SIBCE
Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici

ASSOCIAZIONE ITALIANA GINECOLOGI OSTETRICI CATTOLICI
AIGOC

Fondazione
Il Cuore in una Goccia
Onlus

PROVITA & FAMIGLIA

I COSTI DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978

I COSTI DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978

A cura di Benedetto Rocchi
e Stefano Martinolli

IL GRUPPO DI LAVORO **9**
EXECUTIVE SUMMARY **11**
1. INTRODUZIONE **15**
2. METODOLOGIA **19**
3. I DATI DI BASE **20**
3.1 - Quarant'anni di aborto legale secondo l'"Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza dell'Istat" 21
3.2 - Le spese abortive nel sistema dei costi standard del servizio sanitario nazionale 27
4. LA DETERMINAZIONE DEL COSTO MEDIO DELL'ABORTO IN ITALIA **30**
4.1 - Tecnologie mediche e percorsi sanitari abortivi nel sistema sanitario nazionale 31
4.1.1 - Percorsi diagnostici 31
4.1.2 - Aborto entro i 90 giorni 32
4.1.3 - Aborto dopo i 90 giorni 33
4.1.4 - Il trattamento medico delle complicanze 34
4.2 - Il costo medio dei percorsi abortivi "tipo" 35
4.2.1 - Definizione dei percorsi abortivi tipo 35
4.2.2 - Costi standard dei percorsi abortivi tipo 36
5. IL COSTO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978 NEL 2018 **38**
5.1 - Gli aborti nel 2018 secondo l'indagine Istat 39
5.2 - Il costo sostenuto dal SSN nel 2018 per l'applicazione della legge 40
6. IL COSTO STORICO PER LE POLITICHE ABORTIVE IN ITALIA **44**
6.1 - Metodologia 45
6.2 - Serie storica a prezzi costanti 46
6.3 - Capitalizzazione della spesa per aborti in Italia 47
7. I COSTI NON CONSIDERATI **50**
7.1 - Aspetti prudenziali della stima effettuata 51
7.2 - Costi non considerati a causa dell'"under-reporting" degli aborti 51
7.2.1 - La legge 194/78 non ha eliminato - come prometteva - gli aborti clandestini *51*
7.2.2 - Le relazioni ministeriali sono lacunose e non consentono un calcolo puntuale dei costi annessi all'aborto legale 51
7.2.3 - Lacune circa le complicanze che derivano dall'aborto 53
7.3 - Costi per la diagnostica genetica difensiva 54
7.4 - Costi per la morbilità fisica e psichica delle donne connessa all'aborto 55
7.5 - Conseguenze sanitarie della diffusione dell'aborto "fai-da-te": tassi anomali di revisioni uterine in donne giovani 57
8. CONCLUSIONI **60**

APPENDICI **64**

A.1 - UNA PANORAMICA SULLE CONSEGUENZE FISICHE, PSICOLOGICHE E SOCIALI DELL'ABORTO VOLONTARIO **64**

1) Costi per curare le infezioni e le loro conseguenze, le emorragie, le complicanze legate all'anestesia, i traumi del canale cervicale, le perforazioni dell'utero, per completare gli aborti falliti o incompleti e per trattare gli effetti collaterali della prostaglandina 64

A) Infezione pelvica 64

B) Emorragie 65

C) Fallimento dell'aborto: aborto mancato o incompleto 65

D) Complicanze legate all'anestesia 65

E) Trauma del canale cervicale 65

F) Perforazione dell'utero e altre lesioni genitali 66

G) Effetti collaterali della prostaglandina 66

2) complicanze in gravidanze successive 66

A) Parto prematuro. 66

B) Placenta previa 66

C) Sanguinamento vaginale in future gravidanze 67

3) complicanze fisiche a lungo termine 67

A) Infertilità/sterilità 67

B) Cancro al seno 67

4) problemi fisici derivanti dall'uso di pillole post-coitali 67

5) problemi psichici derivanti dall'aborto indotto 68

A) Danni sofferti direttamente dalla donna 68

B) Danni sofferti dalla donna in termini relazionali 70

C) Danni sofferti da altri soggetti coinvolti indirettamente nell'aborto 71

A.2 - L'HOSPICE PERINATALE: L'ALTERNATIVA ALLA DIAGNOSI PRENATALE SELETTIVA E ALL'ABORTO EUGENETICO **73**

Introduzione 73

L'aborto eugenetico e la diagnosi prenatale nel pensiero unico 74

I due atteggiamenti culturali delle diagnosi prenatali 74

La scienza prenatale come servizio alle famiglie: l'uso rigorosamente Etico e scientifico delle tecnologie prenatali 75

La diagnosi prenatale patologica 76

Il counselling e la storia naturale delle gravi malformazioni fetali 78

L'hospice perinatale 78

A.3 - IL COSTO DELLO SMALTIMENTO DEI BAMBINI NON NATI **83**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI **86**

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

Stefano Martinolli
Dirigente medico presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina a Trieste

HANNO COLLABORATO (IN ORDINE ALFABETICO):

Vito Aicale
Ginecologo, Dirigente medico dell'Ospedale Madonna delle Grazie a Matera

Francesco Avanzini
Dirigente medico di Foniatria all'Ospedale San Maurizio di Bolzano

Cinzia Baccaglini
Psicologa clinica e di comunità. Psicoterapeuta sistemico-relazionale

Giorgio Celsi
Infermiere, fondatore dell'associazione "Ora et Labora in Difesa della Vita"

Filippo Maria Boscia
Già Direttore della Cattedra di Fisiopatologia della riproduzione umana all'Università di Bari, e del Dipartimento materno-infantile dell'ASL di Bari. Consulente di ostetricia e ginecologia presso l'Ospedale S. Maria - GMV di Bari; Presidente nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)

Loreto Giovanni Capuano
Aiuto chirurgo presso l'ospedale S.M. Goretti, Latina

Domenico Coviello
Genetista medico, Direttore del Laboratorio di Genetica Umana, Istituto Giannina Gaslini, Genova

Gabriele Falconi, Ph.D.
Dirigente Medico, specialista in Ginecologia e Ostetricia, UOC Ginecologia, Dipartimento DAI di Scienze Chirurgiche, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

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

Salvo Mauro
Dirigente medico dell'Asp 3 di Catania. Servizio Tutela Materno infantile del Consultorio Familiare di Giarre

Padre Gonzalo Miranda
L.C., Preside della facoltà di Bioetica dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum

Giuseppe Noia
Direttore Hospice perinatale – Centro per le Cure Palliative Prenatali "Madre Teresa di Calcutta" – Policlinico Gemelli; Docente Medicina Età Prenatale UCSC; Presidente Associazione Italiana Ginecologi e Ostetrici Cattolici (AIGOC). Presidente della Fondazione Il Cuore in una Goccia ONLUS

Lorenza Perfori
Autrice di articoli e saggi di bioetica (https://lorenzaperfori.weebly.com/)

Francesca Romana Poleggi
Docente di Discipline giuridiche ed economiche nella scuola secondaria di secondo grado, Direttore editoriale del mensile Notizie Pro Vita & Famiglia

Piero Uroda
Membro del consiglio pastorale diocesano di Roma dal 1980 al 1994, socio fondatore di Scienza e Vita e membro del Nobile collegio chimico farmaceutico dal 1995. Presidente dell' UCFI (Unione Cattolica Farmacisti Italiani) dal 1995.

EXECUTIVE SUMMARY

EXECUTIVE SUMMARY

TITOLO:

Costi di applicazione della legge 194 dal 1979 al 2018

OBIETTIVO DEL RAPPORTO

Mettere per la prima volta a disposizione dello Stato e degli organi governativi sanitari una stima dei costi di applicazione della legge n. 194 del 1978 in Italia per i primi quarant'anni dalla sua approvazione.

INTRODUZIONE

Questo studio si è reso necessario perché non esistono rilevazioni sistematiche sulla spesa effettiva sostenuta per l'applicazione della legge 194, nonostante l'articolo 16 della stessa preveda una regolare raccolta di informazioni sull'applicazione della legge, per supportare con un adeguato apparato conoscitivo le relazioni annuali dei ministri della salute e della giustizia al parlamento.

RILEVANZA PER LA SOCIETÀ

La rilevazione dei costi di applicazione costituisce una delle componenti ineludibili di qualsiasi seria valutazione delle politiche sanitarie. La valutazione del peso per la finanza pubblica di specifiche politiche sanitarie, come nel caso dell'aborto volontario, è tanto più urgente oggi, in un contesto di emergenza dove il contrasto all'epidemia da Covid-19 mette duramente alla prova il Sistema sanitario nazionale ed esercita una pressione inedita sulla spesa. Anche la politica che permette l'aborto, come tutte le altre politiche sanitarie, deve essere valutata all'interno di un quadro complesso di crescente limitazione delle risorse. Perciò questo studio mette per la prima volta a disposizione una quantificazione rigorosa del suo costo di applicazione.

METODOLOGIA

In primo luogo è stata ricostruita la serie storica degli aborti volontari effettuati in base alla legge, disaggregata per tipologia di intervento e per regione. Ciò ha permesso una rivalutazione di prospettiva dell'evoluzione, incidenza e distribuzione geografica del fenomeno in Italia e dei suoi possibili effetti sull'andamento demografico. Le statistiche ufficiali hanno rilevato dal 1979 al 2018 poco più di 5 milioni 721 mila aborti legali, una media di oltre 143.000 all'anno. Anche se, per una serie di fattori demografici e sociali, il numero annuo di aborti è diminuito dopo il picco iniziale, si può stimare che ancora oggi oltre il 15% delle gravidanze venga interrotto volontariamente. Secondo il tasso di abortività totale stimato dall'Istat, in una coorte di mille donne della stessa età oltre 220 abortiscono volontariamente almeno una volta nel corso della loro vita.

Gli oneri di applicazione della legge per il periodo 2010 – 2018 sono stati determinati analiticamente, applicando agli aborti rilevati i costi standard (per tipo di intervento) secondo i tariffari dei sistemi sanitari regionali. Per gli anni precedenti il 2010 è stato applicato al numero di totale di aborti rilevato in ogni regione il costo medio per singolo aborto che risultava dal calcolo analitico relativo al 2010.

RISULTATI

Per il 2018, il costo stimato di applicazione della legge 194 in Italia varia da un minimo di 57.965.828 euro ad un massimo di 86.711.783 euro (prezzi 2018). La voce che determina maggiormente il valore totale è

quella riferita agli aborti chirurgici entro il terzo mese, che nel 2018 rappresentavano il 74,5 % del totale. Il costo medio per ciascun aborto risulta compreso tra 762 euro nel caso della stima minima e 1.140 euro nella stima massima. Il costo cumulato dell'aborto legale in Italia alla fine del 2018 si aggira tra i 4,1 e i 5,3 miliardi di euro. Il valore cumulato della spesa nell'ipotesi di stima mediana è di 4 miliardi e 847 milioni di euro, corrispondente ad un costo medio per aborto di 847 euro e ad una spesa media annua di 120,1 milioni di euro. L'andamento del costo di applicazione della legge nel tempo è stato irregolare, poiché segue la curva dell'abortività volontaria. Nei primi anni di applicazione il valore annuale della spesa ha raggiunto i 200 milioni di euro.

Per valutare la portata della spesa abortiva sulla finanza pubblica è stata effettuata una elaborazione per calcolare a quanto ammonterebbe oggi un fondo destinato ad impieghi produttivi nel quale, nel corso dei quarant'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. Alla fine del 2018 il valore del fondo sarebbe più che raddoppiato: a fronte di un "accantonamento" totale (in termini reali) di 4 miliardi e 847 milioni, il fondo avrebbe maturato rendimenti per 6 miliardi e 362 milioni di euro fino a raggiungere una capitalizzazione totale di 11 miliardi e 209 milioni di euro.

La stima è stata effettuata con criteri molto prudenziali, utilizzando solo le fonti di dati ufficiali e complete. Altre componenti dell'onere per le finanze pubbliche generato dalla legge 194 sono stati semplicemente descritti, come ad esempio i costi per la diffusione di una diagnostica prenatale difensiva, gli oneri non quantificabili a causa dell'under-reporting degli aborti legali e la sottostima dei costi per le immediate complicanze post-aborto.

Il gruppo di ricerca ha anche studiato una serie di conseguenze connesse alla diffusione della pratica dell'aborto volontario che generano costi per la società che vanno molto al di là dei semplici oneri finanziari di applicazione della legge. Si tratta di costi che riguardano principalmente la salute delle donne, che si aggiungono alle immediate complicanze post-aborto rilevate dall'Istat e riguardano complicanze nelle gravidanze successive e altre conseguenze fisiche e psichiche a lungo termine di cui non è stata possibile una quantificazione monetaria, perché tali dati non sono mai stati resi pubblici nonostante la loro esistenza sia indubbia e dovrebbero quindi essere considerati per una valutazione completa degli oneri finanziari della legge 194.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Questo primo Rapporto sui costi di applicazione della legge 194 vuole suscitare un dialogo aperto e costruttivo, basato su dati oggettivi, su una legge che ancora oggi divide profondamente gli italiani, portandone alla luce alcuni aspetti controversi. Il lavoro proposto colma un'importante lacuna informativa, considerata l'incompletezza delle informazioni disponibili in Italia sulla diffusione dell'aborto volontario e la totale assenza di una rilevazione sistematica dei costi di applicazione della legge 194. Come tutte le politiche dello Stato anche quella che rende legale l'aborto può e deve essere sottoposta a una seria valutazione che non può prescindere dalla quantificazione degli oneri finanziari. Per questo il gruppo di lavoro avvierà la costituzione di un Osservatorio permanente, per supplire alle carenze dell'informazione ufficiale sui costi diretti e indiretti di applicazione della legge 194.

Gli autori del Rapporto si augurano che il loro lavoro stimoli una riflessione sulla opportunità di mantenere questa politica a carico del contribuente in un periodo in cui, per i vincoli finanziari, una crescente quota delle prestazioni sanitarie di cura, sia in termini quantitativi che qualitativi, esce dal perimetro della Sanità pubblica.

1 INTRODUZIONE

1. INTRODUZIONE

L'obiettivo principale di questo studio è rendere disponibile una stima dei costi di applicazione della legge 194/1978 in Italia a quarant'anni dalla sua approvazione.

Uno studio dei costi della legge che ha depenalizzato l'aborto non è mai stato effettuato prima. Non solo: ad oggi non esistono, né a livello nazionale né a livello regionale, rilevazioni sistematiche sulla spesa effettiva per l'applicazione della legge 194 basate sulla contabilità delle istituzioni sanitarie. L'archivio con i dati economico-finanziari dei sistemi sanitari regionali (disponibile sul sito del ministero della salute) riporta solo il conto economico delle aziende sanitarie, dove i costi non sono classificati per destinazione analitica della spesa. Questo accade nonostante l'articolo 16 della legge 194 preveda una sistematica raccolta di informazioni sulla sua applicazione, per supportare le relazioni annuali al parlamento dei ministri della salute e della giustizia con un adeguato apparato conoscitivo.

La rilevazione dei costi di applicazione costituisce una delle componenti ineludibili di qualsiasi seria valutazione delle politiche sanitarie. La legge 194/1978 è una normativa controversa, ancora oggi oggetto di un vivace dibattito politico e nella società civile. Dopo oltre quarant'anni essa viene ancora messa in discussione non solo per ciò che concerne la sua accettabilità etica, la legittimità costituzionale e per la pressoché assente applicazione della sua prima parte, che prevede l'impegno della società tutta nel rimuovere le difficoltà e le cause della scelta abortiva e nel sostegno al progetto di maternità della donna. Della legge 194 viene anche rilevata l'inefficacia riscontrata nel raggiungere alcuni degli obiettivi dichiarati, come la promozione della salute della donna o il contrasto al fenomeno degli aborti clandestini. L'assenza di qualsiasi informazione affidabile sull'onere finanziario della legge sottrae al dibattito un altro elemento di valutazione fondamentale.

La valutazione del peso per la finanza pubblica di specifiche politiche sanitarie, come nel caso dell'aborto volontario, è tanto più urgente oggi, in un contesto di emergenza dove il contrasto all'epidemia da Covid-19 mette duramente alla prova il sistema sanitario nazionale ed esercita una pressione inedita sulla spesa. L'epidemia ha infatti evidenziato, come mai prima d'ora, quanto le risorse disponibili per difendere la salute dei cittadini siano limitate. Tale scarsità impone scelte che devono essere effettuate in base a criteri trasparenti e soprattutto fondati su una conoscenza affidabile e veritiera della realtà. Anche la politica che permette l'aborto, come tutte le altre politiche sanitarie, deve essere valutata all'interno di un quadro complesso di crescente limitazione delle risorse e questo studio mette per la prima volta a disposizione una quantificazione sistematica e rigorosa del suo costo di applicazione.

Il lavoro di ricerca sugli oneri finanziari della legge 194 ha messo a disposizione anche una serie di dati e conoscenze che hanno consentito di allargare la prospettiva di questo lavoro. Innanzitutto l'indispensabile ricostruzione della serie storica degli aborti volontari effettuati in base alla legge, disaggregata per tipologia di intervento e per regione, ha permesso una rivalutazione di prospettiva dell'evoluzione, incidenza e distribuzione geografica di questo fenomeno in Italia e dei suoi possibili effetti sull'andamento demografico. In secondo luogo, dal momento che la stima è stata effettuata con criteri prudenziali, utilizzando fonti di dati ufficiali e complete, alcune ulteriori componenti dell'onere per le finanze pubbliche generato dalla legge 194 sono stati semplicemente descritti, rinunciando ad una loro monetizzazione. Tra questi è necessario ricordare fin da ora il costo della diagnostica genetica prenatale utilizzata in modo che abbiamo definito "difensivo", cioè con l'obiettivo di porre fine alla gravidanza in caso di rischio che il bambino possa avere malattie genetiche. Lo sviluppo di tecniche diagnostiche precoci è un successo della medicina moderna, che apre prospettive di cura delle persone del tutto inedite. Se in questo Rapporto abbiamo incluso la loro utilizzazione come un "costo"

è perché, di fatto, la presenza della legge 194 le rende inevitabilmente parte delle procedure sanitarie con cui essa viene applicata. In assenza del diritto di aborto, l'onere per la finanza pubblica generato dalla diffusione di queste metodologie assumerebbe un significato completamente diverso dal punto di vista della politica sanitaria. Questo è il motivo per cui tra le appendici del Rapporto è stato incluso anche un testo che mostra tutte le potenzialità positive di questa tecnologia medica sul piano della cura dei bambini affetti da patologie genetiche e del supporto ai loro genitori.

Il gruppo di ricerca, infine, ha anche approfondito una serie di conseguenze connesse alla diffusione della pratica dell'aborto volontario che generano costi per la società che vanno molto al di là dei semplici oneri di implementazione della legge. Si tratta di costi che riguardano principalmente la salute delle donne. Anche se non ne è stata tentata una quantificazione monetaria, la loro esistenza è indubbia e non può non essere considerata in una valutazione obiettiva della legge 194. Il Rapporto propone sia nel testo principale che in una specifica Appendice un'ampia rassegna dell'evidenza scientifica disponibile.

Il contenuto del Rapporto è articolato in otto parti. Nel secondo paragrafo viene brevemente delineato l'approccio metodologico seguito. Nel terzo vengono presentati i dati di base utilizzati nella stima. In particolare viene ricostruita nel dettaglio e analizzata con finalità descrittiva la serie storica degli aborti volontari in Italia; successivamente vengono presentati i codici del sistema di classificazione dei costi utilizzato nella sanità italiana corrispondenti alle operazioni sanitarie che vanno a costituire i percorsi abortivi "tipo". Nel quarto paragrafo viene presentata in dettaglio la determinazione del costo medio standard dei diversi iter abortivi. La quinta sezione del Rapporto presenta il costo di applicazione della legge 194 nel 2018 mentre nella seguente viene ricostruito e analizzato il costo "storico" della legge, considerando l'intero periodo di applicazione. Il paragrafo sette propone una serie di informazioni (ampliate nelle appendici) relative a ulteriori costi diretti o indiretti dall'applicazione della legge 194. Alcune riflessioni conclusive vengono proposte nel paragrafo finale.

2 METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

La stima della spesa per l'applicazione della legge 194/1978 ha seguito un approccio di costo standard. Sulla base delle linee guida nazionali e regionali sono stati definiti alcuni percorsi diagnostici e sanitari "tipo" che rappresentano le modalità con cui viene eseguito l'aborto legale in Italia. È stato possibile tenere conto delle diverse metodologie di intervento (in particolare distinguendo tra aborto chirurgico e aborto farmacologico) e di ricovero (ricovero ordinario vs. day hospital) che corrispondono a livelli di costo diversificati. Anche riguardo alla diagnostica prenatale sono state individuate le metodiche più diffuse e quelle più recenti, distinguendo inoltre i percorsi diagnostici semplificati da quelli più complessi.

I percorsi abortivi "tipo" così delineati sono costituiti da una serie di operazioni sanitarie identificate da diversi codici dei tariffari regionali che, in base al decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GU del 28 gennaio 2013, costituiscono la base per la programmazione della spesa delle strutture che operano all'interno del Sistema sanitario nazionale. Questo ha permesso di ricostruire il costo standard di ciascun percorso abortivo. La quantificazione dei costi è stata differenziata a livello regionale, prendendo in considerazione per ciascuna regione i costi standard contenuti nell'ultimo tariffario approvato.

La stima è stata effettuata in primo luogo per l'anno 2018, il quarantesimo di applicazione della legge 194/1978 e l'ultimo per il quale l'Istat ha diffuso i dati della rilevazione con la quale, a partire dal 1979, monitora l'applicazione della legge in Italia. L'Istat classifica gli aborti effettuati secondo diversi criteri, tra i quali l'età gestazionale e la tipologia di intervento. Sulla base di queste informazioni il numero totale di aborti per regione è stato riclassificato secondo i percorsi abortivi "tipo". Questo ha permesso di calcolare il costo totale sostenuto.

Lo stesso calcolo analitico è stato ripetuto per tutti gli anni dal 2010 al 2018 per i quali sono disponibili i dati disaggregati sul numero di aborti. Il costo medio calcolato a livello regionale per il 2010 è stato applicato al numero di aborti rilevati negli anni precedenti di applicazione della legge per i quali non è disponibile la disaggregazione degli aborti per tipologia. In questo modo è stato possibile ricostruire l'intera serie storica dei costi di applicazione della legge.

È importante sottolineare fin dal principio che, come verrà illustrato più avanti, l'approccio alla stima dei costi è stato sistematicamente prudenziale, secondo i seguenti criteri:

- privilegiare dati ufficiali, per quanto incompleti, nella ricostruzione dei dati di base;
- in presenza di alternative ragionevoli nella valutazione di una particolare voce di costo, privilegiare quella meno elevata;
- non considerare una serie di costi direttamente e indirettamente riconducibili all'applicazione della legge 194 per i quali non sono disponibili dati ufficiali affidabili in grado di supportare la stima.

Per aumentare la robustezza dei risultati la valutazione è stata fatta in base a tre ipotesi (minima, media, massima) definendo un intervallo di variazione dei risultati all'interno del quale si colloca con ogni probabilità il costo reale.

3 I DATI DI BASE

3. I DATI DI BASE

3.1 - Quarant'anni di aborto legale secondo l'"Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza dell'Istat"

A partire dal 1980, è attivo in Italia il 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 D12 predisposto dall'Istat e firmato dal medico responsabile. Nell'edizione del 2018 le informazioni raccolte permettono, almeno in teoria, di classificare ogni aborto secondo diversi criteri (caratteristiche della madre, procedura sanitaria utilizzata, luogo di esecuzione dell'aborto, eventuali complicanze, presenza di urgenza, ente certificatore). Per motivi di privacy, su richiesta della madre, alcuni dati che potrebbero consentirne l'identificazione possono essere non rilevati. Dal 2017 (DPCM del 3/03/2017 – GU 109 del 12/05/2017) il sistema di rilevazione degli aborti volontari è stato inserito tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale.

Le strutture che eseguono gli aborti raccolgono e riepilogano i dati attraverso regioni e province autonome (che fanno parte del Sistema statistico nazionale) e li trasmettono all'Istat che li pubblica come "Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza" dopo la registrazione ed un processo di controllo di qualità, correzione e validazione dei dati definitivi[1]. Le modalità di pubblicazione si avvalgono di tutti i canali utilizzati dall'Istat, dalla stampa all'inserimento in banche dati a disposizione per l'analisi. Negli ultimi anni il potenziamento della diffusione attraverso database a pubblico accesso tramite il sito web istituzionale dell'Istat ha ampliato molto l'accesso alle informazioni sull'applicazione della legge 194. Ai fini di questa indagine sono state utilizzate le informazioni disponibili nel datawarehouse generale (dati..it) alla sezione "Salute e sanità/salute riproduttiva della donna", che permette di analizzarne in dettaglio i risultati a partire dal 2010, e i file con dati riepilogativi per il periodo dal 1979 al 2014 disponibili nella sezione "Serie storiche del sito " (seriestoriche..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..it) e dal database "Health for All" (HFA) scaricabile dalla sezione "Società" delle banche dati settoriali[2].

L'obiettivo di questa sezione è ricostruire un quadro sintetico dei primi quarant'anni di applicazione della legislazione abortista in Italia sulla base delle evidenze statistiche disponibili. La quantificazione del fenomeno dell'aborto legale in Italia e della sua evoluzione costituisce il primo passaggio nella stima dei costi di applicazione della legge 194. Si proporranno qui alcune analisi descrittive sui dati raccolti e utilizzati.

Secondo quanto diffuso dall'Istat, nel 2018, ultimo anno per i quali sono disponibili i dati definitivi, gli aborti volontari in Italia nel 2018 sono stati 76.044[3]. Circa tre quarti degli aborti sono stati effettuati con

1 Una descrizione dettagliata dell'indagine è disponibile all'indirizzo web https://www.istat.it/it/archivio/216597.

2 "Health for All" è un sistema informativo territoriale su sanità e salute che contiene dati disaggregati a livello territoriale provenienti da diverse indagini condotte dall'Istat (https://www..it/it/archivio/14562).

3 Il dato contenuto nel datawarehouse è leggermente inferiore rispetto a quello (76.328) riportato nell'ultima relazione del ministro della salute al parlamento sull'applicazione della legge (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2924_allegato.pdf). Per assicurare l'utilizzazione di serie storiche omogenee, la nostra analisi fa riferimento al dato contenuto nel datawarehouse, che viene sistematicamente aggiornato nel caso di revisioni e integrazioni, all'interno del processo di controllo di qualità dei dati.

procedure di tipo chirurgico a fronte di poco meno di un quarto (18.548) con procedure farmacologiche.

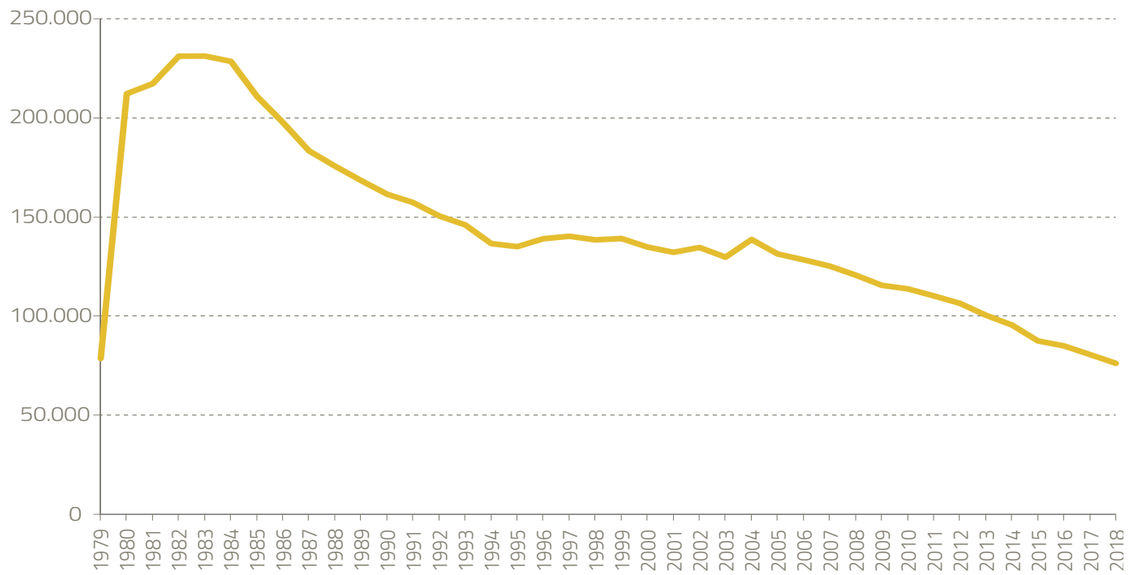
▼ TABELLA 1

ABORTI IN ITALIA NEL 2018		
Tipo di intervento	**Numero**	**%**
Chirurgico	**56 641**	**74.5**
raschiamento	8 317	10.9
metodo di Karman	35 840	47.1
Altre forme di isterosuzione	**12 484**	**16.4**
farmacologico	18 548	24.4
somministrazione di solo mifepristone	1 558	2.0
somministrazione di mifepristone e prostaglandina	15 970	21.0
somministrazione di sola prostaglandina	1 020	1.3
Altre metodologie	**750**	**1.0**
Non indicato	**105**	**0.1**
Totale	**76 044**	**100.0**

FONTE: ISTAT

Nella figura 1 viene rappresentato l'andamento degli aborti legali durante l'intero periodo 1979 - 2018, cioè eseguiti in Italia nei primi quarant'anni di applicazione della legge 194[4] ed è indicato il totale.

