

La legge 194: un dibattito riaperto

Corrado Melega*

LAW 194: A REIGNITED DEBATE

ABSTRACT: Law 194/1978, which protects maternity and regulates the voluntary interruption of pregnancy in Italy, has been at the centre of controversy and debate since its promulgation. The problem was increased after the restrictive measures on voluntary abortion taken in some European countries and above all after the American Supreme Court's ruling (*Dobbs vs Jackson Women Health Organization*), which, in June 2022, overruled the historic 1973 decision (*Roe vs Wade*). The US Supreme Court stated that there is no constitutional foundation for the right to abortion in the US Constitution. Contrary to the USA, where the 1973 ruling was considered untouchable and no federal law followed it, in Italy a ruling by the Constitutional Court, which established the prevalence of the mother's health over that of the foetus while recognising its rights, was followed by a State law, number 194 of May 1978. It is also worth noting the support of various media and public opinion, which made it possible to reject the abrogative referendum a few years later. With regard to its application, on the one hand, there is the optimism of the Ministry of Health's annual report, based on the significant decrease in the number of abortions; on the other hand there is the protest over the difficulties raised by women in access abortion services in some parts of the country, linked to the high number of objectors among health personnel. There is also a reduced recourse to the pharmacological practice, which after 30 years of application has now demonstrated its safety, as certified by both the WHO and scientific societies halfway around the world. The law is more than 40 years old and should be the subject of a democratic review based on international experience and scientific evidence, but from a series of media statements and projects presented it seems that it is destined not so much to be repealed, which is legislatively very difficult, but to be emptied.

KEYWORDS: Abortion; family counselling centres; reproductive rights; conscientious objection; pharmaceutical abortion

ABSTRACT: La legge 194, che tutela la maternità e regola in Italia l'interruzione volontaria di gravidanza, è stata fin dalla sua promulgazione, al centro di polemiche e dibattiti. Il problema si è accentuato dopo le misure restrittive sull'aborto volontario prese in alcuni paesi europei e soprattutto dopo la sentenza della Corte Suprema

* *Componente della Consulta di Bioetica Onlus. Già direttore del dipartimento materno infantile della Asl Bologna, già presidente della commissione regionale per il percorso nascita. Mail: corrado.melega@gmail.com. Contributo su invito.*

Americana (*Dobbs vs Jackson Women Health Organization*), che, nel giugno 2022, ha giudicato priva di fondamento costituzionale la storica sentenza del 1973 (*Roe vs Wade*), con la quale la stessa Corte aveva sancito il diritto della donna all'autodeterminazione in tema di scelte riproduttive e sessuali. Al contrario degli USA, dove la sentenza del 1973 fu ritenuta intoccabile e ad essa non fece seguito alcuna legge federale, in Italia una sentenza della Corte costituzionale che sancì la prevalenza della salute della madre su quella del feto pur riconoscendone i diritti, fu seguita da una legge della Stato, la numero 194 del maggio 1978. Bisogna inoltre sottolineare il sostegno di vari mezzi di comunicazione e dell'opinione pubblica, che permise qualche anno dopo di respingere il referendum abrogativo. Per quello che riguarda la sua applicazione, da una parte c'è l'ottimismo della relazione annuale del Ministero della Salute, fondata sulla significativa diminuzione del numero di aborti; dall'altra parte c'è la protesta per la difficoltà che le donne trovano nell'usufruire del servizio in alcune parti del paese, legata all'alto numero di obiettori. C'è inoltre un ricorso ridotto alla pratica farmacologica, che dopo 30 annidi applicazione ha ormai dimostrato la sua sicurezza, come certificano sia l'OMS che le società scientifiche di mezzo mondo. La legge ha più di 40 anni e dovrebbe essere oggetto di una revisione democratica basata su esperienze internazionali ed evidenze scientifiche, ma da una serie di esternazioni mediatiche e progetti presentati pare che sia destinata non tanto all'abrogazione, legislativamente molto difficile, ma ad essere svuotata.

PAROLE CHIAVE: Aborto; consultori familiari; diritti riproduttivi; obiezione di coscienza; aborto farmacologico

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Le reazioni alla sentenza dal lato medico-scientifico – 3. Perché questa sentenza ci riguarda di là della preoccupazione delle donne americane? – 4. Interruzione volontaria di gravidanza ed effettività della legge – 5. L'aborto farmacologico – 6. L'importanza dei dati – 7. Quali soluzioni? – 8. Conclusioni: l'importanza della salute sessuale per assicurare l'accesso all'interruzione di gravidanza.

