'ovulo si incontrano, ma subito dopo il concepimento. Quindi non sono contraccettivi ma sono micro abortivi, dove il termine micro si riferisce alle dimensioni dell'embrione, ma non al trauma grave e complesso che si ha nella madre.

Il concetto "piccolo embrione piccolo trauma" è un'altra grave menzogna e questo lo desumo dall'esperienza di migliaia di donne da me visitate: «Professore, io ho perso due embrioni alla sesta e alla settima settimana e anche in casa mia i miei familiari, i miei amici mi strillano perché sono troppo esagerata sul fatto che vivo un periodo di grande depressione. Mi dicono in fondo è una cosa insignificante e piccola. Perché tutta questa reazione dinanzi a degli aborti così precoci? Professore, se questa "cosa" è così insignificante perché io sto male?». «Le spiego perché sta male: quando la donna ha un aborto spontaneo anche precoce, non perde grammi o "centimetri di figlio", ma perde il 100% del figlio, perché questa è la percezione che ciascuna madre ha quando c'è un test di gravidanza positivo, per cui il concetto di piccolo embrione piccolo trauma è completamente falso».

5.3 - Considerazioni finali

Questo Terzo Rapporto ha il grande pregio di non sottacere alcun aspetto legato al fenomeno aborto volontario, con una "sapienza" statistica di numeri e con una linearità in collegamenti storici che aprono molto bene gli occhi della mente per leggere la trama sottile delle "nefandezze menzognere" che hanno accompagnato il fenomeno aborto in tutti questi anni e la cultura che lo sostiene. In queste considerazioni finali ho fatto una sintesi epicritica delle contraddizioni scientifiche e psicosociali che sottendono il fenomeno aborto volontario: un decalogo di 10 affermazioni:

1. Si parla di *contraccezione di emergenza* proponendo farmaci che non sono contraccettivi e non si capisce quale è l'emergenza medica cui si deve soggiacere.
2. Si parla di *aborto facile e sicuro* proponendo un approccio chimico che non è né facile né sicuro e che comporta gravi problemi e complicazioni a breve e a medio termine.
3. Si dice che *il numero di aborti diminuisce* e non si accenna che la diffusione delle pillole post-coitali come ellaOne determina aborti precocissimi (762.796 confezioni vendute nel solo 2022).
4. Si *facilita l'accesso all'aborto fai-da-te* e si assiste inebetiti all'aumento degli aborti volontari nelle giovanissime dai 14 ai 19 anni, cercando di mascherare il dato epidemiologico e scientifico che quelli non sono aborti spontanei, ma sono aborti volontari.
5. Si configura *l'aborto eugenetico come terapia* (aborto "terapeutico") e non si considera che non c'è nessuna terapia: il feto muore e la madre si porta un vissuto da elaborare per tanti anni poiché capisce (dopo) che eliminare il sofferente non elimina la sofferenza.
6. *Non si presenta alcuna alternativa all'aborto eugenetico* (ex art. 5 della legge 194) pur esistendo da 40 anni una terapia fetale invasiva e non invasiva che permette di curare molte patologie fetali con ottimi risultati.
7. Si pensa di aiutare *l'autodeterminazione della donna* evitando che possa ripensare alla scelta iniziale, senza aiutarla nella consapevolezza di quella tragica scelta e sulle sue conseguenze.
8. *Ci si accanisce contro gli obiettori di coscienza* senza considerare che l'enorme crescita di conoscenza dell'embrione come medico della madre, come paziente a tutti gli effetti e come protagonista relazionale, ha aperto oceani di consapevolezza in moltissimi medici che hanno giustamente cambiato opinione e sono divenuti obiettori.
9. Ci si intestardisce a *silenziare o ridimensionare studi clinici di spessore che correlano l'aborto volontario con il cancro al seno*, non considerando che questo dato scientifico non riguarda solo l'interruzione volontaria di gravidanza, ma anche tutte quelle condizioni di parto pretermine che portano alla nascita prima delle 32 settimane. Chi vuole vedervi in questo dato di letteratura, fondato scientificamente da più di 50 lavori, il tentativo di tirare la giacca della scienza in maniera antiabortista, dovrebbe leggere molto bene le basi fisiopatologiche delle modificazioni istologiche delle cellule mammarie prima e dopo le 32 settimane, che spostano la capacità di resilienza cellulare da condizioni pro-tumoralì a condizioni contra-tumoralì.
10. Si continua a perpetrare *la menzogna che l'aborto legale ha abolito l'aborto clandestino* mentendo sulle cifre degli aborti clandestini prima della legge e clandestinizzando nella solitudine le donne con aborti fai-da-te. E soprattutto *non considerando i dati internazionali sui reali rischi di morte materna*.