▼ FIGURA 1 **ABORTI LEGALI IN ITALIA 1979 - 2018**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

4 I dati della serie storica sono stati corretti nel caso delle poche combinazioni anno/regione per le quali la stessa indicava la presenza di un dato incompleto. La correzione si è basata sui valori del tasso di abortività totale stimati dall'Istat per gli anni con informazioni incomplete. Dettagli sui tassi di mancata risposta e le metodologie utilizzate dall'Istat per correggere i dati rilevati sono disponibili sul sito del sistema di qualità dell'Istat all'indirizzo web http://siqual..it/SIQual/visualizza.do?id=0038900

Dall'approvazione della legge oltre 5 milioni e 700 mila gravidanze sono state interrotte volontariamente e legalmente in Italia[5]. L'andamento, come noto, è stato irregolare. Nei primi anni di applicazione della legge 194 i numeri annuali hanno raggiunto rapidamente valori molto alti, arrivando a superare i 200 mila aborti legali annui, per poi diminuire nei primi anni Novanta del ventesimo secolo e, dopo una breve stabilizzazione, riprendere una graduale discesa dopo il 2005.

La tendenza alla diminuzione in valore assoluto del numero di aborti legali può avere molteplici cause non necessariamente legate all'evoluzione dei comportamenti, come ad esempio 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 mille donne in età fertile (convenzionalmente fissata tra 15 e 49)[6]. Il dato riportato dall'Istat con riferimento al 2018 di questo indicatore è pari a 6,51, in diminuzione del 3,4% rispetto all'anno precedente. Nell'ultima relazione al parlamento del Ministro della salute[7] si sottolinea come questo indicatore sia in costante diminuzione dal picco dell'anno 1982, rispetto al quale è diminuito di oltre il 60%[8].

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 altrettanti 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 in quanto tale, 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 sociale[9] la seconda componente sembra essere l'indicatore più adeguato a rappresentare il fenomeno.

Nella figura 2 viene rappresentato l'andamento nel tempo di un indicatore alternativo riferibile concettualmente alla seconda componente del tasso di abortività e cioè la percentuale di gravidanze interrotte legalmente[10].

5 Sommando i dati pubblicati nelle Relazioni al parlamento si giunge ad un totale più alto, di 5.971.686 aborti. Come spiegato nella precedente nota in questa analisi si utilizzano solo i dati pubblicati dall'Istat.

6 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 dall'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.

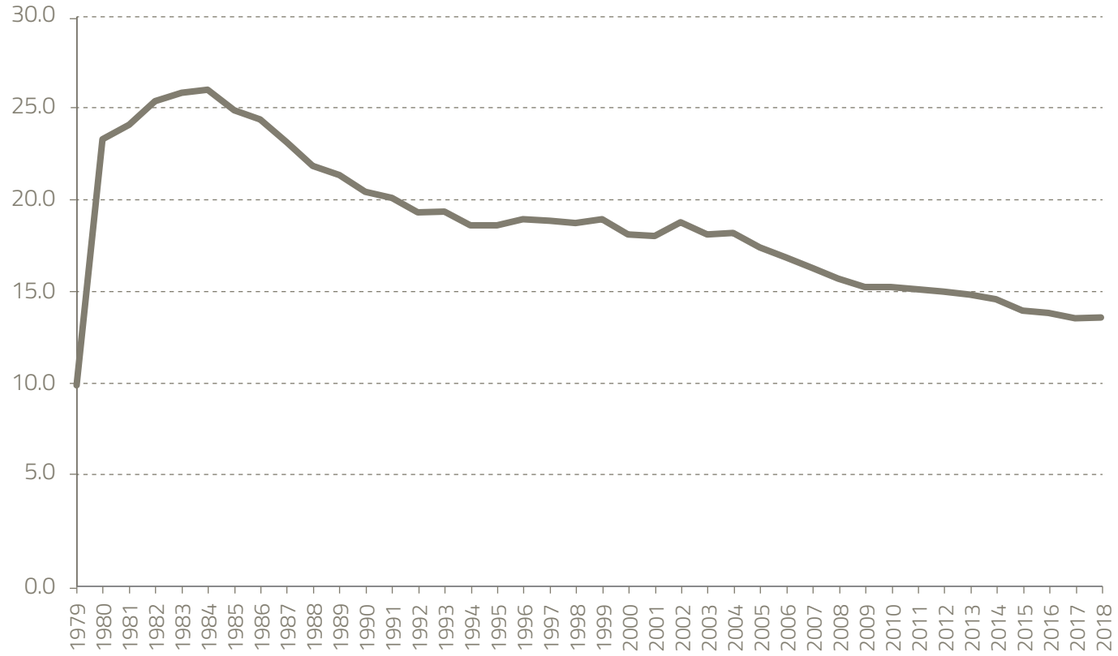
7 Nella relazione il rapporto di abortività è indicato come pari a 6, con una diminuzione del 4% rispetto all'anno precedente.

8 È necessario comunque sottolineare che un tasso di abortività standardizzato pari a 6,51 corrisponde ad un tasso di abortività totale pari a 220: significa cioè che in una ipotetica coorte di mille donne della stessa età mediamente 220 di loro interrompono volontariamente la gravidanza almeno una volta durante la vita fertile. Una quota che rimane molto elevata.

9 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 *l'empowerment* di tutte le donne e le ragazze" viene assegnata dall'Istat una polarità negativa: un suo incremento corrisponde ad 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.

10 Il totale delle gravidanze per ciascun anno è stato calcolato utilizzando le serie storiche Istat su nati vivi, nati morti, aborti spontanei e aborti legali. L'indicatore è calcolato come tasso grezzo e non è stato standardizzato rispetto alla struttura per età, quindi non corrisponde esattamente alla seconda componente del tasso di abortività volontario. Ai fini di questa discussione ciò che conta dal punto di vista sociale è la quota di gravidanze che si risolve in un aborto volontario, a prescindere dall'età della madre. La definizione di una politica attiva a sostegno della donna e della maternità, ovviamente, dovrebbe considerare anche la differenziazione dell'indicatore nelle diverse fasce di età.

FIGURA 2 **GRAVIDANZE INTERROTTE VOLONTARIAMENTE (VALORI PERCENTUALI, 1979 - 2018)**



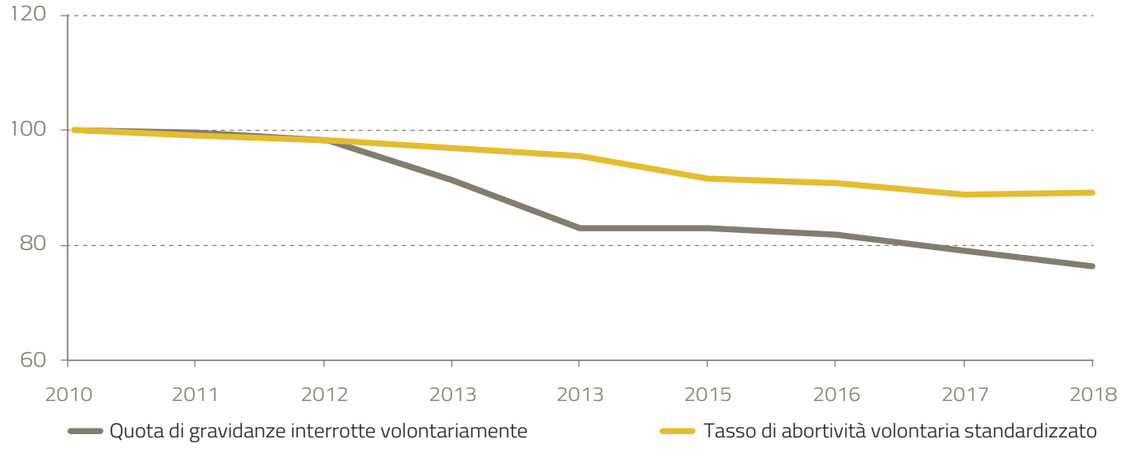
FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Se si considera l'intero periodo 1979-2018 la percentuale di gravidanze interrotte volontariamente e legalmente ai sensi della legge 194 è pari al 18,9%. L'andamento nel tempo è simile a quello del valore assoluto degli aborti legali con un valore nell'anno finale pari al 13,6%. Tuttavia bisogna considerare che questo indicatore, come tutti quelli calcolati sui dati degli aborti legali, è necessariamente sottostimato, non includendo nel calcolo gli aborti volontari clandestini. In occasione della Relazione al parlamento del 2017 (Ministero della salute, 2017)[11] l'Istituto superiore di sanità 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. Ipotizzando come valido per l'anno 2015 il valore centrale pari a 11.500 aborti clandestini, questi avrebbero rappresentato il 13,2% degli aborti legali rilevati in tale anno (87.369) e la loro inclusione nel calcolo farebbe salire la percentuale di gravidanze interrotte volontariamente dal 13,6 al 15,4%.

Un confronto tra l'andamento del tasso di abortività standardizzato e della percentuale di gravidanze interrotte volontariamente (entrambi calcolati sulla base dei soli aborti legali: Figura 3) nel corso dell'ultimo decennio mostra una progressiva divaricazione tra i due indicatori, con una stabilizzazione della percentuale di gravidanze interrotte volontariamente.

11 Le più recenti Relazioni al parlamento possono essere scaricate al sito del Ministero della salute http://www.salute.gov.it/portale/donna/archivioPubblicazioniDonna.jsp

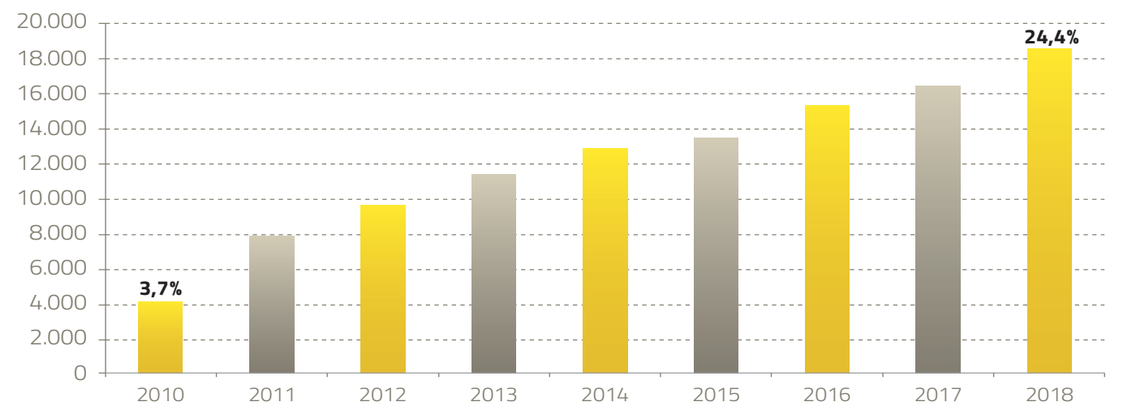
FIGURA 3 **CONFRONTO TRA INDICATORI DI ABORTIVITÀ 2010 = 100**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Una possibile interpretazione della stabilizzazione della percentuale di gravidanze interrotte è la progressiva "banalizzazione" di una quota di aborti legali in una forma di contraccezione "a domanda", da utilizzare quando altri metodi di pianificazione delle nascite non vengano applicati o abbiano fallito. La progressiva diffusione nel periodo considerato della cosiddetta "contraccezione di emergenza" costituita da farmaci come Norlevo e ellaOne (rispettivamente la pillola "del giorno dopo" e dei "cinque giorni dopo", dal 2015 diventati farmaci senza obbligo di prescrizione) che, tra l'altro, in una certa percentuale di casi provocano aborti precocissimi, è un fenomeno in linea con tale interpretazione. È la stessa relazione al parlamento del 2020 a mettere in rapporto la diminuzione recente del numero di aborti legali con la diffusione di questi farmaci (Ministero della salute, 2020: p. 15). Una tendenza probabilmente supportata anche dalla veloce diffusione del cosiddetto aborto farmacologico nelle prime fasi della gravidanza, promossa dal Sistema sanitario nazionale negli ultimi anni (Figura 4).

FIGURA 4 **NUMERO DI ABORTI FARMACOLOGICI**

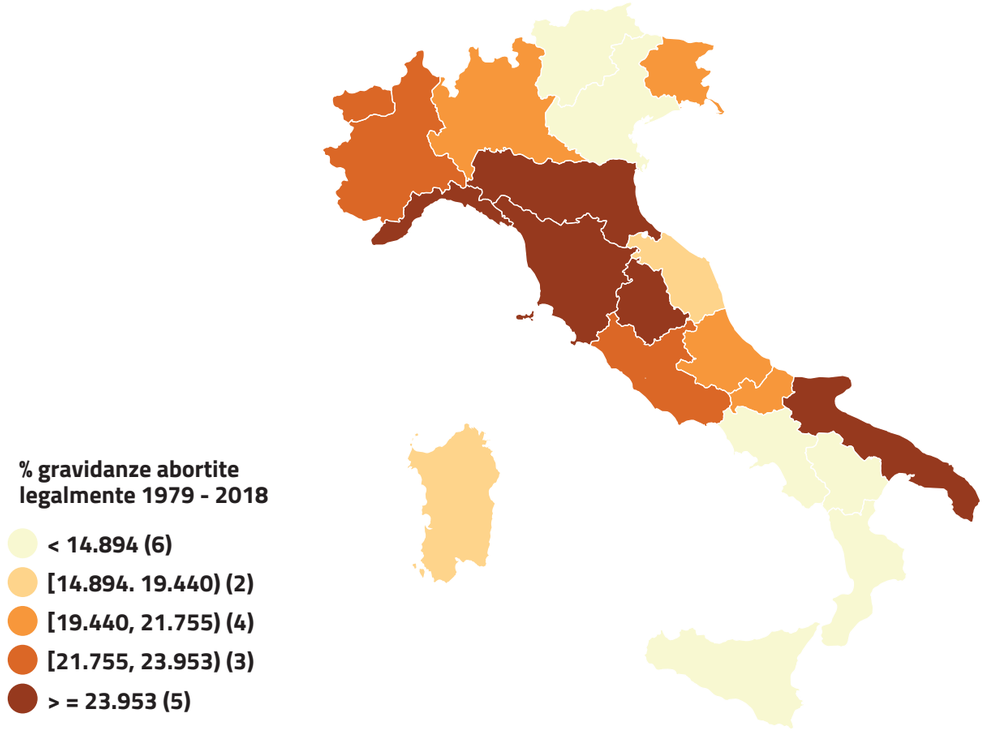


FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

Si deve considerare infatti che, secondo un rapporto sulla diffusione dell'aborto farmacologico pubblicato dal ministero della salute (2013) riferito al biennio 2010-2011, il 76% delle donne firma le dimissioni volontarie dopo la somministrazione del primo farmaco abortivo (mifepristone), attende l'aborto a casa e ritorna in ospedale se necessario per una seconda somministrazione di farmaci abortivi o per i controlli post-aborto. La progressiva "medicalizzazione" dell'aborto legale contribuisce a creare una sorta di *continuum* tra pratiche contraccettive e pratiche abortive che finisce per nascondere la sostanziale differenza, dal punto di vista delle conseguenze fisiche e psicologiche per la donna, tra la prevenzione della gravidanza e la sua interruzione. Rimane il fatto che, dopo quarant'anni di legge 194 in Italia, una percentuale elevata di tutte le gravidanze che si aggira intorno al 15% viene interrotta volontariamente (senza considerare le gravidanze interrotte inconsapevolmente mediante le pillole post-coitali)[12].

L'incidenza dell'aborto legale nei primi quarant'anni di applicazione della legge è diversificata a livello territoriale. Nella figura 5 viene rappresentato un indicatore di abortività volontaria "storica" delle regioni Italiane. Ancora una volta, l'indicatore è la percentuale di gravidanze abortite legalmente[13] in ciascuna regione nei primi quarant'anni di applicazione della legge.

▼ FIGURA 5 **ABORTIVITÀ VOLONTARIA STORICA NELLE REGIONI ITALIANE**



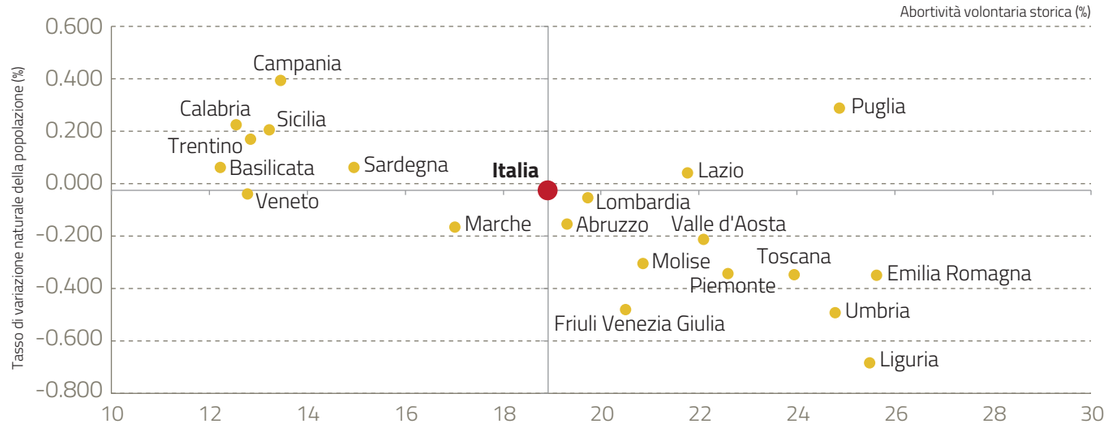
FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

12 Maggiori dettagli sulla cd. "contraccezione di emergenza" verranno proposti più avanti nella appendice A1.
13 Quindi escludendo, ancora una volta, gli aborti clandestini che, se considerati, alzerebbero il valore dell'indicatore.

Dall'elaborazione non emerge una chiara polarizzazione geografica del fenomeno aborto in Italia. Nelle cinque regioni (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Puglia) che mostrano la massima intensità, le gravidanze interrotte volontariamente per l'applicazione della legge 194 sono state circa un quarto del totale, con il valore massimo (25,58%) registrato in Emilia Romagna.

Il confronto tra le diverse regioni fornisce un ulteriore indizio della utilizzazione dell'aborto legale come una forma di controllo delle nascite, in palese contrasto con lo stesso articolo 1 della legge 194. Nella figura 6 le venti regioni italiane sono rappresentate in un grafico a dispersione come punti le cui coordinate sono costituite dalla percentuale storica di abortività volontaria rappresentata nella figura 5 e dal tasso di variazione "naturale" della popolazione nei quarant'anni di applicazione della legge, cioè dalla variazione della popolazione che si sarebbe osservata nelle regioni a causa del solo saldo tra nascite e morti[14].

▼ FIGURA 6 **ABORTIVITÀ VOLONTARIA STORICA NELLE REGIONI ITALIANE (1979 - 2018 - %)**



FONTE: ELABORAZIONE SU DATI ISTAT

La diffusione di mezzi di pianificazione delle nascite efficaci dovrebbe, almeno in teoria, separare completamente la decisione di avviare una gravidanza da quella di interromperla. Di conseguenza una diminuzione delle nascite potrebbe verificarsi anche in presenza di tassi di abortività molto ridotti. Tuttavia il grafico mostra una evidente interdipendenza (correlazione negativa) tra abortività volontaria e variazione naturale della popolazione: nelle regioni dove si è abortito volontariamente di più il saldo complessivo tra nascite e morti è stato inferiore e in molti casi addirittura negativo. Una ovvia interpretazione[15] di questo fenomeno è l'uso dell'aborto legale come mezzo di controllo delle nascite, come metodo contraccettivo "di ultima istanza".

3.2 - Le spese abortive nel sistema dei costi standard del Servizio sanitario nazionale

A partire dal 2013, sulla base del decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla

14 Il saldo demografico totale include viceversa anche l'effetto dei movimenti migratori.
15 Dal momento che è l'aborto che causa la mancata nascita e non viceversa.

GU del 28 gennaio 2013, le prestazioni ospedaliere per acuti, lungodegenze e riabilitazione, nonché delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali del Sistema sanitario nazionale sono remunerate in base ad un sistema di tariffe definito dalle regioni a partire dalle tabelle di riferimento allegate al decreto[16]. I tariffari regionali costituiscono di conseguenza la base per l'individuazione dei costi standard unitari delle varie prestazioni sanitarie che compongono il percorso abortivo previsto dalla legge 194.

L'allegato 1 del DM elenca le prestazioni ospedaliere suddivise nelle due macro aree chirurgica e medica, raggruppate in 25 *Major Diagnostic Categories* (MDC) a loro volta articolati in oltre 500 *Diagnostic Related Groups* (DRG). Il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere è basato sulla riclassificazione per gruppi omogenei delle schede di dimissione ospedaliera, sulla base di un algoritmo che tiene conto contemporaneamente di una molteplicità di criteri. Un DRG ospedaliero, di conseguenza, riassume un insieme di prestazioni sanitarie che può essere anche complesso (includendo mezzi diagnostici, terapie chirurgiche e mediche e prestazioni professionali) finalizzato a rappresentare un gruppo omogeneo di diagnosi. Il rapporto tra il costo medio dei ricoveri classificati sotto uno specifico DRG e il costo medio di un ricovero ospedaliero generico determina il "peso" economico di un determinato DRG che viene utilizzato per la definizione dei costi standard ospedalieri.

Nella tabella contenuta dal DM sono due i DRG relativi all'esecuzione dell'aborto volontario. Nel prospetto che segue se ne riproducono i contenuti.

DRG RICOVERI OSPEDALIERI PER ABORTO VOLONTARIO

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Tariffa ricoveri ordinari > di 1 giorno	Tariffa ricoveri 0-1 giorno trasferiti o deceduti	Ricoveri Diurni - Day Hospital	Incremento pro-die oltre il valore soglia
380	13	Medico	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1 133	209	1 099	139
381	13	Chirurgico	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	989	543	136	149

Il DRG 380 si riferisce all'aborto farmacologico in regime di ricovero ospedaliero sulla base di somministrazione di farmaci, mentre il 381 alle procedure di aborto chirurgico.

Un ricovero è considerato ordinario se la sua durata non supera un determinato valore soglia oltre il quale la tariffa viene aumentata in base ad un incremento pro-die. Ai fini dell'analisi sono stati considerati, a seconda dei percorsi tipo di aborto ipotizzati, i costi standard riferiti ai ricoveri ordinari con durata maggiore di 1 giorno e la più bassa tra le tariffe riferite rispettivamente ai ricoveri ordinari da 0-1 giorno e ai ricoveri diurni (day hospital).

I DRG delle procedure abortive riguardano tutti i costi sostenuti dal SSN con il ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) per l'esecuzione dell'aborto. I costi di applicazione della legge 194, tuttavia, comprendono anche le spese sostenute per le procedure diagnostiche pre-aborto connesse al rilascio della certificazione oltre che alle eventuali procedure sanitarie che si rendono necessarie per la risoluzione di eventuali complicazioni. Per questo nei tariffari regionali sono state individuate le tariffe per altre prestazioni sanitarie.

Innanzitutto è stato considerato il DRG chirurgico numero 364 relativo a "Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne" per quantificare i costi delle metrorragie, una delle più frequenti complicazioni legate all'aborto. Di questo DRG sono stati considerati i costi relativi a degenze di 0-1 giorno, in genere inferiori alla tariffa relativa al ricovero in day hospital.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici sono state considerate le tariffe per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche elencate nel seguente prospetto.

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E SPECIALISTICHE CONNESSE ALL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978

Codice	Descrizione
75.10.2	Amniocentesi precoce
75.10.3	Amniocentesi tardiva
88.78	Ecografia ostetrica
88.78.01	Bi-Test (β-HCG, PAPP-A ed Ecografia genetica nucale)
89.26	Visita ginecologica, Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
89.03	Anamnesi e valutazioni definite complessive
90.27.4	Gonadotropina corionica (Subunità beta frazione libera) [S/U]
90.27.5	Gonadotropina corionica (Subunità beta, molecola intera)
91.31.1	Cariotipo da metafasi di liquido amniotico
91.31.4	Cariotipo da metafasi spontanee di villi coriali

La combinazione delle prestazioni elencate permette nella maggior parte dei casi di quantificare i costi di una serie di percorsi sanitari "tipo" che portano all'aborto, come verrà illustrato più avanti. I tariffari regionali, tuttavia, non includono il costo di accertamenti diagnostici avanzati per l'individuazione di anomalie genetiche del bambino. Oggi è sempre più diffuso il cosiddetto "Screening prenatale non invasivo basato sul DNA" (*Non Invasive Prenatal Testing* - NIPT) basato, appunto, sulla ricerca di DNA libero di origine fetale nel sangue materno. Un recente report del ministero della salute (2015) quantificava l'utenza di questo servizio in circa 50.000 donne ogni anno, con un costo dell'intera procedura (inclusiva di analisi di laboratorio e consulenza genetica) che oscilla tra i 350 e i 900 euro. A partire dal 2020 la regione Emilia Romagna ha cominciato a erogare gratuitamente questo tipo di screening a tutte le donne in gravidanza che lo richiedano mentre la regione Toscana lo eroga solo in casi particolari. L'introduzione del NIPT nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avverrà probabilmente nei prossimi anni, visto anche il parere favorevole del Consiglio superiore di sanità (Ministero della salute, 2015). Nel calcolare il costo medio dei diversi percorsi abortivi "tipo" in questo studio il costo dello screening NIPT è stato fatto pari al valore medio della forbice di costo indicata nel documento del ministero della salute: 625 euro.

16 Il DM stabiliva i criteri per l'adattamento delle tabelle alle diverse realtà regionali. Non tutte le regioni, tuttavia hanno adottato i loro tariffari in base ad una valutazione dei costi standard delle loro strutture e, di fatto, utilizzano anche ora, come base per i rimborsi alle strutture che forniscono le prestazioni sanitarie, la tabella del 2013. Ai fini di questa ricerca sono stati individuati tariffari regionali approvati dopo il 2013 nei casi di Marche (2015), Toscana (2016), Emilia-Romagna e Umbria (2017), Friuli Venezia Giulia, Puglia e Basilicata (2019) e Calabria 2020).

4 LA DETERMINAZIONE DEL COSTO MEDIO DELL'ABORTO IN ITALIA

4. LA DETERMINAZIONE DEL COSTO MEDIO DELL'ABORTO IN ITALIA

4.1 - Tecnologie mediche e percorsi sanitari abortivi nel Sistema sanitario nazionale

4.1.1 - Percorsi diagnostici

I percorsi diagnostici connessi all'applicazione della legge 194 sono essenzialmente mirati a rilevare la presenza di una gravidanza evolutiva e/o di patologie nel bambino.

Anche se non strettamente necessaria per l'esecuzione dell'aborto, l'ecografia costituisce di fatto una metodica di screening di primo livello (che viene cioè effettuata di routine su una popolazione priva di particolari fattori di rischio) per la valutazione dello stato di salute del bambino e la ricerca di malformazioni (Istituto superiore di sanità, 2010). Essa costituisce dunque sempre il primo passo del percorso abortivo, sia nel caso che l'aborto avvenga entro il terzo mese sia, a maggior ragione, quando venga effettuato dopo tale termine. Nel corso dei primi tre mesi l'esecuzione dell'ecografia ha normalmente la finalità di visualizzare il numero di feti, il battito cardiaco, definire l'età gestazionale in base alle dimensioni e il tipo di placentazione.

Allo scopo di individuare particolari anomalie cromosomiche (in particolare le trisomie 21, 18 e 13) l'ecografia può includere la misurazione della "translucenza nucale" (una misurazione dello spessore dei tessuti molli nella zona della nuca del feto) che, unitamente al dosaggio della presenza di proteine beta-HCG e PAPP-A nel sangue della madre, va a costituire quello che è definito "test combinato" o Bi-Test, eseguito di solito tra la undicesima e la tredicesima settimana. I risultati del test forniscono solo una stima del rischio che il bambino sia affetto da anomalie cromosomiche, non costituendo una vera e propria diagnosi. Il problema del test combinato è che presenta una quota significativa di falsi positivi. «Se il test combinato risulta positivo, non significa necessariamente che c'è una anomalia dei cromosomi, ma piuttosto che questa risulta più probabile. Se la donna vorrà appurare se il feto ha veramente la malattia dei cromosomi, dovrà sottoporsi alla villocentesi o, più tardivamente, all'amniocentesi. Il 5% circa delle donne (1 donna su 20) che effettuano il test combinato riceve un risultato positivo di alto rischio. La quota di donne che, ricevuto un risultato positivo, risulterà effettivamente portatrice di un feto affetto è di circa 1 su 40. Pertanto la maggior parte delle donne con risultato positivo risulteranno falsamente allarmate dal test» (Bracalente, 2019: p.60).

