

Ecco le cause che generano la sottostima delle complicazioni fisiche e psichiche provocate dall'aborto indotto

La ricerca scientifica volta a individuare le complicazioni a carico della salute fisica e psichica della donna provocate dall'aborto indotto pecca di ostacoli e limiti specifici, di falsificazioni e occultamenti intenzionali, che portano erroneamente a ritenere l'aborto una procedura sicura o – come non mancano di propagandare gli abortisti – che per la donna sia assai più sicuro abortire che partorire.

In questo scritto indicherò le manipolazioni e le falsificazioni messe in atto su più livelli, e gli ostacoli che i ricercatori non ideologizzati si trovano di fronte quando vogliono studiare le complicazioni provocate dall'aborto indotto con l'obiettivo di individuare un quadro veritiero e fedele alla realtà.

Nella sua corposa revisione del 2017[1], in cui prende in esame più di 200 studi che si sono occupati delle complicità provocate dall'aborto indotto alla salute fisica e psichica della donna, il dott. Greg Pike – fondatore e direttore dell'*Adelaide Centre for Bioethics and Culture*, Australia – evidenzia in più occasioni il problema della distorsione dei dati negli studi che determina una sottostima delle conseguenze provocate dall'aborto e quindi della sua pericolosità.

Pike osserva, per esempio, che in uno studio prospettico del 2008 condotto su donne tra i 15 e i 27 anni d'età, il tasso di abortività riportato era il 74% dell'ammontare che sarebbe dovuto risultare dall'insieme dei dati nazionali[2]. Mentre in uno studio di coorte olandese del 2013 la storia di aborto era chiaramente sottostimata, essendo menzionata solo dall'1,2% di tutte le donne che avevano partorito[3]. Inoltre – aggiunge Pike – *“molti studi sui rischi dell'aborto sulla salute fisica prendono in considerazione solo le donne sane[4], escludendo in particolare le donne che hanno un rischio più elevato di complicazioni”*. In definitiva: se i dati alla base dello studio sono distorti lo saranno anche i risultati. In altre parole – osserva Pike – *“la sottostima degli aborti porta alla sottostima delle loro conseguenze”* e *“considerata l'attuale natura di molte ricerche sull'aborto, è importante sottolineare che le dichiarazioni definitive sulla sicurezza dell'aborto sono inappropriate”*.

L'occultamento e la sottostima dei dati riguarda sia le complicazioni di natura fisica che quelle di natura psichica nonché la mortalità associata all'aborto, la quale – come ho evidenziato nel libretto *“Per la salute delle donne”* prodotto dall'associazione ProVita onlus – è legata a entrambi i gruppi di complicazioni (fisici e psichici).

Sottostima delle complicazioni sulla salute fisica

a) La situazione in Italia

Per il quadro della situazione italiana, relativo alla sottostima delle complicità a carico della salute fisica provocate dall'aborto indotto, [rimando alla lettura di QUESTO ARTICOLO](#)[5], in cui ho analizzato le relazioni annuali sull'attuazione della legge 194 redatte dal Ministero della Salute.

La ricerca che ho fatto sulle informazioni contenute nelle relazioni ministeriali ha messo in luce 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. Ho specificato "immediate" perché è solo questo tipo di complicazioni che il Ministero della Salute monitora (in maniera peraltro inadeguata) nelle sue relazioni. Si tratta di quelle complicazioni che si verificano in concomitanza della procedura abortiva o entro pochissimi giorni dalla stessa.

Dai dati del Ministero della Salute rimangono pertanto fuori tutte le complicazioni provocate dall'aborto indotto sulla salute fisica che si possono presentare diversi giorni dopo, o molto più in là nel tempo (infertilità, cancro al seno) o in successive gravidanze (parto prematuro, gravidanza extrauterina, placenta previa, aborti spontanei ripetuti, isterectomia post-partum...). Sono complicazioni che per una serie di ragioni risultano più difficili da monitorare e qualificare quali conseguenze derivanti da precedenti aborti indotti, ma la cui correlazione all'aborto volontario risulta chiaramente documentata dalla prassi medica, dalla letteratura scientifica (come riportato nel libretto di ProVita) e dalle testimonianze dirette.

La situazione italiana non è altro che il riflesso di un occultamento perpetrato su vasta scala a livello globale.

b) Omertà, occultamento, mancata segnalazione, erronea classificazione, omissione di dati e informazioni: le cause alla base della sottostima delle complicazioni immediate

Un articolo di *Lifenews* di giugno 2018[6] evidenzia alcune delle prassi che in America vengono sistematicamente messe in atto per coprire le complicazioni provocate dall'aborto indotto al fine di farlo apparire più sicuro di quanto non sia in realtà.

La donna che si è sottoposta a un aborto volontario che dopo qualche giorno dovesse riscontrare una complicazione come, per esempio, un'emorragia che non si arresta o febbre alta e vomito dovuti a un'infezione si reca solitamente non alla clinica che ha eseguito l'aborto, ma al **Pronto soccorso**, dove con molta probabilità la complicazione in cui è incorsa sarà occultata sfuggendo al computo delle complicazioni correlate all'aborto volontario. Uno dei motivi di tale occultamento è dovuto al fatto che **la donna non rivela** – vuoi perché si vergogna o perché non vuole che i familiari lo vengano a sapere o per qualsiasi altra ragione -, di essere ricorsa all'aborto indotto, ma afferma di aver avuto o di star avendo un aborto spontaneo.

Molti di coloro che promuovono in particolare l'aborto con la pillola abortiva – scrive *Lifenews* – consigliano esplicitamente alle donne di non rivelare i loro aborti ai medici se hanno delle complicazioni, le invitano semplicemente a comunicare di avere un aborto spontaneo. "Women on Web", un servizio internazionale che spedisce pillole abortive in tutto il mondo, dice esplicitamente alle donne: "*Non devi dire al personale sanitario che hai*

avuto un aborto indotto; puoi dire loro che hai avuto un aborto spontaneo. I medici hanno l'obbligo di aiutarti in qualsiasi caso e sanno come gestire un aborto spontaneo". Informano le donne del fatto che un occultamento dell'aborto chimico è facile da realizzare: visto che *"i sintomi dell'aborto spontaneo e dell'aborto con la pillola abortiva sono esattamente gli stessi, il medico non sarà in grado di vedere o verificare che si sia trattato di un aborto volontario"*.

Il sito web "earlyabortion.com", creato da donne medici di famiglia di New York, spiega alle donne che possono mascherare il loro aborto indotto affermando semplicemente di avere un "ciclo mestruale alterato" in modo che gli altri componenti della famiglia non sappiano ciò che sta realmente accadendo. Inoltre – aggiungono – *"il personale medico non sarà in grado di dire che hai preso la pillola abortiva. Anche al pronto soccorso, un medico non può distinguere tra aborto spontaneo e aborto chimico"*. In questo modo ogni complicazione che si verifica, ogni possibile grave conseguenza, compresa la morte, **sarà registrata dal medico e imputata come correlata all'aborto spontaneo** e l'aborto indotto continuerà a risultare falsamente nelle statistiche come una procedura sicura.

Vi sono studi che hanno dimostrato la riluttanza delle donne a parlare apertamente delle loro storie di aborto. Per esempio – specifica *Lifenews* –, *"Rachel Jones e Katryn Kost hanno scoperto che meno della metà degli aborti delle donne statunitensi dal 1997 al 2001 erano stati segnalati dalle donne in interviste faccia a faccia nel National Survey of Family Growth del 2002"* [7]. L'omertà delle donne su aborti e complicazioni subite fornisce pertanto un'immagine falsata sulla sicurezza della pratica abortiva, finendo per ripercuotersi contro le donne stesse, che continueranno ad accedere all'aborto pensando che si tratti di una procedura priva di conseguenze negative per la loro salute.

