

Puntualità ed effettività nella tutela dei diritti. Riflessioni sul valore del tempo per le questioni di genere nella contingenza della pandemia

Lucia Busatta*

PUNCTUALITY AND EFFECTIVENESS IN RIGHT'S PROTECTION. INSIGHTS ON THE VALUE OF TIME FOR GENDER ISSUES DURING THE PANDEMIC

ABSTRACT: The pandemic emergency has changed our lives and our times. The fight against the new disease has unveiled several inequalities that significantly involve also gender issues. The aim of this essay is to develop some considerations regarding gender equality in health services during the pandemic. Particular attention is given both to organisation of health services and reproductive rights. The whole analysis is conducted under the perspective of time-factor, which proves to be determinant in the granting of both equality and fundamental rights. Conclusions suggest that this period shall be determinant for seriously tackling gender issues.

KEYWORDS: Gender equality; medical abortion; healthcare services; pandemic emergency; guidelines update

SOMMARIO: 1. Come il Covid ha cambiato il tempo in cui viviamo – 2. L'impatto della pandemia sul genere – 3. Salute delle donne ed emergenza sanitaria: tra conseguenze dell'impegno in prima linea e diritti riproduttivi – 3.1. Le misure organizzative – 3.2. La libertà di scelta delle donne, nel tempo della pandemia – 4. Le nuove linee guida ministeriali sulla legge n. 194 del 1978 e l'aborto farmacologico – 5. Corpo, genere e pandemia in un rinnovato assetto temporale: se non ora, quando?.

*«Tra noi e il tempo c'è come una profonda contraddizione:
non sopportiamo né la sua fuga, né la sua permanenza.
La sua fuga sprofonda nel lutto la nostra anima,
la sua permanenza ci soffoca».*
(J. Hersh, *Tempo e musica*)¹

1. Come il Covid ha cambiato il tempo in cui viviamo

La pandemia che segnato il 2020 (e, con ogni probabilità condiziona almeno i primi mesi del 2021) ha già determinato un significativo mutamento nelle nostre vite. Ad esempio, la massiva sospensione delle attività didattiche in presenza nel primo semestre dell'anno (e, con

* Collaboratrice di ricerca, Università di Trento. Mail: lucia.busatta@unitn.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

¹ J. HERSCH, *Tempo e musica* (trad. it. de *Temps et Musique*, 2000), Milano, 2009, 105.

riguardo all'università, in buona parte anche nei mesi autunnali), in combinazione con il lavoro da remoto, ha profondamente rivoluzionato le abitudini di molte famiglie. L'esperienza del *lockdown* che ha segnato i mesi primaverili ha determinato una battuta di arresto in moltissime attività umane, da quelle economiche a quelle ricreative e relazionali, costringendoci a rivedere gli ordinari ritmi di vita, e non solo.

L'utilizzo inflazionato dell'espressione *ai tempi del coronavirus*, che riecheggia il titolo del celeberrimo romanzo dello scrittore colombiano, premio Nobel per la letteratura, Gabriel García Márquez, ha tradito, sin dalle prime battute della gestione globale di questa profonda crisi sanitaria, il suo impatto epocale.

Superate le fasi più tragiche della diffusione del contagio e della congestione delle strutture sanitarie, la vita ordinaria ha ricominciato lentamente a scorrere, in una nuova dimensione: quella della convivenza con il virus². Resta, però, ben scalfito nell'esperienza di ciascuno ciò che le settimane di chiusura forzata hanno significato, soprattutto in termini di mutamento della quotidianità e dei ritmi di vita. Al di là delle singole esperienze, un dato probabilmente unificante è rappresentato dalla scoperta (o riscoperta) del valore del *tempo*³.

Senza indulgere in approfondimenti sulla percezione individuale del tempo o su questioni che attengono più ad altre scienze, quali la filosofia, la sociologia o la psicologia, e che riguardano l'impatto che le misure anti-contagio hanno avuto sulle abitudini di vita, si può prendere spunto da alcuni mutamenti che l'emergenza sanitaria ha imposto all'ordinario scorrere dei ritmi di vita per sviluppare alcune riflessioni giuridiche sul valore del tempo per la garanzia dei diritti fondamentali e su come, spesso, la tempestività della tutela sia veicolo di effettività.

Un dato certo è che la pandemia non ha cambiato il flusso del tempo, ma – in qualche modo – ne ha modificato la nostra percezione soggettiva o, comunque, ha inciso sulla nostra gestione dei ritmi di vita.

² Come è noto, gli interventi istituzionali per la gestione dell'emergenza pandemica, nel nostro ordinamento, hanno preso avvio con la *Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario da Covid-19*, deliberata dal Consiglio dei Ministri il 31 gennaio, secondo quanto previsto dall'art. 25 del Codice della Protezione Civile. Con l'aggravarsi del rischio sanitario, il Governo ha scelto di disporre le misure straordinarie per fronteggiare la pandemia anche per mezzo di decreti-legge. Fra questi, le prime misure volte a limitare la circolazione e i contatti vennero adottate con il d.l. n. 6 del 23 febbraio 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 13 del 2020 e recante *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*. Sulla base di questo decreto (e delle sue successive modificazioni) sono stati adottati i DPCM che prevedevano l'istituzione delle c.d. zone rosse prima e dell'estensione delle misure restrittive a tutto il territorio nazionale a partire dal 9 marzo 2020, poi. Sull'avvicinarsi convulso di queste fonti nelle prime concitate fasi della pandemia, la dottrina si è già ampiamente espressa. A riguardo, oltre ai contributi pubblicati in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 1, 2020, si vedano, *inter multis*, R. CHERCHI, A. DEFFENU, *Fonti e provvedimenti dell'emergenza sanitaria covid-19: prime riflessioni*, in *Diritti Regionali*, 1, 2020, 648 ss.; M. CAVINO, *Covid-19. Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo*, in *Federalismi.it*, Osservatorio emergenza covid-19, 18 marzo 2020.

³ Nel momento in cui si scrive, peraltro, lo spettro di ulteriori misure di contenimento si è fatto realtà. Con il d.P.C.M. del 24 ottobre 2020, infatti, il Governo ha previsto nuove disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, con le quali vengono imposte, *inter alia*, chiusure anticipate di locali ed esercizi pubblici e vengono sospese molte attività culturali, ludiche e motorie, condizionando, ancora una volta, non solo l'andamento economico del Paese, ma anche i nostri ritmi di vita.

Dal punto di vista giuridico e organizzativo, ad esempio, i primi interventi normativi durante le settimane più frenetiche dell'emergenza sanitaria hanno riguardato il rinvio di alcune scadenze, non solo per ragioni economiche o meramente organizzative, ma anche con lo scopo di eliminare un motivo di circolazione per gli individui e una causa di assembramento negli uffici o presso taluni sportelli, a tutela della collettività⁴. Come è noto, è stato anche previsto (almeno in una prima fase) il divieto di svolgimento eventi di vario genere, per limitare ulteriormente i contatti tra persone e gli spostamenti⁵. In alcuni casi – basti pensare ai matrimoni –, queste misure hanno significato una sospensione dei tempi (e delle scelte) di vita di alcuni individui; sospensione che – senza ripetere le considerazioni già ampiamente sviluppate in dottrina⁶, hanno trovato una – più o meno condivisibile – giustificazione nell'esigenza di tutelare la salute individuale e collettiva, contenendo la diffusione del contagio⁷.

Anche la sanità, in prima linea nel fronteggiare questo nuovo nemico invisibile, si è trovata a dividersi tra due dimensioni temporali ben distinte.

Da un lato, quella della rapidità e della concitazione, che comprende sia le scelte tragiche, su cui è intervenuto anche un dibattuto documento della Società italiana di Anestesia e rianimazione (SIAARTI)⁸, sia le procedure di reclutamento e assunzione del personale o di acquisto di beni necessari

⁴ Si pensi, ad esempio, alle numerose sospensioni e proroghe di termini scadenze introdotte, *in primis*, dal decreto-legge n. 18 del 2020 e dagli atti normativi successivi, fra cui si possono ricordare la sospensione dei termini nei procedimenti civili e penali (art. 83), nel processo amministrativo (art. 84), contabile (art. 85), la sospensione delle procedure concorsuali, con la sola eccezione delle valutazioni esclusivamente curriculari o telematiche (art. 87, co.5), alla proroga dei termini per la revisione dei veicoli (art. 92, alla proroga delle scadenze e delle commissioni per le abilitazioni scientifiche nazionali (art. 101), alla proroga della validità dei documenti di riconoscimento (art. 104), eccetera.

