

La legge sull'interruzione volontaria di gravidanza e l'aborto tardivo

■ Giuseppe Benagiano ¹, Sabina Carrara ¹, Valentina Filippi ¹

¹ Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, "Sapienza" Università di Roma

ABSTRACT

Law 194/78 regulates the practice of voluntary abortion in Italy. This law identifies two different kinds of abortive procedures: the first one, the therapeutic abortion *sensu strictu*, can be performed only if the woman's life is at serious risk. The second one, the indirect eugenic abortion, is allowed only if the foetus has "relevant anomalies or malformations", and it is aimed at preserving the physical and mental health of the mother. On this point the law is not clear, therefore leading to possible misunderstanding, and subsequent risks for the mother and the physicians. The article provides an overview of the law, explaining its meaning, and underlining its limits and possible interpretative errors.

Keywords: abortion, law 194/78, interpretative errors, health risks

*The Law about voluntary pregnancy interruption and late abortion
Pratica Medica & Aspetti Legali 2010; 4(3): 113-118*

■ INTRODUZIONE

Con scadenze periodiche, si riapre in Italia il dibattito sull'aborto volontario, comunemente definito come Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG). Negli ultimi anni poi questo dibattito si è ampliato e una serie di nuovi argomenti è stata posta all'attenzione dell'opinione pubblica. Tra di essi:

- la possibilità che esista un vero e proprio "diritto all'aborto" [1-4];
- la nuova modalità farmacologica per abortire (RU 486 associato a una prostaglandina), considerata in taluni ambienti come foriera di conseguenze negative [5-7];
- la contraccezione d'emergenza con le sue varie modalità, ritenuta da alcuni alla stregua di un aborto precoce [8-10];
- le IVG illegalmente effettuate oltre il limite dei 90 giorni al di fuori dei casi previsti dalla legge [11];

- le problematiche legate all'aborto indotto nel II trimestre di gravidanza [12].

Quest'ultimo è tornato alla ribalta della cronaca per un fatto occorso a Rossano Calabro il 24 aprile 2010, che ha suscitato aspre reazioni nel mondo Cattolico [13].

Non è certo la prima volta che il mondo "Pro life" si scaglia contro l'aborto tardivo; valga per tutti l'episodio occorso circa tre anni fa a Firenze dove un neonato è stato trovato sano dopo che la madre aveva chiesto di abortire a seguito di una diagnosi di atresia (cioè di assenza congenita) di parte dell'esofago, diagnosticata ecograficamente alla XXII settimana [14,15].

Questi episodi dimostrano che in Italia le problematiche relative all'aborto indotto al II trimestre di gravidanza (comunemente definito "aborto tardivo") non sono state affrontate e risolte in maniera adeguata. È quindi utile procedere a una disamina della situazione che evidenzia sia le carenze sia le inadeguatezze della legge o, più semplicemente,

la sua cattiva applicazione; è questo il solo modo per cercare di evitare nuovi casi che non potranno non turbare le coscienze.

Ci sembra evidente che il punto di partenza debba essere proprio il testo della legge che trentadue anni fa ha legalizzato l'IVG in Italia (legge 194/78), che – non occorre mai dimenticarlo – almeno in teoria, non ammette che nel corso del II trimestre un aborto sia effettuato per ragioni strettamente eugeniche, e cioè per eliminare un feto con handicap. Infatti l'art. 4 dice testualmente: «Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione [...] a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico» per l'interruzione della gravidanza [16]. Trascorsi i novanta giorni però, la legge modifica le condizioni alle quali può essere interrotta una gravidanza, prevedendo all'art. 6, che «l'interruzione volontaria della gravidanza, [...] può essere praticata: (a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la **vita** della donna; (b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a **rilevanti** anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la **salute** fisica o psichica della donna» [16].

È ovvio che le due tipologie di IVG previste dall'art. 6 sono molto diverse tra loro: nel primo caso si induce prematuramente un travaglio per salvare la vita di una gestante in imminente pericolo di vita; nel secondo invece si interviene per eliminare un feto malformato, la cui nascita e sopravvivenza potrebbe creare gravi conseguenze per la salute fisica e psichica della donna.