Un altro motivo di occultamento delle complicazioni che si verifica al Pronto soccorso, dipende dai medici. A volte è **il dottore che decide di non farla risultare nella cartella clinica**, per esempio per assecondare la richiesta della donna che non vuole che si registri, oppure perché teme che l'evento avverso possa essere usato contro i propri colleghi abortisti – scrive *Lifenews*. Ma può anche succedere che non vi sia un'intenzionalità diretta del medico a non riportare la complicazione come correlata all'aborto, capita infatti sovente che il medico del Pronto soccorso sia molto indaffarato, che debba gestire gravi emergenze contemporaneamente e, ritenendo per esempio una febbre alta dovuta a un'infezione non così rilevante, somministri semplicemente gli antibiotici necessari evitando di approfondire la questione. In questi casi un'infezione sarà registrata semplicemente come infezione, un'emorragia solo come emorragia senza specificare che siano state provocate dall'aborto indotto, che continuerà a risultare erroneamente sicuro nelle statistiche.

L'industria dell'aborto – aggiunge *Lifenews* – ha una lunga "storia di occultamento dei suoi errori. Un rapporto del *Chicago Tribune* del 16 giugno 2011 ha scoperto che l'obbligo di notifica allo Stato degli aborti e delle complicazioni veniva spesso ignorato. Più di recente, maggio 2017, *Randall Williams* – direttore del *Department of Health and Senior Services del Missouri* – ha rilasciato una dichiarazione in cui affermava di aver scoperto che i medici abortisti non avevano rispettato una legge statale che richiedeva loro di riportare

entro 45 giorni ogni complicazione correlata all'aborto che avevano diagnosticato o trattato nel loro dipartimento".

Un altro fattore che determina una sottostima delle complicazioni dipende **da come vengono classificate negli studi dai ricercatori**. Uno studio recente dell'UCSF (University of California – San Francisco) – scrive *Lifenews* – ha concluso che l'aborto è una procedura molto sicura, considerando il numero basso delle donne che ricorrono al Pronto Soccorso dopo un aborto, ma se si esaminano i dati nel dettaglio, si scopre che gli "incidenti", soprattutto quelli gravi, sono stati occultati con una falsa classificazione.

Lo studio in questione ha diviso le complicazioni in "incidenti gravi", "incidenti minori" e "nessun incidente": incidenti gravi sono stati considerati tutti quelli che hanno richiesto un ricovero ospedaliero di almeno un giorno, una trasfusione di sangue o un intervento chirurgico; mentre tra gli incidenti minori sono stati inseriti quelli che hanno comportato una diagnosi o un semplice trattamento correlato all'aborto. Tuttavia, entrando nel dettaglio degli incidenti minori, si scopre che in questo gruppo sono stati inseriti, per esempio, gli "aborti da ripetere", un'evenienza che si verifica in caso di aborto incompleto, più frequente quando si ricorre al metodo chimico, per cui la donna è costretta a ripetere l'aborto o prendendo un'altra pillola abortiva o ricorrendo al metodo chirurgico tramite raschiamento e/o aspirazione. Ebbene, queste procedure chirurgiche per completare gli aborti mal riusciti non sono stati considerati interventi chirurgici dagli autori dello studio anche se di fatto lo sono.

Con questo criterio, inoltre, anche molte altre gravi complicazioni potrebbero finire nella categoria degli incidenti minori o di nessun incidente. Una donna – specifica *Lifenews* – potrebbe arrivare con forte vomito e diarrea, potrebbe aver bisogno di ripristinare i liquidi, ma se si riprende e viene dimessa prima di sera, la sua complicazione non viene contata. Oppure potrebbe arrivare con un dolore così forte da necessitare di una somministrazione di antidolorifici ad alta potenza, ma se torna a casa non viene inserita tra le gravi complicazioni. La donna potrebbe in generale aver subito una tremenda esperienza traumatica, ma secondo la classificazione adottata dallo studio la sua esperienza sarà classificata come "minore" o come "nessun incidente".

Infine, lo studio imbroglia anche nella selezione iniziale di codifica degli aborti: i ricercatori affermano di aver selezionato tutti i record che contenevano un codice di diagnosi di aborto, ma se si osserva l'elenco di quelli esaminati si vede che mancano due categorie cruciali. Risultano infatti presi in considerazione gli aborti legali, gli aborti illegali, gli aborti non specificati e i falliti tentativi di abortire, mentre sono stati lasciati fuori tutti gli aborti a seguito di gravidanza extrauterina, i cui sintomi sono spesso simili a quelli dell'aborto chimico e, soprattutto, gli aborti spontanei i quali, come abbiamo visto, sono proprio quelli che vengono dichiarati dalle donne che vogliono tenere l'aborto indotto nascosto.

L'omertà delle donne sulle loro storie di aborti indotti e sulle complicazioni subite, l'occultamento volontario e involontario degli aborti e delle complicazioni da parte dei medici, l'errata classificazione delle complicanze e l'omissione di dati determinanti negli

studi, concorrono a una sottostima delle complicazioni sulla salute fisica correlate all'aborto indotto, facendolo apparire come la pratica sicura che di fatto non è.

c) I limiti degli studi che negano il rischio di complicazioni fisiche a lungo termine correlate all'aborto indotto

Problemi analoghi si riscontrano anche in quegli studi che si occupano delle complicazioni fisiche a lungo termine correlate all'aborto indotto. Tra questi vi sono per esempio gli studi che sostengono che l'aborto indotto non comporta alcun rischio di sviluppare successivamente il **cancro al seno**. Nella sua revisione il Dott. Pike scrive che molti studi hanno rilevato un aumento del rischio di cancro al seno correlato all'aborto indotto mentre qualche studio nessuno. Tuttavia – aggiunge il dottore – l'ambito rimane controverso, in parte a causa dei problemi presenti in alcuni studi nei quali il progetto di ricerca è stato carente. Tra i problemi riscontrati – specifica Pike – *“vi sono l'incapacità di garantire un adeguato periodo di follow-up, l'uso di registri abortivi imprecisi, la scelta di popolazioni di studio inadeguate e il non aver affrontato adeguatamente la sotto-denuncia dell'aborto”*.

Come si vede, ritroviamo in questa sede alcune delle problematiche riscontrate per il monitoraggio delle complicazioni immediate viste sopra. Se la donna affetta da cancro al seno non comunica la sua storia di aborto, o se il medico curante non la riporta nella cartella clinica, o se lo studio imbroglia sul campione base da analizzare, quella complicazione sfuggirà a ogni computo portando a un rischio estremamente più basso o, addirittura, inesistente di sviluppare il cancro al seno dopo un aborto indotto.

Gli stessi identici problemi di omertà da parte delle donne e dei medici, di mancata o errata classificazione delle complicazioni, di alterazioni intenzionali da parte dei ricercatori... – che conducono a una sottostima – riguardano anche il calcolo dell'incidenza delle altre complicazioni fisiche a lungo termine correlate all'aborto, come una futura infertilità o problemi durante gravidanze successive (parto prematuro, gravidanza extrauterina, placenta previa, aborti spontanei ripetuti, isterectomia post-partum...).

Sottostima delle complicazioni sulla salute psichica

a) Lo studio “Turnaway”

Nella sua revisione, il dott. Pike approfondisce in particolare lo studio *Turnaway*, uno studio fortemente caldeggiato dagli abortisti perché avrebbe dimostrato che l'aborto indotto non ha effetti collaterali sulla salute psichica della donna e che, al contrario, è l'impossibilità di abortire una gravidanza indesiderata a provocare i problemi di salute mentale.

Contrariamente a ciò che ha scoperto la maggior parte degli studi condotti in questo campo, lo studio *Turnaway* (e tutte le sue numerose propaggini) – scrive Pike – sostiene

che l'aborto indotto non ha effetti negativi su una grande varietà di esiti di salute mentale della donna, tra i quali gli autori comprendono: effetti a livello emotivo, stress e bisogno di sostegno psicologico, uso e/o abuso di sostanze, autostima, vita soddisfacente, rapporto con il partner, depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress e aspirazioni personali. In sostanza, concludono gli autori, l'aborto volontario non si ripercuote in nessuno di questi aspetti di salute mentale.