⁵ È stato, inizialmente, l'art. 1, co. 1, lett. c) del decreto-legge n. 6 del 23 febbraio 2020 a prevedere che, fra le misure per imitare la diffusione del contagio, vi potesse essere anche la sospensione e il divieto di celebrazione di eventi che comportano l'assembramento di persone: «sospensione di manifestazioni o iniziative di qualsiasi natura, di eventi e di ogni forma di riunione in luogo pubblico o privato, anche di carattere culturale, ludico, sportivo e religioso, anche se svolti in luoghi chiusi aperti al pubblico». Come è noto, la misura è stata successivamente specificata da ulteriori DPCM ed è stata, poi, abrogata e sostituita dall'art. 1, co. 2, lett. g), del decreto-legge n. 19 del 25 marzo 2020: «limitazione o sospensione di manifestazioni o iniziative di qualsiasi natura, di eventi e di ogni altra forma di riunione o di assembramento in luogo pubblico o privato, anche di carattere culturale, ludico, sportivo, ricreativo e religioso».

⁶ In molti si sono, infatti, occupati di ragionare sulla proporzionalità delle misure adottate dal governo durante la concitata c.d. Fase 1 e sulla correttezza dei bilanciamenti ad essi sottese. Si vedano a riguardo i contributi pubblicati in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 1, 2020, i contributi pubblicati in *Osservatorio AIC*, 3, 2020, Forum sull'«Emergenza CoViD-19», nonché – senza pretese di completezza – I.A. NICOTRA, *L'epidemia da covid-19 e il tempo della responsabilità*, in *Diritti regionali*, 1, 2020, 379; A. RUGGERI, *Il coronavirus contagia anche le categorie costituzionali e ne mette a dura prova la capacità di tenuta*, in *Diritti regionali*, 1, 2020, 368; G. TROPEA, *Il Covid-19, lo Stato di diritto, la pietas di Enea*, in *Federalismi.it*, Osservatorio Emergenza Covid-19, 18 marzo 2020, S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Rivista AIC*, 2, 2020, 531; A. LUCARELLI, *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 2020, 558.

⁷ Cfr. a riguardo, in particolare, A. D'ALOIA, *Costituzione ed emergenza: l'esperienza del Coronavirus*, e Id., *Postilla. Costituzione ed emergenza: verso la fine del tunnel, con qualche speranza e (ancora) con qualche dubbio*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 1, 2020, rispettivamente 7 e 13.

⁸ Sul documento SIAARTI, dal titolo *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, del 6 marzo 2020, disponibile all'indirizzo internet www.siaarti.it, la letteratura non solo giuridica è già copiosa. Senza pretese di completezza, oltre al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di*

nella gestione dell'emergenza sanitaria⁹. Dall'altro, quella della pausa e della sospensione: nella necessità di concentrare le energie sui servizi essenziali e di limitare gli accessi alle strutture sanitarie per evitare infezioni incrociate, i servizi sanitari regionali hanno sospeso alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali e le attività libero-professionali in regime intramurario¹⁰. Come è noto, poi, anche nella fase della ripartenza, l'accesso a determinati servizi per la salute rimane contingentato e sottoposto a rigide regole organizzative. Non è da escludersi, infine, che molte delle misure adottate ora per limitare le occasioni di affollamento dei presidi sanitari potranno divenire la norma, anche dopo il superamento della pandemia.

Se è vero che, soprattutto nella dimensione domestica, è stato ritrovato un nuovo valore dei ritmi di vita, bisogna anche registrare come la lotta contro la pandemia si sia tradotta in una battaglia contro il tempo, portata avanti con l'adozione di numerose misure di sanità pubblica per limitare la diffusione del contagio, con la ricerca e sperimentazione delle cure più efficaci (e del vaccino) contro una malattia sconosciuta, nonché – in una più ampia prospettiva – con la corsa a contenere i danni all'economia globale provocati dalla necessità di modificare la gran parte delle abitudini di consumo.

Questa lunga premessa è funzionale a inquadrare il punto di vista dal quale si intende affrontare la disamina delle implicazioni di alcune recenti scelte pubbliche di carattere sanitario, sicuramente accelerate dalle esigenze che la pandemia ha saputo evidenziare. L'angolo visuale adottato non è limitato al rapporto tra tempo e decisioni in campo medico, ma assume anche la prospettiva del genere,

*carezza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica", dell'8 aprile 2020, cfr. M. PICCINI ET AL., Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili", in *Recenti progressi in medicina*, 111, 4, 212-222; inoltre, L. PALAZZANI, *La pandemia CoViD-19 e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*; G.R. GRISTINA, L. ORSI, M. VERGANO, *Pandemia da CoViD-19 e triage: la filosofia e il diritto talvolta guardano l'albero mentre la medicina prova a spegnere l'incendio della foresta*; C. DI COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, tutti in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 1, 2020, 359 ss.; R. PUCELLA, *Scelte tragiche e dilemmi giuridici ai tempi della pandemia*, in *NGCC*, 3, 2020, 24 ss.; M. PICCINI, *Scelte tragiche in terapia intensiva*, in *NGCC*, 3, 2020, 11; S. ROSSI, *Società del rischio e scelte tragiche al tempo del coronavirus*, in *Rivista AIC*, 3, 2020, 246; L. CONTE, *Covid-19. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI. Profili di interesse costituzionale*, in *Federalismi.it*, Osservatorio Emergenza Covid-19, 1 aprile 2020.*

⁹ Cfr. d.l. n. 18 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 27 del 2020, recante Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica. Fra le norme cui si faceva riferimento, si vedano, ad esempi, gli articoli 2 e ss., relativi al potenziamento delle risorse umane del comparto sanità, gli articoli 5 ss., concernenti la semplificazione delle procedure per la produzione, la fornitura e l'acquisto dei dispositivi medici, l'art. 102 del rubricato Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo e ulteriori misure urgenti in materia di professioni sanitarie, eccetera.

¹⁰ Per esempio, il d.P.C.M. 26 aprile 2020 ha disposto che «fino al 17 maggio, sono sospese le attività di assistenza sanitaria che non rivestono carattere di urgenza e di indifferibilità». Inoltre, già prima, l'art. 3 del già citato d.l. 18 del 2020 aveva previsto che, per aumentare la dotazione di posti letto in terapia intensiva, le Regioni erano autorizzate ad acquistare prestazioni da privati anche in deroga ai limiti di spesa. Di conseguenza, i singoli enti territoriali sono intervenuti con una profonda riorganizzazione sanitaria, che ha comportato anche, inter alia, la sospensione dell'attività intramuraria. Si veda, per esempio, la scheda informativa con le relative delibere pubblicata sul sito della Regione Lombardia, dal titolo Coronavirus: riorganizzazione delle attività di ricovero e ambulatoriali, e disponibile a questo indirizzo: <https://bit.ly/31F8fs3>.

consentendo di approfondire il mutare dell'approccio ai diritti riproduttivi che l'emergenza sanitaria ha forzato.

2. L'impatto della pandemia sul genere

Se il fattore tempo rappresenta la prospettiva a partire dalla quale si intende ragionare sull'impatto che la pandemia ha avuto sulle differenze di genere in campo medico, non si può non partire da una riflessione sul luogo nel quale, in misura maggiore, la dimensione temporale è stata percepita in maniera differente rispetto a prima. La casa, come molti hanno già efficacemente osservato, ha rappresentato, soprattutto durante le settimane in cui le misure restrittive della libertà di circolazione erano più accentuate, il terreno su cui maggiormente si sono misurate le differenze di genere. Al di là delle stime sul tempo "maschile" e "femminile" dedicato alla cura della casa, quanto è qui di interesse riguarda la potenziale maggiore esposizione delle donne, rispetto agli uomini, a disuguaglianze collegate all'organizzazione e gestione dei carichi familiari in combinazione con il lavoro da remoto¹¹.

La presenza continuativa dell'intero nucleo familiare entro le mura domestiche, con un significativo sovvertimento delle abitudini relazionali e con convivenze spesso forzate, ha poi posto in evidenza i pericoli collegati alla violenza sulle donne. Accanto alle campagne informative trasmesse da radio e televisioni, si sono moltiplicate le iniziative veicolate sia dalle istituzioni pubbliche sia dall'associazionismo per non lasciare le donne da sole¹².

Oltre a ciò, un ulteriore profilo che ha messo in evidenza in maniera significativa le disuguaglianze di genere collegate alla pandemia riguarda i lavori di cura, un settore notoriamente dominato

¹¹ Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 marzo 2020, recante *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*, il lavoro agile è stato introdotto come modalità lavorativa ordinaria, dove possibile, per tutta la pubblica amministrazione ed è stato raccomandato anche per le imprese (art. 1, commi 6 e 7). In argomento cfr. L. RONCHETTI, *Il genere e la pandemia costituzionale*, in G. PALMIERI (a cura di), *Oltre la pandemia*, Napoli, 2020, 1063. Pone in collegamento la dimensione dello spazio domestico e del tempo con la condizione femminile anche M. BELLA, *Risignificare lo spazio domestico ai tempi del Covid-19: tra convivenza e lavoro femminile*, in G. PALMIERI (a cura di), *Oltre la pandemia*, cit., 670.