1. Introduzione

Nel 1973 la sentenza della Corte Suprema statunitense stabilì che Jane Roe, pseudonimo di Norma Mc Corvey, poteva abortire volontariamente sulla base del «diritto alla privacy», descritto come libertà di fare «scelte intime e personali», che sono «centrali per la dignità e l'autonomia» (*Roe vs Wade*).

Il primo Stato a legalizzare l'aborto fu la Russia nel 1920; seguì poi l'*Abortion Act* inglese del 1967, ma la sentenza *Roe vs Wade* fu fondamentale, perché per la prima volta si affermò la possibilità di interrompere la gravidanza in virtù del diritto all'autodeterminazione della donna. La Corte affermava non solo il pieno fondamento costituzionale di questo diritto, ma anche la sua universalità, che teoricamente non richiedeva leggi specifiche e rendeva illegittime leggi che in differenti stati vietassero l'aborto.

L'importanza della sentenza sta nell'aver giustificato la liceità dell'aborto volontario a livello costituzionale; infatti nel testo si legge che nella Costituzione americana la parola persona non include il "non nato".

Il XIV emendamento riguarda tutte le decisioni che possono essere considerate "fondamentali"; quindi è implicito che tale diritto si estende anche alle "attività relative al matrimonio", compresa la "decisione di interrompere la gravidanza".

Si trattò certamente di una sentenza che ha cambiato la forma di vita familiare, ha modificato la pratica medica, è intervenuta in maniera significativa sulla sessualità e sugli stili di vita, aprendo una discussione su quello che fino a quel momento era un argomento tabù, almeno negli Stati Uniti: l'aborto.

La contraccezione ormonale e, alla fine degli anni '70, la procreazione medicalmente assistita completarono la rivoluzione sessuale che offriva alla donna la libertà di separare le scelte sessuali da quelle riproduttive.

Bisogna però sottolineare che in quella storica sentenza c'era un'intrinseca debolezza dovuta alla poca preveggenza dei legislatori di allora, che non fecero seguire alla sentenza una legge federale. Si fidarono della "sacralità" della Corte e del suo preteso essere *super partes*, senza considerare che poteva accadere che venisse il giorno in cui i giudici avrebbero deliberato sulla base della loro ideologia politica e non dell'interesse dei cittadini. Cosa puntualmente accaduta con l'esasperazione della lotta politica scatenata da Trump.

Il 24 giugno 2022 la Corte Suprema americana (a maggioranza repubblicana dopo le nomine di Trump) si è pronunciata sul caso *Dobbs vs Jackson Women's Health Organization*, ossia sulla legittimità di una legge del Mississippi che violava i principi affermati nella sentenza *Roe vs Wade*, giudicando che il diritto all'aborto non ha fondamento costituzionale, perché non rientra nelle tutele previste dal XIV emendamento, che viene così escluso; il precedente è stato pertanto superato ed è stata lasciata ai singoli stati la libertà di legiferare in materia, affermando che i Padri fondatori non avevano parlato di aborto nel redigere la Costituzione (la cosiddetta posizione originalista).

Vero che la sentenza del 24 giugno non ha cambiato la premessa che il non nato non è persona, quindi potrà a sua volta essere ribaltata, intanto però già numerosi stati hanno emesso delibere più o meno restrittive della possibilità di abortire e ci sono anche notizie di richieste di informazioni ai social network per individuare eventuali aborti illegali o migrazioni verso stati più permissivi.

Si tratta di un problema non solo sanitario ma anche sociale, visto che donne appartenenti a classi più svantaggiate saranno costrette a portare avanti gravidanze indesiderate o ad affidarsi ad operatori con pochi scrupoli e con scarsa o nulla professionalità.

2. Le reazioni alla sentenza dal lato medico-scientifico

Le reazioni alla sentenza non si son fatte aspettare; a parte l'appello del presidente Biden a votare per il Partito democratico nelle elezioni di medio termine, sono molto interessanti tre articoli apparsi nel settembre 2022.