Gli autori millantano l'autorevolezza del loro studio, per il fatto di aver utilizzato gruppi di confronto appropriati e di aver seguito longitudinalmente le donne per 5 anni. I gruppi di donne presi in esame sono stati tre: un gruppo aveva abortito entro il primo trimestre di gravidanza, un altro gruppo aveva abortito a ridosso del limite gestazionale di legge, e un terzo gruppo era composto da donne che non hanno potuto abortire perché si trovavano oltre il limite gestazionale di legge, motivo per cui sono state mandate via, rifiutate (da qui il nome dello studio: *turn away*) dalle cliniche abortive a cui si erano rivolte. Gli autori sostengono che il confronto tra il gruppo delle donne rifiutate con il gruppo di coloro che hanno potuto abortire è di grande rilevanza perché consente un paragone libero dall'eventualità che la gravidanza sia non voluta per problemi di natura psichica piuttosto che all'aborto in sé. In altre parole, tutte le donne dello studio non vogliono la gravidanza, perciò qualsiasi risultato negativo sarà legato solo all'aborto e non al fatto che la gravidanza sia stata accidentale o indesiderata. Lo studio è inoltre considerato rilevante perché ha prodotto almeno 27 documenti.

Il dott. Pike evidenzia i limiti e i difetti di questo studio e ne smaschera l'autorevolezza che falsamente viene a esso attribuita. Primo, la mole di documenti prodotti non fa altro che discendere da un unico insieme viziato di dati. *“Questa pletora di documenti – scrive Pike – si presenta come un corpo di lavoro ampio e rilevante”*, ma è falso, perché *“tutti i documenti pubblicati nell'ambito dello studio Turnaway si basano su un unico insieme di dati viziati, pertanto tutti i documenti prodotti sono in un certo senso predeterminati da esso”*.

Secondo, lo studio e i documenti da esso derivanti sono stati finanziati e realizzati da persone e organizzazioni dichiaratamente abortiste. Infatti, Pike spiega che *“lo Studio Turnaway è il lavoro di “Advancing New Standards in Reproductive Health” (ANSIRH) [“Promozione di Nuovi Standard di Salute Riproduttiva”] al Bixby Center for Global Reproductive Health dell'Università della California. ANSIRH è impegnato nell'accesso libero e gratuito all'aborto, e i finanziatori di questo lavoro comprendono organizzazioni che condividono tra loro le stesse idee, come la David and Lucille Packard Foundation. La maggior parte dei documenti presenta forti collegamenti con le linee politiche sostenute dagli autori”*. È come se gli studi per individuare il rischio di tumore ai polmoni correlato al consumo di sigarette venissero commissionati, realizzati e finanziati dall'industria del tabacco.

Ma il vizio più grave dello studio *Turnaway* riguarda la sua sostanza, cioè *“la selezione delle donne, e questo difetto – scrive Pike – influenza tutto ciò che segue”*. Infatti – spiega il dottore –: *“Solo il 37,5% delle donne ha acconsentito a partecipare allo studio al momento dell'aborto o del turnaway [del rifiuto] e successivamente il 15% di costoro non*

ha effettuato l'intervista di base. Pertanto inizialmente ha partecipato allo studio solo il 31,9% delle donne, ma in seguito si sono verificati altri abbandoni che hanno fatto scendere la partecipazione a 5 anni al 22%". "Non sorprenderebbe – conclude Pike – che coloro che non vogliono partecipare, sia all'inizio che in seguito, siano le donne potenzialmente più segnate dall'aborto. E dato che il gruppo delle respinte può essere costituito solo da un numero esiguo di donne mentre il gruppo di coloro che hanno abortito, da un bacino più ampio, è quasi certo che quest'ultimo gruppo sia rappresentato dalle donne meno inclini a subire conseguenze negative".

Una recentissima propaggine del discutibile studio *Turnaway* è stato citato in una risposta sul portale medico online *Quotidiano Sanità*[8] indirizzata al prof. Giuseppe Noia (presidente dell'AIGOC) dalle ginecologhe abortiste Anna Pompili e Mirella Parachini, per avvalorare la tesi secondo cui non sia l'aborto volontario a provocare problemi di salute mentale, ma l'impossibilità di abortire una gravidanza indesiderata. Scrivono le ginecologhe: *"È invece intuitivo, e dimostrato dalla letteratura, che si hanno importanti ripercussioni sul piano psicologico e sulla salute mentale quando le persone sono costrette a fare ciò che non si sentono adeguate a fare in quel momento della loro vita (Biggs MA et al: "Women's mental health after receiving or being denied an abortion- A prospective, longitudinal cohort study, JAMA Psychiatry, 2017;74(2):169-178)".*

b) Distorsioni (bias) da selezione e altre alterazioni negli studi

Tra gli studi ad aver rilevato che l'aborto indotto non ha ripercussioni di natura psichica ve ne sono molti che presentano **bias di selezione**, mettendone di fatto in discussione l'autorevolezza e le conclusioni. Nella sua revisione Pike ne evidenzia diversi.

Uno dei motivi che porta a una sottostima delle complicazioni sulla salute psichica è dovuto al fatto che *"le donne angosciate [a causa dell'aborto procurato] sono spesso escluse dagli studi[10], o si rifiutano di partecipare".* Nello studio di Purcell et al., citato da Pike, gli autori ammettono: *"Questo studio si riferisce a un campione auto-selezionato, in quanto include solo coloro che al momento del reclutamento si sentivano in grado o erano disposte a partecipare".*

Un problema analogo – continua Pike – è presente anche in uno studio multicentrico di coorte svedese *"che sosteneva che non vi fosse alcun collegamento tra aborto e stress post traumatico".* Tuttavia, se si entra nel merito dello studio, si può osservare che *"il 56% di coloro che erano state contattate si erano rifiutate di partecipare, inoltre, tra coloro che avevano partecipato all'intervista di base, il 49% non aveva risposto alla rilevazione effettuata 3 mesi dopo[11, 12], portando il campione analizzato dallo studio al 29% appena".* Pike osserva che *"quando un campione è così auto-selezionato, esattamente come nello studio Turnaway, sussistono validi motivi per cui le donne che hanno reagito negativamente all'aborto non desiderano partecipare"[13].*

Lo stesso si può ritrovare in uno studio di Holmlund et al.[14] che afferma di non aver individuato alcun problema di salute mentale durante una gravidanza successiva dopo uno o più aborti procurati passati. Lo studio – osserva Pike – *"ha risentito di bias di selezione analoghi allo studio Turnaway, riuscendo a reclutare solo il 18,3% delle donne alle quali*

era stato chiesto di partecipare. Esattamente come nello Studio Turnaway, le donne afflitte dal precedente aborto si ritirerebbero in modo selettivo dalla ricerca”.

Distorsioni da selezione si ritrovano anche in quegli studi che sostengono che non è l'aborto in sé ad avere un impatto negativo sulla salute psichica, ma che i problemi psichici sono in realtà già presenti nella donna prima dell'aborto. Pike scrive: *“Ditzhuijzen e collaboratori hanno scoperto che le donne con una storia di malattia psichiatrica sono sovrarappresentate tra coloro che hanno abortito, ma bisogna essere cauti poiché in uno di questi studi[15] il tasso di risposta è stato solo del 13%, indicando un rischio significativo di bias di selezione”.*

Ancora peggio va in uno studio dei ricercatori danesi Munk-Olsen et al. in cui avrebbero dimostrato che l'incidenza del primo contatto psichiatrico non cambiava prima dell'aborto rispetto a dopo l'aborto, ma – osserva Pike – *“lo studio presenta lacune significative”[16]*, come evidenzia il dott. Reardon, fondatore e direttore dell'Elliot Institute, un'organizzazione no-profit che realizza ricerche e fa sensibilizzazione sull'impatto dell'aborto indotto sulla salute fisica e psichica delle donne. Reardon osserva che manipolare i dati è un vizio della Munk-Olsen, la quale non solo in questo, ma anche in molti altri suoi lavori ha *“ripetutamente modificato la metodologia di ricerca in modo tale da minimizzare e occultare gli effetti dell'aborto sulla salute mentale”*; inoltre – aggiunge Reardon – ogni volta che le sono state chieste precisazioni sui contenuti dei suoi studi, Munk-Olsen si è sempre rifiutata di rispondere. In un articolo pubblicato il 29 ottobre 2018 sul *Sage Open Medicine*[17], Reardon denuncia la scarsa collaborazione da parte di alcuni eminenti psicologi pro-choice, i quali si rifiutano di condividere i dati dei loro studi con gli altri ricercatori per la verifica e la rianalisi. Questa mancanza di cooperazione – sottolinea Reardon – costituisce una violazione delle regole etiche dell'American Psychological Association (APA), che prevedono la condivisione dei dati tra gli psicologi.

