

## Libere davvero? L'effettività della legge n. 194/1978 alla prova: un caso studio nel veronese

*Bruna Mura, Lorenza Perini\**

FREE INDEED? THE EFFECTIVENESS OF LAW NO. 194/1978 ON TRIAL: A CASE STUDY IN THE VERONA AREA

ABSTRACT: Starting with a reconstruction of the socio-political context that led to the enactment of the Law n.194 in 1978 and outlining the international landscape in which it fits today, the research presents some considerations on its action to guarantee women's health and reproductive rights. Indeed, there is not only conscientious objection that influences its effectiveness: even more so in pandemic and post-pandemic times, limitations on access to IVG have to do with a much broader dimension of systematic and structural deficiencies. In addition to the analysis of the processes that are maintaining, when not exacerbating, the dyscrasia between formal and substantive right to abortion, it is crucial to observe what this entails in the concrete experience of a woman who wants to access the service, and for this reason the research roots the analysis in the territory by focusing in the last part on a case study in the Verona area using a qualitative ethnographic methodology (shadowing).

KEYWORDS: Abortion; self-determination; civil rights; conscientious objection; health-care system

ABSTRACT: A partire dalla ricostruzione del contesto socio-politico che ha portato all'approvazione e successivamente alla promulgazione della Legge 194/78 e delineando il panorama internazionale in cui si inserisce oggi, la ricerca presenta alcune considerazioni sulla sua azione a garanzia della salute delle donne e dei diritti riproduttivi. Non vi è infatti solo l'obiezione di coscienza a condizionarne l'efficacia: ancor più in tempi pandemici e post-pandemici le limitazioni all'accesso all'IVG hanno a che fare con una dimensione di carenze sistematiche e strutturali molto più ampia. Oltre all'analisi dei processi che stanno mantenendo, quando non esacerbando, la discrasia tra diritto formale e sostanziale all'aborto, è fondamentale osservare cosa ciò comporti nella concreta esperienza di una donna che voglia accedere al servizio e per questa ragione la ricerca affonda l'analisi sul territorio concentrando nell'ultima parte uno studio di caso nel territorio veronese utilizzando una metodologia di tipo qualitativo etnografico (shadowing).

---

\*Bruna Mura: Assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Urbino. Mail: [bruna.mura@uniurb.it](mailto:bruna.mura@uniurb.it); Lorenza Perini: Assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Padova. Mail: [lorenza.perini@unipd.it](mailto:lorenza.perini@unipd.it). Contributo sottoposto a referaggio anonimo.

PAROLE CHIAVE: Aborto, autodeterminazione; diritti civili; obiezione di coscienza, sistema sanitario

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Dal dibattito del 1978 al contesto internazionale – 3. Il caso italiano: una legge e un’obiezione tra sanità aziendalizzata e pandemia – 4. Il diritto all’interruzione volontaria di gravidanza alla prova della pandemia – 5. “Voglio abortire”: alla ricerca di informazioni sul campo – 5.1. Contraccezione d’emergenza per una minore: le risposte dei consultori – 5.2 Accesso alla contraccezione d’emergenza: il farmacista obiettore – 6. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Sul “diritto d’aborto”<sup>1</sup> in Italia molte cose sono state scritte, con le prospettive più diverse: giuridiche, politologiche, sociologiche, storiche, bioetiche, mediche. Potrebbe dunque apparire superfluo un approfondimento ulteriore su questo tema, tanto più che la legge cardine cui si fa riferimento risale a più di quarant’anni fa e mai è stata modificata nella sua formulazione. Ciò che però richiede attenzione oggi è l’effettività sostanziale della sua applicazione, la sua ricezione nel contesto socio-culturale, come questa è cambiata nel tempo, e dunque qual è la possibilità concreta di ottenimento del diritto individuale, delle donne, da essa sancito.

Alla pratica dell’obiezione di coscienza, massicciamente registrata nelle strutture pubbliche di molte regioni<sup>2</sup>, si accompagnano le resistenze all’utilizzo di farmaci abortivi (in particolare la pillola RU486) ed entrambe queste decisioni insistono su un sistema sanitario significativamente trasformato e con risorse ridotte rispetto al quadro esistente nei primi anni di applicazione della legge 194<sup>3</sup>.

Considerando la legge 194 dal punto di vista della sua applicazione pratica, ci siamo chieste che cosa avviene nell’esperienza materiale delle donne che si trovano a cercare informazioni relative ai «mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile» (art. 2)<sup>4</sup> oppure di fronte alla necessità di accedere alle procedure previste per l’interruzione volontaria di gravidanza (artt. 4 e seguenti). Ciò che emerge attraverso l’analisi del caso da noi esaminato è una complessiva difficoltà d’accesso che si manifesta in modi variegati e che ha trovato ulteriori ostacoli