Allo scopo di superare i limiti di questo tipo di diagnostica sono state più recentemente introdotte le suddette tecniche di *Non Invasive Prenatal Testing* (NIPT) basate sulla ricerca di DNA libero di origine fetale nel sangue materno, che sono molto più precise nell'individuare le principali anomalie cromosomiche nel bambino, con falsi positivi inferiori allo 0,1% secondo una meta-analisi citata nelle linee guida pubblicate nel 2015 (Ministero della salute, 2015). Per quanto questa metodica di indagine non sia ancora inclusa nei tariffari del SSN di fatto essa sta conoscendo una rapida diffusione come servizio fornito da laboratori privati. Nel 2020, come già detto più sopra, l'Emilia Romagna ha avviato sperimentalmente l'inclusione di questo strumento diagnostico tra quelli effettuati gratuitamente dal sistema sanitario regionale; altre regioni stanno avviando la stessa prassi.

Le linee guida del ministero ammettono che anche le NIPT sono comunque tecniche di screening e non tecniche diagnostiche delle anomalie genetiche del bambino. In quanto tali dovrebbero essere

sempre seguite (in caso di positività) da analisi invasive basate sul prelievo di liquido amniotico (amniocentesi, solo dopo la 16ª settimana, quindi oltre il termine di legge dei 90 gg) o di tessuto coriale (villocentesi, tra la 11ª e la 14ª settimana). Queste, tuttavia, comportano un non trascurabile rischio di indurre l'aborto (tra lo 0,5 e l'1%: cfr. Bracalente, 2019, p.93). Anche per questo la tendenza è a intendere le NIPT come analisi su cui basare anche le decisioni di aborto entro il terzo mese, dal momento che possono essere eseguite a partire dalla decima settimana di età gestazionale, sostituendo tecniche di screening tardivo meno precise come il "tri-test" (una tecnica che combina in un modello probabilistico esami ecografici, marcatori biochimici nel sangue e età della madre, eseguito tra la sedicesima e la diciottesima settimana).

4.1.2 - Aborto entro i 90 giorni

La soluzione chirurgica (isterosuzione e altre tecniche) si effettua normalmente in regime di *day surgery* salvo possibili complicazioni. La procedura prevede l'esecuzione di esami pre-operatori oltre che una valutazione ecografica, se non effettuata in precedenza.

L'aborto farmacologico, come si evince dalle relazioni del ministero della salute sull'attuazione della legge 194, è in aumento. Fino alla recente Circolare del ministero della salute (12/08/2020) che le ha aggiornate, le "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine" prevedevano, per la soluzione farmacologica, il ricovero in ospedale fino a che l'aborto non fosse completato. Al momento del ricovero vengono eseguiti esami ematochimici ed elettrocardiogramma. Nella maggioranza dei casi sono necessari tre giorni tra l'assunzione dei farmaci e l'espulsione dell'embrione. La soluzione farmacologica è attuata in genere in epoche della gravidanza molto precoci (preferibilmente entro le 7 settimane) perché più tempo passa, più si moltiplicano i rischi connessi alla procedura. La circolare citata consente l'aborto chimico fino alla nona settimana.

La stessa circolare appare come una sanatoria che "regolarizza" l'utilizzazione della RU-486 che a 10 anni dal suo ingresso nella lista dei farmaci del nostro Paese era del tutto disomogenea sul territorio nazionale, non senza casi di profonda confusione e discrepanze tra le regioni.

L'uso della pillola abortiva è stato ammesso in Italia dall'AIFA (Agenzia italiana del farmaco) nel luglio 2009 con la pubblicazione del via libera all'immissione in commercio sulla G.U. del 10.12.2009. La disposizione prevede che l'aborto chimico non possa essere indotto oltre i primi 49 giorni di gravidanza e, sulla base dei pareri del Consiglio superiore di sanità, il ministero della salute ha emanato in data 24 giugno 2010 le linee di indirizzo per rendere omogenee le modalità d'uso. Nel documento si ribadisce più volte la necessità di «compatibilità e di coerenza con i principi e i parametri di sicurezza posti dalla legge 194/1978», mentre dal punto di vista clinico si afferma in modo perentorio che «i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza» si possono considerare equivalenti all'interruzione chirurgica solo se l'interruzione farmacologica avviene in ambito ospedaliero, considerando anche «la non prevedibilità del momento in cui avviene l'aborto» e «il rispetto della legislazione vigente che prevede che l'aborto avvenga in ambito ospedaliero» (primo parere del CSS del 18 marzo 2004). In un secondo parere del 20 dicembre 2005 il CSS stabilisce che «l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata in ospedale pubblico o altra struttura prevista dalla predetta legge e la donna deve essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto». Un ulteriore parere del CSS emesso il 18 marzo 2010 ribadisce la necessità del «regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento». Questo anche perché l'AIFA, con delibera n.14 del 30 luglio 2009, stabilisce che «l'utilizzo del farmaco è subordinato al rigoroso rispetto della legge 194 [...] deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della medesima legge dal momento dell'assunzione fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento».

Le regioni hanno ampia autonomia nella scelta delle linee guida e quelle proposte dal ministero «non sono vincolanti» (E. Roccella, sottosegretario alla salute, 13 luglio 2010). Se si osserva il comportamento delle regioni, è possibile registrare una grande variabilità di gestione: in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Lazio, Liguria la RU-486 viene somministrata in regime di day hospital con successivi tre ricoveri giornalieri per il controllo della procedura. Ad esse si sono poi aggiunte Lombardia (provvedimento del 17/12/2018) e Umbria (anche se con recenti restrizioni).

In altre regioni – invece – il vincolo viene spesso aggirato ricorrendo al cosiddetto "doppio ricovero": la donna assume il farmaco in ospedale e poi firma le dimissioni volontarie, formalmente "contro il parere dei sanitari", come se fosse una sua scelta personale. Ritorna a casa e si ripresenta in ospedale dopo circa 2 giorni per assumere il secondo farmaco, seguendo esattamente la procedura che in realtà era «fortemente sconsigliata» dalle linee guida ministeriali. In Italia 3 donne su 4 (76%) hanno fatto ricorso alla dimissione volontaria con successivo ritorno in ospedale per il completamento della procedura.

Eppure, malgrado le chiare raccomandazioni delle linee guida e tre pareri nettamente contrari da parte del Consiglio superiore di sanità in composizione diversa (e tre diverse legislature), il 12 agosto 2020 il Ministro della salute, Roberto Speranza, ha pubblicato la suddetta circolare di aggiornamento delle linee di indirizzo sulla RU-486. In essa è annullato l'obbligo del ricovero, utilizzando «strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla regione, nonché consultori oppure day hospital». Ha inoltre consentito la somministrazione della RU-486 fino alla nona settimana di amenorrea.

4.1.3 - Aborto dopo i 90 giorni

È conseguenza di una diagnosi prenatale positiva (entro la diciottesima settimana per lo più per anomalie cromosomiche, tra la 18ª-22ª settimana per lo più per alterazioni cromosomiche o strutturali); si includono anche i casi – seppur molto scarsi numericamente – di p-prom (rotture di membrane) precocissime (18-22 settimane), ove la decisione abortiva viene presa per l'elevato rischio di grave infezione o mancanza di proposte alternative come l'amnioinfusione o l'expectant management.

Le pazienti hanno in genere già eseguito Bi-Test (1 prelievo + 1 ecografia) e DNA fetale (1 prelievo), con villocentesi e/o amniocentesi, per l'analisi del cariotipo e l'analisi molecolare Array CGH.

L'iter attuativo in regime ambulatoriale prevede un colloquio, la valutazione dell'eleggibilità, cioè sussistenza delle condizioni di cui all'art. 6 della legge 194 seguita da visita ed ecografia, consulenza genetica, psichiatrica e amniocentesi (se la decisione di abortire è conseguenza di una ecografia "morfologica" positiva per una o più malformazioni).

Durante la fase di pre-ricovero vengono eseguiti accertamenti di laboratorio, l'ECG, e viene acquisito il consenso informato. A questo segue somministrazione di Mifegyne (600mg) come pre-trattamento prima della somministrazione delle prostaglandine.

Durante il ricovero, dopo 36-48 ore viene somministrato Misoprostolo (400mg, 1cp ogni 5 ore per 3 somministrazioni). In assenza di risposta e dopo riposo di 24 ore viene effettuato un secondo ciclo di prostaglandine o un ciclo di Cervidil (1 candeletta vaginale ogni 3 ore per 5 somministrazioni). In caso di ulteriore assenza di risposta viene previsto il palloncino endocervicale con candeletta di Cervidil, unito a terapia antibiotica. Dopo l'espulsione del feto viene effettuata una revisione strumentale della cavità uterina.

4.1.4 - Il trattamento medico delle complicanze

Individuare e analizzare le complicazioni sulla salute fisica e psichica della donna provocate dall'aborto volontario è compito assai arduo: la ricerca scientifica pecca di ostacoli e limiti specifici, di falsificazioni e occultamenti intenzionali che portano erroneamente a ritenere l'aborto una procedura senza rischi. Dai dati del ministero della salute rimangono fuori tutte le complicazioni provocate dall'aborto volontario sulla salute fisica e psichica che si possono presentare diversi giorni dopo o molto più in là nel tempo (come ad esempio infertilità e cancro al seno) o in successive gravidanze (parto prematuro, gravidanza extrauterina, placenta previa, aborti spontanei ripetuti). Ancor più difficile da quantificare l'influenza sulle gravidanze successive, sul parto e sul rapporto con altri figli, precedenti o successivi all'aborto. Si tratta di complicazioni più difficili da monitorare e qualificare come conseguenze derivanti da precedenti aborti indotti, ma la cui correlazione all'aborto volontario risulta chiaramente documentata dalla prassi medica e dalla letteratura scientifica. Di questo tipo di complicazioni a lungo termine verrà data una sintesi nel paragrafo 7.4 mentre nell'Appendice 1 si propone un'ampia panoramica sul tema.

All'interno delle relazioni ministeriali si nota la presenza di dati incoerenti e in contrasto tra loro, non rilevati o espressi in maniera troppo generica, di informazioni mancanti e non adeguatamente specificate che determinano una forte sottostima delle complicazioni immediate provocate dall'aborto indotto (oggetto del nostro lavoro) cioè quelle complicazioni che si verificano in concomitanza della procedura abortiva o entro pochissimi giorni dalla stessa. Secondo i dati diffusi dall'Istat nel triennio 2016 - 2018, circa il 22% delle complicanze di cui viene rilevata la natura è classificato come "altre complicanze", mentre sarebbe utile conoscerle più nel dettaglio visto che non solo rappresentano la tipologia con frequenza maggiore tra le complicanze immediate causate dall'aborto, ma risultano anche quelle in forte aumento di anno in anno. Di quali complicanze si tratta? Danno cervicale, perforazione o lacerazione dell'utero, problemi legati all'anestesia, aborto incompleto da ripetere? Non è specificato. Sono complicanze provocate dall'aborto chirurgico o da quello farmacologico? Non si sa.

Bisogna inoltre ricordare che i dati Istat segnalano, altresì, un totale numero di complicanze delle quali non è stata indicata la natura nel modulo Istat; il quantitativo complessivo in genere è superiore al totale delle complicanze la cui natura è conosciuta (anche se non specificata). La relazione del 7 dicembre 2016 del ministero della salute specifica che non è possibile raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto perché le regioni non hanno ancora provveduto ad adeguare i loro sistemi di raccolta; pertanto non è possibile analizzare questo risultato.

Per quanto riguarda le emorragie, ne esistono di vario tipo e livello di gravità. Si è trattato di emorragie a livello della cervice uterina, per esempio per una lacerazione durante le "manovre di aborto" o di emorragie "interne" per esempio a causa di una perforazione uterina o per un aborto incompleto? Quante sono state le emorragie lievi e quante quelle gravi tali da richiedere interventi di emergenza e trasfusioni di sangue? La relazione non lo specifica; sappiamo solo che dal 2010 al 2018 ci sono stati 2.098 di questi casi.

L'aborto non uccide solo il figlio, ma danneggia anche la salute fisica e psichica della madre e questa realtà non deve essere nascosta alle donne che lo vogliano prendere in considerazione. Affinché la loro scelta sia pienamente consapevole, le donne dovrebbero sapere, mediante un'adeguata informazione, dei possibili problemi di salute a breve e a lungo termine cui possono andare incontro quando si sottopongono all'aborto volontario. Questo potrà ottenersi solo rendendo più severi e minuziosi gli obblighi di segnalazione delle complicanze insorte a seguito di aborto, per coloro che eseguono le interruzioni di gravidanza.

4.2 - Il costo medio dei percorsi abortivi "tipo"

4.2.1 - Definizione dei percorsi abortivi tipo

Sulla base della descrizione dei percorsi sanitari che portano all'aborto legale ai sensi della legge 194 descritti nei paragrafi precedenti, 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 farmacologico);
- 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.

COMPONENTI DI COSTO DEI PERCORSI ABORTIVI TIPO						
Componenti di costo	**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 -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 380)	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

4.2.2 - Costi standard dei percorsi abortivi tipo

Nella tabella 2 vengono riassunti costi standard calcolati per i diversi percorsi abortivi tipo, sulla base del DM del 2013 che, è opportuno ricordarlo, nel 2018 costituiva ancora, con pochissime varianti, la base della definizione delle tariffe in molte regioni italiane. Tali costi vengono confrontati con quelli calcolati per le varie regioni in base al più recente tariffario approvato.

Come si può osservare il costo medio di un aborto volontario nel Sistema sanitario nazionale può variare in modo molto significativo, passando dai 250 euro di un aborto farmacologico effettuato entro il terzo mese in un regime di day hospital e senza che si verifichino complicanze immediate (Campania) agli oltre 4.400 euro necessari in Friuli Venezia Giulia per un aborto oltre il terzo mese eseguito in regime di ricovero ordinario e dopo un percorso diagnostico che include i test non invasivi.

A parità di percorso abortivo si possono osservare tra le regioni delle variazioni anche piuttosto significative nel costo standard, sia quando si prenda in considerazione l'aborto chirurgico che quello farmacologico.

TABELLA 2 COSTI STANDARD DEI PERCORSI ABORTIVI TIPO NELLE REGIONI - ITALIA, 2018

Percorsi abortivi tipo	Italia	Piemonte e Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Aborto entro tre mesi																				
Chirurgico																				
Ricovero ordinario con diagnostica completa	1 062	1 062	1 260	1 050	2 077	1 399	1 976	1 141	1 075	1 073	1 045	1 072	1 039	1 062	963	1 062	1 497	1 062	1 072	1 427
Ricovero ordinario con diagnostica semplificata	1 041	1 041	1 239	1 019	2 050	1 370	1 947	1 113	1 047	1 043	1 019	1 041	1 018	1 041	942	1 041	1 469	1 041	1 051	1 401
Day hospital con diagnostica completa	616	616	725	1 050	1 273	1 399	1 976	663	629	627	637	626	1 146	616	561	616	1 213	616	626	1 090
Day hospital con diagnostica semplificata	595	595	704	1 019	1 246	1 370	1 947	635	601	597	611	595	1 125	595	540	595	1 186	595	605	1 063
Farmacologico																				
Ricovero ordinario senza complicazioni	1 164	1 164	1 391	1 291	1 164	861	1 572	1 244	1 169	1 167	1 198	1 164	1 138	1 164	1 051	910	1 014	1 164	1 164	1 054
Day hospital senza complicazioni	271	271	313	433	271	277	563	515	281	277	277	484	266	271	250	471	353	271	271	409
Day hospital con rientro per raschiamento	819	819	966	1 400	819	1 685	2 636	1 038	703	737	799	1 031	1 282	819	745	962	1 535	692	829	1 532
Aborto dopo il terzo mese																				
Chirurgico																				
Ricovero ordinario con diagnostica genetica invasiva	1 306	1 306	1 496	1 294	2 276	1 591	2 171	1 333	1 271	1 284	1 284	1 269	1 305	1 306	1 207	1 306	1 773	1 298	1 316	1 622
Day hospital chirurgico con diagnostica genetica invasiva	860	860	961	1 294	1 472	1 591	2 171	856	825	838	876	823	1 412	860	805	860	1 489	852	870	1 285
Farmacologico																				
Ricovero ordinario e diagnostica genetica invasiva	1 977	1 977	2 301	2 533	2 993	2 491	3 869	1 988	1 815	1 868	1 984	1 940	2 441	1 977	1 810	1 665	2 499	1 842	1 987	2 399
Ricovero ordinario e diagnostica genetica non invasiva	2 602	2 602	2 926	3 158	3 618	3 116	4 494	2 613	2 440	2 463	2 609	2 565	3 066	2 602	1 810	2 290	3 124	2 467	2 612	3 024
Day hospital con diagnostica genetica invasiva	1 053	1 053	1 192	1 630	1 938	1 868	2 819	1 227	891	944	1 032	1 229	1 538	1 053	979	1 196	1 808	918	1 063	1 722
Day hospital con diagnostica genetica non invasiva	1 678	1 678	1 817	2 255	2 563	2 493	3 444	1 852	1 516	1 539	1 657	1 854	2 163	1 678	979	1 821	2 433	1 543	1 688	2 347

5 IL COSTO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978 NEL 2018

5. IL COSTO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978 NEL 2018

5.1 - Gli aborti nel 2018 secondo l'indagine Istat

La stima del costo totale di applicazione della legge 194 è stata effettuata applicando i costi standard dei percorsi abortivi "tipo" al numero di aborti rilevati dall'Istat nella sua "Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza".

Gli aborti vengono classificati dall'Istat:

- per tipologia di intervento;
- per età gestazionale;
- per tipo di complicazione;
- per regione e luogo dell'evento;
- in base alle caratteristiche soggettive della madre (età, cittadinanza, residenza).

Ai fini della quantificazione dei percorsi tipo sono state utilizzate le prime due tipologie di classificazione distinguendo:

- gli aborti effettuati prima dei 90 gg di età gestazionale da quelli effettuati dopo;
- gli aborti effettuati con metodo chirurgico dagli aborti effettuati con metodo farmacologico.

La disponibilità di dati disaggregati per età gestazionale e tipologia di intervento è presente solo a partire dall'anno 2010. Nell'elaborare i dati pubblicati sono state effettuate le seguenti assunzioni:

- tutti gli aborti per i quali non è stata rilevata l'età gestazionale sono stati considerati come effettuati prima dei 90 gg;
- l'aborto definito come "chirurgico" include le seguenti modalità di intervento rilevate dall'Istat: raschiamento, metodo Karman, altre forme di isterosuzione;
- tutti i restanti aborti rilevati sono stati attribuiti all'aborto definito come "farmacologico";
- l'aborto "chirurgico" viene effettuato solo entro i 90 gg di età gestazionale.

Nel prospetto che segue viene riassunto, con riferimento agli aborti rilevati nel 2018, il processo di riclassificazione utilizzato nella stima.

RICLASSIFICAZIONE DEGLI ABORTI RILEVATI AI FINI DELLA STIMA - ITALIA 2018

A	fino a 90 giorni	70 844	N	Aborti dopo il terzo mese	B	3 041
B	91 giorni e più	3 041	O	Di cui farmacologico	I	1 020
C	non indicato	2 159	P	Di cui chirurgico	(N - I)	2 021
D	raschiamento	8 317	Q	Aborti entro il terzo mese	(A + C)	73 003
E	metodo di Karman	35 840	R	Di cui chirurgico	(D + E + F)	56 641
F	altre forme di rimozione	12 484	S	Di cui farmacologico	(Q - R)	16 362
G	somministrazione di solo mifepristone	1 558	T	con ricovero ordinario	(Sx0.25)	4 091
H	somministrazione di mifepristone e prostaglandina	15 970	U	con dimissioni volontarie	(S - T)	12 272
I	somministrazione di sola prostaglandina	1 020	V	senza rientro per raschiamento	(U - Z)	9 817
L	altri	750	Z	con rientro per raschiamento	(U x 0.2)	2 454
M	non indicato	105				
	Totale	**76 044**		**Totale**		**76 044**

Come si può constatare, nella riclassificazione sono stati applicati due coefficienti. Il primo riguarda la percentuale di donne che effettuano l'aborto farmacologico entro il terzo mese in regime di ricovero ordinario. Tale coefficiente è stato posto pari a 0.25 dal momento che, come è stato rilevato nelle sezioni precedenti, in tre casi su quattro, anche in presenza di linee guida che stabilivano la permanenza in ospedale fino al completamento del processo abortivo, le donne firmano le dimissioni volontarie dopo la prima assunzione di farmaci abortivi. Il secondo coefficiente riguarda la percentuale di casi in cui, dopo le dimissioni volontarie a seguito di un aborto farmacologico eseguito entro il terzo mese, si verificano complicazioni che richiedono un rientro in ospedale per effettuare una revisione della cavità uterina. Sulla base della letteratura clinica questa quota è stata quantificata in un 20%. La stima dei casi di aborto farmacologico che hanno richiesto revisione uterina è stata utilizzata per effettuare una stima del costo totale di applicazione della legge 194 (inclusiva sia della esecuzione degli aborti che degli interventi sanitari generati dalle complicazioni) alternativa a quella che si può ottenere utilizzando direttamente i dati rilevati dall'Istat sulle complicazioni. Tale controllo è stato effettuato per verificare la robustezza del dato relativo alle complicazioni prodotto dall'Istat che, come indicato dallo stesso istituto nel report allegato alla relazione del Ministro della salute 2017, è probabilmente sottostimato (Ministero della salute, 2017: 103). La verifica ha mostrato che le due metodologie portano a risultati simili; di conseguenza, nonostante il rischio di sottostima indicato dalla stessa Istat, si è preferito procedere utilizzando i dati ufficiali relativi alle complicazioni.

5.2 - Il costo sostenuto dal SSN nel 2018 per l'applicazione della legge

L'attribuzione dei costi standard agli aborti rilevati dall'Istat e riclassificati come indicato nel precedente paragrafo è stata effettuata con tre modalità per ottenere un intervallo di valori nella stima dei costi di applicazione della legge 194/1978.

Nelle tabelle da 3 a 5 viene indicata la corrispondenza tra la classificazione degli aborti per tipologia di intervento adottata nella stima ed il corrispondente percorso abortivo "tipo" con il relativo costo standard (secondo la tabella del DM), nelle tre ipotesi di valutazione minima, media e massima.

▼ TABELLA 3

COSTO STANDARD DEGLI ABORTI PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO - IPOTESI MINIMA

Tipo di intervento	Descrizione procedura tipo	Costo standard (Italia 2013)
Aborti dopo il terzo mese		
Di cui farmacologico	Day hospital con diagnostica genetica ordinaria	1 053
Di cui chirurgico	Day hospital chirurgico con diagnostica genetica invasiva	860
Aborti entro il terzo mese		
Di cui chirurgico	Day hospital con diagnostica semplificata	595
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	819

▼ TABELLA 4

COSTO STANDARD DEGLI ABORTI PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO - IPOTESI MEDIA

Tipo di intervento	Descrizione procedura tipo	Costo standard (Italia 2013)
Aborti dopo il terzo mese		
Di cui farmacologico	Ricovero ordinario e diagnostica genetica ordinaria	1 977
Di cui chirurgico	Ricovero ordinario chirurgico con diagnostica genetica invasiva	1 306
Aborti entro il terzo mese		
Di cui chirurgico	Diagnostica semplificata (media ricovero ordinario - day hospital)	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	819

▼ TABELLA 5

COSTO STANDARD DEGLI ABORTI PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO - IPOTESI MASSIMA

Tipo di intervento	Descrizione procedura tipo	Costo standard (Italia 2013)
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	818
Di cui farmacologico		
- con ricovero ordinario	Ricovero ordinario senza complicazioni	1 164
- con dimissioni volontarie		
- senza rientro per raschiamento	Ricovero ordinario senza complicazioni	1 164
- con rientro per raschiamento	Day hospital con rientro per raschiamento	819

Nella tabella 6 viene riportato il risultato della stima del costo di applicazione della legge 194 in Italia nel 2018 secondo le tre valutazioni e tenendo conto degli specifici tariffari regionali quando presenti. Il

totale varia da un minimo di 57.965.828 euro ad un massimo di 86.711.783 euro. La voce che determina maggiormente il valore totale è quella riferita agli aborti chirurgici entro il terzo mese, che nel 2018 rappresentavano il 74,5 % del totale.

▼ TABELLA 6

COSTO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194/1978 IN ITALIA - 2018 - DIVERSE IPOTESI DI STIMA

Tipo di intervento	Stima minima	Stima media	Stima massima
Aborti dopo il terzo mese	3 535 014	4 964 940	4 964 940
Di cui farmacologico	1 345 955	2 183 943	2 183 943
Di cui chirurgico	2 189 058	2 780 997	2 780 997
Aborti entro il terzo mese	54 302 394	59 403 505	73 116 570
Di cui chirurgico	44 249 997	49 351 109	52 751 850
Di cui farmacologico	10 052 396	10 052 396	20 364 719
- con ricovero ordinario	5 091 180	5 091 180	5 091 180
- con dimissioni volontarie	4 961 217	4 961 217	15 273 539
Complicanze	128 420	128 420	128 420
Totale	**57 965 828**	**64 496 866**	**78 209 930**

Le tre stime, corrispondono ad un costo medio per ciascun aborto pari a 762 euro nel caso della stima minima, 893 nella stima media e 1.140 nella stima massima.

Per quanto riguarda il costo delle complicanze, è stato considerato uguale in tutte e tre le stime e corrisponde per il 2018 a 188 casi di emorragia, 554 casi di mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico e 213 casi di complicazioni non specificate. Il costo standard per le emorragie e per le complicazioni non specificate è stato fatto pari al DRG corrispondente al raschiamento (in regime di day hospital), mentre il costo per mancato e incompleto aborto è stato fatto pari al DRG relativo all'aborto chirurgico in regime di ricovero ordinario.

6 IL COSTO STORICO PER LE POLITICHE ABORTIVE IN ITALIA

6. IL COSTO STORICO PER LE POLITICHE ABORTIVE IN ITALIA

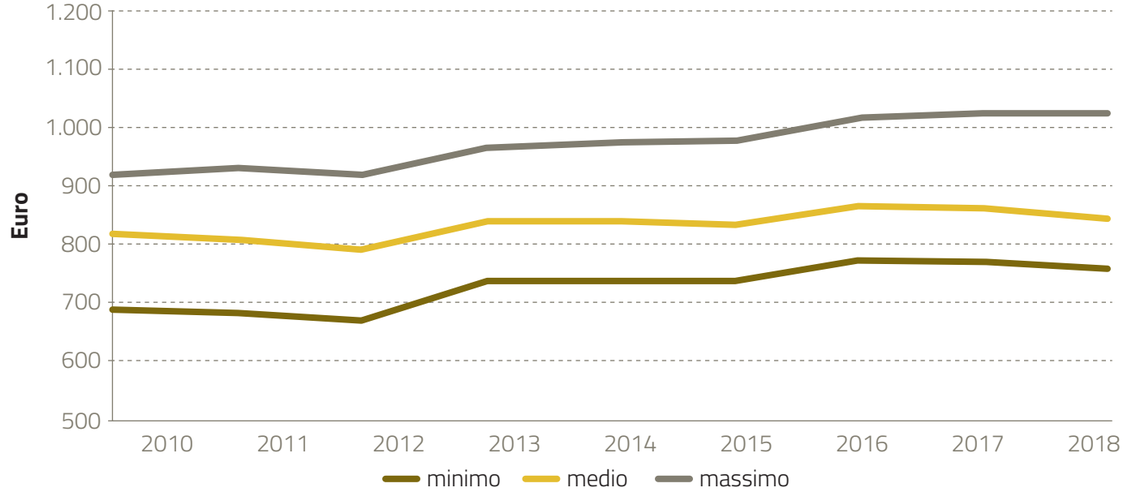
6.1 - Metodologia

La ricostruzione del costo storico di applicazione della legge 194 è avvenuta in due fasi. In primo luogo sono stati ricostruiti analiticamente i costi di applicazione della legge nel periodo 2010 – 2018, applicando i costi standard ricavati dai tariffari regionali agli aborti (classificati per tipo di intervento) rilevati. 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 2017, sono stati espressi a prezzi costanti riferiti al 2018 applicando l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività stimato dall'Istat e disponibile sulla piattaforma Istat.

Nella figura 7 viene rappresentato l'andamento del costo medio di un aborto legale in Italia nel periodo 2010 - 2018 ipotizzato nella stima.

▼ FIGURA 7 **COSTO MEDIO DEGLI ABORTI (2010 - 2018) PREZZI COSTANTI 2018**



L'andamento è determinato dalla progressiva entrata in vigore dei differenti tariffari regionali e dalla variazione nella composizione delle tipologie di aborto.

Per gli anni precedenti il 2010 è stato applicato al numero di aborti rilevato in ogni regione (corretto per i dati incompleti secondo quanto descritto nel paragrafo 3) il costo medio (a prezzi riferiti al 2018 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 degli anni dal 1979 al 2010 sia rimasta immutata. 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.