Problemi con la selezione iniziale delle donne sono presenti anche nello studio qualitativo di Kimport, volto a esplorare le difficoltà emotive delle donne dopo l'aborto indotto. Pike scrive: *“L'autrice conclude che ogni difficoltà deriva ‘dalla disapprovazione sociale, dalla perdita della relazione sentimentale e dal conflitto tra la testa e il cuore’[18]. È importante notare che in questo studio le donne sono state reclutate attraverso una linea telefonica di conversazione sull'aborto e circa la metà delle donne che avevano chiamato non hanno potuto essere reclutate perché ‘ritenute troppo sconvolte”.*

Anche il dott. Reardon ha più volte evidenziato il problema del bias di selezione, per esempio a proposito di quegli studi che sostengono di aver scoperto che la sensazione di “solievo” dopo un aborto indotto *“è la reazione più comune”* delle donne. Questa conclusione è fuorviante – osserva Reardon – perché *“suggerisce falsamente che un campione effettivamente rappresentativo di tutte le donne che hanno abortito è stato consultato sulle loro reazioni più importanti e comuni”*, ma, di fatto, tutti gli studi che affrontano il sollievo dopo l'aborto hanno tassi di abbandono del 50% o più. Il problema è ulteriormente aggravato se coloro che tendono a partecipare sono quelle che sperimentano più reazioni positive, mentre coloro che abbandonano sono quelle che sperimentano più reazioni negative. È infatti risaputo che le donne che nutrono sentimenti

negativi nei confronti del loro aborto sono anche quelle meno propense a partecipare agli studi, falsando così i risultati che risultano appunto non rappresentativi dell'intera popolazione.

Un ulteriore aspetto che determina una sottostima delle complicità psicologiche legate all'aborto – spiega Pike – a ha che fare con **“i tempi in cui vengono condotte le rilevazioni”**. Questo tipo di problema è presente, per esempio, in uno studio di Toffol e colleghi[19]. Lo studio ha concluso che l'aborto è associato a una riduzione generale dell'ansia, ma – osserva Pike – *“il sondaggio di riferimento è stato somministrato solo qualche ora prima dell'esecuzione dell'aborto. Come è stato evidenziato dal dott. Reardon[20], non sorprende che vi sia stato un certo calo dell'ansia dopo la procedura, dati i momenti fortemente ansiosi poco prima di sottoporsi a un aborto che è stato utilizzato come ‘linea di base’, invece di una misura storica più accurata poco tempo prima della gravidanza”*.

*“Un altro potenziale punto debole di alcuni studi – continua Pike – è **l'incapacità di seguire gli effetti psicologici per un periodo abbastanza lungo** – qualche mese o addirittura qualche anno potrebbe essere un periodo troppo breve[21]. La ricerca fenomenologica suggerisce che le donne possano superarlo bene all'inizio, ma anni dopo riconsiderano l'evento in maniera negativa[22, 23]”,* come dimostrano gli studi di Trybulski e Goodwin riportati da Pike. A questo riguardo, Reardon osserva che la maggior parte delle donne sperimenta nel contempo emozioni sia positive che negative: il sollievo provato per la conclusione dell'aborto può essere mescolato con sentimenti di speranza, perdita, colpa, rabbia e una miriade di altre emozioni. Questo mix ambivalente di sensazioni può essere in continuo mutamento: le emozioni contrastanti possono cambiare di intensità nel tempo o apparire improvvisamente dopo anni di calma. Molte donne possono sviluppare meccanismi di difesa per tenere sotto controllo i sentimenti negativi, ma avvenimenti successivi, come una nuova gravidanza o la morte di una persona cara, possono attivare emozioni a lungo sopite correlate all'aborto. Per esempio – scrive Reardon – in uno degli studi più citati in cui le donne riferiscono di sentirsi sollevate dopo l'aborto, *“i medesimi ricercatori hanno scoperto, nelle valutazioni post-aborto a tre mesi e a due anni, che i punteggi sia di sollievo che di sentimenti positivi diminuivano significativamente, mentre la media delle emozioni negative aumentava”[24].*

Tra i fattori atti a determinare una sottostima delle complicazioni psichiche negli studi, ritroviamo inoltre ciò che abbiamo già visto per le complicità di natura fisica: l'omertà delle donne sulle loro storie di aborto. Pike osserva che **“la mancata segnalazione degli aborti passati potrebbe determinare un errore di classificazione, in quanto coloro che hanno avuto un aborto, ma dichiarano di non averlo avuto, possono apparire nel gruppo di controllo diluendo in questo modo qualsiasi effetto negativo”**.

Limiti presentano anche quegli *“studi che si basano sull'auto-segnalazione di problemi di natura psichica sia attuali che passati”* perché **“richiamano bias e/o distorsioni dovute alla dissonanza cognitiva attinente a un ricordo doloroso da rivivere[25]”**, come dimostra Keys nello studio citato da Pike.

Altre manipolazioni negli studi che determinano una sottostima hanno a che fare – secondo quanto riporta Reardon[26] – con **l'uso voluto di termini vaghi**, che confondono piuttosto che chiarire, e **il raggruppamento delle sensazioni negative sotto un'unica voce**. Per esempio, molti ricercatori ritengono che gli aborti siano il frutto di gravidanze “indesiderate” e usano questo termine nei loro lavori, ma la ricerca ha rilevato che molte donne ad avere abortito avevano inizialmente programmato o voluto la gravidanza, erano cioè aperte e accoglienti all'idea di avere un figlio e avrebbero preferito portarla a termine. L'incapacità di distinguere tra questa e molte altre varianti delle esperienze affettive delle donne ha portato a numerose imprecise generalizzazioni. Un'altra ambiguità – osserva Reardon – ruota intorno al termine “sollevio”: i sostenitori dell'aborto citano spesso gli studi in cui risulta che la maggior parte delle donne riferisce un senso di sollevio dopo l'aborto, come prova del fatto che nutrono sentimenti positivi nei confronti dei loro aborti, però poi non definiscono l'origine di questo sollevio. Inoltre il sollevio, come osservato precedentemente, è solo una delle numerose reazioni, sia positive che negative, segnalate dalle donne dopo l'aborto, ma le liste predefinite delle emozioni usate in questi studi limitano spesso la scelta delle donne solo a una manciata di opzioni che non rappresentano l'intera gamma delle loro esperienze. Ma v'è di più: questi ricercatori riportano spesso il sollevio in una singola categoria mentre raggruppano o “mediano” più emozioni negative in un singolo punteggio, diluendo così ulteriormente il numero di emozioni negative provate dalle donne.

Pike riporta infine nella sua revisione una dichiarazione della ricercatrice Priscilla Coleman, che si occupa da tempo dell'impatto dell'aborto sulla salute psichica delle donne: *“Una autorevole ricercatrice ha descritto i problemi in questo campo come segue: [Vi è una] falsificazione davvero sistematica e vergognosa che permea la psicologia dell'aborto. Le organizzazioni professionali degli Stati Uniti e di altri Paesi hanno arrogantemente cercato di distorcere la letteratura scientifica e paternalisticamente negare alle donne le informazioni che meritano per fare scelte per la loro salute pienamente informate e ricevere la necessaria assistenza psicologica quando e se la decisione di abortire si rivelasse dannosa”*.