<sup>1</sup> La scelta di utilizzare questa locuzione, con accezione che non rinvia al linguaggio giuridico, quanto a quello politico, è radicata nell’uso che un’ampia tradizione femminista ne ha fatto negli anni. Si vedano, tra le altre T. PITCH, *Un diritto per due*, Milano, 1998 («diritto di scelta delle donne»); M. MORI, *Aborto e morale. Capire un nuovo diritto*, Torino, 2008 («Se il controllo della propria fertilità è un diritto civile, allora si deve riconoscere che anche l’aborto è un diritto e non una concessione accordata alle donne per rimediare a presunte intemperanze sessuali [...] Psicologicamente esso può essere anche una tragedia o comportare gravi sofferenze, ma ciò non toglie che, se scelto dall’interessata, esso sia un diritto»); M. D’AMICO, *Una discussione “maschile” che lascia sullo sfondo le donne e i loro diritti*, Associazione Italiana dei Costituzionalisti, luglio 2022 («diritto costituzionalmente coperto»); I. DOMINJANNI, in A. FARINELLI, *Ecco perché l’aborto è un diritto inalienabile*, in *La Repubblica*, 24.10.2022 («si tratta di più di un diritto. Si tratta di una libertà insindacabile di ogni donna»).

<sup>2</sup> Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – dati definitivi 2020, 8 giugno 2022, 56.

<sup>3</sup> Legge 194/78 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza” – 194/78 Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/22/078U0194/sg>.

<sup>4</sup> Con riferimento all’articolo 2 della legge 194/78, si rinvia agli scopi per cui sono istituiti i consultori familiari indicati all’articolo 1 della legge 405/75 “Istituzione dei consultori familiari”.

durante il periodo pandemico. Come riporta il rapporto sull'Italia presentato dallo *Human Rights Watch* al Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne: «L'inazione del governo ha lasciato che donne e ragazze affrontassero ostacoli evitabili per accedere all'aborto legale in Italia durante la pandemia di Covid-19, mettendo a rischio la loro salute e le loro vite»<sup>5</sup>.

L'ipotesi da cui prende le mosse questo contributo è dunque che all'applicazione del "diritto d'aborto" sia stato sferrato non solo un attacco a tutto campo, ma che tale attacco sia aggravato in modo sostanziale dalle modifiche strutturali intervenute nell'organizzazione sanitaria nel corso degli ultimi decenni sia in ordine alla ristrutturazione in chiave aziendalistica avviata negli anni Novanta e al trasferimento alle Regioni delle competenze relative alla sanità, sia a causa delle politiche di taglio alla spesa pubblica che hanno fatto seguito alla crisi economica degli anni Dieci<sup>6</sup>.

## 2. Dal dibattito del 1978 al contesto internazionale

Nella prima metà degli anni Settanta, se una spinta vi fu in Italia verso una diversa considerazione dei rapporti sociali tra i sessi, essa è da ricondursi a ciò che stava accadendo fuori dai confini nazionali, in contesti in cui la rivoluzione culturale<sup>7</sup> stava dando già da tempo i suoi frutti e il corpo riproduttivo delle donne era argomento di interesse collettivo e di rilevanza per l'agenda sia pubblica che istituzionale<sup>8</sup>. Mentre in America, in Francia, in Germania la stampa e i media riconoscevano le questioni collegate al corpo come uno dei nodi fondamentali del dibattito, in Italia solo poche riviste e di nicchia – Noi Donne<sup>9</sup>, Effe<sup>10</sup>, Sottosopra<sup>11</sup>, per dirne alcune – vi dedicavano uno spazio<sup>12</sup>. Il dibattito e l'analisi apparivano vivi e fertili solo all'interno dei gruppi e collettivi: Anabasi a Milano andava rielaborando il filone del femminismo americano<sup>13</sup>; Lotta femminista a Padova "traduceva" invece il punto di vista anglosassone<sup>14</sup>. Si trattava di segnali ancora molto marginali, ma comunque importanti, che dimostravano il germogliare anche in Italia di un dibattito in linea con il discorso femminista dei

<sup>5</sup> *Human Rights Watch Report*, Italy: Covid-19 exacerbates obstacles to legal abortion – Inadequate measures heighten existing risks for health, lives, July 30, 2020, <https://www.hrw.org/news/2020/07/30/italy-covid-19-exacerbates-obstacles-legal-abortion>. (Traduzione delle autrici).

<sup>6</sup> P. MLADOVSKY *et al.*, *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, World Health Organization 2012 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2012, 15.

<sup>7</sup> G. MARRAMAO, *et al.*, *Culture, nuovi soggetti, identità*. Milano, 2003; AA. Vv., *A Cinquant'anni dalla rivoluzione culturale. Antologia di documenti*, Milano, 2016.

<sup>8</sup> M.L. BOCCIA, *L'io in rivolta. Vissuto e pensiero di Carla Lonzi*, Milano, 1990.

<sup>9</sup> Tra il febbraio e il marzo del 1961 uscì sul settimanale Noi Donne, divisa in tre parti e a firma di Milla Pastorino, la prima inchiesta giornalistica che ritraeva con precisione le modalità, l'estensione e i numeri relativi al fenomeno degli aborti clandestini in Italia (M. PASTORINO, *I figli che non nascono*, Noidonne, 6, febbraio 1961 (<https://www.noidonnearchivistorico.org/>; <http://www.herstory.it/noi-donne>).

<sup>10</sup> *Aborto: tre giorni a Londra. Storia di Anna*, "Effe", marzo 1975: <https://efferivistafemminista.it/2014/07/tre-giorni-a-londra/>.