Il primo sul *New England Journal of Medicine*¹ parte da una domanda: cosa dovrebbe fare un professionista quando, secondo lui, una legge gli richiede di agire in maniera nociva per il suo paziente? L'associazione dei medici americani (*AMA — American Medical Association*) ha commentato la sentenza come un'intrusione governativa nell'ambulatorio medico, un diretto attacco alla pratica medica e alla relazione medico-paziente ed una patente violazione dei diritti dei pazienti ad usufruire di servizi basati sull'evidenza. Le conclusioni prospettano la disobbedienza civile sulla base di un articolo del codice etico medico dell'AMA che nell'ultimo capoverso afferma che nel caso eccezionale di leggi ritenute ingiuste le responsabilità etiche dovrebbero prevalere sui doveri legali.

Negli USA per esercitare il diritto di voto è necessario iscriversi nelle liste elettorali. Un articolo pubblicato su Statista, compagnia che si occupa di raccolta dati per mercati e consumatori, a firma di Katharina Bucholz² rileva come, dopo la sentenza *Dobbs*, sia aumentato il numero di donne iscritte nei registri elettorali, tale che in 9 stati, a metà agosto, si è registrato un numero di votanti donne superiore ai maschi del 10%. La giornalista afferma che a questo sia dovuta la bocciatura di una legge sull'aborto molto restrittiva in un referendum nel Kansas, stato a guida repubblicana. Anche in altri stati si è verificato il medesimo fenomeno, gli effetti del quale potranno forse vedersi in futuro.

La rivista *Nature*, infine, con l'articolo *Inside The Supreme Court's war on Science*³, sottolinea la natura comune di tre sentenze su aborto, libero accesso alle armi ed ambiente, nelle quali gli scienziati vedono una preoccupante negazione del ruolo delle evidenze scientifiche nell'indirizzare politiche di salute pubblica.

3. Perché questa sentenza ci riguarda di là della preoccupazione delle donne americane?

Credo che prima di parlare della situazione italiana sia opportuno qualche cenno di storia, che illustri il percorso di democratizzazione che, negli anni '70, riguardò molti aspetti della vita dei cittadini, e tra questi la condizione femminile nel lavoro e nelle scelte di vita sessuale e riproduttiva. Anche nel nostro Paese la magistratura ebbe un ruolo importante nello sviluppo di tale percorso. Una prima importante sentenza della Corte costituzionale, fu pubblicata nel marzo 1971 e sancì l'incostituzionalità dell'articolo 553 del codice penale, risalente all'epoca fascista, che proibiva «l'incitamento a pratiche contro la procreazione» in difesa «dell'integrità della stirpe»⁴. Cominciò così l'era della contraccezione ormonale.

Nel 1975 la Corte, con la sentenza n. 27 (riguardante una questione sollevata dal Giudice Istruttore di Milano nel 1972), pur premettendo che: «L'articolo 2 della Costituzione riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo e fra questi non può non collocarsi, seppure con particolari caratteristiche sue proprie, la situazione giuridica del concepito» stabilì che «non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita, ma anche alla salute propria di chi è già persona, come la madre e la salvaguardia dell'embrione, che persona deve ancora diventare». La sentenza toglieva così ogni fondamento all'azione penale nei confronti di chi chiedeva di interrompere una gravidanza pericolosa per la salute

¹ M.K. WYNIA, *Professional Civil Disobedience — Medical-Society Responsibilities after Dobbs*, in *New England Journal of Medicine*, 387, 2022, 959-961, 15 settembre 2022.

² K. BUCHOLZ, *Dobbs Decision Sets Off Wave of Female Voter Registration*, in *Statista*, 13 settembre 2022.

³ J. TOLLEFSON, *Inside the US Supreme Court's war on science*, in *Nature*, 609, 14 settembre 2022, 460-462.

⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 49/1971.

della madre. Su queste basi l'Italia, a differenza degli USA, promulgò una legge, la n. 194 del 22 maggio 1978. Credo sia importante sottolineare come questa sentenza fosse da inquadrare nel particolare momento politico e civile del nostro Paese.

In quegli anni, pur funestati dal terrorismo, iniziò a svilupparsi una coscienza civile che produsse importanti riforme riguardanti lavoro, scuola e sanità.