Sottostima della mortalità correlata all'aborto indotto

Nella sua revisione, il dott. Pike affronta anche il problema della sottostima della mortalità correlata all'aborto indotto, riportando gli studi e le valutazioni di coloro che hanno affrontato questa questione. L'analisi di Pike si basa principalmente sulla mortalità materna derivante da complicazioni di natura fisica.

La mortalità materna – scrive Pike – *“è definita come la morte della donna durante o fino a sei settimane (42 giorni) dopo la fine della gravidanza (che sia terminata per aborto indotto, aborto spontaneo, parto o a causa di una gravidanza extrauterina) per cause associate, o aggravate dalla gravidanza”*. **La mortalità correlata all'aborto** *“è normalmente espressa come percentuale della mortalità materna ed è praticamente sempre sottostimata, essendo quella misurata in maniera peggiore”*.

Una sottostima in questo senso, la si può individuare, per esempio, nel “*dato complessivo sulla mortalità materna correlata all’aborto diffuso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)*”. Questo dato – osserva Pike – “*è stato criticato perché errato: le cifre sono state definite ‘irrealisticamente basse’ per effetto della sottostima[27]*”. Nel rapporto dell’OMS – spiega Pike – “*la categoria dell’aborto si riferisce all’aborto indotto, all’aborto spontaneo e alla gravidanza extrauterina, ed è stato quantificato al 7,9% dell’ammontare totale della mortalità materna, ovvero in circa 193.000 decessi l’anno[28]*. D’altra parte, il ‘*Global Burden of Disease Study*’ del 2014 ha calcolato che le morti per aborto sono il 14,9% della mortalità materna totale: quasi il doppio delle stime dell’OMS[29]”.

Uno dei problemi che determina pertanto la sottostima della mortalità correlata all’aborto indotto, deriva dalla **sottostima della mortalità materna totale**. Infatti – scrive Pike – “*le morti materne sono difficili da identificare perché richiedono informazioni riguardanti lo stato di gravidanza in prossimità o al momento del decesso, così come necessitano dell’indicazione esatta della causa di morte, due elementi difficili da accertare[30]*”. In altre parole, se nei certificati di morte delle donne decedute vengono omessi sia il fatto che vi fosse una gravidanza in corso o recente, sia la causa precisa che ne ha determinato la morte, la mortalità materna totale risulterà sottostimata, questo porterà di conseguenza alla sottostima della mortalità correlata all’aborto in quanto percentuale calcolata sulla mortalità materna totale.

Un altro problema che determina negli studi la sottostima della mortalità correlata all’aborto indotto deriva dal fatto che “**aborti volontari e aborti spontanei sono raggruppati insieme**”, come abbiamo visto per esempio nei dati diffusi dall’Oms, e come – scrive Pike – “*dimostra una recente revisione sui metodi di ricerca[31]*”, realizzata da Gerds et al., da cui emerge “*che la maggior parte degli studi pubblicati sulla mortalità materna è di dubbia qualità*”.

In uno studio del 2015[32], Caitlin Gerds e colleghi osservano che “*per misurare le morti direttamente riconducibili alle procedure abortive, vi sono quattro tipi di fonti: le indagini confidenziali, i registri di stato civile, i verbali delle autopsie e i dati delle strutture [sanitarie]*”. Le quattro fonti vanno esaminate congiuntamente: prendere in esame sola una di esse porterà a una sottostima. Nello studio vengono poi analizzati, per ciascuna fonte, alcuni degli ostacoli che inficiano la corretta misurazione delle morti legate all’aborto indotto. Per quanto riguarda **le indagini confidenziali** sulle cause della mortalità materna – scrivono i ricercatori – “*a livello nazionale esse vengono realizzate solo in una manciata di Paesi*”. I “**registri di stato civile sono considerati il punto di riferimento per la misurazione della mortalità**”, tuttavia è stato dimostrato che in “*essi risultano non riportate fino al 30-50% delle morti materne*”. Inoltre – aggiungono i ricercatori – “**il 75% delle nascite a livello globale avviene in Paesi in cui non esistono sistemi di registrazione**”.

I problemi relativi alle **strutture** e ai **verbali delle autopsie**, che rappresentano un “*ostacolo alla raccolta di dati rigorosi*”, riguardano “**la disponibilità a partecipare agli studi, l’errata classificazione e la sottodenuncia**”. Inoltre, “*nei Paesi in cui l’aborto è legalmente limitato o altamente stigmatizzato, la paura di ripercussioni legali o sociali,*

porta le donne che sperimentano complicanze legate all'aborto a cercare con meno probabilità assistenza presso le strutture mediche, rispetto alle donne che sperimentano altri tipi di complicanze legate alla gravidanza". "Queste forme di bias di selezione distorcono i risultati, traducendosi in una sottostima assoluta delle morti legate all'aborto (e in una sottostima relativa delle morti associate all'aborto rispetto alle morti materne per altre cause) nei dati facenti capo alle strutture". Ma, "preoccupazione per il bias di selezione permane anche a proposito dei verbali delle autopsie", poiché **"la paura di implicazioni sociali e legali può portare i familiari di donne morte a causa dell'aborto a partecipare con meno probabilità agli studi, rispetto ai familiari di donne morte per altre cause legate alla maternità"**.

Inoltre, sempre a proposito dei dati relativi alle strutture e ai verbali delle autopsie, i ricercatori rilevano quanto abbiamo già notato a proposito delle complicazioni fisiche correlate all'aborto, e cioè che **"poiché le complicanze provocate dall'aborto indotto sono spesso simili ad altre complicanze ostetriche (aborto spontaneo, emorragie, sepsi), le morti legate all'aborto [provocate da queste complicanze] sono soggette a essere classificate come morti materne non correlate all'aborto o anche come non correlate alla maternità, portando di nuovo alla sottostima sia assoluta che relativa delle morti legate all'aborto"**. "Infine – aggiungono i ricercatori – nelle fonti delle strutture e dei verbali delle autopsie, **le morti legate all'aborto hanno una maggiore probabilità, rispetto alle morti materne per altre cause, a essere classificate come 'sconosciute'**". E, concludono, "per il fatto di essere classificate come 'sconosciute', le morti legate all'aborto sono erroneamente classificate come decessi non correlati all'aborto, portando alla sottostima delle morti associate all'aborto come percentuale di tutte le morti materne".

Il dott. Pike cita in proposito anche lo studio di Isabelle Horon osservando che **"persino negli Stati Uniti, dove l'aborto è ampiamente diffuso e accettato, i medici non riportano le gravidanze recenti o in corso nel 50% o più dei certificati di morte[33], facendo sì che l'aborto appaia più sicuro di quanto non sia in realtà"**. Lo scopo dello studio – scrive Horon – era quello di **"determinare l'entità della sottostima delle morti materne sui certificati di morte"**, per questo sono state prese in esame e confrontate tra loro tre fonti di dati: i certificati di morte correlati alla maternità, i certificati dei bambini partoriti vivi e morti, le perizie dei medici legali. Il confronto delle fonti ha rivelato un tasso di mortalità materna del 60,9% più elevato rispetto a quello calcolato considerando i soli certificati di morte: il 22,2 contro il 13,8 su 100.000 nati vivi.

Horon conclude che **"come hanno già dimostrato studi precedenti, quando i dati sulla mortalità materna si basano esclusivamente sui certificati di morte, il numero dei decessi materni risulta sostanzialmente sottostimato. E, poiché il calcolo dei tassi di mortalità materna da parte degli Stati è desunto dai certificati di morte, si determina una sottovalutazione del problema della mortalità legata alla gravidanza sia a livello statale che nazionale"**. E, come abbiamo già detto, se la mortalità materna risulta sottostimata, lo sarà anche la mortalità correlata all'aborto. **"Allo stato attuale – scrive infine la ricercatrice – l'identificazione completa delle morti materne può essere ottenuta solo raccogliendo informazioni da più fonti di dati"**.