<sup>11</sup> *Sessualità, procreazione, maternità, aborto*, "Sottosopra", 2, 1975: <https://bit.ly/3DWD8v6>.

<sup>12</sup> A.M. ZANETTI, *Una ferma utopia sta per fiorire, del movimento femminista nel Veneto degli anni Settanta*, Venezia, 1998.

<sup>13</sup> Gruppo Anabasi, *Donne è bello*, Milano, 1972: <https://bibliotecadelledonne.women.it/libro/donne-e-bello/>.

<sup>14</sup> Biblioteca Civica di Padova, *Archivio di Lotta Femminista per il salario al lavoro domestico Donazione Mariarosa Dalla Costa*: <https://bit.ly/3HPMo5v>.

paesi occidentali. Importanti nel panorama internazionale apparivano le azioni plateali, che si susseguivano quasi identiche da un territorio all'altro, a partire dall'autodenuncia di più di 300 donne in Germania che dichiarano alla rivista «Stern di aver abortito, cui seguiranno altrettante denunce su giornale francese “Le Nouvel Observateur”»<sup>15</sup>. Vicende che costituiscono il punto di partenza per aprire una vertenza a favore di un radicale cambiamento non solo di indirizzo legislativo, ma di orizzonte culturale in Europa.

L'Italia non era del tutto fuori dai giochi: anche qui si segue la strada dell'“uscita dal silenzio”, e nel 1973, scrive Adele Cambria «quando il movimento delle donne già da qualche tempo era accusato di disturbare la quiete pubblica [...] cominciammo a raccogliere firme a sottoscrizione della seguente dichiarazione: “ho abortito e/o ho aiutato un'altra donna ad abortire” per poi consegnarle al settimanale *L'Espresso*»<sup>16</sup>. Le firme, tuttavia, non giunsero mai al giornale e l'azione si concluse con un nulla di fatto rispetto all'obiettivo iniziale di raggiungere un pubblico più vasto. Tuttavia, una campagna di solidarietà alla causa portò il giornale ad uscire nel gennaio 1975 con la celebre copertina che rappresentava una donna incinta crocifissa, copertina che fu subito sottoposta a sequestro da parte della magistratura<sup>17</sup>. Il senso di queste azioni collettive fu molto importante, andando ben oltre il gesto momentaneo. I processi che in diversi paesi d'Europa si celebravano in questo scorcio di decennio per il reato di aborto clandestino e che videro schierarsi, a fianco delle imputate, centinaia di donne che si autoaccusavano pubblicamente sulle pagine dei giornali, ponevano tutti un problema molto serio al legislatore in termini di effettività e di adeguatezza di norme penali rispetto alle quali non sembrava vi fosse riconoscimento sul piano sociale del disvalore della condotta criminalizzata. In altre parole, ci si chiedeva se una legge trasgredita in un modo così plateale da una massa così consistente di persone potesse dirsi ancora una “legge giusta” e soprattutto se rispetto al bene tutelato giuridicamente da queste norme vi fosse davvero una condivisione di obiettivi e di visioni sociali oltre che un interesse collettivo. Le 343 donne che firmarono il manifesto francese e le 375 che adottarono lo stesso tipo di autodenuncia in Germania ponevano seriamente la questione della legittimità di questi dispositivi regolativi e la loro funzione rispetto al controllo (normato) del corpo delle donne. In questo scenario, e tenendo presente l'esito del processo celebrato a Padova nel 1973 – imputata Gigliola Pierobon rea di aver abortito cinque anni prima, non assolta ma “perdonata”<sup>18</sup>, ecco che quindi la mancata “uscita” sulla stampa del messaggio di autodenuncia in Italia si configurava come un fatto determinante, che impediva al caso giudiziario in questione di dare finalmente un inizio concreto alla messa in pratica del discorso femminista in Italia<sup>19</sup>.

Solo nel 1975 comincia a crearsi uno “spazio politico” intorno al tema dell'interruzione volontaria di gravidanza, quando cioè una sentenza della Corte costituzionale prende in considerazione la legittimità dell'art. 546 del Codice penale allora vigente. A termine di questa analisi l'organo si pronuncia ponendo in essere alcune definizioni fondamentali. In quegli anni infatti, il dibattito si concentrava in

<sup>15</sup> C. LALLI, *aborto: un peccato imperdonabile?*, in *Medicina nei secoli arte e scienza*, 28, 1, 2016, 7-11.

<sup>16</sup> A. CAMBRIA, *Nove dimissioni e mezzo – Le guerre quotidiane di una giornalista ribelle*, Roma, 2010.

<sup>17</sup> *Aborto, quella copertina de L'Espresso*, in *L'Espresso*, 21 dicembre 2011: <https://espresso.repubblica.it/archivio/appoggio/2011/12/27/news/quella-copertina-dell-espresso-1.38784/>.

<sup>18</sup> L. PERINI, *Il corpo del reato. Parigi 1972-Padova 1973: storia di due processi per aborto*, Bologna, 2014.