Anche la condizione femminile subì profondi cambiamenti; il femminismo fece sentire la sua voce con manifestazioni di piazza che chiedevano libertà nelle scelte sessuali e riproduttive. Il settimanale *Noi Donne* promosse un'inchiesta intitolata "I figli che non nascono". *L'Espresso* insieme alla Lega 13 maggio (data della vittoria nel referendum sul divorzio) iniziò una campagna di stampa con il titolo: *Aborto, una tragedia italiana*, sostenuta dai Radicali, dal MLD (Movimento di Liberazione della Donna), dal CISA (Centro italiano di sterilizzazione e aborto), dall'AIED (Associazione italiana educazione demografica). Fece scalpore la copertina del settimanale che riportava la foto di una donna incinta nuda crocifissa.

Nel 1975, con la legge n. 405, furono istituiti i consultori, strutture pubbliche con accesso gratuito, che oltre a compiti di prevenzione di tumori e malattie sessualmente trasmesse, avrebbero dovuto: «Avere la possibilità di somministrazione di mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica dell'utente».

Accaddero poi due importanti fatti di cronaca che portarono all'attenzione dell'opinione pubblica il problema della legalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza.

Nel 1974 il Tribunale di Torino incriminò 273 donne per procurato aborto, dopo la morte di una ragazza ricoverata in ospedale per le complicazioni sorte dopo un aborto clandestino. Il medico, accusato di aver eseguito gli aborti, aveva tenuto un registro degli interventi, dal quale si conobbero i nomi delle donne; fu così possibile istruire il processo che suscitò ovviamente molto clamore oltre ad una campagna in difesa delle donne portata avanti da alcuni partiti, associazioni e privati cittadini.

Nel 1976 a Seveso si verificò nella fabbrica chimica ICMESSA un incendio, che provocò la formazione di una nube di diossina, sostanza che può essere causa di gravi malformazioni fetali. Delle 462 donne in gravidanza in quel momento, 26 chiesero la possibilità di abortire, che fu ottenuta dopo una forte campagna di stampa che accusò i proprietari di non aver informato le donne, vista la sentenza della Corte costituzionale di un anno prima. La vicenda è raccontata in un bel libro della scrittrice, ambientalista, partigiana Laura Conti, dal titolo *Una lepre con la faccia di bambina*. Il cosiddetto labbro leporino è una delle malformazioni più frequenti in caso di intossicazione da diossina.

I tempi erano ormai maturi, così nel 1977 il Parlamento costituì una commissione interpartitica che, dopo un anno, promulgò la legge n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione di gravidanza).

Si può affermare che in Italia, come negli Stati Uniti, le massime Corti, Suprema o Costituzionale, furono decisive per la parziale depenalizzazione e legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza, ma, a differenza degli USA, in Italia si registrò anche una mobilitazione dell'opinione pubblica e di alcuni mezzi di comunicazione, come qualche anno più tardi confermò la bocciatura del referendum abrogativo.

Riprendendo la domanda, perché nonostante questa differenza la sentenza della Corte Suprema ci riguarda?

Certamente perché rischia di alimentare posizioni, che da sempre vogliono limitare il diritto all'aborto, facendo prevalere interpretazioni restrittive della legge, soprattutto in alcune regioni; ma ci riguarda anche perché rischia di rafforzare posizioni misogine, avverse ai diritti sessuali e riproduttivi, che si stanno organizzando in tutta Europa. Considerazione che vale ancor di più oggi dopo il nuovo assetto politico uscito dalle recenti elezioni generali.

Ancor prima della sentenza *Dobbs*, il Parlamento Europeo riunito in sessione plenaria ha approvato la "Risoluzione sulle minacce globali ai diritti all'aborto", che chiede che la UE ed i suoi stati membri «includano il diritto all'aborto nella Carta dei Diritti Fondamentali».

4. Interruzione volontaria di gravidanza ed effettività della legge

Tra gli Stati membri nei quali il diritto all'aborto "sta subendo erosioni" viene citato espressamente il nostro Paese, con particolare riferimento all'obiezione di coscienza.

C'è un generale accordo sul mantenimento della legge n. 194 e sulla sua piena applicazione; le differenti posizioni si manifestano quando da una parte piena applicazione significa prevenire l'aborto e aiutare le donne in difficoltà a portare a termine la gravidanza dall'altra quando si protesta perché in diverse regioni interrompere la gravidanza prevede spostamenti e liste di attesa.