Cercheremo quindi di esaminare separatamente le due modalità per evidenziare dove si annidano i problemi che periodicamente e tragicamente vengono a galla.

■ L'ABORTO TERAPEUTICO IN SENSO STRETTO

Il caso previsto dall'articolo 6, lettera a) è molto chiaro e circoscritto: nell'eventualità che la prosecuzione della gravidanza possa gravemente compromettere la salute o addirittura mettere a rischio la vita della gestante, la donna può essere sottoposta, con il suo consenso, a un aborto che è pertanto "terapeutico" in senso stretto, perché volto a salvarne la vita o a migliorarne le condizioni di salute. Giustamente la legge prevede che questo tipo di aborto possa essere effettuato in qualunque momento, anche quando l'interruzione

ne della gravidanza avrà acquistato le caratteristiche di un vero e proprio parto prematuro. È per questo motivo che l'articolo 7 della legge detta testualmente: «Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 [cioè in presenza di un grave pericolo per la **vita** della donna] e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto». Questo articolo si riferisce quindi solo all'aborto terapeutico in senso stretto e cioè a quello che viene praticato allo scopo di salvaguardare la vita della futura madre che, fatto importante, vorrebbe se fosse possibile proseguire la gravidanza. È ovvio che in tale situazione non esiste alcuna patologia riconosciuta nel feto e questo deve essere salvato, rianimandolo, ogni qualvolta sia possibile, soprattutto se ha superato il limite attuale di vitalità che è in genere considerato di 22-23 settimane [17].

Non è possibile in questa sede affrontare le problematiche cliniche ed etiche connesse con la rianimazione dei cosiddetti "grandi prematuri". Ci limiteremo a osservare che, sia pure in una piccola percentuale di casi, i feti abortiti anche spontaneamente, nel secondo trimestre, pur non essendo assolutamente vitali (cioè capaci di sopravvivere) nascono vivi. In alcuni casi (feti di 300-400 grammi) la rianimazione non può essere praticata; in altri casi quando il feto ha superato i 400-500 g la decisione su come agire va – a nostro avviso – lasciata al neonatologo, il solo che, valutato il singolo caso, possa decidere, in accordo con i genitori, come agire. Non va infatti dimenticato che per i feti attorno ai 500 g i rischi di handicap anche gravissimo sono molto alti. Si deve quindi evitare di incorrere nell'accanimento terapeutico [18], ma va anche tenuto presente che esistono statistiche che documentano come la maggioranza dei neonati con bassissimo peso alla nascita che sopravvivono avrà poi uno sviluppo abbastanza normale [19].

■ L'ABORTO EUGENICO INDIRETTO

Molto diverso è il caso previsto dall'articolo 6, lettera b); qui si tratta a tutti gli effetti di un aborto eugenico mascherato, perché la legge prevede espressamente che il «grave pericolo» per la salute della madre possa essere determinato da «rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro». La legge quindi prevede che «la terapia» atta a salvaguardare la salute psichica o fisica della gestante consista nell'eliminazione del feto.

È in questa situazione che – a nostro avviso – la legge manca di chiarezza e, fatto grave, spesso

non viene correttamente applicata. Infatti, la legittimità sul piano giuridico di questo tipo di IVG dipende da una serie di fattori che andrebbero obbligatoriamente analizzati e valutati prima di procedere all'aborto.

Per questo motivo è fondamentale che questi fattori siano analizzati caso per caso, perché agire senza averli valutati a pieno può esporre i sanitari a procedimento penale, addirittura per "omicidio volontario" [20].