<sup>19</sup> E. GUERRA, *Una nuova soggettività: femminismo e femminismi nel passaggio degli anni Settanta*, Roma, 2010.

particolar modo sul concetto di vita e se questo riguardasse anche il feto in via di sviluppo. La Corte, con la sua pronuncia, tenta di fare finalmente chiarezza:

«La condizione della donna gestante è del tutto particolare e non trova adeguata tutela in una norma di carattere generale come l'art. 54 c. che esige non soltanto la gravità e l'assoluta inevitabilità del danno o del pericolo, ma anche la sua attualità, mentre il danno o pericolo conseguente al protrarsi di una gravidanza può essere previsto, ma non è sempre immediato. Di più. La scriminante dell'art. 54 c. p. si fonda sul presupposto d'una equivalenza del bene offeso dal fatto dell'autore rispetto all'altro bene che col fatto stesso si vuole salvare. Ora non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare»<sup>20</sup>.

Con questi presupposti, la sentenza della Corte costituisce una svolta decisiva nel dibattito italiano sull'aborto, fino a quel momento arenato su dispute etico-filosofico-giuridiche e bloccato di fronte alla previsione di un reato per la donna che interrompesse la gravidanza e per chiunque la aiutasse.<sup>21</sup> Grazie a quel "di più" di attenzione posta sulla figura di colei *che è già persona* piuttosto che su *ciò che persona non è*, recependo evidentemente in questa formulazione gli echi della sentenza della Corte Suprema americana che si era pronunciata nel 1973 nel caso *Roe contro Wade*<sup>22</sup>, la discussione viene sospinta verso un ambito più dialetticamente aperto rispetto agli stretti confini della giurisprudenza, in una direzione più politica e improntata all'ascolto del *sentire sociale*, e che mostra da parte dei giudici della Corte il riconoscimento di quella voragine che nel corso del tempo si era creata tra il *materiale* delle condizioni di vita delle donne e l'*immaginario* della legge allora vigente<sup>23</sup>.

Legittimando di fatto l'aborto terapeutico, la sentenza produce un vuoto normativo a partire dal quale ogni partito viene chiamato a presentare una proposta di legge. Nel 1978, dopo un lunghissimo e difficile dibattito parlamentare<sup>24</sup>, una nuova legge viene approvata con il seguente titolo "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"<sup>25</sup>. Una volta varata però, la legge non smorza il dibattito, né da parte dei movimenti più radicali, né da parte dei gruppi femministi: se i primi contestavano in generale l'oggetto della legge ritenendo dovesse rimanere una pratica illegale, i secondi ritenevano che la sua formulazione non corrispondesse al riconoscimento di uno spazio di diritto di scelta per le donne, ma piuttosto ad un divieto accompagnato da alcune concessioni, venendo meno in questo al pieno riconoscimento del diritto all'autodeterminazione indivi-

<sup>20</sup> Corte cost., sent. n. 27/1975.

<sup>21</sup> M. MORI, *Aborto e morale*, cit., 19-20: <https://bit.ly/3RJUAxd>.

<sup>22</sup> J. KINGSTON, A. WHELAN, I. BACIK, *Abortion and the law*, Dublin, 1997; B.C. BURRELL, *Roe V. Wade: The Abortion Rights Controversy in American History*, in *Rhetoric & Public Affairs*, 5, 3, 2002, 546-48.

<sup>23</sup> G. TEDESCO, *Il conflitto è sulla decisione della donna. Un confronto tra uomini e donne del PCI sull'aborto*, in *Reti. Pratiche e saperi di donne*, 3-4, 1988, 82; L. CARLASSARE, *La rappresentanza femminile: principi formali ed effettività*, in F. BIMBI, A. DEL RE (a cura di), *Genere e democrazia. La cittadinanza delle donne a cinquant'anni dal voto*, Torino, 1997, 81-92; *Ibidem*, *Conversazioni sulla Costituzione*, Padova, 2002.

<sup>24</sup> L. PERINI, *Dopo la 194. Un tempo storico, un dibattito culturale, la geografia di un territorio*, Roma, 2014.

<sup>25</sup> La legge n.194/1978 consente alle donne di ricorrere all'IVG in una struttura pubblica nei primi 90 giorni di gestazione, mentre tra il quarto e il quinto mese è possibile ricorrervi solo per motivi di natura terapeutica.

duale<sup>26</sup>. Proprio per questo motivo tre anni dopo l'approvazione della legge, nel 1981, ebbe luogo il referendum abrogativo, nel quale vinse il no con il 68% dei voti<sup>27</sup>, frutto evidente di un sentire sociale ormai molto più avanti della politica<sup>28</sup>.

Un sistema di monitoraggio periodico fu affiancato fin da subito alla legge, attraverso una Relazione annuale del Ministero della Salute, prevista dall'art. 16 della legge. Strumento apparentemente interessante e utile, in realtà i dati territoriali raccolti in questo modo si sono rivelati fin da subito di difficile interpretazione: pur essendo pubblici, essi vengono presentati e analizzati in modo accorpato, senza alcuna possibilità di accesso alle informazioni relative alle singole unità territoriali e ospedaliere, dove possibili criticità è assai facile che si verifichino<sup>29</sup>. Un nodo, quello del monitoraggio, che resta infatti ancora oggi problematico e noto anche a livello internazionale<sup>30</sup>, se è vero che, nel 2017<sup>31</sup>, sia il Comitato per i diritti umani dell'ONU<sup>32</sup> che il Comitato CEDAW<sup>33</sup>, si sono dichiarati preoccupati per la limitazione all'accesso ai servizi abortivi riscontrata nel nostro Paese a causa dell'elevato numero di personale sanitario che si dichiara obiettore di coscienza oltre che per i tempi di attesa obbligatori che ostacolano significativamente la possibilità di accedere al servizio. Ciò che rilevano i due Comitati è il rischio che questa situazione porti ad un nuovo incremento degli aborti clandestini e dunque meno sicuri per le donne<sup>34</sup>.