In Liguria c'è la proposta di istituire "sportelli pro vita" in ogni ospedale in cui si eseguono interruzioni e ciò significa un ulteriore passaggio a cui deve sottostare la donna che ha scelto di abortire. In Piemonte si finanzia un "programma di difesa della vita nascente", proposito di per se lodevole se non fosse che i soldi stanziati serviranno per convincere donne, che la gravidanza non la vogliono, a portarla avanti, con tanti saluti all'autodeterminazione.

In Piemonte, Umbria e Marche si è deciso di non aderire all'aggiornamento delle linee di indirizzo, pubblicate dal Ministero della Salute nell'agosto 2020, che cambiano le modalità di esecuzione dell'aborto farmacologico: potrà essere effettuato fino alla nona settimana, anziché alla settima, in *Day Hospital* o in strutture ambulatoriali pubbliche. Le tre regioni hanno ribadito il regime preferenziale del ricovero ospedaliero di tre giorni ed hanno escluso la somministrazione in consultorio.

Fino ad oggi solo il Lazio ha approvato e messo in pratica da un anno la possibilità di eseguire l'aborto medico in consultorio: Altre regioni come Toscana ed Emilia-Romagna stanno iniziando.

5. L'aborto farmacologico

L'avvento di farmaci per indurre l'aborto ha cambiato radicalmente le modalità di accesso e di esecuzione. Dove la procedura viene applicata in modo estensivo l'interruzione avviene più precocemente con minori rischi, le liste di attesa sono molto brevi.

Descritto brevemente: l'aborto farmacologico consiste nella somministrazione orale di un farmaco, il Mifepristone (RU486) e a distanza di 36\48 ore un secondo farmaco, la prostaglandina (Misoprostolo).

La procedura è stata oggetto di attacchi che ne descrivevano la pericolosità e lamentavano la solitudine della donna. In realtà è vero il contrario: le donne, che debitamente informate scelgono la via farmacologica, partecipano all'evento, sono soddisfatte di evitare anestesia e sala operatoria.

Per quello che riguarda i rischi e le complicazioni l'esperienza mondiale e ormai anche quella italiana smentiscono ogni allarmismo. Le complicazioni si mantengono a livelli molto bassi e solo raramente richiedono un ricovero per revisione di cavità. Nella relazione del Ministero relativa al 2020 sono segnalate al 4,2% e sono essenzialmente costituite da perdite ematiche, che il più delle volte non richiederebbero interventi medici, invece, spesso subiscono *over treatment* da parte di colleghi troppo prudenti o poco esperti.

Il metodo farmacologico iniziò ad essere applicato in Francia alla fine degli anni '80 e in altri Paesi europei nei primi anni '90. Nei primi tempi si registrarono alcune morti, che vengono continuamente richiamate: per inappropriato uso dei farmaci, per mancata diagnosi in un caso di gravidanza extrauterina, per patologia settica da *clostridium Sordellii* in donne nelle quali era stato indotto il parto o l'aborto con la somministrazione della prostaglandina per via vaginale. La somministrazione orale ha ovviato al problema; il metodo è stato adottato praticamente in tutto il mondo e dopo milioni di casi si può affermare la sua sicurezza oltre alla minore invasività.

Infatti nel 2006 l'OMS ha stabilito che si deve considerare la combinazione RU più prostaglandine essenziale per la salute delle donne. L'OMS registra che l'introduzione del metodo farmacologico nei paesi in cui le condizioni igienico sanitarie degli ospedali sono precarie, la morbilità per aborto è calata in modo significativo.

Anche la FIGO (Federazione internazionale di Ginecologia ed Ostetricia), insieme alle società scientifiche di mezzo mondo e alla FPP (*Family Planned Parenthood*) raccomandano l'adozione del metodo farmacologico.

Nel nostro paese dopo la circolare del Ministero della Salute l'impiego dell'aborto farmacologico copre 31,3%; in pratica un aborto su tre viene eseguito con il metodo farmacologico, seppure con una distribuzione diseguale che va dal 40% delle regioni di centro al 19% delle isole.

La procedura farmacologica continua ad essere avversata, eppure già nel 1978 la legge n. 194 all'articolo 15 disponeva che «le regioni d'intesa con le Università e gli Enti Ospedalieri promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione di gravidanza».