Cosa spinge il cuore dell'uomo a non fermarsi a riflettere pacatamente e con onestà intellettuale a soppesare, in un confronto culturale e scientifico, tutto questo mondo di non verità?

Concludo citando contributi non miei, che evidenziano come l'umanità del concepito evolve verso l'umanità del neonato, del fanciullo, dell'adolescente, dell'adulto e dell'anziano, cioè si estende a tutto l'arco esistenziale che va dal concepimento naturale alla fine della sua esistenza, mostrando la meravigliosa e complessa bellezza della persona umana.

Il primo contributo è quello del celebre neuroscienziato Giulio Maira (citato nel libro di Francesco

Agnoli *Filosofia della nascita*, 2023). Dopo aver spiegato che il cervello, cioè l'organo che portiamo sul capo, è infinitamente più complesso degli astri, delle stelle, della materia cosmica, scrive: «Il titolo del mio libro "Il cervello è più grande del cielo" è legato a una poesia di Emily Dickinson ed è stato scelto per svariati motivi. Il primo è perché il nostro cervello ha un numero di neuroni pari al numero delle stelle della Via Lattea, quasi cento miliardi. Poi perché la nostra mente, con la fantasia, può racchiudere al suo interno tutto il firmamento e l'universo e avrà ancora spazio per pensare ad altre cose. Infine perché, da medico impegnato con pazienti affetti da patologie veramente gravi, vedo nelle stelle e nel cielo un segnale di speranza e di prospettiva positiva per il futuro. La grandezza dell'uomo sta proprio nelle qualità straordinarie del cervello, nella capacità di pensare, di riflettere su se stesso e sul mondo che ci circonda, di progettare il futuro andando al di là delle mere necessità della sopravvivenza. In altri termini, la sua grandezza sta nel mistero della coscienza, che nessun altro essere vivente conosciuto ha in misura così sviluppata. (...) I misteri che avvolgono il nostro cervello e la nostra mente sono ancora tanti e aumentano con l'aumentare delle nostre conoscenze. Suscita stupore e sconcerto che il nostro cervello sia composto di atomi forgiati miliardi di anni fa nel cuore delle stelle lontane. Per i fisici siamo letteralmente figli delle stelle. La cosa incredibile sta nel fatto che questi atomi si siano assemblati in modo da costituire l'organo più importante dell'universo e che adesso questi atomi formano una massa in grado di riflettere non solo sulle stesse stelle, ma anche sulla propria capacità di pensare. Tuttavia, come da quest'insieme di materia possa nascere un pensiero intelligente è ancora avvolto nel mistero. *Nulla nella materia è in grado di spiegare le qualità della mente*. Questo è l'enigma della coscienza ed è anche il mistero più profondo della nostra conoscenza. È il problema difficile, *the hard problem*, com'è stato definito da filosofi e neuroscienziati».

Il secondo contributo è di una filosofa ebrea del '900, Hannah Arendt (1906-1975), che definisce gli uomini "esseri natali" e non solo mortali: «Gli uomini, anche se devono morire, non sono nati per morire ma per incominciare». Approda a questo concetto soprattutto a partire dal prepotente bisogno umano di essere amati e di amare, non invano né per un tempo breve, ma, come tra innamorati, *per sempre*.

Il terzo contributo è quello di una mamma, Chiara Corbella Petrillo, che ha accolto la vita fragile per ben due gravidanze di due figli con gravi patologie e che, per non rinunciare alla vita fragile del suo terzo bambino, ha scelto di differire a dopo la nascita le cure per un tumore insorto durante gravidanza. L'anno dopo ha lasciato questa esistenza... per amore... solo per amore!