Un altro forte sostenitore della cosiddetta **tecnica di “record-linkage”** negli studi, cioè della necessità di prendere in considerazione e confrontare tra loro più fonti di dati per poter avere *“un quadro maggiormente fedele dei benefici del parto e dei rischi dell’aborto”***[34]** è il dottor Reardon, convinto che *“gli studi di record linkage sono l’unica via che consente di utilizzare un metro di misura coerente e uniforme nel confronto dei tassi di mortalità associati alla gravidanza”*. Studi autorevoli di record linkage, sulla mortalità materna associata all’aborto, sono stati condotti in Finlandia, Danimarca e California.

Uno studio finlandese, realizzato da ricercatori del *National Research and Development Center for Welfare and Health*, ha mostrato che *“la presunzione consolidata che l’aborto è associato a un minor numero di decessi rispetto al parto, non regge quando la storia di gravidanza delle donne è di fatto analizzata utilizzando il record linkage”***[35]**. Lo studio *“ha scoperto che il 94% delle morti materne associate all’aborto indotto, non è identificabile dai soli certificati di morte. Il monitoraggio corretto delle morti associate alla gravidanza – scrivono i ricercatori -, richiede il collegamento dei certificati di morte con le cartelle cliniche delle donne decedute. Solo in questo modo, concludono, possono essere individuate informazioni accurate sulle gravidanze recenti, informazioni che spesso mancano nei certificati di morte e nelle autopsie”*. Grazie a questi collegamenti i ricercatori finlandesi *“hanno scoperto che il tasso di mortalità associato all’aborto è in realtà tre volte superiore al tasso di mortalità del parto”*. Si tratta di un dato che sfa completamente *“quanto precedentemente ampiamente si presumeva”* basandosi *“principalmente su informazioni raccolte dai soli certificati di morte”*, ovvero che *“il tasso di mortalità associato all’aborto indotto fosse solo un sesto di quello del parto”*.

Una conclusione analoga è stata raggiunta da **uno studio di record linkage effettuato in Danimarca** – pubblicato sul *Medical Science Monitor* – condotto anch’esso sulle cartelle cliniche di quasi mezzo milione di donne danesi. Anche in questo caso, il confronto dei dati ha consentito l’individuazione di uno scenario più veritiero, facendo emergere che *“i tassi di mortalità materna sono significativamente più elevati dopo l’aborto rispetto al parto”***[36]**. *“I dottori e gli altri funzionari che compilano i certificati di morte non sanno quasi mai se la donna deceduta abbia avuto una storia di aborto”*, ha detto Reardon, *“il record linkage è l’unico metodo che permette di identificare e confrontare in maniera obiettiva i tassi di mortalità associati alla gravidanza utilizzando parametri conformi”*.

Lo studio di record linkage californiano ha invece **confrontato i certificati di morte con le registrazioni dei pagamenti delle spese mediche sostenute per i parti e gli aborti**, scoprendo anch’esso un rischio significativamente più elevato di morire per aborto indotto rispetto al parto. Anche in questo caso, il collegamento delle fonti ha consentito di individuare la sottostima comunemente presente sui certificati di morte e di rettificare le conclusioni false sulla sicurezza dell’aborto, in generale, e sulla maggiore sicurezza dell’aborto rispetto al parto, in particolare. Reardon ha commentato: *“Collegando i certificati di morte direttamente alle registrazioni dei pagamenti, possiamo finalmente ottenere un’immagine accurata di ciò che realmente accade. Questo è il primo studio americano che utilizza uno standard uniforme e obiettivo per confrontare le morti associate all’aborto e al parto”***[37]**. E ha aggiunto: *“Da tempo i critici dell’aborto contestano le inesattezze ampiamente riconosciute delle cifre sulla mortalità provocata dall’aborto”*. Uno

dei problemi è che **“non esistono regolamenti federali o statali per riportare le complicazioni da aborto. In effetti, i codici di classificazione internazionali per l’identificazione delle cause di morte non forniscono alcuno strumento per identificare l’aborto chirurgico come causa di morte”**. Ma, un altro problema è che **“anche se esistesse un metodo per registrare le morti correlate all’aborto, l’accuratezza delle rilevazioni per determinare la sottostante causa di morte sarebbe ancora vincolata al giudizio dei medici legali. Le morti per suicidio o a causa di infezioni prolungate nel tempo, per esempio, possono essere difficili da attribuire a una causa specifica”**.

Reardon denuncia **la tendenza delle organizzazioni abortiste e persino delle autorità statali e nazionali “a minimizzare o occultare le tracce scritte intorno alle morti per aborto”[38]**. **“L’occultamento delle morti legate all’aborto – osserva Reardon – è perfino favorito dalla regola numero 12 della Classificazione Internazionale delle Malattie dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa regola stabilisce che le morti dovute a trattamenti medici e chirurgici debbano essere riportate come complicazioni derivanti dalla procedura (per esempio, embolia) e non come condizione del trattamento (per esempio, aborto volontario)”**. La ricercatrice Isabelle Bégin – continua Reardon – **“sostiene che ciò rende l’aborto una categoria ‘fantasma’ per cui è praticamente impossibile codificare una morte provocata dall’aborto. I medici codificatori hanno infatti comunicato che ogni tentativo di codificare una morte come dovuta all’aborto produce un ‘messaggio di rifiuto’ da parte del programma informatico fornito dal National Center for Health Statistics. Solo un numero irrisorio di morti correlate all’aborto può essere effettivamente classificato sotto la voce aborto, quelle per le quali il certificato di morte attribuisce categoricamente e inequivocabilmente all’aborto la causa alla base del decesso”**.

Tra le autorità statali e federali impegnate nell’occultamento delle morti per aborto, il dott. Reardon inserisce anche il **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, un’importante agenzia federale di controllo sulla sanità pubblica del Dipartimento della Salute degli Stati Uniti.

Il più grande ente abortista americano **“Planned Parenthood e il suo stretto alleato, il Guttmacher Institute – scrive Reardon -, continuano a diffondere il messaggio che l’aborto è più sicuro del parto. La loro tesi si basa sul confronto tra i tassi nazionali delle morti per parto e per aborto diffusi dal Centers for Disease Control, ma entrambi i gruppi di dati sono desunti principalmente dai certificati di morte”[39]**, nei quali – come evidenziato – le morti correlate all’aborto risultano fortemente sottostimate. Reardon sottolinea anche **“la resistenza del CDC ad adottare le nuove tecniche di record linkage”** nella determinazione della mortalità materna correlata all’aborto.

Evidentemente il CDC non ha interesse a diffondere la verità sull’aborto, viste anche le altre anomalie che lo riguardano. Risulta infatti che i medici a capo dell’unità di controllo sull’aborto del CDC, abbiano degli evidenti conflitti di interesse, poiché – scrive Reardon – **“non solo l’unità di controllo del CDC è guidata da sostenitori dell’aborto, ma è anche composta regolarmente da abortisti di professione! È come se i consulenti della produzione di sigarette Philip Morris, fossero tra i responsabili dell’unità di controllo del**

cancro al polmone del CDC. Chiaramente, l'unità di controllo dell'aborto del CDC è più interessata a proteggere la salute dell'industria dell'aborto americana piuttosto che a proteggere la salute delle donne americane". Mark Crutcher, fondatore dell'organizzazione pro-life Life Dynamics, ha commentato: "L'unità di controllo dell'aborto del CDC è stata istituita dai promotori dell'aborto non per monitorare, ma per difendere e promuovere l'aborto".

Non stupisce, quindi, se questi enti statali abbiano tutto l'interesse a minimizzare, contraffare e occultare le complicanze associate all'aborto indotto. Tuttavia, basta esserne consapevoli tenendo conto del fatto che le cifre che diffondono sono in realtà solo una minima parte delle morti provocate dall'aborto. Pertanto se le **431 morti ufficiali da aborti legali indotti avvenute negli Stati Uniti** – riportate dal CDC per il periodo 1973-2013 (tabella 23)[40] – sembrano di per sé già elevate, bisogna avere cognizione del fatto che esse sono solo una piccola parte dei decessi a seguito di aborti legali indotti realmente avvenuti solo negli Stati Uniti.