Partendo dalla prevenzione non molto è stato fatto in questi anni; basta consultare una ricerca europea, *Contraception Atlas* (AIDOS, Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo e Rete Pro Choice 2019, sotto l'egida di EPF, *Educational Empowerment and Equality*), condotta da un *pool* di esperti che hanno valutato tre parametri: il totale rimborso pubblico dei contraccettivi, la possibilità di counseling gratuito e la facilità di accesso all'informazione online.

L'Italia risulta al 26esimo posto tra 45 nazioni europee soddisfacendo poco meno del 60% dei requisiti. Una simile indagine è stata condotta tra le regioni italiane, sottoponendo un questionario ad operatori dei consultori. Le regioni che hanno offerto l'accesso più agevole alla contraccezione sono, secondo questo report, sono, nell'ordine, Emilia Romagna, Toscana e Puglia. Solo poche regioni hanno

deliberato la gratuità dei contraccettivi, in genere per donne di età inferiore a 26 anni o in donne con precarie condizioni economiche.

Una indagine, riguardante l'interruzione di gravidanza, è stata pubblicata nel 2021 da *Abortion Atlas* a cura di EPF e IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), prendendo in esame, per ogni paese, la copertura dell'intervento da parte del sistema sanitario nazionale, l'obbligo di esami clinici inutili o inappropriati in preparazione ad esso, la legge sull'interruzione di gravidanza trattata nel codice penale, la possibilità di ricorso all'obiezione di coscienza da parte degli operatori e la mancanza o l'insufficienza di informazioni sull'intervento o sulle modalità di accesso. L'Italia ha corrisposto ai requisiti per una percentuale attorno al 67%, che la pone in una posizione intermedia, non certo soddisfacente.

Un articolo, a firma Elena Tebano, nella rubrica online Prima Ora del Corriere della Sera del 25 settembre 2022, ha riportato un'indagine condotta dalla professoressa Letizia Mencarini, demografa dell'Università Bocconi di Milano, su un milione di IVG praticate tra il 2002 ed il 2016, messe in relazione con il tasso di obiezione di coscienza della provincia di residenza, il numero di IVG fatte lontano dalla provincia ed i tempi di attesa. Dai dati raccolti è risultato che più alta è l'obiezione di coscienza, più le donne si spostano fuori provincia e fuori regione con tempi di attesa più lunghi. Questa mobilità risultò maggiore rispetto a quella riscontrata per altri tipi di assistenza sanitaria.

6. L'importanza dei dati

Con la maggiore diffusione della procedura farmacologica e l'aumento dell'uso dei contraccettivi d'emergenza il problema dello spostamento si è attenuato, ma esiste ancora un ampio margine di criticità, come viene illustrato dalla ricerca pubblicata nel libro di Chiara Lalli e Sonia Montegiove Mai Dati (Mai Dati- Dati aperti sulla 194-Fandango, Giugno 2022) a commento della relazione al Parlamento sullo stato di applicazione della legge n. 194 presentata dal Ministro della Salute l'8 giugno 2022 e relativa all'anno 2020.

Secondo la relazione, le perplessità del Parlamento Europeo sembrerebbero infondate, pur con le criticità legate soprattutto ad importanti differenze territoriali: si registra infatti una significativa diminuzione del numero degli interventi rispetto al 2019 (-9%), oltre ad una diminuzione del tasso di abortività (numero di aborti per mille donne in età compresa fra 15 e 49 anni, indice che per convenzione internazionale definisce il periodo fertile), che risulta il più basso in Europa.

Secondo le Autrici una prima critica riguarda la obsolescenza e la indeterminatezza dei dati:

Anzi tutto, pubblicare nel 2022 i dati riferiti al 2020 è di poca utilità, per i cambiamenti nell'organizzazione degli ospedali, nella dotazione di personale e nell'incidenza dell'obiezione di coscienza

In secondo luogo, non tutti gli ospedali eseguono aborti e questo non sarebbe un problema se si potesse sapere quali sono e dove sono e non solo il numero (357 su 560 nel 2020, CHIARA LALLI, *E adesso dateci i numeri*, The Post International, 2 settembre 2022).

Inoltre, il Ministero della Salute fornisce solo informazioni chiuse, aggregate per medie regionali e datate: una mera operazione contabile, che prende in esame il numero di aborti ed il numero di non obiettori dimostrerebbe che in media ogni ginecologo esegue 1,1 interventi la settimana, compito

ovviamente poco gravoso. In realtà non sapendo quali ospedali sono attrezzati per le IVG, non si conoscono le cosiddette obiezioni di struttura; non sapendo la distribuzione degli obiettori per ogni struttura una donna non ha idea della possibile lista di attesa. L'interruzione di gravidanza è un intervento tempo dipendente, per cui conoscere i tempi di attesa è molto importante, dato che per ogni settimana di ritardo aumentano i rischi legati all'intervento chirurgico.