¹² Sono già molto numerosi i documenti internazionali e nazionali a riguardo. Ad esempio v. UN Women, *COVID-19 and ending violence against women and girls*, 2020; WHO, *COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do*, 26 marzo 2020; il *policy brief* del segretario generale delle Nazioni Unite relativo all'impatto del CoViD-19 sulle donne, che tratta anche della violenza domestica (su cui *infra*), in commento al quale cfr. F. STAIANO, *L'impatto della pandemia da covid-19 sulle donne: considerazioni sul policy brief del Segretario Generale dell'ONU del 9 aprile 2020*, in *SIDI Blog*, 2 maggio 2020. In prospettiva più strettamente nazionale cfr., a titolo esemplificativo, il protocollo d'intesa firmato dalla Ministra per le Pari Opportunità e la Famiglia e dal Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani il 2 aprile 2020 per potenziare l'informazione per le donne vittime di violenza domestica; oppure la Relazione su *Misure per rispondere alle problematiche delle donne vittime di violenza dei centri antiviolenza, delle case rifugio e degli sportelli antiviolenza e antitratto nella situazione di emergenza epidemiologica da COVID-19* approvata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere il 26 marzo 2020. In argomento cfr. C.M. REALE, *La dimensione costituzionale dell'emergenza: come l'epidemia moltiplica le disuguaglianze*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 1, 2020, 277 ss. Per una ricca e recente mappatura degli strumenti giuridici per combattere la violenza sulle donne cfr. B. PEZZINI, A. LORENZETTI (a cura di), *La violenza di genere dal codice Rocco al codice rosso*, Torino, 2020.

dall'occupazione femminile. Più nello specifico, con riguardo ai lavori domestici e all'assistenza agli anziani, è stata lamentata una scarsa attenzione del legislatore a questa particolare categoria di lavoratori (*rectius*, lavoratrici) che, tuttavia, contribuisce in modo significativo all'assistenza alle famiglie e agli anziani¹³. La pandemia ha anche portato alla luce una fragilità prima scarsamente considerata: al decesso dell'anziano che assistono, le c.d. badanti conviventi si trovano spesso sprovviste di un posto dove andare e l'inevitabile rallentamento delle relazioni interpersonali soprattutto nelle fasi iniziali dell'emergenza sanitaria (e, non ultimo, la chiusura dei confini nazionali) ha rischiato di aprire nuove e profonde ferite sociali e di creare ulteriori marginalità, delle quali sarebbero state principalmente vittime le donne straniere¹⁴.

Si tratta solo di alcuni esempi dell'impatto che la pandemia ha avuto sulle questioni di genere e sulla capacità della crisi sanitaria globale di creare nuove disuguaglianze, sovente basate sul sesso e combinate con altri potenziali fattori di fragilità o di discriminazione (l'età anziana, l'occupazione precaria, essere stranieri, avere figli piccoli, eccetera). A ben vedere, però, non si tratta di situazioni nuove, venutesi a creare a causa della pandemia. Quest'ultima ha solamente agito quale catalizzatore dell'emersione di problematiche già esistenti, esacerbando disuguaglianze e fattori di rischio spesso noti e frequentemente trascurati.

3. Salute delle donne ed emergenza sanitaria: tra conseguenze dell'impegno in prima linea e diritti riproduttivi

Tornando alle questioni evidenziante in premessa, la dimensione temporale, al contempo dilatata e concentrata nelle spirali dell'emergenza sanitaria, ha permesso di accendere i riflettori su questioni in alcuni casi note, ma spesso sopite o sottovalutate sia nel dibattito pubblico e politico sia in quello giuridico. Da questo punto di vista, quindi, la pandemia ha il pregio di aver evidenziato bisogni e urgenze non più procrastinabili.

Fra questi, in modo particolare, è emersa l'esigenza di eliminare alcune disuguaglianze che, in ambito sanitario, colpiscono primariamente le donne. Sono problematiche che trascendono i confini nazionali, accomunando molti ordinamenti e colpendo, con intensità variabile, le donne impegnate professionalmente in attività di cura della persona oppure in quanto pazienti. La portata globale di queste differenze di genere è tale da essere stata presa in considerazione come oggetto di un *policy brief* del Segretario Generale delle Nazioni Unite che, intervenendo sui rischi sociali della pandemia, ha individuato l'ambito sanitario come uno dei terreni di rafforzamento delle discriminazioni¹⁵. Come ora vedremo, le criticità segnalate in sede internazionale sono riscontrabili, pur con le dovute specificità, anche nel nostro Paese.

¹³ Ad esempio, si è puntato l'indice sull'art. 22, co. 2, del d.l. n. 18 del 2020 che ha escluso dalla cassa integrazione in deroga i datori di lavoro domestico, cfr. T. BOERI, *Pregghiera per le badanti*, in *La Repubblica*, 23 marzo 2020.

¹⁴ Mettono in luce la fragilità lavorativa delle lavoratrici domestiche nel contesto della pandemia anche L. RONCHETTI, *Il genere e la pandemia costituzionale*, cit., 1062; A. ZINI, *Che ne sarà di colf, assistenti domiciliari e baby sitter*, in *Ingenere*, 31 marzo 2020.

¹⁵ United Nations, *Policy Brief: The Impact of Covid-19 on Women*, 9 aprile 2020, disponibile all'indirizzo internet: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf.

In primo luogo, le donne possono essere più esposte al contagio – in base a quanto si legge nel documento citato – perché a livello globale esse rappresentano circa il 70 % della forza lavoro in ambito sanitario ed è generalmente più probabile che si trovino in prima linea nella lotta contro il virus, in qualità di infermiere, operatrici sociosanitarie o altro personale dei servizi ospedalieri e territoriali¹⁶. Inoltre, le donne sono ampiamente occupate nel comparto sanitario e nei servizi ancillari a quelli strettamente medici: si pensi al personale addetto alle pulizie, alle lavanderie o ai servizi mensa. Da questo punto di vista, il *policy brief* della Nazioni Unite esprime preoccupazione per la scarsa tendenza a includere le donne nei processi decisionali per le risposte alla pandemia, nonostante un oggettivo impegno di forze e risorse in prima linea¹⁷. Possiamo quindi evidenziare come, nel nostro ordinamento, si sia cercato di tenere in considerazione questo oggettivo divario, ponendo una particolare attenzione a monitorare la diffusione del virus e l'andamento della malattia nelle persone contagiate anche per mezzo di dati disaggregati per genere¹⁸. I dati raccolti hanno presto messo in evidenza che, proprio per le ragioni anzi dette, le donne sono più esposte al virus, anche per motivi lavorativi, e che lo hanno effettivamente contratto largamente. Ciononostante, sin dalle fasi iniziali dell'emergenza sanitaria, tali statistiche hanno evidenziato che la mortalità a causa del CoViD-19 per le donne è decisamente più bassa¹⁹.

Questa osservazione empirica ha inevitabilmente aperto nuove ipotesi di ricerca medica, mirate all'individuazione delle ragioni biologiche della differenza nella mortalità per genere. Si tratta di un'importante occasione di avanzamento per la c.d. medicina di genere, se si considerano le critiche da tempo sollevate nei confronti dell'orientamento frequentemente a prevalenza maschile di molte sperimentazioni²⁰.

Il secondo canale di preoccupazione del segretario generale delle Nazioni concerne, segnatamente, la garanzia dei diritti riproduttivi, in una fase in cui l'accesso ai servizi sanitari è necessariamente contingentato e programmato²¹. Prevenzione e cura contribuiscono al benessere globale delle donne e, inevitabilmente, dei loro figli e delle famiglie in cui vivono; di conseguenza, limitare la disponibilità e l'apertura dei servizi per la salute riproduttiva può ridurre l'accesso alla contraccezione, determinando un aumento di gravidanze indesiderate (con tutto ciò che ne può seguire in termini di aborto o assistenza alla gravidanza e al parto) o una maggiore esposizione a malattie sessualmente trasmissibili, come l'HIV e l'epatite. Tutto ciò, oltre ad avere un impatto non positivo sui servizi sanitari (richiedendo, evidentemente, interventi che avrebbero potuto essere evitati grazie ad una buona prevenzione),

¹⁶ In base all'annuario statistico del Ministero della Salute pubblicato nel luglio 2019 con i dati sul personale sanitario relativi all'anno 2017, il personale di ruolo del Servizio sanitario nazionale ammonta a oltre seicentomila unità, di cui il 66,8% donne.