PREVEDERE, NEI LIMITI DEL POSSIBILE, COME EVOLVERANNO LE CONDIZIONI PSICHICHE DELLA GESTANTE

Innanzitutto deve esserci una corretta previsione delle future gravi conseguenze psichiche per la madre; non vi è dubbio che queste condizioni non possono che dipendere dalla gravità dell'anomalia riscontrata. La legge purtroppo non specifica, come invece avrebbe dovuto, di riferirsi alla salute "futura" della donna, perché – salvo casi eccezionali – non vi è pericolo di improvvisa alienazione psichica o, peggio, di suicidio immediato della gestante. È solo nel corso degli anni successivi che potrebbe manifestarsi quel grave pericolo per la salute psichica, o fisica della donna previsto dall'articolo 6, lettera b). Questo andrebbe assolutamente specificato nella legge, altrimenti si corre il rischio di generalizzarne il significato e applicarlo – come talora purtroppo avviene – a ogni malformazione anche lieve. Una tale generalizzazione non è certamente nello spirito della legge e non è eticamente giustificabile. Per questo motivo, al di là dell'aspetto emotivo che non può comunque mai essere sottovalutato, la risposta sul piano etico agli interrogativi delle gestanti angosciate per essere state informate della presenza di anomalie nel feto ancora *in utero* è sicuramente che, nella maggioranza dei casi, l'esistenza è preferibile alla non-esistenza [21]. Naturalmente si tratta di un tema ampiamente dibattuto su cui esistono posizioni diversificate [22,23], ma non vi è dubbio che, prima di decidere a nome di un altro – sia pure il proprio figlio – se per lui la vita sarà preferibile al non esistere occorre che la coppia sia opportunamente consigliata. Ciò spesso non avviene perché il medico in genere non ha una formazione etico-filosofica che gli permetta di porre con chiarezza i termini del dilemma. È per questo che la futura madre è portata a conclusioni che non sempre sono frutto di una ponderata decisione, soprattutto se si tiene conto dell'enorme carica emotiva che sempre accompagna queste situazioni.

Un esempio perfettamente calzante è contenuto nell'inchiesta condotta tre anni fa su *la Repubblica* da De Gregorio [24], che riferisce le parole disperate di una madre di fronte alla diagnosi di disabi-

lità della figlia che dovrà nascere: «Così la scelta è stata mia: faccio quello che è più facile per me, cioè andare avanti con la gravidanza, partorire e poi provare ad operarla, sperare che ce la faccia, crederci? [...] Io per me avrei anche sperato in un miracolo, ma lei? Che cosa stavo offrendo a lei? Di nascere senza sentire l'abbraccio di sua madre, di essere portata via da mani fredde su un tavolo freddo, incubata, narcotizzata, aperta con una sega, trapiantata due volte di due pezzi vitali». Non solo non è facile rispondere a questi tragici interrogativi, è forse addirittura impossibile farlo; ciò però non autorizza certo una tragica semplificazione: c'è una malformazione; *ergo* il consiglio è abortire.

VALUTARE ATTENTAMENTE LA GRAVITÀ DELL'ANOMALIA E LA SUA RIPARABILITÀ

Il medico chiamato a giudicare se un'interruzione al secondo trimestre sia giuridicamente permessa o meno deve quindi procedere a una valutazione globale della situazione con un'attenzione specifica alla corretta previsione dell'evoluzione che potrà avere la salute psichica della gestante. Per far ciò, il primo punto da prendere in considerazione è la correggibilità (soprattutto chirurgica, ma anche farmacologica e metabolica) dell'anomalia o malformazione presente. Sembra ovvio che – se si accetta il principio che l'esistenza è nella maggioranza dei casi preferibile alla non-esistenza – l'anomalia dovrà essere tale da far prevedere una futura disabilità del nuovo nato grave al punto di produrre conseguenze molto serie, nel lungo termine, per la salute psichica della donna.

Su questo aspetto fondamentale la legge si limita ad adoperare l'aggettivo "rilevante", senza altro aggiungere. Questa vaga definizione ha posto le basi per un'interpretazione molto estensiva della gravità delle anomalie riscontrate nei feti. Nel caso di Rossano Calabro si trattava, a quanto riferito dalla stampa [20] di una labio-palatoschisi, forma grave del labbro leporino, una malformazione oggi riparabile con buoni risultati anche sul piano estetico [25]. Si tratta o no di una malformazione "rilevante"? Chi può dirlo se la legge è così vaga?