Un altro punto interessante e critico della relazione ministeriale riguarda la valutazione dei possibili aborti clandestini. La relazione sostiene che dal 2012 sarebbe avvenuta una stabilizzazione del fenomeno; un modello matematico messo a punto nel 2016 conferma la "bassa entità" del fenomeno, fissandola tra i 10000 e i 13000 casi, pari ad una percentuale tra il 10 ed il 13%. Però visto che dal 2016 al 2020 si è verificata una notevole diminuzione del numero di IVG, se è vero che il fenomeno è rimasto stabile si parla di un'incidenza tra il 13 ed il 19%. Certamente non siamo di fronte ad un fenomeno di una bassa entità, che potrebbe essere il sintomo della difficoltà che le donne trovano in certe zone ad avere accesso ai servizi.

7. Quali soluzioni?

Eliminare gli ostacoli organizzativi e soprattutto ideologici, semplificando l'applicazione del metodo farmacologico potrebbe essere di aiuto nel superare le diverse criticità, compresa l'obiezione di coscienza. D'altra parte, l'aborto farmacologico è oggetto di un curioso paradosso da parte dei suoi avversari, che da un lato affermano come l'aborto sia sempre un dramma che segna la vita della donna, dall'altro non lo vogliono perché renderebbe l'aborto di facile applicazione; pertanto, secondo loro se la cosa è più facile la donna dimentica il dramma della vita. Quello che mi ha sempre meravigliato è che a sostenere la tesi "dell'aborto facile", sono spesso delle donne.

Si afferma oggi da parte da varie parti la volontà di applicare correttamente la legge n. 194, ma le prime proposte e le prime dichiarazioni mi pare vadano in un altro senso. L'istituzione di sportelli per la vita, la presenza di associazioni pro vita nei consultori, la proposta di offrire somme di denaro alle donne per farle recedere dalla decisione di interrompere la gravidanza, appaiono più un tentativo di attaccare la legge 194, che l'espressione della volontà di promuovere riforme strutturali che aiutino le donne che hanno partorito nel lavoro, nell'accudimento dei figli, nell'organizzazione della vita familiare.

Soprattutto sbagliato è il parallelo che viene sempre sottinteso quando parlando di denatalità si annunciano misure di contrasto all'interruzione di gravidanza. La denatalità è un fenomeno che interessa molta parte del mondo industrializzato (basta guardare i dati cinesi) e non è spingendo le donne verso l'aborto clandestino, pensando a qualche forma di elemosina o costringendole a parlare con una serie di persone a vario titolo incaricati (psicologi, assistenti sociali, sacerdoti), che si risolve il problema.

Se la volontà fosse quella di applicare correttamente la legge n. 194, sarebbe certamente importante varare riforme che permettessero alle donne che hanno partorito di organizzare la propria vita secondo parametri rispettosi della nuova condizione; d'altra parte sarebbe altrettanto importante consentire alle donne di esprimere la propria autodeterminazione nelle scelte sessuali e riproduttive ri-

muovendo gli ostacoli all'applicazione della legge, favorendo una maggiore informazione ed un più equo accesso ai metodi contraccettivi.

Un esempio di politica in questo senso può essere quella francese. In Francia dal 2013 le ragazze dai 15 ai 18 anni dispongono di contraccezione gratuita. Nel 2020 la norma è stata estesa anche alle minori di 15 anni e dal gennaio 2022 è stata innalzata a 25 anni l'età entro la quale lo Stato si fa totalmente carico delle spese di contraccezione delle donne, con uno stanziamento per le casse pubbliche di 21 milioni di euro.

La Francia è stata la prima nazione ad applicare la procedura farmacologica; è stata recentemente approvata una legge che prevede l'estensione da 12 a 14 e dal 2022 a 16 settimane del limite legale per interrompere la gravidanza e allarga il bacino di professionisti sanitari che possono eseguire l'intervento: si tratta di ostetriche ed ostetrici che già dal 2016 potevano eseguire l'aborto farmacologico.