A conferma del fatto che il problema nell'accesso all'aborto non sia esclusivamente una questione formale, ma piuttosto una situazione radicata nell'inaccessibilità concreta, pratica, ai servizi, troviamo

<sup>26</sup> C. D'ELIA, *L'aborto e la responsabilità. Le donne la legge e il contrattacco maschile*, Roma, 2008; B. CASALINI, *Libere di scegliere? Patriarcato, libertà e autonomia in una prospettiva di genere*, in *Etica & Politica*, XII, 2011, 329-364;

<sup>27</sup> Dei due referendum riguardanti la legge 194 su cui le cittadine e i cittadini italiani furono chiamati ad esprimere il proprio parere il 17 maggio 1981, il primo, avanzato dai radicali, mirava ad ampliare ancora di più le possibilità di ricorso all'aborto da parte delle donne in un'ottica di liberalizzazione. Viceversa, il secondo, promosso dal Movimento per la vita, raccoglieva quasi la totalità delle forze cattoliche, con l'obiettivo dell'abrogazione completa del nuovo istituto. Al termine della consultazione, a favore dell'abrogazione della legge si schierano 10.119.797 votanti, mentre una maggioranza di due volte superiore si schiera per la non abrogazione della norma vigente (68%). Piuttosto elevate le astensioni. Si veda P. FELTRIN, *Referendum sull'aborto. Tendenze di lungo periodo nei comportamenti di voto e culture locali: il caso del Veneto*, Venezia – Mestre, 1989, 8.

<sup>28</sup> A. BALZANO, *Per farla finita con la famiglia*, Milano, 2021.

<sup>29</sup> Si veda l'iniziativa di raccolta autonoma di tali informazioni avviata dall'Associazione Luca Coscioni da cui è nato il testo di C. LALLI, S. MONTEGIOVE, *Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Milano, 2022.

<sup>30</sup> M. PUSIOL, *Italy: where legal abortion does not necessarily mean accessible abortion*, in *The new Federalist*, 9 March 2021: <http://bit.ly/3lZjoc>.

<sup>31</sup> Appare utile in questo senso menzionare anche due decisioni precedenti, del Comitato Europeo dei diritti sociali, *International Planned Parenthood Federation – European Network ("IPPF EN") v. Italy* (2014) e *CGIL v. Italy* (2016) (L. BUSATTA, *Nuove dimensioni del dibattito sull'interruzione volontaria di gravidanza, tra divieto di discriminazioni e diritto al lavoro*, in *DPCE Online*, [S.l.], 26, 2, may 2017: [Nuove dimensioni del dibattito sull'interruzione volontaria di gravidanza, tra divieto di discriminazioni e diritto al lavoro | DPCE Online](http://bit.ly/3I7RMCh)).

<sup>32</sup> INTERNATIONAL COVENANT ON CIVIL AND POLITICAL RIGHTS, *Concluding observations on the sixth periodic report of Italy*, CCPR/C/ITA/CO/6, 17 may 2017: <https://bit.ly/3lZLCU>.

<sup>33</sup> COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, *Concluding observations on the seventh periodic report of Italy*, CEDAW/C/ITA/CO/7, 24 July 2017: <https://bit.ly/3I7RMCh>.

<sup>34</sup> HUMAN RIGHTS WATCH REPORT, *Italy: Covid-19 Exacerbates Obstacles to Legal Abortion Inadequate Measures Heighten Existing Risks for Health, Lives*, 30 July 2020: <http://bit.ly/3HNaQEF>.

la ricostruzione internazionale dei processi di conquista del diritto di abortire in modo libero e sicuro proposta da Jacqueline Heinen. La sociologa restituisce un'immagine netta di come tali processi siano caratterizzati da un andamento a singhiozzo che disvela la grande fragilità di questo diritto non solo, o non tanto, a livello di giurisdizioni, quanto piuttosto di prassi: «Evocare le molteplici battute d'arresto del diritto all'aborto dopo due decenni da quando è stato legalizzato (soprattutto nei paesi occidentali e nell'Europa orientale) dà la sensazione di balbettare, fa persino temere di cadere»<sup>35</sup>. E ripercorrendo quanto recentemente avvenuto in Polonia e in Ungheria e poi attraverso il quadro allarmante delle azioni intraprese da un'ampia varietà di soggetti di matrice religiosa e non solo<sup>36</sup> sia in Slovacchia, Croazia, Russia, Romania, Svizzera, Cina, la sensazione di pericolo, come ribadisce Heinen, si fa molto concreta.

In controtendenza rispetto a questa situazione vi sono le imponenti mobilitazioni dei movimenti femministi e in generale delle donne che hanno contribuito all'ottenimento formale del diritto in Irlanda (2018), Argentina (2020) e Colombia (2022).