FARE CHIAREZZA SULL'ABORTO EUGENICO

Riteniamo che il punto focale di una seria critica agli articoli della legge 194/78 dedicati all'aborto tardivo sia quello di essere ricorso a un artificio: a tutti gli effetti siamo di fronte a un "aborto eugenico". La prova ci viene fornita dalla prassi seguita in questi trent'anni in molti ospedali; si tratta di un dato che il legislatore di oggi non può

continuare a ignorare; egli ha quindi l'obbligo di effettuare una scelta precisa: se intende permettere l'aborto eugenico, deve dire come e quando esso debba essere permesso. Se, viceversa, intende proibirlo (come è da sottintendere nella legislazione attuale), deve avere il coraggio di farlo, invece di scaricare sulle spalle di medici e gestanti l'onere di circumvenire, come certamente avviene, nei fatti la legge.

Fare chiarezza sull'esistenza di un "aborto eugenico mascherato" è fondamentale per chiarire l'aspetto più controverso dell'intera vicenda: come comportarsi nei confronti del feto abortito perché malformato. Ripetiamo: la legge – all'articolo 6, lettera b) – autorizza, non l'interruzione della gravidanza per salvare la vita della madre, ma l'**eliminazione del feto malformato** per salvaguardare la futura salute psico-fisica della gestante. La "cura" quindi consiste non nell'interrompere la gravidanza, ma nell'eliminare il feto malformato.

Infatti la Legge 194 esclude che nel caso di grave rischio (futuro, aggiungiamo noi) per la salute della madre dovuto alla presenza di un feto con gravi anomalie, si possa ricorrere a quello che va definito "parto prematuro" e "non aborto tardivo" (cioè a partire dalle 22-23 settimane). In altre parole, se da un lato l'attuale legge implicitamente, ma in modo non equivoco, prevede che per salvaguardare la futura salute della gestante sia permesso sacrificare la vita del feto affetto da gravi anomalie, dall'altro dice anche chiaramente (art. 7) che «quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'art. 6» (e cioè solo per salvaguardare la vita della donna). Quindi, se esiste la possibilità che il feto sia vitale, l'aborto "eugenico" non può essere praticato [16].

È per questo motivo che, come ha osservato Flaminio, di solito non si va oltre la ventiduesima settimana perché «a quell'età, di norma, il feto non ha ancora costruito gli alveoli polmonari, quindi la sopravvivenza è tecnicamente impossibile. Ma, poiché la biologia riserva sorprese, esistono rarissimi casi in cui gli alveoli sono già formati. Per questo alla ventiduesima settimana non si dovrebbe interrompere la gravidanza per un principio di precauzione. È possibile fare prima tutte le indagini necessarie a escludere malformazioni, e quindi intervenire prima» [26].

Un'ultima osservazione: poiché la "terapia", o meglio, la "prevenzione" di una grave patologia psichica della gestante con "rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro" consiste nell'eliminazione del feto, nei casi come quello di Rossano Calabro ci si trova di fronte al tragico assurdo che rianimando il feto si vanifica quanto dettato dall'articolo 6, lettera b). Se non si norma attentamente questo aspetto ci troveremo di fronte a una specie di "roulette russa": se si ha la "fortuna" che

il feto malformato nasca morto... tutto si aggiusta; se invece per "disgrazia" quel feto nasce vivo e viene rianimato con successo, oltre a vanificare del tutto la procedura e la sua giustificazione legale, ci troveremo di fronte un neonato gravato da un doppio peso, quello della sua malformazione e quello dovuto alle possibili lesioni che gravano sui prematuri gravi [12].

In alcuni Paesi il problema è stato risolto in modo drastico, ma coerente: poiché scopo della procedura è l'eliminazione del feto malformato, questo viene ucciso *in utero* (ad esempio attraverso l'iniezione intra-amniotica di soluzione salina concentrata) e successivamente estratto. Nella situazione italiana c'è un solo modo per evitare tutto ciò: il medico che pratica un aborto eugenico deve seguire strettamente il principio della "non raggiunta vitalità del feto".