¹⁷ Si veda il *policy brief*, a pagina 10.

¹⁸ Istituto Superiore di Sanità, *Differenze di genere in COVID-19: l'importanza dei dati disaggregati per sesso, aprile 2020*, disponibile all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-differenze-genero-importanza-dati-disaggregati>.

¹⁹ *Ibidem*. A questo riguardo cfr. anche L. RONCHETTI, *Il genere e la pandemia costituzionale*, cit., 1061.

²⁰ Su alcune delle problematiche degli "sbilanciamenti" di genere in medicina cfr. F. RESCIGNO, *Medicina di genere e autodeterminazione femminile: un percorso giuridico accidentato*, e M. TOMASI, *Sperimentazioni cliniche e medicina di genere: la ricerca dell'eguaglianza attraverso la valorizzazione delle differenze*, entrambi in B. PEZZINI, A. LORENZETTI (a cura di), *70 anni dopo tra uguaglianza e differenza*, Torino, 2019, rispettivamente 203 e 215.

²¹ Si veda il *policy brief*, a pagina 11.

colpisce inesorabilmente le donne in condizioni di maggiore fragilità sociale ed economica, accentuando le diseguaglianze e creando ulteriori bisogni e necessità di intervento.

3.1. Le misure organizzative

Nel contesto sopra descritto, l'analisi delle misure organizzative adottate in ambito sanitario può contribuire a decifrare come il nostro ordinamento abbia reagito a questo secondo ordine di preoccupazioni. Da un lato, l'accesso ai servizi – almeno in periodo “ordinario” – dipende in larga parte dall'organizzazione regionale, anche se l'emergenza sanitaria globale in corso ha imposto la necessità di adottare misure omogenee sul territorio nazionale. Dall'altro lato, al di là dell'organizzazione, ci sono misure di carattere nazionale che attengono alla garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni in ambito sanitario che precedono il dato strettamente organizzativo e che, anzi, debbono essere assicurate in modo omogeneo sul territorio nazionale²².

Quanto al primo aspetto, sin dalle fasi iniziali dell'emergenza, è stata chiara la necessità di provvedere ad una riorganizzazione delle strutture sanitarie, anche attraverso la concentrazione delle risorse umane e strumentali nella gestione dell'infezione. Già con una circolare del 1 marzo 2020²³, il Ministero della Salute comunicava alle autonomie territoriali la necessità di provvedere all'incremento delle disponibilità di posti letto e di organico in terapia intensiva, malattie infettive e pneumologia. A tal fine, le Regioni e le Province autonome avrebbero dovuto prendere le adeguate misure anche per la «rimodulazione locale delle attività ospedaliere». I territori si sono, quindi, organizzati, disponendo in larga parte la sospensione e il rinvio di molte attività sanitarie in elezione²⁴. A tale atto, con l'avanzare dell'emergenza sanitaria, sono seguiti – come è noto – numerosissimi interventi normativi dell'esecutivo, di livello primario e secondario che, per quanto qui di stretto interesse, hanno introdotto strumenti di diversa natura per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN).

L'adozione di misure volte, complessivamente, alla gestione sanitaria della pandemia e al potenziamento strutturale del Servizio sanitario, anche al fine di far fronte ad eventuali future riacutizzazioni della minaccia sono proseguite nelle settimane successive, con l'ulteriore finalità di sistematizzare gli interventi già effettuati. A riguardo, ad esempio, l'articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla l. n. 77 del 2020, ha demandato a Regioni e Province Autonome il compito di attuare un apposito piano riorganizzativo volto a «rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale» al fine di «fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche». Per garantire l'omogeneità sul territorio nazionale delle misure organizzative adottate a livello regionale, la medesima norma prevede anche una procedura concertata con il governo centrale, analiticamente descritta nei commi successivi²⁵.

²² Circa l'articolarsi di queste dinamiche in “tempo ordinario” tra Stato e Regioni sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *Il biodiritto nel prisma dell'autonomia regionale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 2, 2020, 241 ss. e letteratura ivi citata.

²³ Circolare n. 2627 del 1 marzo 2020 del Ministero della Salute, recante *Incremento disponibilità posti letto de Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19*.

²⁴ Cfr. *supra*, nota 10.

²⁵ Decreto-legge n. 34 del 2020, articolo 2, co. 1: «I piani di riorganizzazione di cui al presente comma, come approvati dal Ministero della salute secondo la metodologia di cui al comma 8, sono recepiti nei programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni

Tali misure, pur indirizzandosi principalmente all'organizzazione sanitaria coinvolta in prima linea nella gestione del virus, hanno inevitabilmente condizionato la gestione complessiva delle strutture del SSN e, con queste, anche di quelle dedicate alla salute riproduttiva e delle donne. Nel coacervo di atti e norme che freneticamente si sono accavallati nelle prime settimane dell'emergenza, ad esempio, una circolare del Ministero della Salute, adottata in data 16 marzo 2020, contiene alcune linee di indirizzo sulle prestazioni sanitarie riprogrammabili e su quelle non differibili. Pur nella consapevolezza della competenza regionale per la riorganizzazione dei servizi sanitari, l'intervento ministeriale è mirato a rendere omogenee sul territorio nazionale le iniziative necessitate dalla crisi e sollecitate dal Governo stesso. La circolare distingue le attività ambulatoriali e quelle di ricovero in procrastinabili e non procrastinabili, specificando che nella seconda categoria rientrano i trattamenti contrassegnati tra priorità urgente e breve e i ricoveri urgenti, oncologici o con priorità A²⁶.

A dimostrare come la salute riproduttiva delle donne rischi spesso di finire schiacciata entro le maglie dell'organizzazione sanitaria, bisogna segnalare come, a pochi giorni di distanza dall'adozione della circolare citata, si sia resa necessaria la diffusione di un secondo atto amministrativo, contenente chiarimenti sul primo e specificamente dedicato all'area ostetrico-ginecologica²⁷.

Nell'elencazione delle prestazioni non differibili dedicate alla salute materno-infantile, il Ministero include, naturalmente, anche le interruzioni volontarie di gravidanza. La necessità di chiarire, per mezzo di un atto ministeriale, che tali interventi rientrano tra quelli non procrastinabili suggerisce che – come

dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze». Secondo quanto previsto dal successivo comma 8, le Regioni e le Province Autonome presentano al Ministero della Salute tale piano entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto; al Ministero spettano poi 30 giorni per l'approvazione, con la possibilità di chiedere, una sola volta, eventuali chiarimenti o integrazioni. In caso di silenzio da parte del Ministero, il piano è approvato scaduto il termine per le osservazioni. Invece, in caso di parere negativo, oppure in caso di mancata presentazione del piano da parte della Regione o della Provincia Autonoma entro il termine indicato, il piano viene adottato dal Ministero stesso, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

²⁶ Si tratta di categorie individuate Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, Repertorio Atti n.: 28 /CSR del 21/02/2019. Per quanto riguarda le visite ambulatoriali, le classi di priorità si dividono in U (Urgente), da effettuarsi entro 72 ore; B (Breve), da eseguire entro 10 giorni; D (Differibile), a 30 giorni per le visite e a 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni. Anche i ricoveri sono distinti in quattro classi di priorità; in particolare, la priorità A riguarda ricoveri che devono essere eseguiti entro 30 giorni per casi clinici che possono rapidamente aggravarsi.

²⁷ Circolare n. 8076 del 30 marzo 2020 del Ministero della Salute, recante *Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19*.

del resto segnalato da alcune associazioni attraverso gli organi di stampa²⁸ – l'accesso ai servizi abortivi si sia reso più complesso durante l'emergenza sanitaria²⁹.

Ecco, dunque, che, una volta sbrogiate le intricate maglie dell'organizzazione sanitaria, si apre l'occasione per sviluppare alcune considerazioni sul rapporto tra concezione della salute della donna e tempo, all'epoca della pandemia.

3.2. La libertà di scelta delle donne, nel tempo della pandemia

Di per sé, il contenuto della circolare ministeriale citata potrebbe essere letto in termini neutri o, al più, potrebbe trovare collocazione nella solerzia di un apparato amministrativo nel pieno occhio del ciclone, alle prese con la necessità di riorganizzare, anche attraverso nuove procedure, perfino le attività più basilari. Eppure, la necessità di chiarire che, in questo specifico settore della medicina, vi sono alcune prestazioni non differibili, nonostante la gravidanza in sé non sia una patologia da curare, accende un campanello d'allarme sulla percezione generale della salute delle donne. Al di là dell'accesso all'interruzione di gravidanza – di cui ora si dirà – bisogna subito evidenziare come l'intero universo della riproduzione sia disciplinato, prima che dall'etica, dal diritto o dall'organizzazione sanitaria, dalle ferree regole della biologia, governate a loro volta da un rigido schema temporale.