"Negli Stati Uniti e in Europa – osserva Reardon – gli attivisti del controllo della popolazione, i Governi, le ONG e i circoli accademici, stanno facendo pressione sui Paesi in via di sviluppo per legalizzare l'aborto. Il loro obiettivo da tempo documentato è quello di ridurre i tassi di natalità tra i poveri, ma quest'obiettivo è mascherato con il discorsetto più politicamente corretto secondo cui l'aborto è più sicuro del parto e rappresenta un beneficio per la salute delle donne". Motivo per cui *"ogni evidenza che mette in discussione quel discorsetto viene pervicacemente ignorata o eliminata... Le prove dei rischi associati all'aborto sono eliminate per ragioni ideologiche e politiche"[41].* E ancora: *"Considerato il peso dei moltissimi studi statisticamente validi, nonché i resoconti dei medici e delle donne che attribuiscono sintomi di stress post-traumatico ai loro aborti, sembra evidente che lo sforzo dei pochi che negano categoricamente che l'aborto possa contribuire a reazioni traumatiche è guidato, non dalla scienza, ma da considerazioni ideologiche"[42].*

Riepilogo e sintesi delle cause che generano la sottostima

Sulla salute fisica:

In generale:

- La donna occulta l'aborto indotto dicendo che ha avuto o sta avendo un aborto spontaneo: le complicazioni sono imputate all'aborto spontaneo.
- Nei Paesi in cui l'aborto è legalmente limitato o fortemente stigmatizzato, la paura di ripercussioni legali o sociali porta le donne che incorrono in complicanze legate all'aborto a cercare con meno probabilità aiuto presso le strutture sanitarie.
- I medici non riportano (involontariamente o intenzionalmente) le complicazioni o, se le riportano, non specificano la correlazione con l'aborto indotto: un'infezione sarà registrata semplicemente come infezione, un'emorragia solo come emorragia.

- I medici abortisti eludono l'obbligo di notifica allo Stato delle complicazioni correlate all'aborto che hanno diagnosticato o trattato.

Negli studi:

- Molti studi prendono in considerazione solo le donne sane, escludendo in particolare le donne che hanno un rischio più elevato di complicazioni.
- L'omertà delle donne sulle proprie storie di aborto determina una sottostima dei casi di aborto e quindi delle sue conseguenze.
- Le complicazioni gravi vengono inserite nel gruppo delle conseguenze minori o non vengono inserite affatto.
- Vengono volutamente esclusi dal computo degli aborti da analizzare quelli che hanno caratteristiche simili agli aborti indotti (aborti da gravidanze extrauterine, aborti spontanei).
- Per gli studi sul cancro al seno, in particolare si registrano: l'incapacità di garantire un adeguato periodo di follow-up, l'uso di registri abortivi imprecisi, la scelta di popolazioni di studio inadeguate e il non aver affrontato adeguatamente la sotto-denuncia dell'aborto.

Sulla salute psichica:

Nello studio "Turnaway":

- La pletera di documenti pubblicati nell'ambito dello studio Turnaway si basa su un unico insieme di dati viziati.
- Lo studio è stato finanziato e realizzato da organizzazioni dichiaratamente abortiste impegnate in programmi di salute riproduttiva nel mondo: accesso libero e gratuito ad aborto e contraccezione.
- Lo studio risente di un elevato bias di selezione: inizialmente ha partecipato solo il 31,9% delle donne contattate, ma abbandoni successivi hanno portato la partecipazione a 5 anni ad appena il 22% delle donne.

Negli studi in generale:

- Bias di selezione: le donne più angosciate dall'aborto indotto si rifiutano di partecipare o, se accettano di partecipare, si ritirano successivamente dalla ricerca (studio di Lundell: partecipazione 29%; studio di Holmlund: partecipazione 18,3%; studio di Ditzhuijzen: partecipazione 13%; studio di Kimport: il 50% delle donne non sono state reclutate perché ritenute troppo sconvolte; gli studi che prendono in esame il senso di "solievo" dopo l'aborto hanno tassi di abbandono del 50% e più).
- I ricercatori modificano la metodologia di ricerca in modo da minimizzare e occultare gli effetti dell'aborto sulla salute mentale (per es. Munk-Olsen) e si

rifiutano di condividere i dati dei loro studi per la verifica e la rianalisi da parte di altri ricercatori.

- I tempi in cui vengono condotte le rilevazioni non sono attendibili (nello studio di Toffol il calo dell'ansia dopo l'aborto è stato misurato qualche ora prima e subito dopo l'intervento abortivo).
- Incapacità di seguire gli effetti psicologici per un periodo abbastanza lungo (gli studi di Trybulski e Goodwin mostrano che all'inizio l'aborto era stato superato bene dalle donne, ma anni dopo le stesse hanno riconsiderato l'evento in maniera negativa).
- L'omertà delle donne sulle proprie storie di aborto può diluire gli effetti negativi negli studi se le donne che hanno abortito, ma dicono di non averlo fatto, entrano a far parte del gruppo di controllo dello studio.
- Gli studi che si basano sull'auto-segnalazione di problemi di natura psichica, sia attuali che passati, possono richiamare bias e/o distorsioni dovute alla dissonanza cognitiva attinente a un ricordo doloroso da rivivere (studio di Keys).
- Uso di termini vaghi che confondono piuttosto che chiarire (per es. ritenere che tutti gli aborti siano il frutto di gravidanze indesiderate, oppure rilevare il senso di "sollievo" dopo l'aborto senza specificarne l'origine, cioè cos'è che lo ha determinato).
- Le opzioni delle emozioni negative provate dalle donne sono limitate solo a pochissime scelte e non rappresentano l'intera gamma delle esperienze da loro vissute.
- I ricercatori diluiscono il numero delle emozioni negative raggruppandole o "mediandole" in un singolo punteggio e nel contempo riportano, per esempio, il "sollievo" in una singola categoria.

Sulla mortalità:

- La sottostima della mortalità materna determina la sottostima della mortalità correlata all'aborto in quanto espressione percentuale calcolata sul totale della mortalità materna.
- Mortalità materna e mortalità correlata all'aborto indotto risultano sottostimate perché: nei certificati di morte non vengono riportate le gravidanze in corso o recenti delle donne decedute (per es. negli Stati Uniti la mancata segnalazione riguarda il 50% o più dei certificati di morte); nei certificati di morte non vengono riportate le cause che hanno provocato la morte; la maggior parte dei Paesi non realizza indagini confidenziali sulle cause della mortalità materna; nei registri di stato civile mancano fino al 30-50% delle morti materne; il 75% delle nascite a livello globale avviene in Paesi in cui non esistono sistemi di registrazione.
- Aborti volontari e aborti spontanei sono raggruppati insieme (per es. stime dell'OMS).

- Per paura di implicazioni legali o sociali, i familiari di donne morte a causa dell'aborto sono riluttanti a partecipare agli studi.
- Le morti per suicidio o dovute a infezioni prolungate nel tempo possono essere difficili da attribuire a una causa specifica.
- A causa della somiglianza tra le complicazioni correlate all'aborto indotto con le complicazioni dovute ad altri problemi ostetrici (aborto spontaneo, emorragie, sepsi), sia nei documenti delle strutture sanitarie che nei verbali delle autopsie, le morti legate all'aborto provocate da queste complicità sono classificate come morti materne non correlate all'aborto o anche come non correlate alla maternità.
- Sia nei documenti riconducibili alle strutture sanitarie che nei verbali delle autopsie, le morti correlate all'aborto hanno una maggiore probabilità di essere classificate come sconosciute.
- I ricercatori negli studi e le organizzazioni governative preposte al calcolo dei tassi di mortalità materna, prendono in esame solo un'unica fonte (i certificati di morte) rifiutandosi di adottare il più veritiero metodo di record linkage. Tra gli enti statali spicca in particolare l'americano *Centers for Disease Control*, organo preposto al controllo sull'aborto, il quale ha più interesse a difendere l'industria abortiva americana che la salute delle donne essendo composto da promotori dell'aborto e abortisti di professione.
- I codici di classificazione internazionali per l'identificazione delle cause di morte non prevedono l'aborto chirurgico tra le cause di morte. Tuttavia, anche se ciò fosse previsto, l'accuratezza nel determinare la sottostante causa di morte sarebbe pur sempre vincolata al giudizio dei medici legali.
- La regola n. 12 della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS favorisce l'occultamento delle morti correlate all'aborto: le morti dovute a trattamenti medici e chirurgici devono essere riportate come complicazioni derivanti dalla procedura (per esempio, embolia) e non come condizione del trattamento (per esempio, aborto volontario).
- Le prove dei rischi associati all'aborto sono occultate o eliminate per ragioni ideologiche e politiche: l'obiettivo di riduzione dei tassi di natalità nei Paesi poveri viene perseguito con l'asserzione secondo cui l'aborto è più sicuro del parto e quindi rappresenta un beneficio per la salute delle donne.