IL CASO DI ROSSANO CALABRO

Il Messaggero ha descritto l'episodio in questi termini: «La vicenda è iniziata sabato mattina [era il 24 aprile 2010] quando una donna, alla prima gravidanza, è stata sottoposta ad aborto terapeutico (era alla 22ª settimana) perché il feto era malformato. Donna che è stata ricoverata. Il giorno dopo, domenica, il Cappellano dell'Ospedale don Antonio Martello, saputo dell'intervento è andato a pregare accanto al feto. Pochi minuti e si accorge che si muove, che respira. A oltre venti ore dall'operazione. L'allarme e il trasporto nell'ospedale di Cosenza dove c'è un reparto di neonatologia. Qui i medici cercano di tenerlo in vita ma, nella giornata di lunedì, muore» [20]. Scoppia la polemica e viene proposta la creazione di una Commissione d'inchiesta per controllare come viene applicata la Legge 194.

Se i fatti si sono svolti come sopra descritti, alcune considerazioni sono d'obbligo. Innanzitutto, è da chiarire che l'interruzione è avvenuta entro il limite massimo di sopravvivenza oggi accettato. Quindi, in termini generali si può ritenere che i medici abbiano agito entro i termini previsti dalla legge avendo ritenuto che il feto non avesse raggiunto la *vitalità* e cioè la capacità di sopravvivere. In tutta onestà, va detto che, a 22 settimane, nascere vivi non significa essere in grado di poter continuare a farlo.

Come abbiamo più sopra osservato, il punto in cui, a nostro avviso, la Legge non è stata invece applicata correttamente è nell'aver ritenuto che una labio-palatoschisi rappresenti oggi una malformazione così "rilevante" da porre a rischio la futura salute psico-fisica della madre. La stampa ha riferito che la Procura della Repubblica di Cosenza intende perseguire i medici per "omicidio volontario" e – come si dice – la giustizia seguirà il suo corso. Tuttavia noi riteniamo che, se colpa

grave c'è stata, questa è stata commessa da chi (a quanto riferito dalla stampa si tratta del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Cosenza) ha certificato che la presenza nel feto di una labio-palatoschisi rappresenti una malformazione così grave da determinare un grave rischio per la salute psichica della madre. In altre parole: la legge 194/78, con ogni probabilità, non autorizzava affatto quella particolare IVG, a prescindere dall'epoca gestazionale. È questo il punto su cui va focalizzata l'attenzione, perché dire come ha fatto Eugenia Roccella, almeno stando a quanto è stato riferito dall'*Avvenire* [13] che, per un aborto così a "rischio sopravvivenza" «era necessario un ospedale e del personale attrezzato per grandi prematuri», significa ignorare il testo dell'articolo 6, lettera b) che indica come "cura" per il caso in questione proprio la soppressione del feto.

Ben venga l'impegno del governo «che sta valutando quale strumento utilizzare per vietare gli aborti [eugenici, aggiungiamo noi] oltre la 22esima settimana di gravidanza, come ormai conviene l'intera comunità scientifica» [13] purché si affronti il nodo del problema: è lecito e con quali limiti, il dettato dell'art. 6, lettera b) che legittima la soppressione di un feto come "prevenzione" di future patologie psichiche materne. Se, come dice l'On. Roccella, il Governo vuole dare disposizioni «affinché le interruzioni di gravidanza tra la 20esima e la 22esima settimana siano effettuate solo presso unità ospedaliere con terapia intensiva neonatale» [13], questo deve valere per i casi previsti dall'art. 6, lettera a). Per i casi di aborto eugenico mascherato (lettera b) questa norma non solo non

risolverebbe nulla, ma sarebbe in totale contraddizione con la legge che prevede, ripetiamo per l'ennesima volta, come terapia la soppressione del feto.

■ CONCLUSIONI

Riteniamo che quanto abbiamo brevemente esposto abbia posto in evidenza la contraddizione di fondo che esiste nella legge 194/78 sull'interruzione di gravidanza al II trimestre: se è permesso un aborto tardivo per **eliminare** un feto le cui anomalie o malformazioni siano tali da determinare «un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna», non si può contemporaneamente chiedere che il «medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto».

Il nodo dell'aborto eugenico "mascherato" va affrontato e risolto!