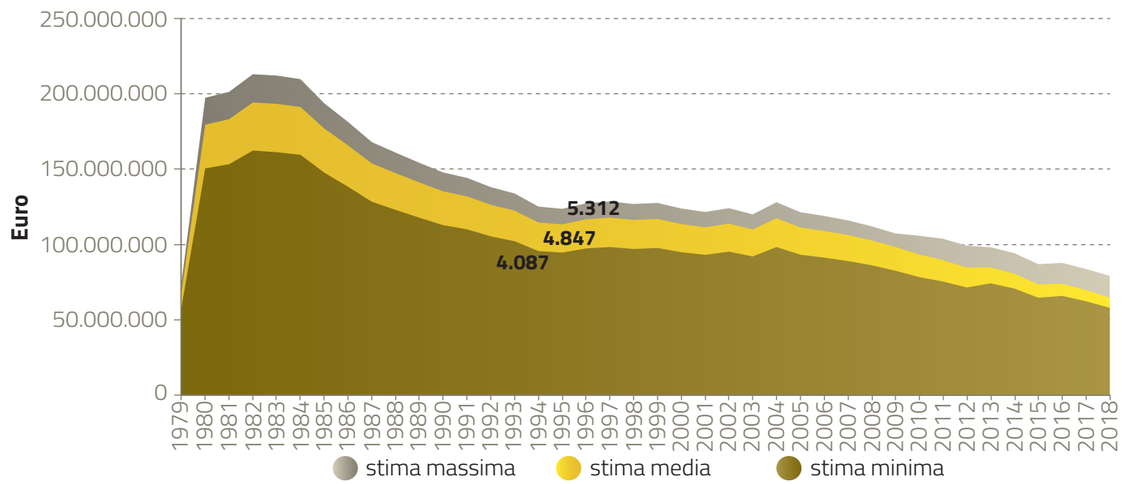
Nella stima mediana è stato ipotizzato che gli aborti chirurgici vengano realizzati per metà in regime di ricovero ordinario e per metà in day hospital (cfr. tabella 4). Questa ipotesi, che coglie la semplificazione delle procedure ospedaliere avvenuta nel tempo con l'evoluzione della tecnologia medica e i livelli di efficienza nella spesa sanitaria, probabilmente costituisce un'ipotesi prudenziale 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 - 2018, per il quale i dati disponibili hanno consentito una adeguata rappresentazione del fenomeno.

6.2 - Serie storica a prezzi costanti

Nella figura 8 viene rappresentato l'andamento del costo di applicazione della legge 194 secondo le tre ipotesi di stima adottate.

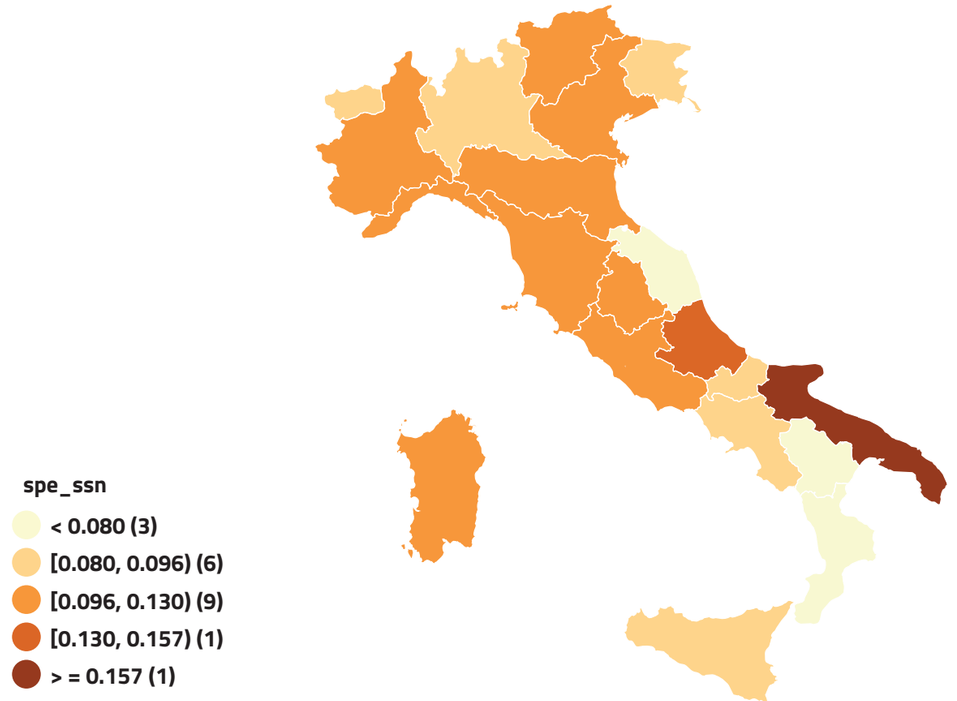
▼ FIGURA 8 **COSTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE 194/1978 (1979 - 2018; PREZZI COSTANTI 2018; VALORE CUMULATO IN M€)**



Il costo cumulato dell'aborto legale in Italia alla fine del 2018 si aggira tra i 4,1 e i 5,3 miliardi di euro. Il valore cumulato della spesa nell'ipotesi di stima mediana è di 4 miliardi e 847 milioni di euro, corrispondente ad un costo medio per aborto di 847 euro e ad una spesa media annua di 120,1 milioni di euro. L'andamento del costo di applicazione della legge nel tempo è stato irregolare, seguendo la curva dell'abortività volontaria in Italia. Secondo la stima massima, nei primi anni di applicazione il valore annuale della spesa ha superato i 200 milioni di euro l'anno.

La distribuzione regionale della spesa abortiva storica, oltre che dall'andamento del fenomeno nel tempo, dipende anche dalle dimensioni demografiche delle regioni e dall'andamento del numero di aborti. Più interessante è un confronto tra le regioni in base ad una misura dell'importanza della spesa abortiva rispetto alle dimensioni dell'economia regionale. Nella figura 9 viene rappresentato un indicatore di intensità della spesa abortiva storica costituito dalla spesa media annua per l'applicazione della legge 194 normalizzata rispetto al valore della spesa sanitaria regionale nel 2018, rappresentata dal totale dei "costi della produzione" (codice BZ 999) nel bilancio consolidato delle aziende sanitarie delle regioni secondo l' "Archivio banca dati economico finanziari regionali" scaricabile dal sito del Ministero della salute[17].

▼ FIGURA 9 **INTENSITÀ DELLA SPESA ABORTIVA NELLE REGIONI ITALIANE (1979-2018)**



La Puglia è la regione con la spesa abortiva storica più intensa: la spesa media annua per l'applicazione della legge 194 nella regione è stata pari allo 0,157% della spesa corrente della sanità pugliese nel 2018.

6.3 - Capitalizzazione della spesa per aborti in Italia

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, anche quando si volesse considerare l'ipotesi minima, sono notevoli se si

17 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

tiene conto che i quarant'anni di applicazione della legge 194 sono stati contrassegnati prima da un progressivo indebitamento dello Stato e poi dall'applicazione di politiche economiche contrassegnate da principi di austerità finanziaria che hanno condizionato non poco la competitività dell'economia italiana (oltre che l'efficienza del sistema della sanità pubblica).

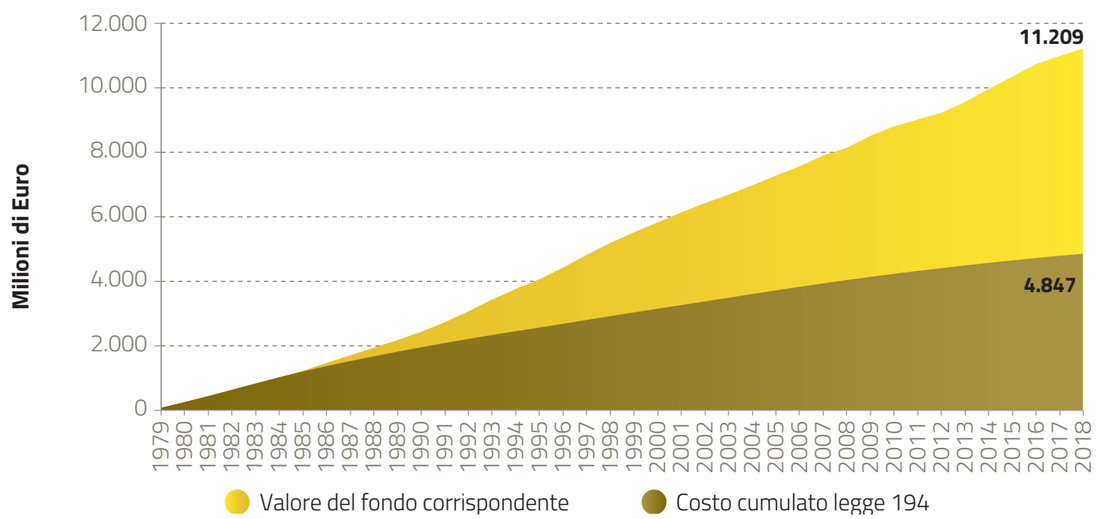
Per valutare la portata della spesa abortiva sulla finanza pubblica è stata effettuata una elaborazione per calcolare a quanto ammonterebbe oggi un fondo destinato ad impieghi produttivi nel quale, nel corso dei quarant'anni considerati, fosse stata accumulata ogni anno una cifra corrispondente alle 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 (https://infostat.bancaditalia.it/inquiry/home), nel datawarehouse Istat e nelle serie storiche di Contabilità nazionale. Ulteriori informazioni sono state ricavate da uno studio di Francese e Pace (2008).

Il calcolo del valore del fondo a fine periodo è stato effettuato con il metodo dell'inventario permanente, nel quale ogni singola cifra accantonata (in questo caso la spesa abortiva annua) 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.

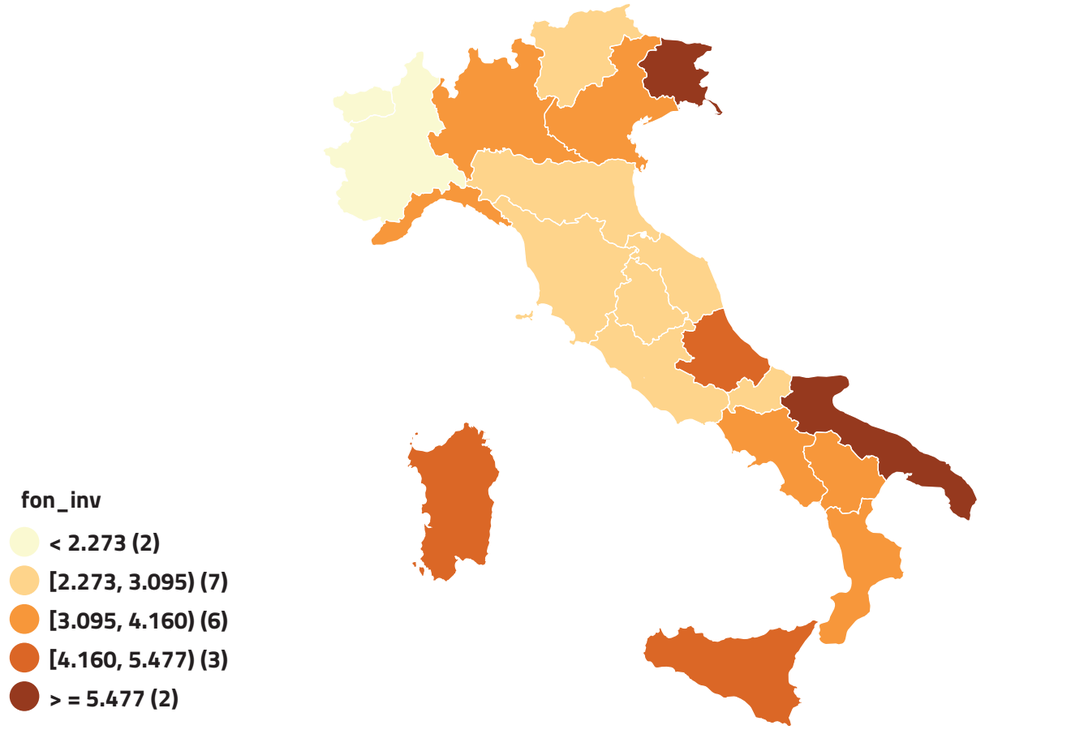
Nella figura 10 viene rappresentato l'andamento del fondo corrispondente alla spesa abortiva in Italia stimata secondo l'ipotesi media. L'area marrone corrisponde alla spesa cumulata, mentre l'area sovrastante rappresenta il rendimento cumulato del fondo. Alla fine del 2018 il valore del fondo sarebbe più che raddoppiato: a fronte di un "accantonamento" totale (in termini reali) di 4 miliardi e 847 milioni, il fondo avrebbe maturato rendimenti fino a raggiungere una capitalizzazione totale di 11 miliardi e 209 milioni di euro. Supponendo che la spesa abortiva fosse stata integralmente finanziata accumulando debito pubblico, gli interessi totali pagati per finanziare la legge 194 ammonterebbero a 6 miliardi e 362 milioni di euro.

▼ FIGURA 10 **COSTO CUMULATO DELLA LEGGE 194/1978 (1979-2018, STIMA MEDIA)**



Anche nel caso della rappresentazione della spesa storica per gli aborti sotto forma di fondo produttivo può essere interessante rappresentare la sua incidenza a livello regionale. Nella mappa in figura 11 viene rappresentato il valore della quota del fondo corrispondente alla spesa abortiva che avrebbero maturato le diverse regioni normalizzato in base alla spesa per investimenti realizzata in ciascuna regione nel 2017.

▼ FIGURA 11 **INTENSITÀ DELLA SPESA ABORTIVA NELLE REGIONI ITALIANE (1979-2018)**



Nel caso del fondo per le spese abortive si osserva una maggiore incidenza non solo nelle regioni meridionali ma anche in alcune delle regioni settentrionali, in particolare nel Friuli Venezia Giulia dove, insieme alla Puglia, il valore del fondo corrispondente alle spese abortive storiche corrisponde a più del 5% degli investimenti.

7 I COSTI NON CONSIDERATI

7. I COSTI NON CONSIDERATI

7.1 - Aspetti prudenziali della stima effettuata

La stima del costo di applicazione della legge 194 presentata in precedenza, come già rilevato, presenta una serie di aspetti che la rendono prudenziale anche nella sua configurazione media e che è opportuno richiamare:

- diagnostica semplificata (solo ecografia) per tutti gli aborti entro i 90 gg, che costituiscono la gran parte del totale;

- considerazione della pratica delle "dimissioni volontarie" nel caso di aborto farmacologico senza complicazioni, nonostante le linee guida lungo l'intero periodo 2010 - 2018 prevedessero la somministrazione dei farmaci abortivi e la conclusione dell'aborto all'interno della struttura ospedaliera;

- utilizzazione dei dati pubblicati dall'Istat, definiti dallo stesso istituto incompleti, per la quantificazione dei costi relativi alle complicanze immediate dell'aborto.

Oltre a questi aspetti prudenziali, tuttavia, è opportuno considerare che una serie di costi, direttamente e indirettamente connessi all'applicazione della legge, non sono stati considerati. Per esempio, non sono stati presi in considerazione i costi delle azioni giudiziarie che derivano dalle questioni civili che a vario titolo (essenzialmente per risarcimento dei danni) vengono poste relativamente alle fattispecie descritte dalla legge 194.

Inoltre, nonostante un'ampia documentazione ne testimoni l'esistenza, la mancanza di dati sufficientemente completi e sistematici su cui basare la stima ci ha indotto a non considerare una serie di costi dei quali offriamo una breve panoramica nei paragrafi seguenti.

7.2 - Costi non considerati a causa dell'"under-reporting" degli aborti

7.2.1 - La legge 194/78 non ha eliminato - come prometteva - gli aborti clandestini

Le relazioni ministeriali stimano, ancora oggi, tra i 12.000 e i 15.000 aborti clandestini, i quali presentano un alto costo in termini economici e sociali per tutta la collettività, un costo che la legge avrebbe dovuto evitare. A p.19 dell'ultima relazione (Ministero della salute, 2020), che riporta i dati del 2018, si dice che «... dal 1983 l'Istituto superiore di sanità ha effettuato delle stime basate su modelli matematici utilizzati a livello internazionale. L'ultima si riferisce al 2012 che, pur tenendo conto dei limiti del modello legati principalmente alle modifiche avvenute nel Paese per quanto riguarda la composizione della popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e i comportamenti riproduttivi (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzata e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi), ha stimato un numero di aborti clandestini per le donne italiane compreso nell'intervallo tra 12.000 e 15.000».

7.2.2 - Le relazioni ministeriali sono lacunose e non consentono un calcolo puntuale dei costi annessi all'aborto legale

In ogni relazione annuale, il ministero richiama le regioni e le strutture sanitarie affinché siano più puntuali e complete nella raccolta e trasmissione dati. Per anni si è lamentato che «le regioni non hanno

aggiornato i loro sistemi di raccolta per poter riportare l'informazione in maniera completa e non è stato quindi possibile analizzare i risultati». La critica si ripete ancora per i dati del 2017: «... alcuni referenti regionali hanno fatto presente le difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG. In alcuni casi sono inoltre stati rilevati alcuni problemi nella completezza delle informazioni raccolte con i modelli D12/Istat. In particolare si segnala la presenza di un numero più elevato di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2017 provenienti dalla Lombardia, dalla Liguria e dalla Puglia» (Ministero della salute, 2018: p. 9). E a pag.12 dell'ultima relazione (Ministero della salute, 2020) c'è scritta la stessa frase, ma in più «... si segnala la presenza di un numero più elevato di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2018 provenienti da Lombardia, Toscana, Lazio, Campania e Puglia»: quindi le regioni in difficoltà di trasmissione dati aumentano anziché diminuire, nonostante il progresso tecnologico.

Anche la puntualità nella trasmissione dei dati è carente, nonostante la nuova piattaforma informatica ormai in uso da diversi anni: le regioni denunciano impossibilità pratica di rispettare la scadenza, l'ISS concorda su tale difficoltà e, accanto alla mancanza di puntualità, lamenta l'incompletezza. L'istituto, infatti, «ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione a livello locale e che ci siano margini di miglioramento per garantire la completezza delle informazioni e il rispetto della tempistica» (Ministero della salute, 2018, p.12).

I ginecologi dell'AIGOC (Associazione italiana ginecologi e ostetrici cattolici) in un comunicato stampa del 4 giugno 2020 (AIGOC, 2020) si stupiscono del fatto che «... nel 2020 una scheda D12/Istat o una SDO [scheda dimissioni ospedaliera, n.d.R.] possano essere chiuse ed inviate incomplete, cioè con caselle importanti quali la data di nascita, l'epoca gestazionale, il tipo di complicazione, … e che in 18 mesi i funzionari addetti al controllo di queste schede non sentano il dovere morale di chiedere al responsabile del reparto ed al compilatore delle schede i dati mancanti prima di offrirli per una relazione ministeriale. È ora che il ministro non si limiti a fare inviti ad essere più precisi ma prenda i provvedimenti necessari per evitare che nella prossima relazione sia ancora presente la voce "non rilevato"».

La Relazione sui dati del 2018 (Ministero della salute, 2020), per esempio, a p. 8, ammette che «l'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nell'anno 2018 è stata effettuata in base ai dati raccolti per il 79%»; e per quanto riguarda i controlli dopo l'aborto «il colloquio post IVG viene registrato, in molti consultori, nei flussi informativi come generica visita di controllo e quindi alcune regioni hanno fornito un dato parziale». Il ministero ammette poi la mancanza di dati circa: l'aborto delle minorenni (Ministero della salute, 2020: p.27); i tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza (p.32); l'anamnesi ostetrica (p.35); gli aborti precedenti (p. 36 e p. 38). Altra lacuna non trascurabile si rileva sul dato dell'epoca gestazionale in cui avviene l'aborto oltre le 12 settimane: «Alcune regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile: Sardegna (18,5%), Puglia (16,3%), Basilicata (15,0%) e Liguria (8.8%)», (Ministero della salute, 2020: p. 43), e il tempo che intercorre tra il rilascio dei certificati e l'intervento «...con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (2,3% nel 2018 rispetto a 2,5% nel 2014 e 4,2% nel 2010). Tuttavia nel 2018 questa mancanza del dato ha raggiunto il 15,7% dei casi in Campania», (Ministero della salute 2020: p. 44).

Per quanto riguarda l'aborto farmacologico, poi, è degno di nota il rapporto del Ministero della salute intitolato "Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - anni 2010 - 2011" (Ministero della salute, 2013) da cui risulta che 8181 donne in quei due anni hanno assunto la RU-486 (per 287 di queste non è nota l'epoca gestazionale in cui l'han presa). A p. 16 si spiega che nel 31,7% dei casi non è stato indicato il numero di giorni di ricovero: si tratta di 2590 donne. Anche si trattasse solo di 1 giorno di ricovero ciascuna, quanto costano allo Stato 2590 giorni di ricovero?

Sono quindi coerenti le "Conclusioni" scritte a p. 20 dello stesso rapporto: «In alcuni casi è stato difficile risalire alle informazioni e per alcune variabili la percentuale di dati non noti è abbastanza elevata e variabile da regione a regione».

7.2.3 - Lacune circa le complicanze che derivano dall'aborto

Le relazioni ministeriali parlano delle «complicanze immediate dell'IVG»: ma non c'è alcun cenno alle complicazioni rilevate nel medio - lungo termine, per una stima delle quali si rimanda al successivo paragrafo 7.4.

Lo stesso Istat, nello studio allegato alla relazione del 2017, dove viene proposta una stima del numero degli aborti clandestini, segnala l'incompletezza dei dati rilevati sulle complicanze (Ministero della salute, 2017: p.103). Anche tra le complicanze immediate, però, c'è da notare la vaghezza della voce "altro" rispetto ad infezioni ed emorragie: se non si sa di che cosa si tratta, nemmeno si sa quanto sia grave o onerosa la cura.

Apprendiamo inoltre che il Sistema di sorveglianza sull'aborto «raccoglie solo le complicanze rilevate durante il ricovero»: e le complicanze manifestatesi al di fuori del regime di ricovero?

Un cenno a parte merita il rapporto del Ministero della salute intitolato "Interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine - anni 2010 - 2011" (Ministero della salute, 2013) che a pagina 17, dove parla di complicanze immediate dell'aborto farmacologico, sostiene che «nel 13,53% dei casi il dato non è stato indicato»: parliamo di 1.107 donne in due anni. A cui potremmo aggiungerne 76 che hanno lamentato "altro", che non sia emorragia (124 casi) o infezione (20 casi).

Lo stesso rapporto non sa dove 2.364 donne (su 11.236 che hanno abortito con le pillole) si siano presentate al controllo post aborto. Non solo, ma di 2.666 donne che si sono presentate al controllo e che hanno manifestato complicazioni non si sa che tipo di patologia abbiano riscontrato (Tabella 16 del rapporto citato).

Da quanto detto fin qui, non si può che convenire su due risultati di estrema importanza: anzitutto il fatto che i costi calcolati nel presente studio siano stati rilevati in modo estremamente prudenziale; in secondo luogo che, oltre le lacune ammesse dal ministero stesso, è quanto mai verosimile che medici e strutture sanitarie curino donne le quali presentano problemi fisici o psichici derivanti da un aborto volontario senza averne o darne contezza.

Da un lato può essere la donna stessa ad aver remore nel fornire l'informazione di aver abortito; dall'altro, può essere che all'accettazione la paziente venga registrata in base ai sintomi accusati (dalla febbre, al vomito, ai dolori, all'emorragia, fino al tentato suicidio), ma dell'aborto pregresso, se riferito nell'anamnesi, non resta traccia scritta nei documenti.

Va aggiunto che l'incidenza dell'aborto spontaneo nel primo trimestre è circa del 20% delle gravidanze. Non sapremo mai, però, in quanti di questi casi l'aborto è stato davvero spontaneo e non indotto dall'assunzione di Cytotec o altre sostanze analoghe alla RU-486 reperite autonomamente dalla donna interessata. In internet esistono siti dedicati che insegnano alle donne ad abortire clandestinamente. Ad

esempio il portale "Women on Web" (https://www.womenonweb.org/it/i-need-an-abortion) spedisce pillole per l'aborto in tutto il mondo e suggerisce esplicitamente alle donne: «Non dire allo staff medico che hai cercato di indurre un aborto, puoi dire loro che hai avuto un aborto spontaneo»; oppure «I sintomi di un aborto spontaneo e di un aborto con le pillole sono esattamente gli stessi». Un altro sito web, all'indirizzo www.earlyabortion.com, aggiunge che le donne possono nascondere l'aborto anche ai familiari, spacciandolo per delle mestruazioni molto dolorose.

Il medesimo fenomeno dei dati non riportati rispetto alle complicanze derivanti dall'aborto è diffuso su larga scala a livello internazionale. Anche quando la conseguenza dell'aborto è cosa tragica come la morte, i medici spesso non lo segnalano perché non lo sapevano o ritenevano che vi fossero buone ragioni per evitare di menzionarlo nel certificato di morte (Reardon et al., 2004).

7.3 - Costi per la diagnostica genetica difensiva

Come è stato già rilevato in precedenza, l'evoluzione del costo reale delle pratiche abortive nel tempo è stato determinato principalmente da due tendenze. In primo luogo il passaggio, iniziato recentemente e ancora in atto, dall'aborto chirurgico all'aborto farmacologico. Questo cambiamento è provocato essenzialmente dal minore costo di questa tecnologia, soprattutto quando il verificarsi dell'aborto, dopo l'assunzione dei farmaci, avviene al di fuori delle strutture ospedaliere. Tuttavia la letteratura dimostra che i rischi per la salute della donna connessi all'aborto farmacologico, soprattutto quando si realizza a casa, sono *maggiori* di quelli dell'aborto chirurgico. Informazioni sull'evidenza di questi maggiori rischi vengono fornite altrove in questo rapporto: essi si riflettono in una serie di costi aggiuntivi per il sistema sanitario connessi alle patologie che ne derivano e che non è stato possibile considerare nella stima, e mettono seriamente in discussione anche la *ratio* economica (oltre a quella sanitaria) della diffusione dell'aborto farmacologico.

La seconda tendenza riguarda l'evoluzione della pratica diagnostica pre-natale che negli anni recenti ha messo a disposizione tecniche di screening via via più sofisticate per l'individuazione delle anomalie genetiche più diffuse. Si è potuta osservare una progressiva diffusione di metodi di screening biochimico (Bi-Test, NIPT) talvolta associati a metodiche diagnostiche invasive (amniocentesi e villocentesi) anche nelle fasi più precoci della gravidanza.

L'individuazione di anomalie genetiche e altre patologie del bambino, almeno in linea di principio, non dovrebbe essere considerata una conseguenza dell'applicazione della legge 194/1978, dal momento che è il presupposto per una più efficace *cura* dei bambini affetti fin dalle fasi più precoci della loro esistenza. Tuttavia è prassi tacitamente accettata già dai primi anni di applicazione della legge 194 l'utilizzazione eugenetica dell'aborto, con la motivazione (prevista dall'articolo 4 della legge) del rischio per la salute *psichica* della madre. Lo stesso Istituto superiore di sanità[18], nelle sue "Linee guida sulla sindrome di Down" riconosce che «dove le tecniche anticoncezionali, la diagnosi prenatale e l'interruzione di gravidanza non sono ancora attuate, nasce circa 1 bambino con sindrome di Down ogni 650 nati vivi, come succedeva anche in Italia fino agli anni '70».

Sarebbe corretto perciò imputare almeno una quota dei costi sostenuti dal SSN per la diagnostica prenatale all'applicazione della legge 194. Nella stima proposta, come sottolineato in precedenza, è stato ipotizzato, per tutti gli aborti effettuati entro il 90° gg, il solo costo di una diagnostica prenatale semplificata costituita da una sola ecografia. Si tratta di un criterio estremamente prudenziale, soprattutto con riferimento ai due ultimi decenni di applicazione della legge, durante i quali si è diffusa una pratica di diagnostica genetica "difensiva" il cui onere si sta progressivamente trasferendo a carico della sanità pubblica. La realizzazione a tappeto dei test per la ricerca dei marcatori biochimici, come ad esempio il Bi-test entro la scadenza dei 90 giorni, per mantenere aperta la strada dell'aborto legale senza limitazioni, costituisce un costo, probabilmente rilevante, non considerato in questa stima dal momento che, per la bassa incidenza di queste patologie, nella gran parte dei casi all'esecuzione del test non segue un aborto. In assenza della possibilità e dell'intenzione di abortire questi test precoci non sarebbero necessari dal punto di vista di una corretta gestione medica della gravidanza e di una appropriata cura della salute del bambino. La copertura pubblica dei costi relativi alle più recenti tecniche di NIPT, più precise ma più costose come visto in precedenza, contribuirà ad innalzare ulteriormente l'incidenza dei costi per la diagnostica difensiva.

7.4 - Costi per la morbilità fisica e psichica delle donne connessa all'aborto

I costi che sostiene il sistema sanitario per curare le conseguenze fisiche e psichiche dell'aborto volontario non sono stati calcolati in questo studio.

Ci limitiamo a ricordare che le problematiche di cui si tratta brevemente in questo paragrafo, e di cui viene proposta una più ampia panoramica nell'Appendice 1, non solo generano costi ingenti a carico del SSN, ma rappresentano anche costi sociali che hanno inevitabilmente un importante risvolto economico.

Quanto alle *conseguenze fisiche* dell'aborto volontario, il nostro SSN deve anzitutto sostenere i costi necessari per curare le infezioni e le loro conseguenze, le emorragie, le complicazioni legate all'anestesia, i traumi del canale cervicale, le perforazioni dell'utero; per completare gli aborti falliti o incompleti e per trattare gli effetti collaterali delle prostaglandine.

In Appendice si possono consultare i dati forniti in letteratura e quelli desumibili da alcuni protocolli regionali recenti: per esempio dal protocollo assistenziale IVG della ASL di Latina, Regione Lazio (Battaglia et al., 2019), o quello del "Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva" (Saperidoc) dell'SSR dell'Emilia Romagna alla voce "Procedure Sanitarie per IVG"[19]. Va anche notato che le percentuali rilevate in questi documenti regionali non sono compatibili con i dati Istat.