Riemerge, quindi, il *tempo*, concetto centrale nella gestione della pandemia e nella percezione soggettiva delle nuove dinamiche di vita che ne sono scaturite. Nella riproduzione umana, la sovranità biologica del tempo è tale da essere stata difficilmente messa alla prova dall'uomo e dal progresso scientifico. È emblematica di questo dominio la medicina della riproduzione: nonostante essa si occupi essenzialmente di offrire la possibilità di generare a coloro che incontrano una barriera naturale nel farlo, non solo le percentuali di successo della procreazione assistita restano molto basse, ma risulta ancora difficile aggirare le barriere che lo scorrere del tempo impone alla biologia umana³⁰.

Sfidando la sovranità del tempo sulla biologia riproduttiva, la pandemia ha imposto la sospensione di alcune delle attività sanitarie dedicate alla ricerca della genitorialità, con la sola eccezione – come specificato nella circolare sopra citata – delle procedure già avviate nelle pazienti che si dovevano sottoporre a prelievo ovarico e al trasferimento degli embrioni (interventi, evidentemente, non

²⁸ A. POMPILI, M. PARACHINI, *L'aborto ai tempi del coronavirus*, in *Quotidiano Sanità*, 14 marzo 2020; M.N. DE LUCA, *Coronavirus, "L'emergenza blocca gli aborti, diamo a casa la pillola Ru486"*, in *La Repubblica*, 8 aprile 2020, nella quale l'autrice dà diffusione ad una petizione lanciata attraverso il web da Pro-choice Rete italiana contraccezione e aborto (Pro-choice RICA), Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'Applicazione legge 194 (LAIGA), Associazione Medici Italiani Contraccezione e Aborto (AMICA) e Associazione Vita Di Donna ONLUS volta a favorire l'accesso all'aborto farmacologico durante l'emergenza sanitaria.

²⁹ A riguardo cfr. M. D'AMICO, *Emergenza sanitaria e diritti dimenticati*, in G. DE MINICO, M. VILLONE (a cura di), *Stato di diritto. Emergenza. Tecnologia*, ConsultaOnline, 2020, 99. Richiama la circolare anche F. GRANDI, *L'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine": l'ultima trincea dell'effettività del servizio di interruzione della gravidanza*, in *Osservatorio costituzionale*, 5, 2020, 1.

³⁰ In base a quanto si desume dai dati annualmente presentati dal Ministero al Parlamento sull'attuazione della legge n. 40 del 2004, meno del 20 % dei cicli di procreazione medicalmente assistita iniziati portano ad una gravidanza e meno ancora ad un parto. In generale, inoltre, gli esiti positivi si abbassano significativamente con l'aumentare dell'età della donna. Cfr. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (L. febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, anno 2019, presentata al Parlamento il 26 giugno 2019.

procrastinabili). Tutti coloro che avrebbero dovuto iniziare le procedure, invece, hanno dovuto attendere, rinviando di alcuni mesi la ricerca di una gravidanza medicalmente assistita. A questo riguardo, bisogna segnalare che con una circolare del 1 marzo 2020, l'Istituto Superiore di Sanità ha raccomandato, *inter alia*, la sospensione dell'attività di donazione di cellule riproduttive e la sospensione dei trattamenti per tutte le coppie che non avessero già iniziato i cicli di stimolazione oppure che non si trovassero in condizioni di urgenza per ragioni di età o di situazione sanitaria³¹.

Sebbene non sia nelle facoltà del diritto far tornare indietro la lancetta dell'orologio (men che meno di quello biologico), alla ripresa delle attività all'affacciarsi della faticosa fase due, si sono accompagnati alcuni piccoli correttivi organizzativi volti a garantire l'inclusione nei percorsi procreativi di coloro che, a causa della pandemia, hanno visto un rallentamento del proprio progetto di genitorialità³².

La lettura complessiva della circolare del Ministero della Salute, quindi, non solleva particolari criticità, limitatamente al fatto che l'atto ha incluso fra le prestazioni non procrastinabili durante l'emergenza sanitaria un novero molto ampio di interventi per la salute riproduttiva della donna, anche non strettamente collegati ad una gravidanza in atto, sebbene molti dei trattamenti oggetto delle precisazioni fossero indubbiamente dovuti senza dilazioni temporali. Lo stesso atto, tuttavia, genera più di qualche perplessità, se si considera che il Ministero della Salute ha ritenuto doveroso specificare che nemmeno le interruzioni di gravidanza sono differibili.

L'intera legge n. 194 del 1978, che da oltre quarant'anni disciplina con equilibrio la possibilità di porre termine ad una gravidanza per ragioni collegate alla salute fisica o psichica della donna, è costruita su di un articolato schema temporale, a propria volta basato sulla scansione naturale della gravidanza. Nemmeno il tempo sospeso della pandemia può modificare il ritmo dello sviluppo fetale nel grembo materno e, di conseguenza, le decisioni assunte in via legislativa per la scelta sull'interruzione della gestazione. La sospensione dei ritmi di vita imposta dalla crisi sanitaria, inoltre, non può intaccare diritti costituzionalmente garantiti e, soprattutto, bloccare l'erogazione di trattamenti sanitari che non solo rientrano nei livelli essenziali delle prestazioni, ma la cui fruibilità è inderogabilmente vincolata al tempo.

Per espressa scelta legislativa, infatti, l'interruzione volontaria di gravidanza, in Italia, può essere di due tipi: entro i primi novanta giorni (artt. 4 e 5 della legge n. 194 del 1978) e dopo i primi novante giorni (articoli 6 e 7 della medesima legge). La *ratio* di tale decisione, peraltro analoga a quella adottata da molti altri ordinamenti, risiede nel notevole incremento del rischio per la vita e la salute delle donne che insorge negli aborti svolti dopo il primo trimestre e nel correlato sviluppo del feto³³. A prescindere

³¹ Cfr. Istituto Superiore di Sanità, *Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia per le cellule riproduttive e i trattamenti di PMA (procreazione medicalmente assistita)*, 17 marzo 2020, Prot. 605/CNT2020, accessibile sul sito www.iss.it. In argomento si veda il contributo di M.P. IADICICCO, *Le ricadute dell'emergenza sanitaria sulle procedure di fecondazione assistita*, in questo fascicolo.

³² Cfr. Istituto Superiore di Sanità, *Procreazione medicalmente assistita e COVID-19: la survey del Registro nazionale PMA*, disponibile all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-pma-survey>; *Circolare del Centro Nazionale Trapianti e del Registro PMA dell'ISS, recante Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia nell'ambito delle attività che comportino prelievo ed utilizzo di cellule riproduttive e dei trattamenti di PMA*, 5 maggio 2020, disponibile all'indirizzo http://www.trapianti.salute.gov.it/imgs/C_17_cntAvvisi_243_0_file.pdf.

³³ G. BERLINGUER, *La legge sull'aborto*, Roma, 1978, 67 ss.; C. FLAMIGNI, C. MELEGA, *RU486: non tutte le streghe sono state bruciate*, Roma, 2010, 73 ss.

da ciò, comunque, quanto interessa evidenziare riguarda la chiara scansione temporale della possibilità di interrompere la gravidanza: come è noto, entro il novantesimo giorno, la donna può attivare tali procedure se ritiene che la prosecuzione della gravidanza comporterebbe «un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito»³⁴. Dopo tale termine, le condizioni per richiedere un aborto divengono più stringenti e, segnatamente riguardano il caso in cui la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure vi siano rilevanti anomalie del nascituro che mettano in pericolo la salute fisica o psichica della stessa³⁵.

L'aborto nel primo trimestre, inoltre, è subordinato al rispetto – salvo ragioni di urgenza – di un ulteriore requisito temporale: la donna deve recarsi presso un consultorio familiare (o da un medico di fiducia) dove, al termine di un colloquio vertente sulle ragioni che la inducono a compiere tale scelta, le viene rilasciato un documento, firmato anche da lei stessa, che attesta lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta³⁶. A questo punto, la donna deve attendere sette giorni prima di recarsi presso una struttura sanitaria autorizzata a compiere le interruzioni di gravidanza³⁷. Si tratta di un ulteriore termine temporale, voluto dal legislatore, per bilanciare i diversi interessi costituzionali che caratterizzano questa legge e il cui gioco combinato, al contempo, ha contribuito a costruire quell'equilibrio che le ha permesso di superare indenne i controlli di legittimità della Corte costituzionale, consegnandola ai giorni nostri invariata dopo quarant'anni di vigenza³⁸.