Note:

[1] Greg Pike, "Abortion and women's health", aprile 2017, https://www.spuc.org.uk/~media/Files/Abortion-and-Womens-Health_April-2017.ashx.

[2] Pedersen W (2008) Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women, *Scandinavian Journal of Public Health* 36:424-428.

- [3] Scholten BL, Page-Christiaens GCML, Franx A, Hukkelhoven CWPM & Koster MPH (2013) The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 3:e002803.
- [4] White K, Carroll E & Grossman D, (2015), *Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature*, *Contraception* 92:422-438.
- [5] Lorenza Perfori, “Complicanze associate all’aborto indotto: il Ministero della Salute ‘dà i numeri””, <http://www.libertaepersona.org>, 3 settembre 2018, <http://www.libertaepersona.org/wordpress/2018/09/complicanze-associate-allaborto-indotto-il-ministero-della-salute-da-i-numeri/>.
- [6] Randy O’Bannon, “Misleading study falsely claims abortion is ‘Safe’ for women”, www.lifenews.com, 26 giugno 2018, <http://www.lifenews.com/2018/06/26/misleading-study-falsely-claims-abortion-is-safe-for-women/>.
- [7] Jones RK, Kost K., “Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth”, *Studies in Family Planning*, 2007, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933292>.
- [8] A. Pompili – M. Parachini, “Aborto. Le dichiarazioni di fede non hanno nulla a che vedere con scienza e corrette informazioni”, www.quotidianosanità.it, 7 maggio 2018, http://www.quotidianosanità.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=61489.
- [9] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27973641>.
- [10] Purcell C, Cameron S, Caird L, Flett G & Laird G, (2014), *Access to and experience of later abortion: accounts from women in Scotland*, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46(2):101-108.
- [11] Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö et al., (2013), *Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study*, *BMC Womens Health* 13:52.
- [12] Wallin Lundell I, Sundstrom Poromaa I, Frans O et al., (2013), *The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion*, *Eur J Contracept Reprod Health Care* 18:480–488.
- [13] Weisaeth L, (1989), *Importance of high response rates in traumatic stress research*, *Acta Psychiatr Scand Suppl* 355:131-137.
- [14] Holmlund S, Kaljonen A, Junttila N, Räihä H, Mäkinen J & Rautava P, (2014), *Psychological ill-being experienced by first-time mothers and their partners in pregnancy after abortion: a cohort study*, *J Psychosom Obstet Gynaecol* 35(4):132-9.
- [15] Van Ditzhuijzen J, ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CH, Vollebergh WA, (2013), *Psychiatric history of women who have had an abortion*, *J Psychiatr Res* 47(11):1737-43.

- [16] Reardon DC, (2015), *Postpartum mental health study flawed by fetal loss omission*, Scandinavian Journal of Primary Health Care 33(4):318-319.
- [17] David C Reardon, *The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities*, Sage Open Medicine, 29 ottobre 2018, <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050312118807624>. Citato da Amy Sobie, *Review of Over 200 Medical Studies Finds Abortion Contributes to Mental Health Problems for Women*, www.lifenews.com, 2 novembre 2018, <https://www.lifenews.com/2018/11/02/review-of-over-200-medical-studies-finds-abortion-contributes-to-mental-health-problems-for-women/>.
- [18] Kimport K, (2012), *(Mis)Understanding abortion regret*, Symbolic Interaction 35(2):105-122.
- [19] Toffol E, Pohjoranta E, Suhonen S et al., (2016), *Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study*, Acta Obstet Gynecol Scand 95(10):1171-80.
- [20] Reardon DC, (2016), *Missed opportunities and overstated results in anxiety and quality of life study following termination of pregnancy*, Acta Obstet Gynecol Scand doi: 10.1111/aogs.13053.
- [21] Trybulski J, (2005), *The long-term phenomena of women's postabortion experiences*, Western Journal of Nursing 27(5):577-582.
- [22] Goodwin P & Ogden J, (2007), *Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time*, Psychology and Health 22(2):231-248.
- [23] Trybulski J, (2006), *Women and abortion: the past reaches into the present*, Journal of Advanced Nursing 54(6):683-690.
- [24] D. Reardon, ott. 2018, art. cit.
- [25] Keys J, (2010), *Running the gauntlet: women's use of emotion management techniques in the abortion experience*, Symbolic Interaction 33(1):41-70.
- [26] D. Reardon, ott. 2018, art. cit.
- [27] Gerland P, Masquelier B, Helleringer S, Hogan D, Mathers CD et al., (2015), *Correspondence: Maternal mortality estimates*, The Lancet 384(9961):2211.
- [28] Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB et al., (2014), *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*, Lancet Glob Health 2:e323-33.
- [29] Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A & Coggeshall MS et al., (2014), *Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, The Lancet 384:980-1004.

[30] Coleman PK, Reardon DC, & Calhoun BC, (2012), *Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study*, European Journal of Public Health 23(4):579-574.

[31] Gerds C, Vohra D & Ahern J, (2013), *Measuring unsafe abortion-related mortality: a systematic review of the existing methods*, PLOS One 8(1):e53346.

[32] Gerds C, Tunçalp O, Johnston H & Ganatra B, (2015), *Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities*, Reproductive Health 12:87.

[33] Horon I, (2005), *Under-reporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality*, Am J Public Health 95:478-82.

[34] “*Abortions increase risk of maternal death: new study*”, Elliot Institute, 2012, <http://afterabortion.org/2012/multiple-abortions-increase-risk-of-maternal-death-new-study/>.

[35] “*New study finds women are three times more likely to die after an abortion*”, Elliot Institute, 9 settembre 2005, <http://afterabortion.org/2005/cdc-abortion-mortality-reports-flawed-new-study-and-head-of-cdcs-admission/>.

[36] “*Higher death rates after abortion found in U.S., Finland, and Denmark*”, Elliot Institute, 2012, <http://afterabortion.org/2012/higher-death-rates-after-abortion-found-in-u-s-finland-and-denmark/>.

[37] “*New study shows abortion death rate higher than previously known*”, Elliot Institute, 2002, <http://afterabortion.org/2002/new-study-shows-abortion-death-rate-higher-than-previously-known/>.

[38] “*The cover-up: why U.S. abortion mortality statistics are meaningless*”, Elliot Institute, 2000, <http://afterabortion.org/2000/the-cover-up-why-u-s-abortion-mortality-statistics-are-meaningless/>.

[39] Elliot Institute, 9 settembre 2005, art. cit.

[40] Tara C. Jatlaoui, MD et al., “*Abortion Surveillance — United States, 2014*”, Centers for Disease Control and Prevention, 24 novembre 2017,

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6624a1.htm?s_cid=ss6624a1_w.

[41] Elliot Institute, 2012, art. cit.

[42] D. Reardon, ott. 2018, art. cit.

Publicato 24 novembre 2018 | Da Lorenza Perfori

<http://www.libertaepersona.org/wordpress/2018/11/ecco-le-cause-che-generano-la-sottostima-delle-complicazioni-fisiche-e-psichiche-provocate-dallaborto-indotto/>