In secondo luogo, andrebbero registrati i costi sostenuti per gestire gli effetti avversi a lungo termine dell'aborto, come le complicanze cui va incontro la donna in gravidanze successive. Bisognerebbe calcolare il costo della terapia neonatale necessaria ai bambini nati pretermine e molto pretermine a causa di un pregresso aborto volontario della madre, a cui si aggiungono quelli dei danni permanenti spesso riportati dai prematuri; bisognerebbe quantificare i casi di placenta previa - provocati da aborti pregressi - che possono determinare persino un'isterectomia post-partum.

In terzo luogo, andrebbero considerati i costi dell'infertilità derivante da un aborto pregresso: quante donne che hanno abortito, poi cercano un figlio che non riescono ad avere e si rivolgono alle cliniche

18 Le linee guida sono consultabili all'indirizzo web http://old.iss.it/binary/lgmr2/cont/01.1234174825.pdf

19 Il documento è disponibile all'indirizzo https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/278 data di pubblicazione 11 dicembre 2008.

per la fertilità? Le pratiche per la fecondazione artificiale sono onerosissime per la collettività e poco efficaci. E a loro volta provocano effetti collaterali importanti a carico delle donne stesse e dei (pochi) bambini che nasceranno (oltre ad essere causa di un numero molto elevato di aborti).

Non si può poi ignorare - anche se la scienza ideologizzata tende a negare l'evidenza - che l'aborto è una delle cause del cancro al seno, il cui costo non è elevato solo in termini economici: c'è anche un alto - incalcolabile - costo in termini psicologici e sociali che sopportano i malati oncologici in genere e in particolare le donne che spesso vengono necessariamente mutilate nella loro femminilità.

Quanto ai *problemi psichici* derivanti dall'aborto indotto, è calata da decenni una spessa coltre di silenzio sul disagio individuale e familiare causato dal trauma subito dalla madre. Quante coppie si separano dopo un aborto? Che ripercussioni ha l'aborto sulla vita lavorativa della donna? E sulla vita dei familiari? Come quantificare le conseguenze sociali derivanti dal possibile abuso di farmaci, alcol o droghe dopo l'aborto? Nell'Appendice 1 si prendono in esame i dati disponibili in letteratura circa i danni sofferti direttamente dalla donna.

Quante ore di terapia e quali terapie sono necessarie per superare il trauma post aborto? Alla base c'è spesso la negazione del lutto. Non si riconosce l'evento aborto, spesso in anamnesi non viene chiesto, o viene omesso dalla paziente. La sindrome post-abortiva, quindi, può essere di portata devastante e avere i risvolti tragicamente più disparati, dai disturbi del sonno, alla depressione, all'abuso di sostanze, allo sviluppo di patologie psichiatriche, al suicidio. Quanto costa alla collettività la perdita di una donna giovane?

L'aborto, inoltre, può sconvolgere tutte le relazioni di una donna. La negazione del lutto, in particolare, spesso porta a sentimenti di intorpidimento emotivo e/o ostilità e rabbia, e difficoltà nel formare e mantenere futuri rapporti e legami; quindi un disagio esistenziale anzitutto per la persona, certamente. Ma il soggetto incapace di inserirsi nel tessuto sociale serenamente è indubbiamente un costo per la collettività. Sono colpiti innanzitutto i rapporti coniugali, o le convivenze, i rapporti con gli altri figli, soprattutto con quelli nati più tardi, per quanto voluti (la cosa può essere tanto grave da sfociare in abusi e violenze domestiche; oppure in un rapporto di amore ossessivo, soffocante e deleterio sia per la mamma che per il bambino). E la cosa è tanto più grave quanto più è giovane l'età della donna che ha abortito.

Infine, è anche necessario riflettere sul fatto che coloro che negano l'esistenza di una sindrome post-abortiva nelle donne non prendono neanche in considerazione che essa possa colpire anche *altri soggetti coinvolti indirettamente dall'aborto***.** Invece è una dura realtà che possa soffrire innanzitutto il padre mancato: gli uomini possono essere feriti dall'aborto anche quando l'hanno voluto loro per primi. Ma sono particolarmente colpiti quando avrebbero voluto il bambino: le leggi, nella maggior parte dei Paesi dove l'aborto è consentito, invece, negano al padre qualsiasi voce in capitolo. Anche la letteratura sulla sindrome post-abortiva maschile è vastissima e si rimanda all'Appendice 1 per approfondire la questione. Così come, nell'Appendice, si potrà leggere dei danni sofferti dai fratelli del bambino abortito, dai nonni e - dato non trascurabile ai fini di un ipotetico calcolo dei costi - dal personale sanitario coinvolto nell'aborto. I traumi e gli shock affrontati dai soldati in tempo di guerra (il disturbo post traumatico da stress) sono molto simili a quelli che colpiscono i lavoratori e i medici che uccidono bambini in maniera continua e regolare: diventano più facilmente vittime dell'alcolismo, della depressione suicida e di altri gravi problemi psicologici. Quanto costa poi alla collettività un medico che continua a svolgere la sua professione con questi problemi irrisolti?

7.5 - Conseguenze sanitarie della diffusione dell'aborto "fai-da-te": tassi anomali di revisioni uterine in donne giovani

Prima della legge 194 un significativo indicatore di abortività volontaria poteva desumersi dai dati relativi all'aborto spontaneo, supponendosi che – nei casi di complicazioni derivate da aborto volontario che costringessero al ricovero ospedaliero – la donna dichiarasse la spontaneità dell'interruzione della gravidanza al fine di evitare le conseguenze di carattere penale.

L'Italia è uno dei pochi Paesi dove, con un'indagine annuale dell'Istat, viene sistematicamente rilevato il numero degli aborti spontanei, sebbene con riferimento ai soli aborti che hanno dato luogo ad un ricovero ospedaliero. Nel 2008 i dati Istat registravano 76.799 aborti spontanei (circa 74.000 nel 2012, 61.580 nel 2106) ossia il 10-11% (tasso di abortività spontanea) del totale delle gravidanze (inteso come somma dei nati, degli aborti spontanei e degli aborti procurati). Tale dato è cresciuto del 22% rispetto al 1994 e del 35% rispetto al 1985, con punte del 67% tra le giovanissime (15-19 anni). Per le donne straniere la percentuale è aumentata dal 5% (1998) a oltre il 17% (2008).

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

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

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

L'uso improprio del Cytotec (già inserito nei protocolli di IVG farmacologica in associazione al Mifepristone, ma capace di indurre l'aborto anche da solo) è ormai ampiamente dimostrato dall'aumento esponenziale di casi di emorragie da "aborto spontaneo" che si registrano nei ricoveri di urgenza al pronto soccorso.

Non è possibile quantificare l'entità del consumo di questo farmaco, ma considerando che nella terapia dell'ulcera gastrica – motivo per il quale è stata approvata la sua commercializzazione – è sostituibile con farmaci di recente generazione e di gran lunga più efficaci, è sospettabile che l'incremento nella vendita del Cytotec sia ascrivibile esclusivamente a finalità abortive. Non è neppure possibile indicare, con certezza, il numero di aborti clandestini provocati dal farmaco. I dati scientifici dimostrano che nel 90% delle gravidanze interrotte con misoprostolo non si verificano complicanze ed il controllo ecografico accerterà l'assenza di materiale in utero. Della gravidanza non resterà traccia uscendo da ogni contabilità. Nel 10% dei casi la paziente sarà ricoverata per aborto spontaneo e sarà sottoposta a revisione della cavità uterina, negando in ogni modo che il suo aborto non sia spontaneo.

L'incremento del numero di aborti spontanei è di 14.000 all'anno rispetto a 20 anni fa.

Quanti di questi possono rappresentare quella quota di aborti clandestini farmacologici in cui l'evento non si conclude a domicilio finendo per essere ospedalizzati come aborti spontanei?

Sul Cytotec i dati scientifici sono concordi: sul sito della FDA (www.fda.gov) sono descritti gli effetti abortivi prima ancora di quelli terapeutici e Pub Med – rassegna delle maggiori riviste internazionali mediche - segnala 350 articoli sul tema "Misoprostol and first trimester abortion" e 233 su "Misoprostol and second trimester abortion". Ne emerge una efficacia superiore al 90% nei primi tre mesi e del 70-80% fino al sesto mese di gravidanza.

L'azione abortiva del misoprostolo è ampiamente riportata nella letteratura medica (Shan Tang et al, 2002) e la divulgazione del metodo in rete, come già detto nel paragrafo 7.2, è ampia: siti stranieri e nazionali spiegano come procurarsi e usare il farmaco.

8 CONCLUSIONI

8. CONCLUSIONI

Parlare di aborto oggi è estremamente arduo. Se l'argomento emerge durante una conversazione, si osservano immediatamente imbarazzo, frasi di circostanza dette sottovoce, e si cerca immediatamente di chiudere il discorso. La legge 194 rappresenta una sorta di tabù, un "dogma" da non mettere in discussione, una "conquista di civiltà" quasi superiore alle scoperte scientifiche, fisiche e biologiche degli ultimi secoli.

Eppure dopo 42 anni e quasi 6 milioni di bambini abortiti in Italia, è possibile individuare numerose crepe e contraddizioni della legge, a partire dal radicale cambiamento di mentalità che essa ha determinato.

Come ci si addentra nel "pianeta aborto", si scopre un abisso che separa la teoria dalla realtà: è un mondo reale, fatto di donne che «sperimentano profonde solitudini, di aiuti solo sulla carta, di un mare di indifferenza, di libertà negate perché le informazioni a disposizione dei genitori sono incomplete e troppo spesso a senso unico» (Mazzi, 2017).

La maternità, che appariva come un'esperienza naturale, "sicura" e scontata nella vita delle donne, ha assunto connotati completamente diversi ed è stata inserita nella categoria dei diritti, un qualcosa da conquistare e da gestire. L'embrione, ridotto ad oggetto, è stato considerato semplicemente una parte della donna, su cui si può scegliere, che si può rimuovere a piacimento, tanto da essere persino equiparato ad una patologia da curare. Per abortire la strada è spianata, l'accompagnamento è spesso caratterizzato da un atteggiamento pro-aborto, non vengono proposte alternative e viene negata qualsiasi "pari opportunità" alla scelta di difendere la vita del bambino.

In questo clima, si arriva all'esperienza paradossale di donne che hanno resistito e che, alla fine, sono state definite come "indesiderate" (Mazzi, 2017). Si tratta di mamme qualunque che si erano rivolte alle strutture sanitarie per essere seguite durante la gravidanza e che si sono sentire rivolgere la domanda: «Ma lei, signora, lo tiene?»; sono donne moderne, del nostro tempo, che opponendosi con coraggio a questa "necessità", a questa "opera di prevenzione", vengono spesso etichettate come irrazionali, incoscienti, fatte oggetto di accuse per la loro scelta.

Anche il concetto di "libertà di scelta" non tiene conto della relazionalità madre/figlio; in questo caso, il figlio (il "tu") è una presenza che si impone, che viene incontro e che domanda un riconoscimento; non si tratta di una relazione di possesso, ma dialogica, tipica della natura umana, in cui l'"io" può costruirsi solo in relazione con un "tu". La gravidanza è pertanto una relazione a due del tutto privilegiata e l'aborto non fa altro che rompere, lacerare, negare questo fatto. Ne sono testimonianza le migliaia di donne che hanno abortito e raccontano oggi la loro esperienza fatta di sensi di colpa, dubbi e sofferenze (Affinito e Lalli, 2010).

Tutto questo ha un costo, non solo in termini di vite umane, ma anche di relazioni, di equilibri sociali.

Il presente studio ha voluto quantificare, attraverso una rigorosa analisi dei primi quarant'anni di applicazione della legge, il costo finanziario - peraltro sottostimato - sostenuto dalla collettività per la pratica abortiva, in un tempo, come il nostro, in cui le risorse economiche a disposizione del sistema sanitario risultano drammaticamente limitate e richiedono pertanto un'equa distribuzione sociale.

Le relazioni ministeriali e i dati Istat descrivono una curva di aborti volontari in discesa, utilizzando

come indicatore il tasso di abortività standardizzato (numero medio di aborti ogni mille donne in età fertile). In realtà, ad un'analisi più approfondita, si può osservare come la percentuale di donne in età fertile, rispetto alla popolazione femminile generale, si sia notevolmente ridotta in questi ultimi decenni, oltre al fatto che la prima gravidanza sia ritardata ad un'età più avanzata (35-40 anni). Inoltre va distinta la percentuale di donne in età fertile che iniziano una gravidanza da quella di donne che, nello stesso periodo, decidono di interromperla volontariamente. Se confrontiamo il tasso di abortività standardizzato con la percentuale di gravidanze interrotte, nel corso dell'ultimo decennio, osserviamo come i due indicatori possano essere rappresentati da curve che divaricano notevolmente: la quota di gravidanze volontariamente interrotte è scesa solo di poco negli ultimi anni e questo può essere facilmente spiegato con l'introduzione dei farmaci abortivi (abortività RU-486 circa 18%) o della cosiddetta "contraccezione d'emergenza". I numeri mostrano che l'aborto, al di là di considerazioni soggettive o valutazioni statistiche tendenziose, rimane una pratica di largo uso, inserita in un preciso piano di controllo delle nascite quando altri metodi abbiano fallito nella contraccezione.

Un altro aspetto non meno importante - e mai analizzato - è la relazione tra calo demografico e numero di aborti. Ripercorrendo la "storia" abortiva delle singole regioni italiane, si osserva una chiara polarizzazione geografica del fenomeno: in Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Puglia sono stati praticati circa il 25% di tutti gli aborti in Italia. Emerge inoltre che nelle regioni dove si è abortito volontariamente di più la popolazione è in genere cresciuta di meno o spesso è addirittura diminuita. Anche questo dato permette di rafforzare l'affermazione che l'aborto legale in Italia non costituisce la protezione di una scelta di ultima istanza che viene garantita alla donna in situazioni straordinarie, come si cerca spesso di sostenere, ma fa parte integrante di una mentalità denatalistica più ampia.

Per quanto riguarda il grande capitolo della diagnosi pre-natale, è evidente che tutte le metodiche (invasive o non invasive) siano essenzialmente mirate alla interruzione della gravidanza; in effetti, la sua eccessiva "medicalizzazione" ha spinto le donne a ipertrofizzare il problema della salute, creando spesso situazioni di ansia, di conflitto e di dolore. Anche in questo caso, i diritti delle donne sono spesso negati di fronte a piccole patologie o malformazioni correggibili, in cui viene amplificato il sentimento della paura che spinge inevitabilmente ad interrompere la gravidanza. I saggi di alcuni nostri autori, invece aprono ad una prospettiva positiva: la possibilità di utilizzare tali metodiche per il bene della madre e del bambino, attraverso il superamento di dubbi e timori, mediante procedure mediche diagnostiche e terapeutiche sempre più evolute. È stato osservato, inoltre, che esiste una netta discrepanza tra diagnosi pre-natale e reperto autoptico del figlio abortito (fino al 38%), sottolineando come tali procedure non siano esenti da limiti ed errori e che possono condizionare la vita delle madri e dei loro nascituri. Infine, molte esperienze cliniche hanno dimostrato che non esiste "piccolo trauma per piccolo embrione": il lutto per la perdita di un figlio è indipendente dalla sua misura e dalla sua età.

Si è dedicato anche un capitolo alle complicanze psico-fisiche dell'aborto. Ci sembra paradossale che, in un'epoca come la nostra, fatta di evoluzione tecnologica medica e di precisi report clinico-assistenziali, l'analisi degli effetti negativi dell'interruzione di gravidanza trovi spesso poco spazio, sia relegata ad un ruolo secondario e poco significativo, per non parlare poi della percentuale di donne morte a seguito di aborto, riportate dall'Istituto superiore di sanità e sottaciute in ogni dibattito pubblico.

Nel tempo di pandemia che stiamo vivendo, a fronte del blocco di altre attività di prevenzione sanitaria (screening di massa con mammografia, colonscopia e sangue occulto nelle feci, follow-up oncologici, cardiologici e per patologie invalidanti come Alzheimer e Parkinson) dobbiamo constatare che le procedure dell'aborto non abbiano subito ritardi o temporanee sospensioni; anzi, è stato liberalizzato ulteriormente l'uso dei nuovi farmaci abortivi. In questo senso, tenuto conto della carenza di risorse economiche, ci sembra quanto meno discutibile questa allocazione del denaro pubblico a favore delle pratiche abortive rispetto ad altri ambiti sanitari, soprattutto quelli dedicati a pazienti (anziani, ma soprattutto giovani) affetti da patologie invalidanti, croniche o neoplastiche, che meriterebbero tutto il nostro impegno.

Come tutte le politiche dello Stato anche quella abortista può e deve essere sottoposta a valutazione. La legge 194 ha inaugurato nel 1978 un cambiamento radicale della politica sanitaria del nostro paese intorno ad uno degli "snodi" fondamentali della vita di qualsiasi società: quello della nascita dei futuri cittadini. È tempo di una rilettura critica di questa scelta.

Dall'analisi dei dati di questo rapporto emerge, con chiarezza, il fallimento di molti degli obiettivi programmatici che furono attribuiti alla legge 194 fin dalla sua approvazione. L'aborto legale è stato di fatto usato come mezzo di controllo delle nascite, in palese contrasto con l'articolo 1 della stessa legge. Il fenomeno dell'aborto clandestino, che si voleva contrastare con la legalizzazione, non ha mai cessato di esistere e si può stimare che ancora oggi rappresenti intorno al 13% di tutti gli aborti volontari eseguiti in Italia. Dopo quarant'anni, un'elevata percentuale di gravidanze (intorno al 15%) viene ancora interrotta volontariamente in Italia, nonostante un consenso almeno formalmente unanime sul fatto che ogni aborto costituisca un fallimento per la società.

Per produrre questa serie di oggettivi fallimenti i contribuenti italiani hanno dovuto impiegare ingenti risorse economiche. Si può stimare che nei primi quarant'anni di applicazione della legge il costo cumulato per il finanziamento degli aborti legali si sia aggirato intorno ai 5 miliardi di euro (circa 120 milioni di euro all'anno), una cifra che avrebbe potuto essere più che raddoppiata qualora fosse stata destinata ad impieghi produttivi.

Eppure, nonostante questa storia fallimentare, non sembra ancora possibile una presa di coscienza collettiva di quel che ha comportato la legalizzazione e la gratuità della pratica abortiva nel nostro Paese. L'analisi proposta in questo rapporto dovrebbe viceversa fare sorgere quanto meno una domanda: perché a carico del contribuente?

Il nostro lavoro infine vuole suscitare un dialogo aperto e basato su dati oggettivi relativi alla legge 194 - che ancora oggi divide profondamente gli italiani - portandone alla luce gli aspetti più controversi. Lo proponiamo con l'obiettivo di offrire un reale sostegno alle donne e di valorizzare la vita umana, al di là di ogni difficoltà morale e materiale. In questo senso, ci sembra importante richiamare una frase del Talmud di Babilonia: «Chi salva una vita, salva il mondo intero».

Appendici

A.1 - Una panoramica sulle conseguenze fisiche, psicologiche e sociali dell'aborto volontario

di Francesca Romana Poleggi, Cinzia Baccaglini e Lorenza Perfori

I costi che sostiene il sistema sanitario per curare le conseguenze fisiche e psichiche dell'aborto volontario non sono stati calcolati in questo studio.
Ci limitiamo a ricordare che le problematiche accennate di seguito nel paragrafo 1 costituiscono certamente costi ingenti a carico del SSN; sebbene alcune delle complicazioni diagnosticate immediatamente dopo l'esecuzione dell'aborto siano già incluse nella stima prudenziale dei costi proposta nel rapporto, la gran parte di esse è sicuramente esclusa dal calcolo, riguardando conseguenze fisiche di lungo periodo. Per quanto riguarda le conseguenze trattate nei paragrafi successivi esse comportano non solo immediati costi a carico della Sanità, ma anche evidenti costi sociali che hanno inevitabilmente un importante risvolto economico.

1) Costi per curare le infezioni e le loro conseguenze, le emorragie, le complicanze legate all'anestesia, i traumi del canale cervicale, le perforazioni dell'utero, per completare gli aborti falliti o incompleti e per trattare gli effetti collaterali della prostaglandina

A pag. 50 della Relazione ministeriale sui dati 2018, e nella tabella 27, si riportano le complicanze immediate dell'aborto (quelle non immediate, a medio lungo termine, sono del tutto ignorate). Nel 2018 sono state registrate 5,6 complicanze per 1000 IVG, ma si tratta solo delle complicanze rilevate durante il ricovero. Quelle rivelatesi dopo il ricovero non sono registrate. Comunque, se i numeri in termini percentuali appaiono trascurabili, in termini assoluti, abbiamo in un solo anno 414 donne che sono state curate per emorragie, infezioni e "altro" (214 "altre" problematiche la cui gravità non è dato conoscere). E in più - come accennato precedentemente - abbiamo ben 1621 casi in cui non è stato rilevato il dato.

A) Infezione pelvica

Tra le conseguenze fisiche immediate dell'aborto indotto, Osser e Persson (Osser e Persson, 1984, p.699 ss.) hanno rilevato che nell'aborto per aspirazione «l'infezione pelvica è una complicanza frequente e grave nel 30% dei casi» e dai protocolli regionali italiani recenti abbiamo desunto dati incontestabili:

a) Il protocollo assistenziale IVG della ASL di Latina, Regione Lazio (ASL Latina (Rm) 2019) a pag. 11 riporta che si riscontrano nel 10% dei casi infezioni genitali e pelviche, traumi del canale cervicale e del collo uterino nell'1%, aborto fallito nel 2,3 %, perforazioni dell'utero e altre lesioni genitali nell'1,4 %. Conclude che «nella maggior parte dei casi le lesioni sono modeste e guariscono spontaneamente o con un intervento chirurgico di lieve entità. In rari casi possono essere talmente gravi da richiedere un intervento anche immediato con asportazione dell'utero»;

b) Il sito del Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva (Saperidoc) del Servizio sanitario regionale dell'Emilia Romagna alla voce "Procedure Sanitarie per IVG" (Saperidoc 2016) parla di un'incidenza delle infezioni pelviche tra il 4,8 e il 22,6 % (in media il 13,7%), le quali a loro volta nel breve e nel lungo termine possono portare a dolore pelvico cronico, dispareunia, infertilità e gravidanze ectopiche. E sottolinea che ancora non è nota la strategia migliore in termini di costi ed efficacia per evitare queste conseguenze.

Sappiamo inoltre che le infezioni sono più frequenti nell'aborto chimico rispetto a quello chirurgico. Uno studio australiano (Mulligan E., Messenger H., 2011) ha evidenziato che il tasso di ricovero in ospedale a causa di sepsi è di 1 su 1.500 post aborto chirurgico, contro 1 su 480 post aborto chimico.

B) Emorragie

L'ultima relazione sulla 194 (dati 2018) le quantifica in 2,5 su 1.000. Lo studio australiano sopra riportato ha scoperto che il rischio di un'emorragia grave era di 1 su 3.000 post aborto chirurgico, contro 1 su 200 post aborto chimico. Con l'aborto chimico, infatti, il flusso emorragico è generalmente maggiore sia in quantità che in durata: mediamente si prolunga dagli 8 ai 17 giorni. Secondo il rapporto della ASL di Latina è possibile che il sanguinamento uterino nel momento dell'espulsione del bambino sia tale da determinare un quadro di shock ipovolemico, che dovrà essere trattato con misure intensive di ripristino del circolo.
Uno studio finlandese del 2009 (Niinimäki M. et al., 2009) ha calcolato che il rischio di emorragia è otto volte più alto nell'aborto chimico rispetto all'aborto chirurgico (15,6% contro 2,1%).

C) Fallimento dell'aborto: aborto mancato o incompleto

La ASL di Latina quantifica il fallimento dell'aborto nel 2,3% dei casi.
Lo studio australiano del 2009 sopra riportato ha calcolato che il rischio di aborto incompleto è 5 volte più alto nell'aborto chimico rispetto all'aborto chirurgico (6,7% contro 1,6%); e il rischio di una nuova evacuazione chirurgica è 3,5 volte più elevato dopo l'aborto farmacologico rispetto all'aborto chirurgico (5,9% contro 1,8%).
Uno studio (Raymond E.G. et al., 2013) del 2013 ha calcolato che nell'aborto chimico il tasso di fallimento del metodo è del 4,8% e il tasso di gravidanza ancora in corso del 1,1%.
Il rapporto del Ministero della salute intitolato "Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - anni 2010 e 2011" a p. 15 dice che è stato necessario ricorrere all'isterosuzione - Karman o alla revisione della cavità uterina per completare l'aborto o controllare l'emorragia nel 5,3% dei casi, cioè per 587 donne in due anni (e di 134 non è stato riportato alcun dato sull'intervento effettuato).
Più di recente, nel solo anno 2018, la Relazione ministeriale a pag. 49 afferma che «nel 2,4% dei casi è stato necessario ricorrere all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina per terminare l'intervento». Considerando i 15.750 aborti farmacologici avvenuti nel 2018, abbiamo avuto 378 interventi che certamente rappresentano un costo per il SSN. A pagina 51 della stessa relazione si riporta questo dato sugli aborti mancati/incompleti relativo al numero complessivo degli aborti: «nel 2018 questa complicanza è stata riportata per 554 IVG».

D) Complicanze legate all'anestesia

L'anestesia generale ha un'incidenza di complicanze del 3%, l'anestesia locale dell'1,5%. Per entrambi i tipi di anestesia sono possibili dolore/ematoma/infezione nel sito di iniezione, brividi, stato confusionale, ma anche shock anafilattico e morte. Per l'anestesia generale: nausea e vomito, mal di gola, dolori muscolari, infezioni polmonari, danni alla dentatura, complicanze connesse a patologie del paziente già in atto. Per l'anestesia locale: cefalea, ipotensione.

E) Trauma del canale cervicale

La ASL di Latina lo quantifica nell'1% dei casi.
Pur essendo una complicazione specifica dell'aborto chirurgico, l'aborto chimico potrebbe esserne interessato in caso di fallimento del metodo e, quindi, di conseguente intervento chirurgico per ripetere

l'aborto o pulire i residui rimasti in utero. Un danno alla cervice uterina o un suo indebolimento sono inoltre associati a un maggior rischio di aborto spontaneo e parto prematuro in future gravidanze.

F) Perforazione dell'utero e altre lesioni genitali

La ASL di Latina, sopra citata, mette insieme le perforazioni uterine e le altre lesioni genitali quantificandole nell'1-4% dei casi e specificando come abbiamo già detto che «in rari casi le lesioni possono essere talmente gravi da richiedere un intervento anche immediato con l'asportazione dell'utero».
Altri (Kaali S.G. et al., 1989) hanno rilevato che in realtà il tasso di perforazione uterina riportato in certa letteratura (pari all'1,3 per 1.000) non è veritiero, ma si aggira intorno al 19,8 per mille (in pratica si tratta del 2%).
Le perforazioni uterine possono provocare anche danni agli organi interni vicini (vescica, intestino) e determinare la formazione di tessuto cicatriziale nella parete dell'utero foriero di dolore pelvico, ciclo irregolare o scarso, difficoltà a concepire, aborti precoci ripetuti, sterilità.

G) Effetti collaterali della prostaglandina

I dati presenti in letteratura, confermati dal rapporto della ASL di Latina, dicono che il 96% delle donne lamenta dolori addominali, il 61% nausea, il 31% mal di testa, il 26% vomito, il 20% diarrea, il 12% vertigini, il 10% affaticamento generale, il 9% mal di schiena e poi: brividi, eruzioni cutanee, perdita di coscienza, variazioni nella pressione del sangue, febbre (un rialzo della temperatura fino a 38° è ritenuto normale). Sono tutte condizioni temporaneamente invalidanti e per mitigarle è necessario intervenire con ulteriori farmaci (che hanno un costo). In particolare antidolorifici, perché l'aborto farmacologico è molto doloroso, non solo nel momento della espulsione del bambino. Il dolore può protrarsi per diverse ore e può continuare a manifestarsi anche nei giorni successivi.

2) Complicanze in gravidanze successive

A) Parto prematuro

Bisognerebbe calcolare, in altra sede, il costo della terapia neonatale necessaria ai bambini nati pretermine e molto pretermine a causa di un pregresso aborto volontario della madre. Ai costi dell'ospedalizzazione prolungata si aggiungono poi quelli dei danni permanenti spesso riportati dai bambini molto prematuri (paralisi cerebrale, ritardo mentale, autismo, epilessia, cecità, sordità, insufficienza polmonare e malattie polmonari croniche, gravi infezioni, problemi comportamentali…)
Tra i tanti studi pubblicati, riportiamo quello più vasto e recente (Kmietowicz Z., 2015) che ha preso in esame 21 studi di coorte (su quasi 2 milioni di donne): esso conclude che l'utilizzo del metodo aspirazione con raschiamento ha aumentato le nascite pretermine in successive gravidanze del 29% e la nascita molto pretermine del 69%. Il rischio è più elevato per le donne che hanno avuto diversi aborti.
Un altro studio (Saccone G. et al., 2016) ha calcolato che le donne ricorse all'aborto chirurgico sono a rischio di parto pretermine nel 22,7% dei casi; per le donne che hanno abortito tramite dilatazione ed evacuazione il rischio è più elevato (27,9%). Per le donne con più aborti chirurgici il rischio di parto pretermine sale al 172%.