Uno scienziato, una filosofa, una madre, scegliete voi quale messaggio portarvi nella mente e nel cuore... oppure tutti e tre: portateli nel vostro cuore.

6

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agnoli F. 2013. Le cifre sull'aborto: prima e dopo la legge 194, <https://www.provitaefamiglia.it/blog/le-cifre-sulla-aborto-prima-e-dopo-la-legge-194>.
- Agnoli, F. 2023. *Filosofia della nascita*. Roma, Provita & Famiglia.
- Balekouzou B. et al. 2017. Reproductive risk factors associated with breast cancer in women in Bangui: a case-control study, *BMC Women's Health*, 17(1):14. DOI <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0368-0>.
- Bearak J. et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *The Lancet Global Health*, Volume 8, Issue 9, e1152 - e1161, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
- Beral V. et al. 2004. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83,000 women with breast cancer from 16 countries, *Lancet*, 2004 Mar 27;363(9414):1007-16, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15835-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15835-2).
- Bhadoria A.S. et al. 2013. Reproductive factors and breast cancer: A casecontrol study in tertiary care hospital of North India, *Indian Journal of Cancer*, Oct-Dec 2013;50(4):316-21, <https://doi.org/10.4103/0019-509X.123606>.
- Brache V. et al. 2010. Immediate pre-ovulatory administration of 30mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod*. 2010;25:2256–2263
- Brache V. et al. 2013. Ulipristal acetate prevent ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception*. 2013;88:611–618
- Brind J., 2017. Shocking study: millions of women in Asia will die from breast cancer because they had abortions, 4 ottobre 2017, <https://www.lifenews.com/2017/10/04/shocking-study-millions-of-women-in-asia-will-die-from-breast-cancer-because-they-had-abortions/>.
- Brind J., 2015. Abortion and breast cancer: Recent evidence confirms a robust link, *Issues Law Med*, 2015 Autumn;30(2):153-7.
- Brind J., 2016. Bombshell study finds 58-108% increased breast cancer risk for women having abortions, 14 marzo 2016, <https://www.lifenews.com/2016/03/14/bombshell-study-finds-58-108-increased-breast-cancer-risk-for-women-having-abortions/>.
- Brind J. et al. 1996. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996 Oct;50(5):481-96, <https://doi.org/10.1136%2Fjech.50.5.481>.
- Brind J. et al. 2018. 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*, 33(1):32-54, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30831018/>.
- Brind J., Chinchilli V.M. 2004. Breast cancer and induced abortions in China (letter to the editor), *British Journal of Cancer*, 2004 Jun 1;90(11):2244-46, <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601853>.
- Calhoun B.C. et al. 2013. Maternal and Neonatal Health and Abortion: 40-Year Trends in Great Britain and Ireland, *Journal of American Physicians and Surgeons*, Vol. 18 n. 2, pp. 42-46, <https://www.jpands.org/vol18no2/calhoun.pdf>.
- Carroll P.S. 2007. 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, <https://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>.
- CGIL Marche. 2022. Interruzioni volontarie di gravidanza nelle Marche, https://www.marche.cgil.it/wp-content/uploads/2022/09/Report-IVG-2020_compressed.pdf, scaricato il 10/09/2024.

Chemlal S., Russo G. 2019. Why do they take the risk? - A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal, *BMC Womens Health*, 19(1):55, <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0751-0>.

Colombo B. 1977. La diffusione degli aborti illegali in Italia. Milano, *Vita e Pensiero*.

Daling J.R. et al. 1994. Risk of breast cancer among young women: relationship to induced abortion, *Journal of the National Cancer Institute*, Nov 2;86(21):1584-92, <https://doi.org/10.1093/jnci/86.21.1584>.

Daling J.R. et al. 1996. Risk of breast cancer among white women following induced abortion, *American Journal of Epidemiology*, 1996 Aug 15;144(4):373-80, <https://doi.org/10.1093/jnci/86.21.1584>.