Anche in tempo di pandemia, questa scansione temporale non ha subito (né avrebbe potuto subire) differimenti né sospensioni. Il corpo delle donne, il ritmo delle loro scelte e – soprattutto – i tempi

³⁴ Art. 4, co. 1, legge n. 194 del 1978.

³⁵ Art. 6, legge n. 194 del 1978.

³⁶ Sulle problematiche dell'IVG entro i primi novanta giorni cfr. A. APRILE, *Interruzione volontaria della gravidanza: casistica medico-lege*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, Vol. II, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (dir.), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, 1719 ss.

³⁷ Art. 5, co. 3, legge n. 194 del 1978.

³⁸ La letteratura giuridica sulla legge n. 194 del 1978 è vastissima. Limitandosi al dibattito più recente e senza pretese di completezza cfr. B. LIBERALI, *Costituzione e interpretazione nella disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza fra progresso scientifico ed evoluzione della coscienza sociale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 2, 2019, 437; ID., *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, 2017; M. D'AMICO, *La legge n. 194 del 1978 fra adeguamenti scientifici, obiezione di coscienza e battaglie ideologiche*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3, 2018, 91 ss.; I. PELLIZZONE, *Obiezione di coscienza nella legge 194 del 1978: considerazioni di diritto costituzionale a quarant'anni dall'approvazione della legge n. 194 del 1978*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3, 2018, 11 ss.; L. BUSATTA, *Insolubili aporie e responsabilità del SSN. Obiezione di coscienza e garanzia dei servizi per le interruzioni volontarie di gravidanza*, in *Rivista AIC*, 3, 2017; M. D'AMICO, *I diritti contesi. Problematiche attuali del costituzionalismo*, Milano, 2016, 32 ss.; M. D'AMICO, B. LIBERALI, *Procreazione medicalmente assistita e interruzione volontaria della gravidanza*, Napoli, 2016; F. GRANDI, *Le difficoltà nell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194: ieri, oggi, domani*, in *Le istituzioni del Federalismo*, 1, 2015, 100 ss.; L. CHIEFFI, J.R. SALCEDO HERNÁNDEZ (a cura di), *Questioni di inizio vita*, Milano-Udine, 2015; B. PEZZINI, *Inizio e interruzione della gravidanza*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, cit., 1655 ss.; G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *Il diritto costituzionale come regola e limite al potere. Scritti in onore di Lorenza Carlassare*, Vol III, Napoli, 2009, 815.

della gravidanza non hanno subito alcun rallentamento a causa delle misure adottate per far fronte alla crisi sanitaria. Ne segue, anche in termini di garanzia dei diritti, che le relative prestazioni avrebbero dovuto continuare ad essere garantite, in regime di sicurezza e con tutte le cautele necessarie a limitare la diffusione del contagio, senza però travolgere la libertà di scelta e il diritto alla salute.

4. Le nuove linee guida ministeriali sulla legge n. 194 del 1978 e l'aborto farmacologico

Come si è avuto modo di accennare, alcune associazioni impegnate nella garanzia della libertà di scelta delle donne, sin dall'inizio della pandemia, hanno segnalato i rischi connessi ad una difficile accessibilità dei servizi per le interruzioni di gravidanza. I loro appelli, oltre a richiedere una maggiore chiarezza nelle modalità organizzative per evitare di compromettere l'erogazione di un servizio essenziale, hanno puntato anche ad un aggiornamento delle procedure, con un maggiore impiego dell'aborto farmacologico.

Il 12 agosto 2020 il Ministero è infine intervenuto con un provvedimento recante *Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine"*, in sostituzione delle precedenti linee guida, risalenti al 2010³⁹. Queste ultime facevano seguito all'autorizzazione all'immissione in commercio nel nostro ordinamento del farmaco per l'aborto farmacologico, il mifepristone, e indicavano le condizioni di utilizzo all'interno del sistema sanitario⁴⁰. A garanzia della salute della donna, l'AIFA autorizzava l'assunzione del farmaco per l'interruzione medica di gravidanza entro il quarantanovesimo giorno di amenorrea, con il preciso vincolo del rigoroso rispetto di quanto previsto dalla legge n. 194 del 1978, in regime di ricovero in una delle strutture autorizzate all'IVG, sino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento.

Sulla scia della determinazione AIFA e del correlato parere del Consiglio Superiore di Sanità⁴¹, quindi, le linee guida ministeriali del 2010 prevedevano l'assunzione dei due farmaci per l'aborto medico (il mifepristone, RU486, prima e le prostaglandine, poi, a distanza di 48 ore), in regime di ricovero ordinario. Secondo quanto indicato da AIFA e – va sottolineato – a differenza di quanto previsto nell'omologa autorizzazione dell'Agenzia Europea del Farmaco, la possibilità di utilizzare tale metodica veniva circoscritta alla settima settimana di gravidanza⁴².

Una volta autorizzato l'impiego dei medicinali per l'aborto farmacologico e individuate le procedure da seguire con le linee guida ministeriali, questa metodica per le interruzioni volontarie di gravidanza è diventata una alternativa concreta per le donne. A partire da allora, però, hanno anche iniziato a moltiplicarsi le differenziazioni regionali nella garanzia di questo servizio, poiché alcune Regioni si sono

³⁹ Spiega dettagliatamente la successione degli atti amministrativi che hanno portato all'impiego in Italia della RU486, dal 2009 sino alle ultime linee guida F. GRANDI, *L'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine"*, cit., 8 ss.

⁴⁰ Determina del direttore generale dell'AIFA n. 1460 del 24 novembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Serie generale, n. 286 del 9 dicembre 2009, Supplemento ordinario n. 229, con la quale è stata autorizzata l'immissione in commercio (A.I.C.) del medicinale «Mifegyne», a base di mifepristone (RU486).

⁴¹ Consiglio Superiore di Sanità, parere 18 marzo 2010.

⁴² Cfr. ancora F. GRANDI, *L'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine"*, cit., 8 ss.; in argomento v. anche P. DI LAURO, *Obiezione di coscienza e aborto farmacologico*, in L. CHIEFFI, J.R. SALCEDO HERNÁNDEZ (a cura di), *Questioni di inizio vita*, cit., 586.

fatte non solo parte diligente, ma anche promotrici di un ampio ricorso a questa tecnica, mentre altri territori si sono dimostrati più restii.

Come si evince dalla relazione sull'applicazione della legge, che annualmente il Ministero presenta al Parlamento, l'aborto farmacologico è divenuto effettivamente disponibile per le donne su tutto il territorio nazionale solamente negli anni più recenti, nonostante alcune Regioni avessero iniziato ad impiegarlo *off label* sin dal 2005⁴³. Ad oggi, sono ancora riscontrabili significative variazioni a livello regionale, con un'oscillazione che va dal 44 % dell'impiego dell'aborto farmacologico sul numero totale di IVG del Piemonte, all'utilizzo solamente in una manciata di casi, pari all'1-2 % nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Molise. In generale, inoltre, si può osservare un significativo divario nel ricorso al farmaco tra le Regioni del Nord e le altre⁴⁴.

In maniera interessante, inoltre, l'ultima relazione evidenzia che, nonostante molte Regioni, in conformità con le linee guida ministeriali, offrano l'aborto farmacologico in regime di ricovero ordinario⁴⁵, la maggior parte delle donne che ha scelto di avvalersi di questa metodica (76 %) ha chiesto la dimissione volontaria dopo la somministrazione del primo farmaco o, comunque, prima dell'avvenuta completa espulsione del prodotto del concepimento, per tornare in un secondo momento presso la struttura sanitaria per i necessari controlli⁴⁶. Uno sguardo ai dati raccolti dal Ministero, infine, pone in evidenza che, in ogni caso, la maggior parte delle IVG, con un'oscillazione che va dal 45 % delle isole al 60 % nel meridione, avviene entro l'ottava settimana di gestazione⁴⁷. Si tratta di un elemento interessante, se si considera che, quindi, il ricorso all'aborto farmacologico potrebbe essere più frequente.

Sul contesto sinora descritto bisogna, ora, collocare l'adozione delle nuove linee guida da parte del Ministero. Sulla base del parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità del 4 agosto 2020, l'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico è ora consentita fino alla nona settimana di gestazione (ossia fino al 63° giorno) e in strutture ambulatoriali, oppure in *day hospital*⁴⁸. Per il

⁴³ Come riportato nella *Relazione del Ministro Salute sulla attuazione della Legge 194/78*, presentata il 4 ottobre 2007 e contenente i dati preliminari del 2006 e dati definitivi del 2005, «nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in cinque Regioni (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di 1151 casi, pari allo 0,9% delle IVG effettuate nell'anno», pagina 34.