Per quello che riguarda la maternità delle donne francesi lo Stato si fa carico del salario pieno per le prime 16 settimane di congedo di maternità per il primo ed il secondo figlio e per 26 settimane dal terzo in poi. Inoltre le neomamme possono ottenere fino a tre anni di congedo "protetto" con sovvenzioni per baby-sitter a domicilio, assistenza ai bambini ed indennità mensili.

Si può tradurre in cifre questo diverso approccio politico, confrontando i tassi di abortività e gli indici di fertilità dei due paesi nel 2020: più alto è il tasso di abortività francese rispetto a quello italiano, che è il più basso in Europa (15,4 vs 5,4). Dall'altro lato l'indice di fertilità francese è molto più alto di quello italiano, che risulta tra i più bassi in Europa (1,83 vs 1,24). Dunque in Italia si fanno meno aborti, ma anche meno figli. La Francia risulta il paese numero uno in Europa per l'accesso alla contraccezione ed uno dei paesi con il più alto indice di fecondità. Esaminando i dati dei paesi con i quali di solito ci confrontiamo, Germania, Regno Unito, Belgio, Olanda, Svizzera si ritrova le stesse condizioni, pur con numeri diversi.

8. Conclusioni: l'importanza della salute sessuale per assicurare l'accesso all'interruzione di gravidanza

In definitiva si può dire che nei Paesi economicamente più sviluppati la fecondità va di pari passo con l'attenzione alla salute sessuale e riproduttiva che passa attraverso un equo accesso alla contraccezione ed all'interruzione di gravidanza.

Al contrario mi pare che nel nostro Paese si vada nella direzione opposta, quella tracciata dalle crudeli disposizioni di Polonia e Ungheria e dalla sentenza della Corte Suprema americana che ha lasciato ai singoli stati ogni decisione; infatti anche in Italia le singole regioni decidono autonomamente come ho ricordato prima ed è proprio per questo che, per ritornare alla domanda iniziale questa sentenza ci interessa.

Scriva Anna Pompili (Ginecologa Responsabile del servizio IVG del Centro per la Salute della Donna dell'Ospedale S. Anna di Roma) nel Forum sull'interruzione di gravidanza apparso qualche tempo fa sul Quotidiano Sanità che la sentenza ci interessa perché testimonia un impianto ideologico per il quale l'autodeterminazione è una bestemmia; ci interessa perché si continuerà a dire che l'aborto non è un diritto, ma un omicidio; ci interessa perché si continuerà ad attaccare la libertà delle donne,

ad imporre regole e divieti; ci interessa perché si tenterà sempre con forzature più o meno prepotenti, suscitando sensi di colpa, di indurre la donna a portare avanti gravidanze che ha deciso di non accettare⁵.

La legge n. 194 esprime norme che sono costituzionalmente vincolate, cioè un nucleo di garanzie non abrogabili in materia di accesso legale all'aborto, ma se veramente si vuole parlare di una sua piena applicazione è il momento di abbandonare lo sterile scontro ideologico/politico e di aprire un dibattito democratico, non gravato da ideologie o concetti etici e morali unilaterali, fondato su evidenze scientifiche, che tenga conto del quadro internazionale, come, ad esempio, indica l'OMS con la recente pubblicazione di raccomandazioni che danno indicazioni chiare per decriminalizzare, demedicalizzare, deospedalizzare l'aborto consentendo alla donna una maggiore autonomia decisionale. Ovviamente per raggiungere questo obiettivo è importante la volontà di tutti, perché è vero che ci sono norme costituzionalmente vincolate, che rendono complicata l'abrogazione della legge, ma è altrettanto vero che c'è la possibilità di svuotarla di contenuti e renderla di fatto non applicabile.

La legge ha ormai più di 40 anni e proprio sulla base di quanto dicono sia l'OMS che il Parlamento europeo sarebbe venuto il tempo di pensare, non a come restringere o dissuadere, ma a come intervenire per rinnovarla eliminando alcune regole e soprattutto assicurando alle donne quello che è il loro vero diritto, l'autodeterminazione.

⁵ A. POMPILI, *Forum Aborto. Dopo la sentenza della Corte Suprema degli Stati Uniti: cosa cambia per la medicina e la società. Anna Pompili: "Ecco perché riguarda anche noi"*, in *Quotidiano Sanità*, 7 luglio 2022.