B) Placenta previa

Brenda Scholten (Scholten B et al. 2013) evidenzia che l'aborto chirurgico è associato a parto prematuro, incompetenza cervicale, problemi di impianto placentare o placenta previa, ed emorragia post-partum in successive gravidanze. Inoltre, uno studio del 2011 (Ossola M.W et al.,2011) aveva indicato la placenta previa tra le principali cause di un'isterectomia post-partum: i potenziali fattori di rischio sono la gravidanza multipla e l'aborto chirurgico.

C) Sanguinamento vaginale in future gravidanze

Una ricerca del 2011 (Hong Liang et al. 2011) ha rilevato che le donne con precedenti aborti (sia farmacologici che chirurgici), hanno un più alto rischio di sanguinamento vaginale in gravidanza rispetto a coloro che non hanno mai abortito. Il sanguinamento vaginale è stato registrato nel 16,5% delle donne con aborti farmacologici, nel 17,3% delle donne con aborti chirurgici, e nel 13,9% delle donne senza alcuna storia di aborto.

3) Complicanze fisiche a lungo termine

A) Infertilità/sterilità

Bisognerebbe calcolare con quale percentuale le donne che hanno abortito successivamente cercano un figlio che non riescono ad avere a causa delle complicazioni precedentemente analizzate (infezioni pelviche/genitali, tessuto cicatriziale a seguito di lesioni e perforazioni uterine). Una parte di queste si rivolgerà alle cliniche per la fertilità per avviare le pratiche onerosissime e poco efficaci di fecondazione artificiale extracorporea, le quali a loro volta provocano effetti collaterali importanti a carico delle donne stesse e dei (pochi) bambini che nasceranno.

B) Cancro al seno

Il costo del tumore alla mammella non è solo un consistente costo economico per il SSN. C'è anche un alto - incalcolabile - costo in termini psicologici e sociali che sopportano i malati oncologici in genere e in particolare le donne che spesso vengono necessariamente mutilate nella loro femminilità. Che l'aborto volontario sia una delle cause del cancro al seno, con un'incidenza importante, è un dato acclarato, anche se - come spesso accade - la scienza ideologizzata tende a negare l'evidenza.
Una metanalisi del 2014 (Huang, Y., et al.,2014) condotta su donne cinesi ha evidenziato che un aborto indotto aumenta il rischio di cancro al seno del 44%, due aborti del 76% e tre aborti dell'89%.
Joel Brind (Brind et al. 1996), professore di biologia e endocrinologia al Baruch College di New York e co-fondatore del Breast Cancer Prevention Institute, ha evidenziato sul Journal of Epidemiology and Community Health una probabilità del 30% in più di sviluppare cancro al seno» per le donne che hanno avuto aborti indotti. La dott.ssa Angela Lanfranchi (Lanfranchi A. 2019), presidente del Breast Cancer Prevention Institute, riporta i dati di una metanalisi (Brind et al. 2018) che ha preso in esame 20 studi (16 dei quali condotti su donne indiane) da cui risulta un aumento del 151% del rischio di cancro al seno dopo l'aborto indotto.

4) Problemi fisici derivanti dall'uso di pillole post-coitali

Secondo la Relazione ministeriale (alle pag.15 e 17), nel 2018 sono state vendute 260.139 confezioni di pillole ellaOne (ulipristal acetato) e 338.028 confezioni di Norlevo (levonorgestrel), cioè 598.167 scatole di pillole postcoitali. Queste - considerando che il tasso di concepimento medio, dopo ogni rapporto sessuale, è del 20% - hanno provocato nel 2018 circa 120.000 criptoaborti. Per quanto l'ideologia si sia adoperata per oscurare la realtà, infatti, queste pillole - come anche le pillole anticoncezionali

progestiniche - hanno effetto antinidatorio, quando non riescono ad impedire il concepimento. Ci sembra necessario, quindi, per completezza, fare almeno un accenno per lo meno agli effetti collaterali avversi che le pillole post coitali provocano sulla salute fisica delle donne.
Effetti avversi che implicano senz'altro un costo per il SSN e per la società, riconosciuti nel bugiardino del levonorgestrel e dell'ulipristal acetato, sono: capogiri, mal di testa, nausea, dolore addominale, vomito, dolorabilità mammaria, ritardo delle mestruazioni, mestruazioni abbondanti, sanguinamento uterino, dolore all'utero, affaticamento, sbalzi d'umore, dolori muscolari, mal di schiena, stanchezza. Riguardo all'ulipristal, inoltre, è stato accertato che 4 donne sono dovute ricorrere a trapianto acuto di fegato e una è morta (Mozzanega, B. 2018). Si obietta che queste donne ne assumevano dosi massicce per curare il fibroma uterino. Ma dato che ellaOne si può prendere senza ricetta medica, le donne possono assumerne, senza controllo, dopo ogni rapporto sessuale "a rischio": quindi un quantitativo anche maggiore di quello che ha danneggiato il fegato delle suddette malcapitate.

5) Problemi psichici derivanti dall'aborto indotto

Tra i costi non calcolati in questa relazione, ci sono poi i costi economici e sociali dell'aborto connessi con il disagio individuale e familiare causato dal trauma subito dalla madre. Quante coppie si separano dopo un aborto? Che ripercussioni ha l'aborto sulla vita lavorativa della donna? E sulla vita dei familiari? Come quantificare le conseguenze sociali derivanti dal possibile abuso di farmaci, alcol o droghe dopo l'aborto?

A) Danni sofferti direttamente dalla donna

Le conseguenze dell'aborto per la psiche della donna accertate in letteratura possono essere schematizzate come segue. Per ciascuna di esse non è difficile immaginare il costo in termini economici e sociali che grava sulla collettività.
Quante ore di terapia e quali terapie sono necessarie per superare il trauma post aborto è molto difficile da calcolare. Alla base c'è spesso la negazione del lutto. Non si riconosce l'evento aborto, spesso in anamnesi non viene chiesto, o viene omesso dalla paziente.
Due studi del 2003 e del 2011 (Reardon DC, et al.2003; Munk-Olsen T. et al. 2011), hanno rilevato che le donne che hanno abortito sono a più alto rischio di ricovero psichiatrico rispetto alle donne che hanno portato a termine la gravidanza.
Da una ricerca del 2002 (Coleman PK, et al.2002) risulta che le donne che hanno abortito risultano sovrarappresentate nelle categorie che necessitano di trattamento per disturbo bipolare, depressione nevrotica e disturbi schizofrenici.
Uno studio del 2005 (Reardon DC, Coleman PK, 2005) ha rilevato che nelle donne con una storia di aborto risultano più frequenti disordini e disturbi del sonno.
Nel 2011 (Coleman PK 2011) è stato rilevato che quasi il 10% dei problemi di salute mentale era riconducibile all'aborto. Le donne che hanno una storia di aborto hanno fatto registrare un aumento dell'81% del rischio di problemi di salute mentale di vario genere, rispetto alle donne che non hanno mai abortito. In particolare, rispetto a queste ultime, le donne che hanno abortito hanno il 155% in più di probabilità di manifestare tendenze al suicidio e il doppio di probabilità di soffrire di problemi psicologici e psichiatrici, un rischio più alto di problemi legati all'ansia del 34% e di depressione del 37%. Il rischio di abuso di alcol è risultato più alto del 110% e quello di fare uso di droghe (soprattutto marijuana) del 220%. Il primo Rapporto ItOSS (Italian Obstetric Surveillance System) (ISS, 2019; Perfori L, 2020) ha rilevato che 18 donne si sono suicidate in Italia entro un anno dall'aborto indotto, in 10 regioni italiane, nel periodo dal 2006 al 2012.
Dati analoghi sono stati rilevati in precedenza, nel 2008 (Fergusson DM et al, 2008) (le donne che hanno abortito soffrono di disturbi mentali il 30% più frequentemente delle donne che non hanno abortito); e nel 2003 (Cougle JR, et al. 2003) (le donne, la cui prima gravidanza era stata interrotta volontariamente, avevano il 65% in più di probabilità di essere ad alto rischio di depressione clinica, rispetto a coloro che avevano partorito); e successivamente nel 2016 (Sullins DP, 2016) (le donne che hanno abortito corrono un maggior rischio di depressione del 30% e un maggiore rischio di ansia del 25%. Sullins ha stimato che circa il 10% della diffusione dei problemi di salute mentale è dovuto all'aborto indotto).
Inoltre, è stata evidenziata anche una relazione diretta tra aborto e mortalità materna per cause molteplici (suicidio, Aids, malattie del sistema circolatorio, complicanze cerebrovascolari, incidenti) (Reardon DC, 2002) e in particolare, uno studio finlandese ha riscontrato che le donne che hanno abortito commettono suicidio sette volte di più di quelle che hanno partorito (Gissler M et al.,1997). Quanto costa alla collettività la perdita di una donna giovane?
I problemi che si registrano dopo un aborto volontario (aumento di ansia, depressione, idee suicidarie) sono particolarmente gravi per le minorenni nelle quali le sofferenze causate dall'aborto - molto spesso negate - si vanno a sovrapporre e a confondere con i problemi adolescenziali che al giorno d'oggi, tra giovani sempre più fragili, sono in costante aumento (dipendenze, non solo da droga e alcol, ma anche dal gioco, dalla tecnologia; autolesionismo, asocialità). È stato calcolato che nelle ragazze tra i 15 e i 18 anni l'ansia, la depressione e le idee suicidarie sono più che doppie rispetto alle donne più adulte e quasi doppie rispetto alle coetanee che hanno partorito (Fergusson DM et al. 2006).
Quanto costa alla collettività, in termini economici e sociali, una ragazzina depressa? E in prospettiva, da adulta, quale potrà essere il suo contributo al bene comune, rispetto a quello che darebbe se fosse una giovane forte e sana?
Priscilla Coleman (Coleman P et al. 2017) ha studiato 987 casi di donne (il 76% sposate, il 70% aveva abortito prima dei 21 anni; il 69,8% delle interve aveva avuto un solo aborto; il 19,7 ne aveva avuti due, il 7,6 ne aveva avuti tre, e il 2,9 avevano abortito dalle quattro alle nove volte) che si sono rivolte a centri per la cura del post aborto in età comprese tra i 20 e i 72 anni. Hanno chiesto aiuto anche dopo decenni dall'evento abortivo. Kumar e Robson (Kumar R, Robson K., 1978) hanno infatti evidenziato che i sentimenti irrisolti di lutto, colpa e perdita possono rimanere dormienti a lungo dopo un aborto finché saranno risvegliati da un'altra gravidanza, o da qualche altro evento significativo. Gli autori citati ipotizzano che il contesto sanitario in cui l'aborto viene eseguito contribuisce alla soppressione del dolore e accentua l'ambivalenza della maternità. È quindi lecito chiedersi: prima della richiesta di aiuto, quanto hanno sofferto le donne? Quanto e come hanno messo mano alle loro sofferenze? Da notare: il 58.3% aveva abortito per far felici altri; il 73.8% dice che la propria decisione non è stata libera, ma determinata da pressioni altrui; il 28.4% ha abortito per non perdere il partner; il 49.2% sapeva che il feto era un essere umano al momento dell'aborto; il 66% sapeva che stava facendo un errore abortendo; il 67.5% ha affermato che l'aborto è stata la decisione più dura della vita, il 33.2% ha dichiarato di essere già emozionalmente in contatto con il figlio prima dell'aborto.
Quante di queste, quando hanno avuto problemi, si sono rivolte a specialisti che hanno sottovalutato l'evento aborto? La loro produttività nel lavoro ne ha risentito?
Un dato può aiutare a rispondere a queste domande: solo il 6,6% di queste donne aveva assunto psicofarmaci (a carico del SSN) prima dell'interruzione. Dopo l'aborto ne ha fatto uso il 51%. Dallo studio di J.R. Ashton (Ashton J.R., 1980), che evidenzia come il 44% delle donne post abortive abbia manifestato

disturbi psicologici, il 36% disturbi del sonno e il 31% si fosse pentito immediatamente, risulta che l'11% si era fatto prescrivere psicofarmaci dal proprio medico di famiglia.
Nel 2011 nel nostro Paese 5 milioni di persone hanno assunto antidepressivi ed ansiolitici (il 12,8% della popolazione), di queste più di 3 milioni sono donne, secondo lo Studio Ipsad - Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs - condotto dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (Ifc-Cnr) di Pisa. I dati riportati dall'Istat, dal Censis e dall'Osservatorio sulla salute negli anni successivi e confermano lo stesso trend.
Reardon (Reardon DC, et al. 2004) ha rilevato che, tra le donne incorse in una gravidanza indesiderata, coloro che hanno abortito finiscono nell'abuso di sostanze in modo significativamente più elevato (5 volte di più rispetto a chi ha partorito, 4 volte rispetto a chi ha avuto un aborto spontaneo), rispetto a coloro che hanno portato a termine la gravidanza indesiderata (DC Reardon et al 2000).
In un altro studio (Dingle K et al 2008) è stato rilevato che le donne che hanno abortito hanno quasi il triplo delle probabilità di fare uso di droghe, e che l'aborto è associato sia a disordini dovuti all'abuso di alcol che alla depressione.
Secondo un'altra ricerca del 2002 (Coleman PK, et al, 2002 bis), le donne che hanno avuto un aborto indotto sono significativamente più propense a fare uso di marijuana, di altre droghe e alcol durante una gravidanza successiva, sia rispetto alle donne che erano alla loro seconda gravidanza dopo una prima portata a termine, sia rispetto alle primipare. Inoltre, nelle donne incinte con una storia di aborto volontario pregresso a meno di un anno si riscontra maggiore incidenza della depressione durante il secondo trimestre; mentre tra quelle che hanno abortito da più di un anno si riscontra maggiore incidenza dell'ansia nel primo trimestre (Zhaohui H et al.2012).
Una delle più vaste analisi longitudinali del problema (Fergusson DM et al, 2008) ha coinvolto 1265 bambine testate a 4 mesi, e a 1 anno, ogni anno fino ai 16, poi ai 18, 21, 25 e 30 anni. È stata analizzata l'ansia, la depressione, l'ideazione suicidaria, la dipendenza da alcol e sostanze, gli attacchi di panico, la fobia sociale e altre fobie specifiche, paragonate con casi in cui si aveva avuto un aborto spontaneo, casi in cui non c'erano altri figli, casi in cui il bambino è nato. È stata rilevata un'associazione diretta tra tali disturbi e l'aborto nel 30% dei casi.
Risultati analoghi sono stati rilevati da Sullins (Sullins DP, 2016) che ha testato 8005 persone a 15, 22, e 28 anni, e da Pedersen (Pedersen W., 2007).

B) Danni sofferti dalla donna in termini relazionali

L'aborto può sconvolgere tutte le relazioni di una donna, la qualcosa presenta un costo socioeconomico importante (Ring-Cassidy E, Gentles I, 2003). La negazione del lutto, in particolare, spesso porta a sentimenti di intorpidimento emotivo e/o ostilità e rabbia, e difficoltà nel formare e mantenere futuri rapporti e legami; quindi un disagio esistenziale anzitutto per la persona, certamente. Ma il soggetto incapace di inserirsi nel tessuto sociale serenamente è indubbiamente un costo per la collettività.
Sono colpiti innanzitutto i rapporti coniugali, o le convivenze: dopo un aborto volontario, dal 40 al 75% delle coppie si separano. E anche se non si separano, si rilevano profonde crisi a causa - per esempio - delle disfunzioni sessuali che conseguono all'aborto. Nel 1992, Barnett e colleghi hanno studiato le donne provenienti da rapporti stabili che hanno abortito e che poi hanno detto di essersi separate. L'80% di loro ha preso l'iniziativa della rottura e il 60% ha ammesso una correlazione indiretta tra l'aborto e la conseguente separazione. Nessuna di queste coppie era sposata al momento dell'aborto, né alcuna si è sposata dopo. Raccontano che subito dopo l'aborto i rapporti si sono deteriorati, sono aumentati i conflitti ed è diminuita la fiducia reciproca. Il 20% delle interve ha ammesso una riduzione della libido nei mesi successivi all'aborto (Barnett W, et al, 1992). Interessante notare che la maggior durata della depressione post aborto è stata rilevata nei rapporti in cui l'aborto è avvenuto durante il fidanzamento cui poi è seguito il matrimonio (Firestein SK, 1989).
Molto spesso, poi, la donna che ha abortito incontra serie difficoltà con gli altri figli, soprattutto con quelli nati più tardi, per quanto voluti. Gli psicologi sanno che la negazione del dolore e del lutto produce spesso insensibilità emotiva e l'incapacità di creare un legame materno (Ervin P, 1985; Mattinson J. 1985; Brown D, et al 1993). La cosa può essere tanto grave da sfociare in abusi e violenze domestiche. Ney e Peeters (Ney P, Peeters A. 1993) hanno mostrato che le persone che hanno abortito sono più inclini a maltrattare i loro bambini e le persone che hanno subito maltrattamenti sono più inclini ad abortire: conosciamo bene l'elevato costo economico e sociale della violenza domestica. Gli stessi ricercatori evidenziano poi che quando un bambino è abortito, i genitori possono cercare di rimuovere il loro senso di colpa riversando il loro amore in modo ossessivo - compulsivo sui figli che hanno o che verranno dopo: il bambino sostitutivo avrà una vita difficile: «Essere un bambino scelto o voluto è un inferno tutto suo» (Ney P, Peeters A, cit., p.27)
Quando poi la madre è stata indotta (o obbligata) ad abortire sviluppa sentimenti di tradimento (dal partner o dai membri della famiglia), rabbia, depressione, tristezza, perde la fiducia e la capacità di empatia con chi l'ha influenzata. La cosa è particolarmente grave quando questa frattura si realizza tra un'adolescente e i suoi genitori: una volta che la famiglia-ammortizzatore sociale è infranta, il costo del disagio della giovane grava interamente sulla collettività. Spesso la ragazza incontra serie difficoltà a maturare e ad agire come una persona adulta indipendente. Oppure, se una ragazza abortisce di nascosto, i suoi rapporti familiari e il suo equilibrio interiore vengono compromessi dal circolo vizioso di bugie e sotterfugi in cui resta impantanata.

C) Danni sofferti da altri soggetti coinvolti indirettamente nell'aborto

I negazionisti della sindrome post-abortiva nelle donne non prendono certo in considerazione il fatto che essa possa colpire anche altri soggetti coinvolti indirettamente dall'aborto. Invece è una dura realtà che per un aborto possa soffrire innanzitutto il padre mancato; ma poi anche i fratelli del bambino abortito, i nonni e - dato non trascurabile ai fini di un ipotetico calcolo dei costi - il personale sanitario.

Il padre.

Gli uomini sono particolarmente colpiti dall'aborto quando avrebbero voluto il bambino. La legge, in Italia come nella maggior parte dei Paesi dove l'aborto è consentito, invece, nega al padre qualsiasi voce in capitolo. Nella natura dell'uomo, quindi, è tipico di conseguenza il sentimento di perdita del controllo e l'umiliazione. La letteratura sulla sindrome post abortiva maschile è vastissima (si rimanda ad esempio ai saggi di Antonello Vanni, Claudio Risé o Arthur Shostak) e non è questa la sede per approfondire la questione. Basti ad esempio citare i risultati di un'intervista fatta a 1000 uomini post aborto: più di 1 uomo su 4 ha paragonato l'aborto all'omicidio; più dell'80% aveva già iniziato a pensare al bambino che poteva nascere (un 29% ha dichiarato di aver fantasticato sul bambino "frequentemente"), il 68% ha reputato di aver attraversato momenti difficili a causa dell'aborto, il 47% era preoccupato di poter avere in seguito pensieri inquietanti. Durante l'intervista molti di loro sono scoppiati a piangere. Molti uomini hanno espresso frustrazione e rabbia per l'incapacità delle donne di prendere in considerazione i loro desideri e sentimenti, sentendosi esclusi dalla decisione e – soprattutto tra coloro che si erano opposti all'aborto – evirati e impotenti (Reardon DC, 2006).
Quattro uomini su dieci che hanno vissuto un aborto soffrono del disturbo post-traumatico da stress di

tipo cronico che si manifesta in media entro i primi 15 anni dopo l'evento; su 100 di questi l'88% soffre di depressione, l'82% di forte senso di colpa, il 77% di turbe dell'aggressività, il 64% di stati ansiosi, il 68% di autoisolamento e emarginazione, il 38% di mancanza di interesse e motivazione per la vita, il 40% di disturbi sessuali tra cui l'impotenza (Zaccuri A, 2013).
Della sindrome post abortiva, inoltre, possono soffrire anche coloro che non si sono opposti all'aborto, perché l'aborto violenta l'impulso paterno più basilare, cioè l'istinto iscritto nel DNA degli animali maschi di proteggere i cuccioli e fa perdere il senso di eredità e di continuità (Strahan, T.,1994).
Come svolgeranno il loro ruolo sociale (per esempio nel lavoro) tutte queste persone che soffrono di un tale disagio esistenziale?

Gli altri figli.

Quanto alla sofferenza subita dai fratelli di un bambino abortito, già si è fatto cenno ai problemi relazionali che può sviluppare la madre nei loro confronti.
Ma a prescindere dai problemi materni, i fratelli di un bambino abortito spesso dimostrano sentimenti di tristezza, paura, confusione e ansietà e la loro fiducia nei genitori può essere compromessa: e se i bambini di donne che hanno abortito presentano maggiori problemi comportamentali rispetto ai bambini di madri che non hanno abortito, a scuola serviranno più insegnanti di sostegno? (Coleman PK 2001).
Del resto il bambino che apprende (e a volte lo capisce benissimo anche se nessuno glielo dice apertamente) di un fratellino abortito deve accettare che lui "è stato voluto", quindi esiste. Ma come può essere sicuro che nel futuro continuerà ad "essere voluto"? Può soffrire quindi di ansia di prestazione e/o sindrome del sopravvissuto (Rue V, 1994).

Il personale sanitario.

Un'ultima considerazione riguarda i medici e gli infermieri che praticano gli aborti. La psicologa Rachel MacNair ha scritto un libro, *Perpetration-Induced Traumatic Stress: The Psychological Consequences of Killing*, dedicato alle conseguenze psicologiche traumatiche dell'atto di uccidere. In esso mette in evidenza i traumi e gli shock affrontati dai soldati in tempo di guerra, che sono molto simili a quelli che colpiscono i lavoratori e i medici che uccidono bambini in maniera continua e regolare, sottolineando che è stato ampiamente dimostrato come sia gli uni che gli altri, traumatizzati da tali atroci esperienze, siano poi vittime dell'alcolismo, della depressione suicida e di altri gravi problemi psicologici. E di questi abbiamo diverse testimonianze sparse per il mondo. Sono da leggere, ad esempio, i racconti biografici pubblicati da medici che hanno smesso di fare aborti, come Bernard Nathanson, Maurice Caillet e Antonio Oriente. Quanto costa poi alla collettività un medico che continua a svolgere la sua professione con questi problemi irrisolti?

A.2 L'hospice perinatale: l'alternativa alla diagnosi prenatale selettiva e all'aborto eugenetico

di G. Noia (Direttore hospice perinatale – Centro per le Cure Palliative Prenatali – Policlinico Gemelli; Docente Medicina Età Prenatale UCSC) – M. De Santis – D. Visconti* – L. Masini*– P. Papacci* – A. Rubini* – B. Corsano**** – D. Sacchini**** - L. Massimi***– G. De Rosa* – M. Pellegrino* – M. Zollino** – A.M. Serio* - A. Facente* - A.G. Spagnolo**** – A. Lanzone (Presidente CdL Magistrale Medicina e Chirurgia, UCSC – Direttore Istituto Ginecologia e Ostetricia, UCSC – Direttore Area salute della Donna, Fond.ne Policlinico Universitario A. Gemelli-IRCCS)*

* Fond.ne Policlinico Universitario A. Gemelli-IRCCS, Roma - Dipartimento Scienze salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica
** Dipartimento Universitario Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Sezione di medicina Genomica, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma
*** Neurochirurgia Infantile Fond.ne Policlinico Universitario A. Gemelli-IRCCS, Roma
**** Sezione di Bioetica e Medical Humanities – Dipartimento di Sicurezza e Bioetica Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" UCSC

Lavoro adattato da G.Noia e pubblicato come originale con il titolo "La scienza prenatale come risposta all'aborto eugenetico" come capitolo nel testo dal titolo "Lo zibaldone del terzo millennio" di Salvatore Vendemmia – Maria Vendemmia - pag. 270-287, 2020.

Introduzione

Nel panorama antropologico e psicosociale attuale viene fortemente accentuata la dicotomia tra scienza e coscienza. Tuttavia, la conflittualità è sempre esistita. Sette secoli fa Rabelais affermava: «La scienza senza la coscienza può divenire la rovina dello spirito dell'umanità». E alcuni secoli dopo Kirkegaard: «Anche la scienza e la tecnica possono essere edificanti ma solo se c'è l'amore». Alla fine dell'ultimo secolo Martin Luther King: «Abbiamo missili teleguidati e uomini male guidati».
Da qui si capisce come la nascita della bioetica abbia accompagnato negli ultimi 60 anni la scienza indirizzandone l'uso verso la persona e non contro la persona. «Nati non foste a viver come bruti ma a seguir virtute e conoscenza». Questo famoso verso di Dante Alighieri esprime come il giusto equilibrio dell'avanzare della scienza debba coniugarsi con la "virtute" cioè col discernimento etico che valorizza la finalità di tutto ciò è che l'elaborazione della fantasia, della razionalità e dell'intelligenza.
Come usiamo quindi la scienza? Non dobbiamo avere paura di Galileo, ma di come usiamo Galileo (la scienza).
Nell'attuale contesto antropologico e psicosociale c'è da chiedersi non solo come la scienza vede l'uomo, ma anche come aiuta a vederne la dignità.
Nei tre passaggi fatti su invito al parlamento europeo, sono stato chiamato a dimostrare i fondamenti scientifici della dignità dell'embrione umano, in particolare quali fossero gli elementi di conoscenza acclarati nella letteratura internazionale che giustificassero i diritti dell'embrione e la sua dignità come "uno di noi".
Essi sono essenzialmente 3:

1. Il protagonismo biologico dell'embrione.
2. La relazionalità feto-materna sul piano anatomico e psicodinamico.
3. L'embrione come paziente come nella medicina dell'adulto.

L'aborto eugenetico e la diagnosi prenatale nel pensiero unico

Negli ultimi 30 anni la connotazione culturale della gravidanza nel 2° trimestre è stata una vera e propria corsa a ostacoli per il feto: tutte le tecnologie di diagnosi prenatale vengono presentate in maniera quasi obbligatoria con l'obiettivo non tanto nascosto di poter conoscere quanto prima possibile le condizioni di salute genetica del figlio. E fin qua nulla da eccepire poiché se le conoscenze esistono per aumentare la consapevolezza della donna in gravidanza è giusto che vengano proposte alla paziente: tuttavia questa corsa a valutare quanto più precisamente possibile le condizioni prenatali del feto, ubbidisce a una sottile linea di eugenismo poiché tutto lo sforzo diagnostico è soprattutto finalizzato a individuare condizioni genetiche non suscettibili in maniera totale e/o parziale di terapia. Quindi la finalità della diagnosi prenatale della salute genetica del feto è soprattutto l'interruzione volontaria di gravidanza: il test combinato, il test del DNA fetale, la villocentesi, la amniocentesi, l'esame pre-morfologico del feto, l'esame morfologico del feto e l'ecocardiografia, sono tutti una serie di step diagnostici fino a 22-23 settimane che servono a individuare condizioni patologiche fetali, genetiche e strutturali che dovrebbero inevitabilmente condurre alla perdita del figlio.

I due atteggiamenti culturali delle diagnosi prenatali

Tutta la diagnosi prenatale ha subito due impatti culturali che hanno pesantemente connotato il destino degli esseri umani.
(La caratteristica è che questi atteggiamenti sono stati presentati come scientificamente corretti e quindi con una patente apparentemente finalizzata a difendere la vita e la salute delle donne).

I due atteggiamenti sono essenzialmente:

A. Il primo, dopo i 90 giorni, è stato quello di anticipare quanto più possibile la diagnosi prenatale: il Bi-test al posto del TRITEST (quest'ultimo ormai desueto), la villocentesi al posto dell'amniocentesi, l'ecografia delle 12 settimane usata come screening oltre che per eventuali future patologie materne anche per individuare i soft markers del bambino cromosomopatico;
B. Prima dei 90 giorni, la facilitazione dell'aborto farmacologico con tutte le forme di assunzione delle pillole abortive (dalla pillola del giorno dopo a quella dei 5 giorni dopo e a quella del mese dopo, come la RU-486). In questo tipo di abortività c'è sempre la tendenza ad anticipare il prima possibile l'interruzione della gravidanza, ma addirittura senza aver fatto la diagnosi (pillola del giorno dopo) o, dopo averla fatta, di effettuare in pochi giorni la procedura abortiva, con i tre famosi aggettivi: aborto facile, indolore e sicuro, senza aspettare i 7 giorni che prescrive la legge 194.