Di Fiore B. 2024. Four reasons to distrust UCSF's study alleging safety of 'no-test' abortion pill protocol, *Live Action*, 1° maggio 2022, <https://www.liveaction.org/news/four-reasons-distrust-ucsf-abortion-pill-study>, scaricato il 10/09/2024.

Dolle J.M. et al. 2009. 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, <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-08-1005>.

Flander N. 2024. Self-managed abortions are rising... and Big Abortion is gaslighting the public, *Live Action*, 2 agosto 2024, https://www.liveaction.org/news/self-managed-abortions-rising-gaslighting-public/?inf_contact_key=bb1f5c114418a5ad803d4ef67a7ce000f651f238aa2edbb9c8b7cff03e0b16a0, scaricato il 10/09/2024.

Frova L. et al. 1999. *La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia*. Roma, Sistema statistico nazionale, Istituto nazionale di statistica, Istituto superiore di sanità.

Ganatra B. et al. 2017. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *The Lancet*, Volume 390, Issue 10110, 2372 – 2381, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).

Hosseinzadeh M. et al. 2014. Risk factors for breast cancer in Iranian women: A hospital-based casecontrol study in Tabriz, Iran, *Journal of Breast Cancer*, 2014 Sep;17(3):236-43, <https://doi.org/10.4048%2Fjbc.2014.17.3.236>.

<https://www.liveaction.org/news/self-managed-abortion-brainchild-abortion-industry/>, scaricato il 10/09/2024, scaricato il 10/09/2024.

Huang Y. et al. 2014. 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, <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0325-7>.

Islam M.A. et al. 2022. A meta-analysis of induced abortion, alcohol consumption, and smoking triggering breast cancer risk among women from developed and least developed countries, *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 2022, Article ID 6700688, <https://doi.org/10.1155/2022/6700688>.

Jabeen S. et al. 2013. Breast cancer and some epidemiological factors: A hospital based study, *Journal of Dhaka Medical College*, 2013;22(1):61-66, <https://doi.org/10.3329/jdmc.v22i1.15628>.

Kamath R. et al. 2013. A study on risk factors of breast cancer among patients attending the Tertiary Care Hospital, in Udupi District, *Indian Journal of Community Medicine*, 2013 Apr;38(2):95-9, <https://doi.org/10.4103/0970-0218.112440>.

Khachatryan L. et al. 2011. Influence of diabetes mellitus type 2 and prolonged estrogen exposure on risk of breast cancer among women in Armenia, *Health Care for Women International*, 2011 Nov;32(11):953-71, <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.569041>.

Koch E. et al. 2015. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states, *British Medical Journal Open*, 2015;5:e006013, doi:10.1136/bmjopen-2014-006013.