⁴⁴ *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), con i dati definitivi del 2018*, presentata il 2 luglio 2020, pagina 48 e tabella 25.

⁴⁵ Alcune Regioni, fra le quali, ad esempio il Piemonte e l'Umbria, facendo leva su quanto previsto dall'art. 15 della legge, che riconosce ampia libertà organizzativa agli enti territoriali, avevano già disposto la somministrazione dal farmaco abortivo in regime di *day hospital*. A riguardo cfr. F. GRANDI, *L'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine"*, cit., 11.

⁴⁶ *Relazione sullo stato d'attuazione della legge n. 194 del 1978 presentata nel 2020*, pag. 48. A questo riguardo, il Ministero aggiunge che «[i]noltre nel 96,9% dei casi non vi era stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento con isterosuzione o per revisione della cavità uterina si era presentata nel 5,3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92,9% dei casi non era stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questo metodo».

⁴⁷ *Relazione sullo stato d'attuazione della legge n. 194 del 1978 presentata nel 2020*, tabella 19.

⁴⁸ Come si evince dal testo delle linee guida pubblicate nell'agosto 2020, inoltre, «[s]uccessivamente al parere del Consiglio Superiore di Sanità, è stata emanata la Determina n. 865 del 12 agosto 2020 dell'Agenzia Italiana del Farmaco "Modifica delle modalità di impiego del Medicinale Mifegyne a base di mifepristone (RU486)" nella

farmaco RU486, quindi, viene annullato il vincolo di utilizzo in regime di ricovero ed estesa di due settimane la possibilità di utilizzo.

Il Ministero sembra, insomma, aver accolto parte delle sollecitazioni pervenute attraverso gli appelli cui si è fatto cenno sopra; il superamento del regime di ricovero ordinario, poi, potrebbe essere un portato della riorganizzazione generale delle strutture sanitarie provocata dalla pandemia. Ciò che è interessante osservare, comunque, riguarda la pressione che l'emergenza epidemiologica ha esercitato anche sulla garanzia delle prestazioni sanitarie non strettamente collegate al trattamento del virus e come, nel caso che qui interessa, essa abbia potuto influire sull'impiego degli strumenti materiali che veicolano l'effettività di una legge dal contenuto costituzionalmente vincolato.

La necessità di ridurre l'afflusso e la permanenza di esterni nelle strutture sanitarie, infine, ha avuto un significativo impatto anche sul tempo: ampliare la possibilità di ricorrere all'aborto farmacologico, infatti, significa permettere al personale sanitario di seguire più pazienti contemporaneamente, riducendo il ricorso a procedure chirurgiche. Oltre ad estendere di due settimane la possibilità per le donne di scegliere la tipologia di intervento per l'interruzione di gravidanza, un maggiore impiego dell'IVG farmacologica può contribuire anche, in termini organizzativi, ad ovviare ai rallentamenti nell'accesso ai servizi abortivi che possono dipendere dalla difficoltà di gestione delle richieste da parte del personale disponibile. Tale ultimo fenomeno, come è noto, è spesso stato collegato all'ampio esercizio dell'obiezione di coscienza, in base all'art. 9 della legge, da parte dei ginecologi⁴⁹.

Sotto plurimi profili, quindi, l'aggiornamento delle linee guida può essere valutato positivamente. In modo particolare, per quanto più di interesse per le riflessioni che si stanno qui sviluppando, l'atto ministeriale contribuisce a rinvigorire la legge n. 194 del 1978 nel tempo. A distanza di oltre quarant'anni dalla sua sofferta, ma infine condivisa, approvazione, questo atto normativo ha saputo dimostrare di reggere indenne alle enormi trasformazioni sociali e scientifiche a cui abbiamo assistito in questi ultimi quattro decenni e di continuare a salvaguardare gli interessi costituzionali di tutti i soggetti coinvolti.

In aggiunta, allargare la possibilità di impiego dell'aborto farmacologico, sia in termini temporali sia sotto il profilo organizzativo significa consentire alle strutture del servizio sanitario di poter scegliere –

quale vengono superate le precedenti limitazioni contenute nella Delibera del Consiglio di Amministrazione AIFA n. 14 del 30 luglio 2009 e nella Determinazione del Direttore generale dell'AIFA del 24 novembre 2009. Con la nuova Determina AIFA».

⁴⁹ In base all'ultima relazione, la media nazionale di obiezioni di coscienza tra i ginecologi è attualmente del 69 %, con punte però molto alte in alcune Regioni. Il tema è stato ampiamente trattato dalla dottrina, anche recentemente. M.P. IADICICCO, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, in *Rivista AIC*, 1, 2018; I. DOMENICI, *Obiezione di coscienza e aborto: prospettive comparate*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3, 2018, 19 ss.; C.B. CEFFA, *Gli irrisolti profili di sostenibilità sociale dell'obiezione di coscienza all'aborto a quasi quarant'anni dall'approvazione della legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2017; B. LIBERALI, *“Per l'applicazione esclusiva della legge n. 194”: una clausola che viola il diritto di obiezione di coscienza o che attua gli obblighi organizzativi di ospedali e Regioni?*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2017; S. PRISCO, *Aborto e autodeterminazione della donna: profili problematici*, in L. CHIEFFI, J.R. SALCEDO HERNÁNDEZ (a cura di), *Questioni di inizio vita*, cit. 511; M. SAPORITI, *Se fossero tutti obiettori? Paradossi e fraintendimenti dell'obiezione di coscienza all'aborto in Italia*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2, 2013, 477 ss.; più ampiamente v. anche F. GRANDI, *Doveri costituzionali e obiezione di coscienza*, Napoli, 2014; D. PARIS, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, 2011.

se le circostanze cliniche lo permettono e la donna acconsente – prestazioni meno impegnative in termini di risorse economiche ed umane, con un impatto evidentemente positivo sulla gestione sanitaria in generale. L'atto ministeriale ha, infine, una funzione unificante, poiché mira a sollecitare le Regioni ad adottare procedure omogenee e comuni, pur rispettando l'autonomia organizzativa loro spettante.

5. Corpo, genere e pandemia in un rinnovato assetto temporale: se non ora, quando?

Il tempo è il fulcro intorno al quale sono state costruite le riflessioni qui sviluppate sul rapporto tra impatto della pandemia sull'eguaglianza di genere e organizzazione sanitaria poiché è l'elemento unificatore delle diverse situazioni di cui si è trattato.

Anzi tutto, il periodo della pandemia, come abbiamo visto, ci ha costretto a sospendere (in parte) alcuni dei ritmi dell'ordinarietà, spostando le priorità e imponendo una riorganizzazione anche temporale tanto delle nostre vite private quanto del rapporto tra stato e persona. In questo contesto, inevitabilmente, sono emerse in maniera significativa le diseguaglianze legate alle condizioni personali e sociali che spesso si rivelano essere *gender-oriented*⁵⁰. Il tempo, infatti, è uno dei canali su cui si misurano le disuguaglianze stesse, se si pensa all'impegno orario dedicato alla famiglia, alla cura o ai lavori di casa e come questo si riverberi, in concreto, sulle scelte professionali e sull'avanzamento individuale⁵¹. Ma è il dato biologico, come abbiamo visto, ad individuare il vero campo di sovranità del tempo nelle differenze di genere, soprattutto quando legato alla riproduzione.

Anche per queste ragioni si è scelto di affrontare le problematiche emergenti dall'incrocio tra genere, pandemia e sanità attraverso la prospettiva del tempo, cercando di individuare, prima, come l'emergenza sanitaria abbia modificato l'ordinario scorrimento delle vite e, poi, come il fattore temporale sia stato al centro di numerosi interventi per limitare il contagio e, in un secondo momento, per favorire una lenta ed ordinata ripresa delle attività umane. Nell'ampio novero di scelte operate a livello legislativo ed amministrativo in questo contesto, il settore sanitario è quello nel quale misurare l'impatto della rinnovata gestione del tempo.

Ecco, dunque, che l'emergenza sanitaria ha messo in luce, ancora una volta, che la garanzia di diritti acquisiti non può mai essere data per scontata, poiché il venir meno delle tutele previste dalla legge può dipendere anche dal modo in cui le norme trovano attuazione nel nostro ordinamento. In questo senso, la contingenza creata dalla crisi sanitaria ha evidenziato che, per esempio, nemmeno l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza può essere dato per scontato. Se non ben presidiati, i diritti la cui garanzia transita attraverso prestazioni rischiano di incontrare pericolosi vuoti di effettività per effetto di regole in apparenza solo organizzative⁵².

⁵⁰ Parla di una «costante tensione tra uguaglianza e differenza» che ha accompagnato «le elaborazioni della giurisprudenza costituzionale sui rapporti uomo-donna e sulle reciproche posizioni nella differenti sfere della vita sociale» B. PEZZINI, *Il corpo della differenza: una questione costituzionale nella prospettiva dell'analisi di genere*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 2, 2019, 620.