In tutto questo approccio all'anticipazione o addirittura al silenziamento culturale della presenza reale dell'embrione sin nelle sue primissime fasi del concepimento, troneggia la falsa concezione che un piccolo embrione sia equivalente a un piccolo trauma quindi che la valutazione di perdere il figlio quanto più precoce è, tanto meno impattante sarà sul piano psicologico materno.
Il concetto piccolo embrione = piccolo trauma è falso! Perché ormai moltissimi studi hanno dimostrato che l'elaborazione della perdita volontaria e del lutto che ne consegue, non è proporzionale alle dimensioni in grammi e/o centimetri del proprio figlio, ma è proporzionale alla perdita della presenza del figlio ed è quindi indipendente dalle dimensioni fisiche, ma dipendente da un 100% di presenza reale che vive la madre come presenza e come assenza.
Se non bastassero gli studi, ci sono le donne che lo certificano. Anni fa quando all'ospedale San Filippo Neri di Roma si ruppero i sistemi di congelamento degli embrioni, tante donne gridarono: «Hanno ucciso i nostri figli». E tante donne che hanno avuto aborti spontanei alla 7ª settimana negli studi ginecologici, lanciano il loro grido di dolore, desolato e disperato: «Professore tutti mi dicono che la gravidanza era appena iniziata e quindi che il mio dolore è sproporzionato rispetto alle dimensioni dell'embrione (7 settimane = 10/11 mm). Ma a chi lo devo dire che io soffro come se avessi perso un figlio di 1.70 di altezza e 70 chili di peso?». Ora se questo lo certificano le sofferenze delle donne, ci troviamo invece dinanzi ad una scienza che, sotto la falsa pietà e un falso interesse per la salute delle donne, banalizza l'aborto volontario con l'assunzione di una pillola o anticipando al più presto la diagnosi di eventuali anomalie fetali sulla scia dell'assunto che anticipando l'IVG, piccolo embrione = piccolo trauma!
L'aborto eugenetico, in Italia, dal 1981 al 2017, è aumentato dal 0.5 % al 5.8% (dati del Ministero della salute). Se poi consideriamo che i dati più recenti in Europa vedono il 90% delle diagnosi di sindrome di Down esitare in aborti volontari il cerchio si chiude. La diagnosi prenatale sembra avere un unico sbocco sulla base del pensiero unico: la cultura dello scarto di vite considerate inutili.
Tuttavia, ci sono 4 argomentazioni "laiche", che affrontano l'aborto eugenetico (cioè la perdita del figlio nel 2° trimestre per scelta volontaria) e le sue derive, che potrebbero essere accettabili da tutti:
- l'articolo 5 della legge 194 dice di dare un'alternativa all'aborto, quindi nella consulenza che accompagna la consegna della diagnosi alla donna, dovrebbe essere proposta un'alternativa;
- vi sono poi delle scelte di giustizia sociale che dovrebbero dare a tutti le pari opportunità: chi sceglie l'interruzione di gravidanza ha la legge 194 che permette di attuare la propria scelta, ma chi vuole continuare la gravidanza nonostante la malformazione del figlio, quali leggi ha per poter attuare la propria scelta? Nessuna. Quindi non c'è una condizione di pari opportunità!
- Un terzo aspetto di grande rilevanza è il tasso di discrepanza tra la diagnosi prenatale della malformazione e la conferma autoptica della stessa, che secondo alcuni studi arriva fino al 35-40%.;
- Infine, c'è un assordante silenzio sulle conseguenze fisiche e psichiche sulla salute delle donne dopo un'interruzione volontaria di gravidanza. C'è un interesse sociale su questo grosso problema molto apparente, ma poco veritiero nell'analisi delle cause che lo producono e nelle prospettive di prevenzione e di cura.
Quindi, è una vera e propria sfida che passa attraverso un salto epocale e culturale che va dall'informazione alla conoscenza, cioè una sfida che usa tutte le ragioni della ragione poiché l'informazione è molto diffusa, ma piena anche di tanta mendacità; mentre la conoscenza va nella profondità del problema, soffre nel tempo il confronto con i dati in maniera rigorosamente scientifica e utilizza analisi corrette, accettabili da credenti e non credenti.

La scienza prenatale come servizio alle famiglie: l'uso rigorosamente etico e scientifico delle tecnologie prenatali

Roy A. Filly affermò provocatoriamente che «l'ecografia ostetrica è il modo migliore per terrorizzare una paziente in gravidanza». In questa provocazione c'è una grande verità: l'ecografia ci permette, oggi, di identificare anomalie congenite strutturali del feto, e ciò è sicuramente un dato positivo; tuttavia, il criterio che accompagna la comunicazione della diagnosi è un fattore di estrema delicatezza, perché invia due diversi messaggi che possono essere recepiti dalla coppia: il primo assume le vesti di una "sentenza", il secondo lascia la porta aperta alla "speranza". Quindi sul piano dell'esperienza decisionale di quella coppia il modo di presentare la diagnosi durante la consulenza è fondamentale per il destino futuro di quel bambino in utero.
Spesso, di fronte ad una diagnosi prenatale patologica, la domanda che più ricorre è: «Dottore, lei cosa mi consiglia?»; ed è proprio questo tipo di domanda che evidenzia uno degli aspetti fondamentali nel percorso di assistenza alle famiglie che si trovano ad affrontare una diagnosi prenatale patologica: il

counselling, inteso non solo come consulenza medica ma, soprattutto in questi casi, come relazione empatica con la donna e/o la famiglia, con l'intento di informare, ma anche dare un sostegno umano percepibile; creare dei punti di riferimento in una situazione che, spesso, fa venir meno ogni certezza, e che pone le famiglie in una condizione di estrema debolezza di fronte a scelte che segneranno per sempre la loro vita. L'approccio utilizzato dal medico in questa fase risulterà determinante per il percorso che la famiglia dovrà intraprendere. In effetti il counselling lo possiamo definire una terapia educazionale, cioè un processo di informazione relazionale che ha lo scopo di educare la conoscenza della coppia e che nei fatti cerca di contrastare la terminalità indotta dall'ignoranza (cioè quelle condizioni di non conoscenza in modo scientifico e corretto di molte condizioni fetali) e dalla medicina difensiva, che non utilizzano uno strumento metodologico importantissimo che è la storia naturale delle anomalie congenite.

La terapia educazionale è una vera e propria forma di educazione alla consapevolezza che mira a:

- Ridurre l'amplificazione del rischio!
- Contenere il dubbio diagnostico, l'ansia e quindi, il rifiuto!
- Consentire una scelta più libera e consapevole.

Ma come presentare una diagnosi prenatale infausta e cos'è che cambia una "sentenza" in una "speranza"?
La metodologia scientifica più importante nel presentare una diagnosi prenatale infausta è la storia naturale della patologia, cioè, l'osservazione e lo studio, nel lungo periodo, dell'evolversi della patologia e del suo impatto sullo sviluppo del bambino malato, sul piano relazionale, scolare e di socializzazione dopo la nascita. L'informazione fondata sull'evidenza scientifica**,** ovvero l'informazione sulla patologia e sulle possibilità di cura, sia prima, sia dopo la nascita, derivante da studi scientifici rigorosi, rappresenta la base su cui costruire un percorso di accoglienza del bambino. Il dato scientifico priva l'informazione fornita di quelle influenze e amplificazioni psico-sociali che spesso ingigantiscono l'evento patologico creando ansie e paure ingiustificate, e ridà alla coppia la lucidità necessaria per valutare con oggettività la situazione.
Ecco, allora, che, alla consulenza di carattere medico-scientifico, occorre affiancare un approccio fondato sull'accoglienza, sull'empatia, sull'ascolto, sul dialogo verbale e non, finalizzato a tranquillizzare la coppia, affinché, tutte le scelte connesse alla condizione del bambino possano essere ponderate adeguatamente. Tale approccio risulta tanto più forte quanto più si accompagna alla proposta di scenari alternativi all'aborto. A differenza, infatti, degli aborti dovuti a cause psicosociali, gli aborti per malformazione in gravidanza mettono termine a gravidanze che sono desiderate. In questi casi la decisione di un aborto volontario distrugge completamente la progettualità genitoriale della coppia, oltre che la vita del figlio. Non bisogna infatti dimenticare che, qualunque sia la condizione malformativa, il "figlio" rimane tale e questa condizione non può essere né cambiata, né cancellata: non si elimina la sofferenza eliminando il sofferente. È, dunque, in questo secondo aspetto della consulenza, focalizzato interamente sulla relazione medico-paziente e sulle capacità comunicative e relazionali del medico, che si realizza quel passaggio dalla diagnosi come "sentenza", alla diagnosi con "speranza".

La diagnosi prenatale patologica

Come si fa ad affrontare una diagnosi prenatale patologica?
Cosa è giusto fare? Cosa ha il dovere di fare il medico in tali circostanze? Come si può andare incontro alla desolazione e al deserto di mancanza delle famiglie?
La risposta a queste domande non è scontata, neanche per coloro che credono fermamente nel valore inestimabile della vita. È una risposta che, per essere data, deve prima attraversare percorsi costruiti sulla scienza e sorretti dalla coscienza; che deve trovare la spinta nella forza e nel coraggio, propri o provenienti dagli altri.

È indubbio che le famiglie si ritrovano in una grande solitudine:

- Manca un supporto medico e c'è una sottile induzione all'aborto anche in mancanza di diagnosi certa.
- Manca la volontà di assistere e seguire queste gravidanze nel caso in cui la famiglia decide di portarla avanti nonostante la grave malformazione.
- Manca una corretta informazione per la quale il rischio viene amplificato o per convinzioni del medico errate e/o datate sulla patologia in questione, o perché manca la conoscenza della storia naturale della patologia.
- Manca l'accoglienza e la comprensione da parte di medici di base, familiari, amici di sempre: tutto ciò accresce lo stato di sofferenza dei futuri genitori.
- Manca la possibilità di un supporto psicologico che aiuti l'accettazione del problema e sostenga la coppia anche in caso di una eventuale perdita del proprio figlio.
- Manca molto spesso il sostegno economico legati ai costi gravosi per curare il proprio bambino (viaggi, soggiorni e sostegni materiali in genere).

Alla luce di tutto questo panorama è chiaro che non è possibile coprire tutti i bisogni e le mancanze che girano intorno all'aborto eugenetico, ma è possibile lanciare messaggi di speranza in modo tale di diffondere il concetto che l'aborto non è, in questi casi, una scelta obbligata, (come spesso si induce a far credere attraverso un'informazione medica superficiale o inesatta, o seguendo, velocemente e distrattamente, una gelida routine operativa); in modo da far sapere che si può decidere di accogliere il proprio bambino in tutta la sua fragilità; che è possibile, dargli una chance di vita, sfruttando al massimo le possibilità offerte dalla scienza o decidere di accompagnarlo, con tutta la cura e l'amore possibili, per il tempo che gli verrà concesso di vivere, riconoscendogli, così, a tutti gli effetti, la dignità di "figlio" .
Agli occhi di alcuni questa proposta può apparire assurda, se vogliamo anche inammissibile ma, le esperienze raccolte da associazioni onlus come l'esperienza della Fondazione il Cuore in una Goccia, che se ne fa portavoce, e che supporta tutto l'iter del modello dell'hospice perinatale del Gemelli, racconta ben altro.
Questo lavoro di informazione, di cui il Cuore in una Goccia si è fatta carico, è lungo e faticoso, ma necessario per poter attivare quel cambiamento culturale che permetterà, un giorno, alle famiglie, di poter scegliere in tutta serenità, di accogliere, curare e amare il proprio figlio, anche se malato, e di essere assistite lungo questo percorso; e al nascituro di vedere riconosciuta la propria dignità di essere umano e di figlio fin dal momento del concepimento. Se il nostro contributo riuscisse solo ad aprire una riflessione tale da portare a salvare la vita di un bambino, avremmo raggiunto in pieno il nostro obiettivo perché la sacralità della vita di ogni essere umano definisce un essenziale che non è visibile agli occhi del corpo e che certifica il detto "nessuna vita è inutile", perché ogni vita è il frutto di amore utilissimo fra due persone. Dire che una vita è inutile equivarrebbe a dire che inutile è l'amore fra le due persone poiché disprezzando il frutto si disprezza anche l'albero.

10 GRAVI PATOLOGIE E RISULTATI A LUNGO FOLLOW UP	
PATOLOGIE DESCRITTE	**EVOLUZIONE**
CUORE SINISTRO IPOPLASICO	73% Successo tecnico 84% Sopravvivenza
IDROCEFALIA	Su 334 pazienti: 90,7% Buona evoluzione nelle forme lievi 65,9% Buona evoluzione nelle forme gravi 43,8% Risoluzione spontanea prenatale
SPINA BIFIDA	Su 222 pazienti: 78.4% Sopravvivenza 81.4% Normale abilità intellettuale 68% Normalità alla deambulazione 62% Diminuzione della compromissione sfinterica
ROSOLIA IN GRAVIDANZA	Su 284 (100%) pazienti: 209 (73.5%) Assenza di rischio 75 (26.5%) Rischio teorico di cui: 12 (16%) Reale trasmissione materno-fetale
IGROMA CISTICO	Su 310 pazienti: 72% Buona evoluzione a 25 anni di follow up
GRAVE ISOIMMUNIZZAZIONE RH	90% Sopravvivenza
CCAM MALFORMAZIONE ADENOMATOIDE CISTICA CONGENITA	64,3% Risoluzione prenatale della riduzione del volume 42,9% Risoluzione Postnatale 28,6% Chirurgia Postnatale
ERNIA DIAFRAMMATICA	44,6% Sopravvivenza
TERATOMA SACRO-COCCIGEO	71% Sopravvivenza
MEGAVESCICA	82,3% Sopravvivenza

Il counselling e la storia naturale delle gravi malformazioni fetali

Come già sottolineato, l'informazione medica, scientificamente fondata, ma anche precisa, aggiornata e scevra da altri fattori condizionanti (impostazioni sociali, religiose, errate convinzioni relative alle malattie, ecc.) è l'elemento imprescindibile da cui partire per far fronte ad una diagnosi prenatale patologica. L'informazione completa e corretta è, oltre che un dovere medico, una necessità per la donna e la famiglia. Solo fornendo un quadro medico chiaro e preciso, sulle condizioni reali del bambino, presenti e future, e sull'evoluzione della patologia, si permette loro di compiere scelte consapevoli e ponderate, di prendere in considerazione tutte le possibili strade ma, soprattutto, si crea quel "diritto alla scelta", spesso negato da una consulenza medica superficiale, oltre che deontologicamente discutibile. È attraverso l'informazione che si evita quella che viene definita "amplificazione del rischio", con conseguente ansia, paura e angoscia; un meccanismo pericoloso che, spesso, porta al rifiuto della malattia e del bambino. Ma, c'è un altro aspetto che è fondamentale sottolineare: esistono oggi nuovi importanti sviluppi nella cura, o comunque nell'approccio alle patologie prenatali. Rispetto ad alcune malattie, quello che prima era ritenuto un assunto medico, oggi, alla luce dei progressi scientifici, si trasforma in un mito da sfatare. Tutta una serie di convinzioni è stata completamente ribaltata e, addirittura, l'osservazione della storia naturale di alcune patologie ha fatto sì che molte di esse, oggi, non possano essere più definite come "incompatibili con la vita".

L'hospice perinatale

Ma chi sono i bambini incompatibili con la vita extrauterina, detti impropriamente "terminali"?

Chi sono i soggetti su cui si accanisce la cultura dello scarto, considerati impropriamente "imperfetti"? Innanzitutto, quelli con la diagnosi di trisomia 21 (sindrome di Down): infatti, dai dati cumulativi in Italia e in Europa, il 70% di diagnosi di trisomia 21 vengono avviati all'aborto eugenetico dopo diagnosi prenatale. Questo dato assolutamente devastante è un aspetto che, dal 1981 fino al 2018, è passato dallo 0.5% al 5.8%, evidenziando come l'aborto eugenetico (e non terapeutico) e aumentato di più di 10 volte.
In un lavoro di Guon et al. del 2014, ben 332 famiglie di bambini con trisomia 13 e 18, rispondono a valide domande, ma soprattutto esprimono l'idea che i loro figli non sono una diagnosi. In tale studio il primo dato saliente è stato che, di fronte ad una ulteriore e nuova diagnosi di T13 o T18, il 91% degli intervi ha risposto che non avrebbe interrotto la gravidanza.
Le famiglie hanno, invece, apprezzato il fatto che il medico chiamasse il loro bambino per nome e che la gravidanza fosse gestita come tutte le altre. Si sono commossi quando il medico ha tenuto in braccio il loro bambino.
In conclusione, ciò che riassume questo articolato lavoro, è che la maggior parte dei genitori descrive l'esperienza complessiva della vita del loro bambino come positiva, indipendentemente dalla sua durata. I genitori i cui figli sono vissuti più di tre mesi, hanno descritto bambini felici che hanno arricchito la loro vita sebbene posti di fronte a varie sfide.
In un altro lavoro di Heidi Cope, pubblicato su Prenatal Diagnosis (Cope, 2015), sono state indagate 158 donne e 109 mariti che hanno perso una gravidanza con anencefalia. Utilizzando scale di valutazione di impatto psicologico (Perinatal Grief Scale, Impact Event Scale, Revised Beck Depression Inventory – II) si è dimostrato che nella popolazione che continuava la gravidanza vi erano differenze statisticamente significative in termini di minor disperazione ($p = 0,02$) di minore evitamento ($p = 0,008$) e di minore depressione ($p = 0,04$) rispetto a chi abortisce. La conclusione degli autori era che la continuazione della gravidanza diminuiva la sofferenza psicologica della perdita del feto incompatibile con la vita extrauterina.
Ma se il dato scientifico non bastasse a dimostrare che, anche in caso di incompatibilità con la vita extrauterina, la separazione tra il figlio e la madre è indipendente sia dalla durata che dalla qualità della vita con problematiche malformative, l'esperienza personale che la fondazione *Il Cuore in una Goccia* ha avuto, supportando l'azione di sequela clinica dell'hospice perinatale del Policlinico Gemelli, in 20 casi di famiglie con diagnosi di anencefalia, mostra come l'accompagnamento di tali fragilità può evolvere in situazioni completamente inaspettate e con grande valenza scientifica ed umana. In 20 coppie, pervenute al nostro centro nell'arco di tempo di 13 anni, è stata fatta diagnosi di anencefalia. Tutte le famiglie hanno consapevolmente e liberamente deciso di portare avanti la gravidanza, nonostante la storia naturale di questa condizione fosse stata presentata nella sua ineludibile evoluzione. Alla richiesta di poter donare gli organi (cuore e rene) è stato risposto che non era possibile poiché l'espianto deve essere fatto dopo morte cerebrale e mancando il tessuto cerebrale degli anencefali, bisognava utilizzare il criterio della morte cardiaca con cessazione del battito documentato per 20 minuti. Tuttavia, l'espianto di cuore e rene dopo mancanza di perfusione ossigenativa per 20 minuti non si sarebbe potuto fare. È stato proposto loro invece di espiantare le cornee che era possibile fare anche fino a 12 ore dopo la morte del neonato. La finalità era di poter offrire le cornee degli anencefali per un trapianto corneale ad altri bambini che nascevano con opacità corneali congenite mono o bilaterale. Tutte le mamme hanno accettato la donazione delle cornee dei loro bambini. Dopo l'ultimo espianto, sono arrivati al pronto soccorso del policlinico Gemelli due adulti, un uomo e una donna, con traumi corneali gravi, e, in mancanza di un donatore adulto di cornea, il chirurgo ha utilizzato un trapianto corneale con le cornee degli anencefali, restituendo la vita degli occhi a due adulti grazie al tessuto corneale di una condizione malformativa considerata lo scarto più grave delle malformazioni fetali nell'ambito di una scienza che non guarda alla persona.

Se riflettiamo sul concetto di terminalità, dobbiamo schematizzarla in 3 tipi:

1. una terminalità indotta sia dalla medicina difensiva, sia dal non conoscere la storia naturale di tante condizioni malformative. Questa è una condizione che porta all'interruzione volontaria di gravidanza che abbiamo varie volte definito "il mondo dell'aborto volontario da ignoranza".
2. Un secondo gruppo di terminalità indotta, è quello che abbiamo definito terminalità indotta dall'accidia intellettuale. In questo gruppo sono riunite tutte quelle condizioni di patologia fetale che una medicina prenatale senza speranza ritiene non passibili di interventi terapeutici invasivi, ecoguidati, di interventi di palliazione prenatale per evitare il dolore fisico del feto sia con analgesia diretta nel punto di inoculo dell'ago, sia con analgesia indiretta con aspirazione di liquidi patologici dal torace, dall'addome o dalla vescica che, distendendo le sierose che circondano questi distretti accentuano l'effetto algico perché ricchissime di terminazioni nervose. Per cui nel periodo tra 20 e 27 settimane, mancando la capacità di gestire il dolore (pain modification system), qualsiasi aggressione algica al feto fa sì che esso viva un'esperienza dolorifica di tipo non 7x ma 700x.
3. Poi esiste una forma di terminalità reale dettata dalla storia naturale intrinseca alla malformazione per le quali condizioni non vi sono terapie efficaci, ma solo trattamenti di palliazione pre o post natali in una visione di accompagnamento e/o affiancamento delle famiglie e dei loro bambini con fragilità che realizza il detto che quando non è possibile curare per ottenere una guarigione è sempre possibile prendersi cura.

TERMINALITÀ INDOTTA E TERMINALITÀ REALE (i luoghi dove appare importante la storia naturale)
1° Gruppo (indotta da medicina difensiva e ignoranza)
Malattie infettive (toxo, Rosolia, CMV), Malattie genetiche (trisomia 21, 18)
2° Gruppo (indotta dall'accidia intellettuale)
Gravi Tachiaritmie, Idropi Fetali Severe, Incompatibilità Rh gravi, P-prom, Spina bifida, Idrocefalia,
Uropatie ostruttive, Megavescica, Ccam con idrope, Ernia diaframmatica, Cardiopatie fetali, Gemellari TTTS
3° Gruppo (reale)
Acrania, Anencefalia, Agenesia renale bilaterale, Dispasie renali precoci, Nanismi tenatofori, Triploide, Trisomia 13

DATI DI SOPRAVVIVENZA POST NATALE IN LETTERATURA

Anomalie fetali severe	Prevalenza	Probabilità di vita alla nascita	Sopravvivenza media postnatale	Ad1 settimana	Ad 1 anno	Sopravvivenza più lunga riportata
Agnesia renale	1.7/10.000	Non riportata	<24h	<5%	Non riportata	13 mesi
Anencefalia	10/10.000	62-72%	da <24h a 55 min	0-14%	7%	10 mesi/2,5 anni
Displasia tonotofora	0.4/10.000	Non riportata	Non riportata	Non riportata	Non riportata	5/9 anni
Trisomia 18	2.6/10.000	48-51%	14 giorni	35-65%	14-19%	27/30/50 anni
Trisomia 13	1.2/10.000	28-46%	10 giorni	45-57%	14-21%	19/27 anni
Oloprosencefalia	0,5/10.000	Non riportata	4-5 mesi	71%	47%	6/11/13/19 anni

WILKINSON D. DE CRESPIGNY L. XAFIS V. ETHICAL LANGUAGE AND DECISION-MAKING FOR PRENATALLY DIAGNOSED LETHAL MALFORMATIONS. SEMIN FETAL NEONATAL MED 2014; 19:306-311

È interessante, comunque, il dato di letteratura di Wilkinson che, nel 2014, pubblica i dati di sopravvivenza postnatale delle principali condizioni malformative, genetiche e strutturali, che giustificano pienamente il lessico di queste fragilità prenatali da non definire più "terminali" ma "incompatibili con la vita extrauterina".

Esiste quindi, realmente, un luogo che rende concreta e realizzabile la proposta di accoglienza e accompagnamento di un bambino gravato da patologia prenatale: l'hospice perinatale.

L'unità operativa specialistica è collocata all'interno di strutture ospedaliere, dotata di un team multidisciplinare, il cui scopo è quello di fornire assistenza medica, ma anche accogliere, sostenere e accompagnare le famiglie che si trovano poste di fronte a diagnosi prenatali di gravi patologie e malformazioni, spesso incompatibili con la vita extrauterina. L'hospice perinatale, dunque, non è solo un luogo medico, dove si esprimono esperienze cliniche e scientifiche di tipo medico, ma è soprattutto una modalità assistenziale e relazionale.

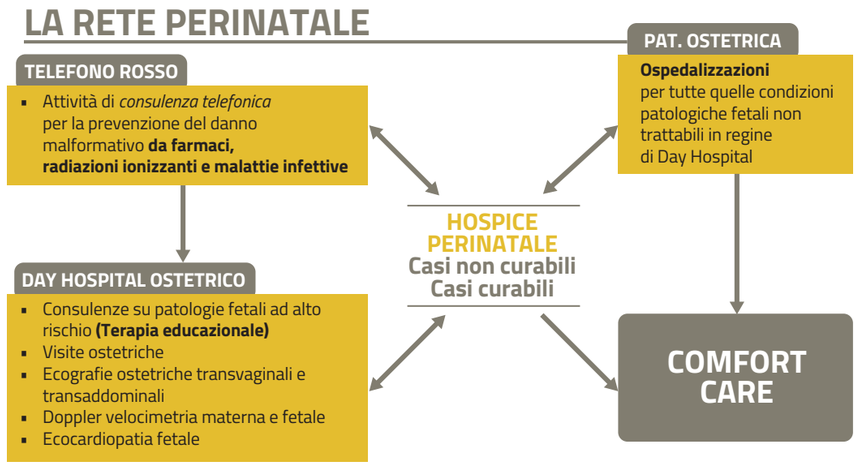
È qui che le famiglie che impattano con l'evento patologico vengono indirizzate e trovano un supporto medico specialistico d'avanguardia che si propone, attraverso la cosiddetta "medicina condivisa", di accompagnare il bambino e di assicurarne, per quanto scientificamente possibile, il benessere, in particolare tramite il ricorso alle cure palliative miranti all'eliminazione del dolore fetale.

L'hospice perinatale rappresenta il punto di accesso alle cure prenatali specialistiche e, nell'evoluzione più recente, grazie anche all'affiancamento di organismi come la fondazione *il Cuore in una Goccia onlus*, deputati all'accoglienza e alla tutela della vita nascente, un punto di approdo per le famiglie che devono affrontare la malattia, a cui viene fornita anche un'assistenza psicologica, affettiva e spirituale.

Non bisogna poi dimenticare che l'hospice perinatale non va inteso solo come luogo di accoglienza di bambini segnati da terminalità ma, oggi più che mai, come centro di riferimento per la cura e lo studio delle patologie prenatali. Come è accaduto per l'hospice perinatale del policlinico Gemelli di Roma, la trattazione di numerosi e diversi casi, si è accompagnata allo studio scientifico degli stessi nel lungo periodo, andando così a delineare quella storia naturale, necessaria per rispondere alla malattia in modo adeguato, e fondamentale in fase di consulenza prenatale.

Avere la possibilità di accedere, in caso di diagnosi prenatale patologica, ad un hospice perinatale, cambia radicalmente l'impatto e la percezione della diagnosi patologica da parte della famiglia perché significa, anche nei casi più gravi, avere il supporto di alte professionalità, impegnate da un punto di vista medico, scientifico ma anche umano. Sapere di non essere soli, sapere che c'è qualcuno che si prenderà cura del bambino, allenta enormemente il peso e le preoccupazioni delle famiglie. Ne scaturisce, di conseguenza, l'importanza della diffusione degli hospice perinatali, oggi ancora pochi in Italia, su tutto il territorio nazionale.

L'hospice perinatale, dunque, è un elemento fondamentale nell'ambito di una proposta di accoglienza e accompagnamento del bambino e rappresenta un modello di medicina che lascia le porte aperte alla speranza e attribuisce al lavoro del medico quel volto umano che rappresenta un valore aggiunto che si acquisisce solo mettendo le proprie professionalità e capacità al servizio della Vita. Si tratta di un vero e proprio punto di riferimento per le famiglie che impattano con l'evento patologico e quindi si pone come un modello per la tutela della salute materna e fetale affiancando quelle famiglie che scelgono di affrontare diagnosi prenatali di gravi patologie e malformazioni, spesso incompatibili con la vita extrauterina. Il sostegno che viene dato a queste famiglie è un sostegno a 360 gradi che fornisce un supporto medico, psicologico, affettivo, economico e spirituale. L'affiancamento alle famiglie quindi si concretizza in una vera e propria rete perinatale nel cui centro troviamo l'hospice perinatale dove affluiscono i casi non curabili e i casi curabili.



Tuttavia, dobbiamo anche fare un'analisi di cosa non è la cultura dell'hospice perinatale:

- Non è un luogo, ma è più luoghi sia nell'ospedale (Telefono Rosso, day hospital, patologia ostetrica, sala parto, neonatologia) che nel territorio (sportelli per l'accoglienza delle maternità difficili e sinergie con ASL nel territorio).
- Non è una competenza, ma sono più competenze in un atteggiamento pluridisciplinare e interdisciplinare.
- Non è circoscritto solo alla fase post-natale ma si prende cura sin dalla fase prenatale e spesso continua nel tempo dopo la nascita.
- Non è un affiancamento solo medico ma anche di figure come ostetriche e infermiere e familiare-testimoniale.
- Non fa solo clinica dell'accompagnamento ma propone percorsi di formazione e di ricerca.