- Lanfranchi A. 2014. Normal breast physiology: the reasons hormonal contraceptives and induced abortion increase breast-cancer risk, *Issues in Law & Medicine*, 2014 Spring;29(1):135-46.
- Lanfranchi A. 2019. New analysis of 20 studies finds 151% increased breast cancer risk after abortion, 7 gennaio 2019, <https://www.lifenews.com/2019/01/07/new-analysis-of-study-studies-finds-151-increased-breast-cancer-risk-after-abortion/>.
- Lanfranchi A. et al. 2018. *Complications: Abortion's impact on women*, Second ed. revised and updated, Toronto (Canada), *The deVeber Institute for Bioethics and Social Research*.
- Linton P.B. 2024. The Impact of Abortion Laws on Maternal Mortality Rates: What is the Evidence? Lozier Institute American Report Series, n. 24, <https://lozierinstitute.org/the-impact-of-abortion-laws-on-maternal-mortality-rates-what-is-the-evidence/>.
- Loghi M., D'Errico A., Cialesi R. 2024. *L'interruzione volontaria di gravidanza in un'ottica generazionale*, Roma, Istat, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/08/interruzione-volontaria-gravidanza-Ebook.pdf>.
- Malvia S. et al. 2017. Epidemiology of breast cancer in Indian women, *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 2017 Aug;13(4):289-295, <https://doi.org/10.1111/ajco.12661>.
- Martinson B.C. et al. 2005. Scientists Behaving Badly, *Nature*, 2005 Jun 9;435(7043):737-8, <https://doi.org/10.1038/435737a>.
- Melbye M. et al. 1997. Induced abortion and the risk of breast cancer, *New England Journal of Medicine*, 1997; 336(2):81-85, <https://doi.org/10.1056/nejm199701093360201>.
- Miller C. 2021. Maternal Mortality from Induced Abortion in Malawi: What Does the Latest Evidence Suggest?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18, 10506, <https://doi.org/10.3390/ijerph181910506>.
- Nagrani R. et al. 2016. Understanding rural-urban differences in risk factors for breast cancer in an Indian population, *Cancer Causes Control*, 27:199-208, <https://doi.org/10.1007/s10552-015-0697-y>.
- Noia G. 2023. Il dialogo nascosto, Osservatorio Permanente sull'Aborto, <https://osservatorioaborto.it/la-vita-inizia-con-il-concepimento-non-con-limpianto/>.
- Novielli C. 2024. Abortion Pill 'Self-managed' abortion isn't the result of pro-life laws. It was always the abortion industry's plan, *Live Action*, 27 aprile 2024.
- Ozmen V. et al. 2009. Breast cancer risk factors in Turkish women - a University Hospital based nested case control study, *World Journal of Surgical Oncology*, 2009 Apr 8;7:37, <https://doi.org/10.1186/1477-7819-7-37>.
- Perfori L. 2022. *Aborto: dalla parte delle donne*, Biblioteca di ProVita & Famiglia.
- Perfori L. 2024. La 194 non ha eliminato l'aborto clandestino, *Notizie ProVita & Famiglia*, n. 126, febbraio 2024.
- Ralph L. et al. 2024. Self-Managed Abortion Attempts Before vs After Changes in Federal Abortion Protections in the US, *JAMA Network Open*.;7(7): e2424310, doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.24310
- Regione Marche. 2023. *IVG nella regione Marche anno 2022*, https://www.regione.marche.it/portals/0/ODS/2023/presentazione_IVG_Marche_23_11_%202023.pdf, scaricato il 10/09/2024.
- Roy A.G. et al. 2014. Association of lifestyle variables with the novel mutation of BRCA1 gene in breast cancer: a case-control study among the Bengalee Hindu females of West Bengal, India, *WJ of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 2014;3 (6):1213-1226, https://www.wjpps.com/Wjpps_controller/abstract_id/1454.
- Russo J. et al. 2001. 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.

Shamshirian A. et al. 2020. Breast cancer risk factors in Iran: a systematic review & meta-analysis, *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 41(4): 20200021, <https://doi.org/10.1515/hmbci-2020-0021>.

Socci A. 2006. Il genocidio censurato. Aborto: un miliardo di vittime innocenti. Casale Monferrato, *Edizioni Piemme*.

Ushma D. et al. 2022. Outcomes and Safety of History-Based Screening for Medication Abortion - A Retrospective Multicenter Cohort Study, *JAMA Internal Medicine*, 182(5):482-491, doi:10.1001/jamainternmed.2022.0217.

Viale S. 2007. Cytotec: legittima difesa, *Agenda Coscioni*, n. 12, p. 8, <https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2007/12/agenda-coscioni-16.pdf>, scaricato il 10/09/2024.

Yanhua C. et al. 2012. Reproductive variables and risk of breast malignant and benign tumours in Yunnan province, China, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012;13(5):2179-84, <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.5.2179>.

Yuan X. et al. 2019. Induced Abortion, Birth Control Methods, and Breast Cancer Risk: A Case-Control Study in China, *Journal of Epidemiology*, 29(5):173-179, <https://doi.org/10.2188/jea.JE20170318>.

Zou S. et al. 2023. Genetic and lifestyle factors for breast cancer risk assessment in Southeast China, *Cancer Medicine*, 12:15504-15514, <https://doi.org/10.1002/cam4.6198>.

Zouré A.A. et al. 2016. Multiparity and breast cancer risk factor among women in Burkina Faso, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(12):5095-5099, <https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.12.5095>.