E tuttavia, come dimostra la sentenza della Corte suprema degli Stati Uniti che nel giugno 2022 è intervenuta sull'emendamento costituzionale su cui si era retto fino a quel momento il diritto delle donne americane all'interruzione volontaria di gravidanza<sup>37</sup>, quello di abortire in sicurezza non può essere considerato un diritto acquisito una volta per tutte, quanto piuttosto una conquista da presidiare con grande attenzione e capacità di lettura delle fasi nazionali e internazionali.

### 3. Il caso italiano: una legge e un'obiezione tra sanità aziendalizzata e pandemia

Il caso italiano è particolarmente significativo per mettere in luce la discrasia tra il diritto formale e il diritto sostanziale perché, come visto in precedenza, l'intervento normativo formale risale al 1978, dunque a più di quarant'anni fa, ma la sua applicazione operativa ha incontrato crescenti ostacoli. In particolare, questi possono essere suddivisi in due macro categorie: da una parte vi sono gli interventi diretti, in particolar modo volti ad utilizzare la clausola dell'obiezione di coscienza allargandone progressivamente le maglie; dall'altra parte vi sono gli effetti indiretti degli interventi riorganizzativi del sistema sanitario che nel corso degli anni ha portato ad un ulteriore ostacolo all'accesso all'IVG.

La legge prevede per il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie la possibilità di non prendere parte alle procedure se, con dichiarazione preventiva, solleva obiezione di coscienza. Tale comunicazione «esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento» (art. 9, l. n. 194/78). Se dunque l'indicazione normativa limita questa possibilità esclusivamente al momento dell'intervento, nella pratica la possibilità di opporre obiezione di coscienza si intreccia con l'organizzazione dei turni di lavoro e la diffusione di questa pratica: «Ci sono 72 ospedali che hanno

<sup>35</sup> J. HEINEN, *Offensives tous azimuts contre le droit d'avorter aux États-Unis et en Europe*, in *Cahiers du Genre*, 72, 1, 2022, 233-250: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2022-1-page-233.htm?contenu=article>.

<sup>36</sup> A. CAMILLI, *L'estrema destra contro le donne in Europa*, in *L'internazionale*, 30 novembre 2018: <https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2018/11/30/estrema-destra-donne-aborto>.

<sup>37</sup> CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *After Row fell. Abortion laws by state*: <https://reproductiverights.org/maps/abortion-laws-by-state/>.

tra l'80 e il 100% di obiettori di coscienza. Ci sono 22 ospedali e 4 consultori con il 100% di obiezione tra medici ginecologi, anestesisti, personale infermieristico e OSS. 18 ospedali con il 100% di ginecologi obiettori. Ci sono 46 strutture che hanno una percentuale di obiettori superiore all'80%<sup>38</sup>. Vi è da segnalare inoltre il fatto che la distribuzione regionale di queste percentuali non è omogenea, per cui accanto a regioni in cui vi è una limitazione all'accesso, ce ne sono altre in cui questo non è proprio possibile. Tale situazione ha portato nel corso degli anni ad una mobilità geografica che costringe le donne a spostarsi non solo tra città, ma tra regioni, quando non verso l'estero<sup>39</sup>. E questo è possibile, evidentemente, solo per coloro che hanno le risorse per poterlo fare, mentre rimangono escluse dall'ottenimento del servizio altre donne, che ne hanno comunque formalmente diritto<sup>40</sup>.

Tali dati sono particolarmente allarmanti soprattutto alla luce del fatto che lo stesso articolo 9 prevede che «Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale». (art. 9, l. 194/78). Dal punto di vista formale, dunque, la legge contiene lo strumento per mitigare gli effetti di eventuali scelte individuali dei medici, ma nella pratica questo non avviene e il risultato, come ci raccontano interviste, inchieste giornalistiche e ricerche accademiche, è quello di una significativa limitazione all'accesso al diritto d'aborto. Come riportano i casi di cronaca, anche le altre limitazioni previste all'articolo 9, il divieto di invocare l'obiezione di coscienza nel caso di pericolo di vita per la donna e la revoca dell'obiezione nel caso in cui il medico esegua interruzioni di gravidanza, non sono sempre rispettate<sup>41</sup>. L'effetto di questa situazione è che il personale che non si dichiara obiettore viene sovraccaricato di richieste di IVG con tutte le implicazioni che questo ha sia dal punto di vista professionale che nella prospettiva delle donne che, rivolgendosi alle strutture per prendere appuntamento, faticano a farsi dare appuntamenti entro i tempi previsti dalla legge.

Ma perché il fenomeno dell'obiezione di coscienza si è così diffuso nel corso degli anni? Come mai si è esteso oltre le figure professionali previste<sup>42</sup> e ci sono strutture in cui tutto il personale si dichiara obiettore? Qualche risposta ha cominciato a darla un articolo di Minerva (2015) in cui l'autrice evidenzia come questo aumento vada inquadrato in una prospettiva più ampia della ferma adesione dei

<sup>38</sup> ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Legge 194. Mai dati*, aggiornamento al 20 novembre 2021, <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>.

<sup>39</sup> In molti casi la scelta di abortire all'estero nasce dal protrarsi dei tempi che rendono non più praticabile la procedura in Italia, ma ancora eseguibile in altri Paesi.