Un'ultima riflessione va fatta sulla similitudine e le differenze che esistono tra gli hospice perinatali e gli hospice per gli adulti. Negli hospice degli adulti è sempre valido il concetto di accompagnare per dare dignità e amore fino alla fine poiché nessuna vita è inutile; inoltre si dà grande importanza ai trattamenti palliativi per lenire le sofferenze fisiche e psicologiche, si attua, cioè, il concetto di prendersi cura anche quando la guarigione non è possibile ottenerla. In definitiva, la pianificazione delle cure degli hospice per gli adulti è obbligata a un percorso che è definito dalla patologia terminale.
La pianificazione dell'hospice perinatale, invece, può seguire evoluzioni inaspettate dovute a interventi terapeutici invasivi e/o trattamenti di palliazione prenatale invasiva ecoguidati che possono cambiare completamente l'evoluzione del quadro patologico e la storia naturale della patologia stessa. In definitiva, la cura negli hospice degli adulti, coinvolge progetti che hanno solo un impatto con la sofferenza e con la morte, mentre la cura nell'hospice perinatale impatta con piani di speranza, di vita e risultati concreti con bambini in braccio, vivi e vitali.

A.3 - Il costo dello smaltimento dei bambini non nati

di Roberto Festa, medico di famiglia, presidente del Centro di aiuto alla vita di Loreto "L'Ascolto", già consigliere nazionale della associazione Difendere la vita con Maria

Nella trattazione sui costi economici degli aborti procurati merita un accenno il tema dello smaltimento del materiale abortivo e più in generale dei rifiuti sanitari conseguenti alla pratica abortiva, in particolare con tecnica chirurgica.
Considerando che la stragrande maggioranza degli aborti cosiddetti volontari avviene quando l'embrione/feto ha dimensioni e peso dell'ordine rispettivamente di pochi millimetri o centimetri e di pochi grammi, è evidente che in funzione dello smaltimento dei rifiuti speciali ospedalieri avrà molta più rilevanza tutto il restante materiale sia organico che sintetico: tessuto endometriale, sangue, garze, etc.
Considerando inoltre che in media gli appalti ospedalieri con le ditte di smaltimento dei rifiuti contemplano un costo pro chilo compreso tra 1 e 2 euro, e che attualmente gli aborti sono in numero inferiore alle 100 mila unità per anno, possiamo grossolanamente stimare intorno a 100 mila euro il costo annuale imputabile a questa specifica voce.
Tuttavia occorre precisare che, da un lato, il servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti speciali ospedalieri riguarda evidentemente tutta l'attività ospedaliera e non specificamente gli aborti, e dall'altro lato il suo costo è già assorbito nel valore del rimborso individuato dal DRG.
Quando poi il feto comincia a raggiungere dimensioni maggiori, e in particolare a partire dalla 20ª settimana di gestazione, la legge ne obbliga il conferimento presso il cimitero assimilandolo a parte anatomica.
Dalla 28ª settimana, di norma la sepoltura è a carico della famiglia.
In qualsiasi periodo gestazionale, su istanza dei genitori, è possibile procedere alla sepoltura individuale, ma questa opzione non è in questa sede di nostro interesse in quanto i costi, che possono variare da alcune decine ad alcune centinaia di euro, in questo caso sono in capo alla famiglia. In ogni caso è raro che a fronte di un aborto procurato, ci sia la richiesta di sepoltura da parte della famiglia.
Quindi sotto la 20ª settimana di gestazione, periodo in cui si collocano la quasi totalità degli aborti procurati, possiamo distinguere due alternative:

1. l'ospedale opta per lo smaltimento tramite la linea dei rifiuti speciali ospedalieri (DPR 285/90);
2. l'ospedale per direttiva locale o regionale conferisce i prodotti abortivi, o meglio i bambini non nati, al cimitero.

Della prima opzione abbiamo già fornito una stima verosimile del costo.
La seconda opzione è molto più onerosa dal punto di vista sia organizzativo che economico e di fatto, benché esplicitamente raccomandata per motivi etici da una circolare ministeriale del 1988, quasi mai praticata, a meno che non intervengano apposite convenzioni con organizzazioni di volontariato che si fanno carico della procedura senza oneri per l'ospedale.
Riepilogando, è possibile affermare che ordinariamente il servizio sanitario pubblico predilige la via utilitaristica dello smaltimento con i rifiuti ospedalieri speciali.
Una dignitosa sepoltura avviene quasi esclusivamente quando interviene, a proprie spese, la famiglia del bambino non nato o una organizzazione di volontariato. Il beneficio di questo elementare gesto di onore e pietà per l'edificazione di una società realmente accogliente ed inclusiva, per la promozione della cultura della vita e la prevenzione della cultura dello scarto, è enorme, così come l'aiuto che questa secolare pratica di civiltà dà alla fisiologica elaborazione del lutto in gravidanza. Dando per sottinteso il valore cultuale della sepoltura delle spoglie mortali di ogni uomo.

È celebre il bellissimo discorso del pediatra e genetista Jérôme Jean Louis Marie Lejeune, sul "prezzo dell'umanità"; colui che aveva scoperto la causa della sindrome di Down in riferimento a tali bambini dichiarò: «La gente dice: "il prezzo delle malattie genetiche è alto. Se questi individui potessero essere eliminati precocemente, il risparmio sarebbe enorme!". Non può essere negato che il prezzo delle malattie genetiche sia alto, in termini di sofferenza per l'individuo e di oneri per la società. Senza menzionare quel che sopportano i genitori! Ma noi possiamo assegnare un valore a quel prezzo: è esattamente quello che una società deve pagare per rimanere pienamente umana».
Parafrasando, in conclusione possiamo affermare: «La gente dice: "il prezzo della sepoltura dei bambini abortiti è alto. Se questi individui vengono smaltiti con i rifiuti ospedalieri, il risparmio è enorme!". Ma noi possiamo assegnare un valore a quel prezzo: è esattamente quel che una società deve pagare per rimanere minimamente umana».

9 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Riferimenti bibliografici

Affinito, V. et al (2010), *L'aborto e i suoi retroscena. Vite e maternità spezzate*, IF Press.

AIGOC (2020). "Continua a dilagare la cultura di morte e dello scarto e a verificarsi un'ulteriore, ingiustificata -contra legem ? -impennata delle certificazioni urgenti". Comunicato stampa 04/06/2020 https://aigoc.it/2020/06/24/continua-a-dilagare-la-cultura-di-morte-e-dello-scarto-e-a-verificarsi-unulteriore-ingiustificata-contra-legem-impennata-delle-certificazioni-urgenti-nettamente-piu-alta-la-mo/

Ashton, J.R. (1980), The psychosocial outcome of induced abortion, *Br J Obstet Gynaecol.* 1980;87(12):1115-1122. doi:10.1111/j.1471-0528.1980.tb04483.x https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7437379/

ASL Latina (RM), Protocollo assistenziale IVG, 4/03/2019 https://www.ausl.latina.it/attachments/category/80/Protocollo%20IVG.pdf

Barnett, W. et al. (1992), Partnership after induced abortion: a prospective controlled study, *Arch Sex Behav.* 1992;21(5):443-455. doi:10.1007/BF01542269 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1417474/

Battaglia, F.A., Colella MG, RossittoV, Pricoco G (2019) Protocollo assistenziale IVG, https://www.ausl.latina.it/attachments/category/80/Protocollo%20IVG.pdf

Bencetti, L. (2015), Il suicidio dopo l'aborto: un dramma vero di cui non si parla, *Notizie ProVita,* ottobre 2015, pp. 9-10.

Bianchi, D.W., (2000), Fetal cells in the mother: from genetic diagnosis to diseases associated with fetal cell microchimerism, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000 Sep;92(1):103-8.

Bracalente, G. (2019). Diagnosi prenatale. Domande e risposte per i genitori. Treviso, ULSS Marca Trevigiana

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 Law Med*. 2018 Spring;33(1):32-54. PMID: 30831018. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30831018/

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; 50:481-496 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060338/pdf/jepicomh00185-0007.pdf

Broen, A.N. et al (2005), The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study, *BMC Med*. 2005 Dec 12;3:18.

Brown, D. et al. (1993). Prolonged grieving after abortion: a descriptive study. *J Clin Ethics.* 1993;4(2):118-123. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8334275/

Calisti, A. et al (1989), Fetal Ovarian Cysts, Postnatal Evolution and Treatment, *Pediatric Surgery International* 4: 341-346, 1989.

Coleman, P.K. et al (2002), A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Dec;187(6):1673-8. doi: 10.1067/mob.2002.127602. PMID: 12501082. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12501082

Coleman, P.K. (2011), Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009, *The British Journal of Psychiatry,* Volume 199, ISSue 3 September 2011, pp. 180-186. Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018 https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230

Coleman, P.K. (2017), Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences, *Journal of American Physicians and Surgeons*, Volume 22 Number 4 Winter 2017, pp.113 e ss. https://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf

Coleman, P.K. et al. (2001), "Child Developmental Outcomes Associated with Maternal History of Abortion Using the NLSY Data", Presented: Berlin, Germany, 1st World Congress on Women's Mental Health, March 2001. Archives of Women's Mental Health 2001;3(4) Supp.2:104 https://doi.org/10.1007/s007370170008

Coleman, P.K. et al. (2002) (bis), A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term, *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):1673-1678. doi:10.1067/mob.2002.127602 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12501082/

Coleman, P.K. et al. (2002), State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(1):141-152. doi:10.1037/0002-9432.72.1.1410155 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14964603/

Cope, H. et al. (2015), Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome, *Prenat Diagn*. 2015 Aug; 35(8): 761-768.

Cougle, J.R. et al. (2003), Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort., *Med Sci Monit*. 2003;9(4):CR105-CR112. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12709667/

De Carolis, S. et al (1993), Immune thrombocytopenic purpura and percutaneous umbilical blood sampling: an open question, *Fetal Diagnosis Ther*, 1993; 8. Pg. 154-160.

De Carolis, S. et al (1998), Therapeutic Amnioinfusions and Fetal Fibronectin Pattern in a Case With Pre-Term Ruptured Membranes That Resealed, *Fetal Diagnosis Ther*, 1998; 13: 66-68.

De Santis, M. et al (2000), Congenital Cystic Adenomatoid Malformation of the Lung: Antenatal Ultrasound Findings and Feto- Neonatal Outcome. Fifteen Years of Experience, *Fetal Diagn Ther* 2000 Jul-Aug;15(4):246- 50

De Santis, M. et al (2003), Transabdominal Amnionfusion Tratment Of Severe Oligohydramnios in Preterm Premature Rupture of Membraness At Less Than 26 Gestational Weeks, *Fetal Diagn Ther* 2003; 18(6): 412-417.

Dingle, K. et al. (2008), Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):455-460. doi:10.1192/bjp.bp.108.055079 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19043146/

Douglas, A.J. et al. (2011), Mother-offspring dialogue in early pregnancy: impact of adverse environment on pregnancy maintenance and neurobiology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Jul 1;35(5):1167-77.

Ervin, P. et al (1985), Women Exploited: the other victims of abortion. *Our Sunday Visitor,* 1985; pp.31 -33

FDA, Federal Agency Drug Administration, (2018), Mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 12/31/2018, RCM # 2007-525 NDA 20-687, https://www.fda.gov/media/112118/download

Fergusson, D.M. et al. (2006), Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(1):16-24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16405636/

Fergusson, D.M. et al. (2008), Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study, *The British Journal of Psychiatry*, Volume 193, ISSue 6 December 2008, pp. 444-451Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018 http://bjp.rcpsych.org/content/193/6/444

Filly, R.A., The best way to terrify a pregnant woman, *J Ultrasound Med 2000* Jan; 19(1):1- 5.

Firestein, S.K. (1989), Special features of grief reactions with reproductive catastrophe. *Loss, Grief & Care.* 1989 3(3-4);37-45; p. 37 https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J132v03n03_04?journalCode=wzlg20

Francese M., et al (2008). Il debito pubblico italiano dall'Unità a oggi. Una ricostruzione della serie storica. Banca d'Italia, collezione *Questioni di Economia e Finanza*, n. 31.

Freud, L.R. (2014), Fetal aortic valvuloplasty for evolving hypoplastic left heart syndrome: postnatal outcomes of the first 100 patients, *Circulation,* 2014 Aug 19;130(8):638-45.

Gardner, R.L. (2001), Specification of embryonic axes begins before cleavage in normal mouse development, *Development*. 2001 Mar;128(6):839-47.

Gissler, M et al. (1996), Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study, *BMJ*. 1996 Dec 7;313(7070):1431-4.

Gissler, M. et al (1997), Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994--definition problems and benefits of record linkage, *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(7):651-657.doi10.3109/00016349709024605 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9292639/

Gozzo, M. L. et al (1998), Reference Intervals for 18 Clinical Chemistry Analytes in Fetal Plasma Samples between 18 and 40 weeks of Pregnancy, *Clinical Chemistry*, 44, N. 3, 1998. Pag. 683-685.

Guon, J. et al (2014), Our children are not a diagnosis: the experience of parents who continue their pregnancy after a prenatal diagnosis of trisomy 13 or 18. *Am J Med Genet* A. 2014 Feb;164A (2):308-18. doi: 10.1002/ajmg.a.36298. Epub 2013 Dec 5. PMID: 24311520.

Hong, L. et al (2011), Mifepristone-induced abortion and vaginal bleeding in subsequent pregnancy, *Contraception,* volume 84, issue 6, p609-614, December 01, 2011 https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.03.013

Horne, A.W. et al (2000), The endometrium and embryo implantation. A receptive endometrium depends on more than hormonal influences, *BMJ*. 2000 Nov 25;321(7272):1301-2.

Huang, Y. et al (2014) A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer

risk among Chinese females. *Cancer Causes Control*, 25, 227–236. https://doi.org/10.1007/s10552-013-0325-7

Iacobelli, B.D. et al (1998), An Experimental Animal Model of Intestinal Obstruction to Simulate in Utero Therapy for Jejunoileal Atresia, *Fetal Diagnosis Ther* 1998; Sep-Oct;13(5):298-301.

Istituto Superiore della Sanità (2019), Primo rapporto ItOos, a cura di Dell'Oro S et al. https://www.iss.it/documents/20126/45616/ItOSS.pdf/e16cbee6-e82e-da4d-50eb-076f7a4b4802?t=1581097206105

Istituto Superiore di Sanità (2011). Gravidanza fisiologica. Aggiornamenti 2011. Sistema Nazionale per le Linee Guida - Linea Guida n. 20. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf

Kaali, S.G. et al. (1989), The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions, *Ajog,* volume 161, issue 2, p 406-408, august 01, 1989 https://www.ajog.org/article/0002-9378(89)90532-2/pdf

Kmietowicz, Z. (2015), Dilatation and curettage procedure raises risk of premature birth in subsequent pregnancies, study finds, *Bmj,* 2015; 350 https://doi.org/10.1136/bmj.h3261

Kumar, R. et al (1978), Previous induced abortion and ante-natal depression in primiparae: Preliminary report of a survey of mental health in pregnancy, *Psychological Medicine*, 8(4), 711-715. doi:10.1017/S0033291700018912 https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/previous-induced-abortion-and-antenatal-depression-in-primiparae-preliminary-report-of-a-survey-of-mental-health-in-pregnancy/4398AC29B7E25BD88E3B29960D6B0396

Lanfranchi, A. (2019), New Analysis of 20 Studies Finds 151% Increased Breast Cancer Risk After Abortion, *Life Site News*, Jan 7, 2019 https://www.lifenews.com/2019/01/07/new-analysis-of-study-studies-finds-151-increased-breast-cancer-risk-after-abortion/

Liang, H. et al, (2011), Mifepristone-induced abortion and vaginal bleeding in subsequent pregnancy. *Contraception.* 2011 Dec;84(6):609-14. doi: 10.1016/j.contraception.2011.03.013. Epub 2011 May 4. PMID: 22078190. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22078190

MacNair, R. (2002), *Perpetration-Induced Traumatic Stress: The Psychological Consequences of Killing (Psychological Dimensions to War and Peace)*, Praeger.

Mancuso, S. et al (2009), *La prima casa*, Poletto 2009

Manganaro, L. et al (2012), Role of foetal MRI in the evaluation of ischamic-haemorrhagic lesions of the foetal brain, *Journal Perinatal Medicin.* 2012 April 13;40(4):419-26.

Maragliano, G. et al (2000), Efficacy of Oral Iodine Therapy on Neonatal Hyperthyroidism Caused by Maternal Graves' Disease, *Fetal Diagn Ther* 2000; 15: 122-126.

Masini, L. et al (1987), "Fetal Tachyarytmia: Transplacental Treatment" - International Symposium on Fetal Diagnosis and Therapy. Rotterdam, 6-7 November 1987.

Masini, L. et al (1989), Urinary Tract Dilatations: Ultrasonographic Prenatal Diagnosis and Postnatal Outcome, *Italian Journal of Pediatric Surgical Sciences* Vol. 3, 1989. Pag. 79-81.

Masini, L. et al (1998), Ultrasonographic Prenatal Diagnosis of Urinary Tract Dilatations, *Italian Journal of Pediatric Surgical Sciences* Vol. 2, N. 3, 1988. Pag. 63-69.

Masini, L. et al (2007), Prenatal findings and outcome of open and closed spina bifida (SB): analysis of 163 cases, *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007,30,4:498

Mattinson, J. (1985), The effects of abortion on a marriage. *Ciba Found Symp.* 1985; 115: 165-177. doi:10.1002/9780470720967.ch13 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3849412/

Mazzi A (2017). *Indesiderate*. Ed. Sempre Editore, 2017

McElhinney, D.B. et al (2009), Predictors of technical success and postnatal biventricular outcome after in utero aortic valvuloplasty for aortic stenosis with evolving hypoplastic left heart syndrome, *Circulation.* 2009 Oct 13;120(15):1482-90

Ministero della salute (2013). Interruzione volontaria della gravidanza con mifepristone e prostaglandine 2010-2011. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1938_allegato.pdf

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

Ministero della salute (2018). Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) Dati definitivi 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2807_allegato.pdf

Ministero della salute (2020) Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) Dati definitivi 2018. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2924_allegato.pdf

Ministero della salute, (2015) Linee Guida. Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing – NIPT). http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2381_allegato.pdf

Mozzanega, B. (2018), Ancora su ellaOne e salute della donna: gravi danni al fegato, *Pro Vita & Famiglia,* 15 novembre 2018 https://www.provitaefamiglia.it/blog/ancora-su-ellaone-e-salute-della-donna-gravi-danni-al-fegato

Mulligan, E. et al (2011), Mifepristone in South Australia. The first 1343 tablets, reprinted from *Australian Family Physician*, Vol. 40, No. 5 https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/May/201105mulligan.pdf

Munk-Olsen, T. et al. (2011), Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder List of authors, *N Engl J Med*; 364:332-339 January 27, 2011.https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0905882#t=article

Ney, P. et al (1993), *Post Abortion and Abuse Treatment. A Training Manual for Therapists.* Victoria, B.C.: Pioneer Publishing, 1993, p. 28

Niinimäki, M. et al. (2009) Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, Volume 114 - ISSue 4 - p 795-804 - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19888037 (Ult. acc. 04/08/2020).

Noia, G. et al (1992), Early Prenatal Diagnosis and Therapy of Fetal Hypothyroid Goite, *Fetal Diagnosis and Therapy* 1992: 7: 138-143.

Noia, G. et al (1992 bis), La Cordocentesis: Indicationes, Utilidad Y Riesgos" - Medicina Y Etica 1992/1: 55-70.

Noia, G. et al (1995), "Fetal obstructive uropathy: invasive prenatal treatment", Proceedings of the 5th International Workshop on Neonatal Nephrology, Roma, 6-8 Aprile 1995. Pag. 38-40.

Noia, G. et al (1996), Double Shunt in a Case of Fetal Low-level Obstructive Uropathy, *Fetal Diagn Ther*, Vol 11, (313-317), 1996.

Noia, G. et al (1998), Fetal infection from Rubeovirus or Cytomegalovirus: Correlation between maternal serological profiles, invasive diagnostic and long term follow up, *The Journal of Maternal – Fetal Medicine,* 7:36-42; 1998.

Noia, G. et al (1998 bis), *Le Terapie Fetali invasive,* Società Editrice Universo, 1998.

Noia, G. et al (1999), Multimodal Approach in Invasive Fetal Therapy, *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 1999; 78: 160-164.

Noia, G. et al (1999), Ontogeny of the Fetal Immune System: Study on Pregnancies with Rh-Isoimmunization and Nonimmune Fetal Hydrops, *Clinical Immunology and Immunopathology*, Vol. 90, N. 1, January, pp.115-118, 1999.

Noia, G. et al (1999 bis), Invasive Fetal Therapy, *european Intensive Course in Bioetics Applied to Medical Practice*, 1999 Edition. Pag. 33-41.

Noia, G. et al (2000), "P-PROM and amnioinfusion" - 2nd Slovene congress of gynecologists and obstetricians with international participation. Portorož 19-22 November 2000. (pag. 209).

Noia, G. et al, (2002), Complementary therapy for severe Rh - alloimmunization, *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 2002; 29(4); 297-301.

Noia, G. (2004), "L'uso del Counselling nella diagnosi prenatale". Atti convegno "Il feto come paziente: dove comincia l'amore". Associazione Italiana Divina Misericordia, Corato (Ba), 15 ottobre 2004.

Noia, G. et al (2008), La Terapia Educazionale. Una nuova frontiera nella diagnosi del prenatale, *Studia Bioethica*, vol.1 (2008) n.2-3 pp. 171-177.

Noia, G. (2008), "Dove va l'eugenismo", Atti convegno Crema 28 Ottobre 2008, Associazione Culturale "Crema più".

Noia, G. (2009), *Terapie Fetali*, Poletto Editore, 2009.

Noia, G. et al (2011), Invasive Fetal Terapies: Approach and Results in Treating Fetal Ovarian Cysts, *Journal of The Maternal Fetal Neonatal Med*. 2011 May 19.

Noia, G. et al, (2013), Fetal cystic hygroma: the importance of natural history, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013 Oct;170(2):407-13

Noia, G. et al (2013 bis), A rare case of Renal Dysplasia: Prenatal and Postnatal Management, *Fetal & Pediatric Pathology*, 2013 Dec;32(6):437-42. doi: 10.3109/15513815.2013.799251. Epub 2013 May 20. PMID: 23688419.

Osser, S. et al (1984) Postabortal pelvic infection associated with Chlamydia trachomatis and the influence of humoral immunity, *Ajog*, Volume 150, ISSue 6, 699-703. https://www.ajog.org/article/0002-9378(84)90670-7/pdf, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6541876

Ossola, M.W. et al., (2011) Risk factors for emergency postpartum hysterectomy: the neglected role of previous surgically induced abortions, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011 Dec; 90(12):1450-3https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01223.x

Patricolo M. et al (2002), Fetal Surgery for Spina Bifida Aperta: To Be or Not to Be? *Eur J Pediatr Surg*, 2002 Dec; 12 Suppl 1: S22-4.

Pearson, H. (2002), Your destiny, from day one, *Nature* 2002 Jul 4;418(6893): 14-5.

Pedersen, W. (2007), Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction.* 2007;102(12):1971-1978. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02040.x https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031432/

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

Pellegrino, M. et al (2017), Prenatal detection of megacystis: not always an adverse prognostic factor. Experience in 25 consecutive cases in a tertiary referral center, with complete neonatal outcome and follow-up, *J Pediatr Urol.* 2017 Apr 14. pii: S1477-5131(17)30168-7.

Perfori, L. (2020), Il primo Rapporto ItOSS rivela: 18 donne si sono suicidate in Italia entro un anno dall'aborto indotto, in 10 Regioni italiane, nel periodo di 7 anni 2006-2012, *Lorenza Perfori,* 17/3/2020. https://lorenzaperfori.weebly.com/i-miei-articoli/il-primo-rapporto-itoss-rivela-18-donne-si-sono-suicidate-in-italia-entro-un-anno-dallaborto-indotto-in-10-regioni-italiane-nel-periodo-di-7-anni--2006-2012

Perrelli, L. et al, (2002), Sacrococcygeal teratoma. Outcome and management. An analysis of 17 cases, *J. Perinat. Med.* 30(2002) 179-184.

Piotrowska, K. et al, (2001), Role for sperm in spatial patterning of the early mouse embryo, *Nature* 2001, Jan 25;409(6819):517-21.

Pomini, F. et al (2007), Hypothetical Role of Prostaglandins in the Onset of Preterm Labor after Fetal Surgery, *Fetal Diagn Ther* (2007) ; 22(2):94-99.

Raymond, E.G. et al. (2013), First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review, *Contraception*, January 01, 2013, volume 87, issue 1, p26-37, https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011

Reardon, D.C. et al. (2003), Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Cmaj,* 2003;168(10):1253-1256. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12743066/

Reardon, D.C. et al (2005), Relative Treatment Rates for Sleep Disorders and Sleep Disturbances Following Abortion and Childbirth: a Prospective Record-Based Study, *Sleep*, Vol. 28, No.12, 2005,

p.1293-1294. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.616.5496&rep=rep1&type=pdf

Reardon, D.C. et al (2000), Abortion and subsequent substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2000;26(1):61-75. doi:10.1081/ada-100100591 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10718164/

Reardon, D.C. et al (2002), Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low-income women. *South Med J*. 2002;95(8):834-841. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12190217/

Reardon, D.C. et al. (2004), Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth, *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(2):369-383. doi:10.1081/ada-120037383 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15230081/

Reardon, D.C. at al (2004 bis), Deaths associated with abortion compared to childbirth--a review of new and old data and the medical and legal implications, *J Contemp Health Law Policy*. 2004 Spring;20(2):279-327.

Reardon, D.C. (2006), Forgotten fathers and their unforgettable children, www.theunchoice.com/Men/forgottenfathers.htm

Ring-Cassidy, E. et al (2003), Women's Health After Abortion: The Medical and Psychological

Evidence, Seconda edizione, *DeVeber Institute*, 2003, trad. a cura de *La Vigna di Rachele.* http://www.vignadirachele.org/postaborto.info/aborto%20salute%20donne.html

Rue, V. (1994), The psychological realities of induced abortion. In *Post- Abortion Aftermath*, ed. M Mannion. Kansas City: Sheed and Ward, 1994b, pp. 27-28

Saccone, G. et al (2016), Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis, published December 29, 2015, *Ajog*, may 01, 2016, volume 214, issue 5, p. 572-591. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.12.044

Saperidoc, Centro di documentazione sulla salute Perinatale e Riproduttiva dell'Ssr dell'Emilia Romagna (2016), *Procedure Sanitarie per IVG* https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/278

Scholten, B.L. et al. (2013) The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study, *Bmj Open,* 2013; 3. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002803

Serra, A (2003), *L'uomo embrione. Questo misconosciuto*, Cantagalli 2003.

Shan-Tang, O. et al (2002). Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol, *Human Reproduction*, Volume 17, ISSue 2, February 2002, Pages 332–336, https://doi.org/10.1093/humrep/17.2.332

Shostak, A. et al, (1985), *Men and Abortion: Losses, Lessons and Love*, Greenwood Press.

Strahan, T. (1994), Portraits of post-abortive fathers devastated by the abortion experience. *Newsletter of the Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change*. 1994 Nov-Dec;7(3):1-8; pp. 4-5.

Snoek, K.G. et al (2017), The validity of the observed-to-expected lung-to-head ratio in congenital diaphragmatic hernia in an era of standardized neonatal treatment; a multicenter study, *Prenat Diagn*. 2017 Jul;37(7):658-665.

Sullins, D.P. (2016), Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States, *SAGE Open Medicine,* Volume 4: 1–11, Published September 23, 2016 https://doi.org/10.1177/2050312116665997

Thorp, J.M. et al (2005), Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: a review of the evidence, *Linacre* Q. 2005 Feb;72(1):44-69.

Tworetzky, W. et al, (2003), Balloon valvuloplasty for congenital heart disease in the fetus, *Clin*

Perinatol. 2003 Sep;30(3):541-50. Review.

Visconti, D. et al (2010), Severe Fetal Ventriculomegaly: prenatal dignosis and perinatal outcome in 45 fetuses, *Advances in Perinatal Medicine*, 2010 MAY; Monduzzi Editoriale / ISBN 978-88-6521- 027-7 / p.239-243.

Visconti, D. et al (2012), Sexuality pre-conception counseling and urological management of pregnancy for young women with spina bifida, *european Journal Obstetrics Gynecology Reproduction Biological* 2012 August; 163(2):129-33.

Zaccuri, A. (2013), Aborto, che fine fa papà? *Avvenire – Noi genitori e figli*, Settembre 2013, pp. 22-24, foglio 1-3

Zhaohui, H. et al. (2012) The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms During a Subsequent Pregnancy: Data From a Population-Based Cohort Study in China, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology,* 22:1, 51-58, DOI: 10.5455/bcp.20111102040509 https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.5455%2Fbcp.20111102040509

Zuppa, A. et al (1999), Recombinant Erythropoietin in the Prevention of Late Anaemia in Intrauterine Transfused Neonates with Rh-Haemolytic Disease, *Fetal Diagn Ther*, 1999; 14: 270-274.

Zuppa, A. et al (2010), Recombinant human erythropoietin in the prevention of late anemia in intrauterine transfused neonates with Rh-isoimmunization, *J. Pediatr Hematol Oncol.* 2010 Apr;32(3):95-101.