■ DISCLOSURE

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Benagiano G, Mancuso S. Consiglio d'Europa ed aborto volontario. *Bioetica* 2008; 16: 451-61
2. Bartolommei S. Aborto: da "deprecabile rimedio" a "diritto civile della persona". *Bioetica* 2008; 16: 462-70
3. Viale S. Risoluzione del consiglio d'Europa sull'aborto: si può essere insieme "Pro-choice" e "Pro life"? *Bioetica* 2008; 16: 471-86
4. Benagiano G, Mancuso S. Risposta all'articolo: "Aborto: Da deprecabile rimedio a diritto civile della persona", di S. Bartolommei. *Bioetica* 2008; 16: 487-502
5. Benagiano G, Mancuso S. Aborto farmacologico: un nuovo capitolo in una battaglia di visioni contrapposte ed inconciliabili. *Bioetica* 2009; 17: 639-52
6. Parachini M, Farris M, Bastianelli C. Aborto farmacologico: Risposta a G. Benagiano e S. Mancuso. *Bioetica* 2009; 17: 653-64
7. Puccetti R, Noia G, Del Poggetto MC, Di Pietro ML. Aborto farmacologico: Risposta a Parachini e coll. *Bioetica* 2009; 17: 665-74
8. Bastianelli C, Farris M, Benagiano G. Reasons for requesting emergency contraception: a survey of 506 Italian Women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005; 10: 157-63
9. Bastianelli C, Farris M, Benagiano G. Emergency contraception: a review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 12: 3-12
10. Benagiano G, von Hertzen H. Towards more effective emergency contraception? [Comment]. *Lancet* 2010; 375: 527-8
11. Alessandri F. Aborti oltre il termine: ci sono, ma chi li scova? *Avvenire* (Supplemento È Vita n° 259, p. 4) 27 maggio 2010
12. Benagiano G. Aborti tardivi: drammi evitabili? *Bioetica* 2007; 15: 84-93
13. Bellaspiga L. Il Caso Rossano "Quel bimbo gemeva. Basta aborti tardivi" *Avvenire* 19 maggio 2010
14. Bocci M, Fatucchi M. Vivo dopo l'aborto. Bufera sulla 194. *La Repubblica* 8 marzo 2007

15. Di Feo GL, Minerva D. Così ho perso mio figlio. *L'Espresso* 20 marzo 2007
16. Repubblica Italiana. Legge 194/1978 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. *Gazzetta Ufficiale* n. 140 del 22 maggio 1978
17. Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse. Consiglio Superiore di Sanità, sessione XLVI, seduta del 4 marzo 2008
18. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists. Perinatal care at threshold of viability. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 617-24
19. Gäddlin PO, Finnström O, Sydsjö G, Leijon I. Most very low birth weight subjects do well as adults. *Acta Paediatrica* 2009; 98: 1513-20
20. Massi C. Il feto sopravvissuto all'aborto terapeutico: indagati i chirurghi per omicidio volontario. *Il Messaggero* 28 aprile 2010
21. Bacchini F. Il diritto di non esistere. Milano: McGraw-Hill, 2002
22. Feinberg J. Wrongful life and the counterfactual element in harming. *Social Philosophy and Policy* 1986; 4: 1-11
23. Steinbeck B. Life before birth: the moral and legal status of embryos and fetuses. New York: Oxford University Press, 1992
24. De Gregorio C. Il dolore della scelta: "Non l'ho fatta nascere per non farla soffrire". *La Repubblica* 1 aprile 2007
25. Campbell A, Costello BJ, Ruiz RL. Cleft lip and palate surgery: an update of clinical outcomes for primary repair. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2010; 22: 43-58
26. D'Onghia S. Flamigni. Aborti in ritardo? Anche colpa degli obiettori. *Il Ghibellino* 2 maggio 2010. Disponibile su: <http://ilghibellino.blogspot.com/2010/05/flamigni-aborti-in-ritardo-anche-colpa.html>

CORRESPONDING AUTHOR

Prof. Giuseppe Benagiano; email: giuseppe.benagiano@uniroma1.it