<sup>40</sup> C. TORRISI, *Da dove ripartire per garantire i diritti sessuali e riproduttivi delle donne*, in *L'internazionale*, 25 giugno 2020, <https://www.internazionale.it/notizie/claudia-torrissi/2020/06/25/italia-abortion-pandemia>.

<sup>41</sup> N. SOMMA, *È ora di dire basta all'obiezione di coscienza e alla sua violenza. La 194 va applicata!*, in *Di.Re. Donne in rete contro la violenza*, 18 novembre 2016, <https://www.direcontrolaviolenza.it/e-ora-di-dire-basta-alla-violenza-ostetrica-e-allabuso-di-obiezione-di-coscienza-la-194-va-applicata/>.

<sup>42</sup> Nelle relazioni ministeriali più recenti si nota una lieve diminuzione della percentuale del tasso di obiettori (dal 67,0% nel 2019 per quanto riguarda i ginecologi, al 64,6% nel 2020 per la stessa categoria professionale). In attesa che vengano ufficializzati i dati relativi agli anni successivi, si ritiene necessario tenere presente che questo dato può essere stato influenzato dalla situazione pandemica. Peraltro i dati riportati nella già citata indagine Mai dati mostrano come al di là del dato aggregato nazionale, sia opportuno tenere conto che in 72 ospedali italiani il tasso di obiezione di coscienza è tra l'80 e il 100%: <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>.

medici ai precetti del cattolicesimo. L'autrice mette in evidenza come i medici si dichiarino obiettori dopo alcuni anni dall'assunzione, ma anche come vi siano obiettori che non praticano aborti nelle strutture pubbliche in cui sono assunti, ma li eseguano – illegalmente – in cliniche private<sup>43</sup>. Un'altra spiegazione che presenta Minerva è la valutazione rispetto alla propria prospettiva di carriera per i medici che si trovano a lavorare in strutture dirette da obiettori di coscienza e, in senso opposto, la valutazione dei rischi di ostracismo o il timore dello stigma che influisce sulla decisione dei ginecologi a inizio carriera di dichiararsi obiettori di coscienza<sup>44</sup>.

Un ulteriore elemento che caratterizza il diritto all'accesso all'interruzione di gravidanza è la resistenza che da anni si incontra nell'introduzione dell'aborto farmacologico ed in particolare dell'utilizzo della pillola RU486<sup>45</sup>. Nonostante in tutta Europa sia questo il principale strumento sanitario per interrompere le gravidanze, il servizio sanitario italiano registra la maggior parte delle interruzioni eseguite con metodo chirurgico<sup>46</sup>. In questo caso l'ostacolo si presenta a livello di protocolli regionali, per cui solo cinque regioni su venti hanno incluso l'aborto farmacologico tra le operazioni ambulatoriali, mentre in tutte le altre regioni si procede ad un ricovero di tre giorni (a fronte di uno nel caso di aborto chirurgico)<sup>47</sup>.

Tale quadro si innesta in un servizio sanitario fortemente trasformato rispetto agli intendimenti dei promotori della legge n.833, anch'essa del 1978, che lo istituiva. Se il processo di aziendalizzazione messo in moto dalle riforme sanitarie degli anni Novanta, guidate dalla spinta neoliberalista, ha introdotto criteri economicistici nella gestione della sanità<sup>48</sup>, per ciò che riguarda le trasformazioni con ricadute sull'accesso al diritto d'aborto, un momento di passaggio fondamentale è stata la riforma del Titolo V della Costituzione che, nel 2001, riordinò l'attribuzione di competenze tra Stato e Regioni. Tale norma ha inoltre concesso alle Regioni una maggiore autonomia per ciò che concerne la gestione dei fondi, aprendo la strada ad una progressiva differenziazione geografica delle capacità di risposta sanitarie. A dare un peso ancora maggiore a queste scelte politiche intraprese nel corso degli ultimi quarant'anni, vi sono stati gli effetti della crisi economica degli anni Dieci, ma soprattutto delle politiche di austerità introdotte dall'Europa per farvi fronte<sup>49</sup>. L'applicazione di tagli lineari alla sanità, manifestazione evidente di quanto l'attenzione al benessere e alla cura delle persone e dei corpi

<sup>43</sup> F. MINERVA, *Conscientious objection in Italy*, in *Journal of Medical Ethics*, 41, 2, February 2015, 170-17

<sup>44</sup> *Ibidem*.

<sup>45</sup> A. CAMILLI, *Libere di abortire con una pillola*, in *L'Internazionale*, 13 aprile 2018: <https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2018/04/13/aborto-italia-ru486>.

<sup>46</sup> Nel 2020 il numero di IVG risulta essere stato di 66.413 interruzioni volontarie di gravidanza, con una riduzione del 9,3% rispetto al dato del 2019 (Ministro della Salute, *Relazione sull'attuazione 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza-dati 2019 e preliminari 2020*, <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3103>).

<sup>47</sup> A queste scelte gestionali si aggiungono gli effetti delle liste d'attesa negli ospedali che rendono questa opzione impraticabile. La RU486 infatti, ha efficacia solo se assunta entro i primi 50 giorni di gravidanza (<https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/ru486>).