⁵¹ Cfr. a riguardo L. RONCHETTI, *Il genere e la pandemia costituzionale*, cit.; M. D'AMICO, *Emergenza, diritti, discriminazioni*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2, 2020, 16 ss.; in prospettiva più ampia v. A. FACCHI, O. GIOLO, *Libera scelta e libera condizione*, Bologna, 20, *passim*.

⁵² Tratta di questioni simili, con particolare riferimento alle problematiche derivanti dall'attribuire «un ruolo preminente al formante giurisprudenziale», invece che valorizzare i compiti dell'amministrazione, N. VETTORI,

Il fatto che una circolare ministeriale abbia dovuto precisare che, fra le prestazioni non procrastinabili nemmeno durante il c.d. *lockdown*, rientrasse anche l'IVG dimostra che l'occhio deve essere sempre vigile quando viene in gioco la tutela di posizioni delicate e di diritti sensibili. Il tempo, in questo caso, costituisce il fattore caratterizzante la pretesa individuale della prestazione medica, che impedisce di rimandare l'intervento e funge, al contempo, da campanello d'allarme in caso di carenze nell'applicazione effettiva della legge n. 194 del 1978.

Le nuove linee guida sull'aborto farmacologico pubblicate nell'agosto 2020, infine, sono un efficace esempio di come il tempo della pandemia abbia imposto di rivedere alcune decisioni, sia in termini sostanziali sia in termini organizzativi. La necessità di limitare gli accessi alle strutture sanitarie e i tempi di permanenza all'interno di esse, come abbiamo visto, ha determinato una profonda riconfigurazione della macchina sanitaria che, proprio all'incrocio con le questioni di genere, è andata a toccare anche le modalità di effettuazione delle interruzioni di gravidanza. Su tutto, la ragione che ha spinto le istituzioni a rivedere le condizioni di autorizzazione del farmaco abortivo in termini di superamento della somministrazione in regime di ricovero e di estensione del termine temporale da sette a nove settimane di gestazione deve quindi essere individuata primariamente nelle nuove esigenze, piuttosto che in una revisione sostanziale di posizioni che in occasione delle precedenti linee guida, dieci anni fa, prestarono il fianco a significative critiche⁵³.

In questo caso, quindi, possiamo osservare come la pandemia abbia funzionato quale catalizzatore dell'emersione di problemi e disuguaglianze sociali in parte già note e in parte generate dalla contingenza del momento attuale. Ciò che, in termini costruttivi, può essere osservato riguarda il ruolo che i poteri pubblici esercitano in questo contesto: a fronte di un dato costituzionale naturalmente orientato alla promozione dell'eguaglianza di genere e alla costante rimozione delle differenziazioni che in concreto limitano l'esercizio dei diritti, la parità si misura per mezzo degli strumenti legislativi e organizzativi. Laddove il dato normativo non presenti profili di illegittimità o non necessiti di un aggiornamento da parte del legislatore, come nel caso della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza, sono le strutture amministrative e organizzative a farsi veicolo della garanzia dei diritti, nel rispetto dei principi costituzionali fra i quali anche quelli di imparzialità e di adeguatezza, che divengono strumentali alla realizzazione dell'eguaglianza⁵⁴.

Non è una novità che la legge sull'IVG sconti alcune problematiche applicative che hanno condotto l'Italia a rispondere della sua attuazione davanti al Comitato europeo dei diritti sociali che, nel 2014 e nel 2016, ha riscontrato come, pur a fronte di un dato normativo conforme alla Carta Sociale Europea, manchino strumenti concreti volti a garantire un'effettiva applicazione della legge⁵⁵. Come si ricorderà,

Diritti della persona e amministrazione pubblica: la tutela della salute al tempo delle biotecnologie, Milano, 2017, 33-35. Circa la rilevanza dei profili organizzativi per assicurare l'applicazione della legge n. 194 del 1978, cfr. A. PIOGGIA, *Diritto all'aborto e organizzazione sanitaria, ovvero del diavolo nei dettagli*, in *Medicina nei secoli*, 28, 1, 2016, 149 ss.

⁵³ Cfr. FLAMIGNI, C. MELEGA, *RU486: non tutte le streghe sono state bruciate*, cit., 137 ss.

⁵⁴ In riferimento all'organizzazione come strumento di imparzialità della pubblica amministrazione e alla specializzazione quale veicolo di adeguatezza, cfr. N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica*, cit., 153 e 160.

⁵⁵ Si tratta delle decisioni del Comitato europeo dei diritti sociali relative, rispettivamente, ai reclami collettivi n. 87/2012, *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) v. Italy*, pubblicata in data 10 marzo 2014, e n. 91/2013, *CGIL v. Italy*, pubblicata in data 11 aprile 2016, su cui A. CARMINATI, *La decisione del*

i casi portati all'attenzione dell'organo internazionale riguardavano l'alta percentuale di obiezioni di coscienza fra i ginecologi, ma è stato anche il fattore tempo a contribuire all'orientamento del Comitato, poiché – come è evidente – per l'IVG è necessario intervenire con tempestività per assicurare la prestazione entro la definita cornice temporale disegnata dalla legge. L'alta percentuale di obiezione di coscienza tra il personale medico determina, infatti, una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi per le donne, che si realizza in un rallentamento nei tempi per ottenere le IVG; tutto ciò, ad avviso del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, provoca una lesione del diritto alla salute della donna da parte del nostro ordinamento che non mette in atto gli strumenti più adeguati a garantire un'effettiva applicazione della legge. Il tempo, dunque, si fa misura dell'effettività del diritto.

Volendo essere ottimisti, si potrebbe concludere osservando come il tempo dell'emergenza sanitaria abbia portato con sé un ulteriore, piccolo, passo nel lungo cammino nel riconoscimento dei diritti delle donne in ambito riproduttivo. D'altro canto, però, non si può non registrare l'esplosione di situazioni di marginalità e subordinazione a discapito del genere femminile e della strutturale debolezza degli strumenti in mano alle istituzioni⁵⁶ per conferire pienezza ai principi costituzionali e procedere al completo invero dell'eguaglianza di genere, a partire da ciò che per natura differenzia i due sessi⁵⁷.

La contingenza dell'emergenza sanitaria ha accelerato l'affiorare di numerose situazioni di disuguaglianza, spesso declinabili in termini di genere, e ha accentuato discriminazioni esistenti. La diversa dimensione che il tempo ha assunto in questi convulsi mesi, come abbiamo visto, ha giocato quale catalizzatore dell'emersione di profondi divari. L'auspicio concreto è che la rinnovata consapevolezza della rapidità necessaria per intervenire sui diversi bisogni di carattere economico e sociale che la pandemia ha portato alla luce comprenda anche un impegno sostanziale nell'eliminazione delle barriere che ostacolano ancora l'eguaglianza di genere. La ripartenza, anche in considerazione delle profonde riforme che gli Stati europei dovranno programmare per il piano di ripresa dopo l'epidemia, dovrà considerare anche gli interventi che – tanto sul piano normativo quanto su quello amministrativo e organizzativo – possono garantire in concreto ed effettivamente una reale eguaglianza di genere.

Comitato europeo dei diritti sociali richiama l'Italia ad una corretta applicazione della legge 194 del 1978, in *Osservatorio Costituzionale, Rivista AIC*, giugno 2014; B. LIBERALI, *Prime osservazioni a margine della decisione sul merito del reclamo collettivo n. 91 del 2013 Diritti Sociali*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2016, 417; se si vuole, L. BUSATTA, *Nuove dimensioni del dibattito sull'interruzione volontaria di gravidanza, tra divieto di discriminazioni e diritto al lavoro – Commento alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, reclamo collettivo n. 91/2013, CGIL c. Italy*, 11 aprile 2016, in *DPCE Online*, 2, 2016.

⁵⁶ Si pensi, solo per fare riferimento ad un recente caso emblematico, alla vicenda della legge elettorale pugliese e all'intervento sostitutivo del Governo per la garanzia della parità di genere, su cui L. TRUCCO, *Dal mar Ligure allo Ionio: norme elettorali "last minute" e rappresentanza di genere di "mezza estate"*, in *Consulta Online, Liber Amicorum per Paquale Costanzo*, 10 agosto 2020.

⁵⁷ Per alcune riflessioni a riguardo cfr. L. GIANFORMAGGIO, *Eguaglianza, donne e diritto*, Bologna, 2005, 212; I. MASSA PINTO, *Costituzione e generi: argomenti interpretativi e teorie sulla differenza sessuale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, special issue 2, 2019, 600.