<sup>48</sup> Per un'analisi puntuale della legge di riordino del SSN 502/92, si veda G. MACIOCCO, *Quando Ciampi salvò il Servizio sanitario nazionale*, in *SaluteInternazionale.info*, 19 settembre 2016: [http://www.sossanita.it/doc/2016\\_09\\_CIAMPI-SSN-MACIOCCO.pdf](http://www.sossanita.it/doc/2016_09_CIAMPI-SSN-MACIOCCO.pdf).

<sup>49</sup> Si veda ad esempio il Rapporto OASI 2012 stilato dall'Università Bocconi e ripreso dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) con una sintesi dal titolo evocativo *L'Austerità sta massacrando il sistema meno servizi e più tasse*, in *GYNECO AOGOI*, 3, 2013, [https://www.aogoi.it/media/2639/pp6\\_7.pdf](https://www.aogoi.it/media/2639/pp6_7.pdf).

venga equiparata a qualsiasi altra voce di spesa senza considerare gli effetti a breve, medio e lungo termine di queste scelte, ha fortemente condizionato l'offerta sanitaria nelle Regioni italiane amplificando le disuguaglianze che si stavano sviluppando a seguito delle differenti gestioni locali.

A questo proposito, e anticipando le coordinate in cui l'approfondimento del paragrafo 5 si inserisce, il caso Veneto è particolarmente significativo. Il riferimento dei dati è il report "Consultori familiari: utenza, attività e personale – indicatori per la valutazione dell'anno 2019"<sup>50</sup> della Regione Veneto. In tale rapporto risulta che l'incidenza delle interruzioni volontarie di gravidanza per quanto riguarda l'area Ostetrico-ginecologica si attesta al 4% del totale degli interventi e si ferma al 2% per quanto riguarda l'area Psicologico-sociale. Altrettanto interessante è il dato relativo alle IVG effettuate nelle 9 Aziende ULSS regionali che mostra come gli interventi per interruzione volontaria di gravidanza siano stati il 3,58% sul totale degli interventi d'area Ostetrico-ginecologica (8.547 casi su 238.786 in totale). Come confermato a livello nazionale dalla Relazione annuale sull'IVG, il numero degli aborti mantiene il trend calante avviato nel 1983 (da 234.801 casi nel 1983 a 76.328 nel 2018)<sup>51</sup>.

#### 4. Il diritto all'interruzione volontaria di gravidanza alla prova della pandemia

Questa situazione, già problematica, si è ulteriormente aggravata durante la pandemia a causa delle misure di limitazione all'accesso ai servizi sanitari e di spostamento nei territori intraprese nel tentativo di ostacolare la diffusione dei contagi. Il problema ha attraversato l'intero comparto sanitario non direttamente impegnato sul fronte del contrasto alla pandemia con una improvvisa contrazione di tutti i servizi non direttamente riconducibili ad essa. Sono così state sospese milioni di visite, di appuntamenti di screening, di tutte quelle attività di continuità assistenziale decisive nella promozione di una condizione di salute accettabile<sup>52</sup>.

È ancora lo *Human Rights Watch* a portare l'attenzione sulle implicazioni per la salute riproduttiva: «L'inazione del governo ha lasciato che donne e ragazze affrontassero ostacoli evitabili per accedere all'aborto legale in Italia durante la pandemia di Covid-19, mettendo a rischio la loro salute e le loro vite»<sup>53</sup>. Il riferimento è al fatto che non ci sia stata un'attenzione specifica al garantire percorsi chiari per l'accesso ai servizi d'aborto portando al superamento dei termini di legge, che diverse strutture sanitarie abbiano interrotto il servizio<sup>54</sup>, che il personale ginecologico sia stato – in alcuni casi – trasferito nei reparti Covid<sup>55</sup>. Senza contare i casi di medici positivi o in isolamento. Anche in questo caso, pur essendoci stata un'indicazione formale dal Ministero sulla non trasferibilità dei servizi d'aborto, il diritto sostanziale d'accesso è venuto meno.

<sup>50</sup> Regione del Veneto, *Consultori*, <https://www.regione.veneto.it/web/sociale/pubblicazioni;http://bit.ly/40HifxC>.

<sup>51</sup> Ministero della salute, *Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza – dati definitivi 2020*: <http://bit.ly/3I89BRF>.

<sup>52</sup> B. MURA, *I paradossi del (non) essere in guerra. Ma davvero si può scegliere tra sanità, salute e cura?*, in F. FARINA (a cura di), *Siamo in guerra. L'anno che per poterci curare non andammo da nessuna parte*, Milano-Udine, 2021, 79-102.

<sup>53</sup> HUMAN RIGHTS WATCH REPORT, *Italy: Covid-19 exacerbates obstacles to legal abortion – Inadequate measures heighten existing risks for health, lives*, July 30, 2020: <https://bit.ly/3I7vCA0>.

<sup>54</sup> <https://bit.ly/3JNt3EF>.

<sup>55</sup> <https://www.hrw.org/it/news/2020/07/30/375941>.

Così come la legge 194 è stata sospinta dai movimenti delle donne e femministi, anche oggi il monitoraggio della reale possibilità di accesso all'interruzione volontaria di gravidanza è parte delle attività dei movimenti sociali. È il caso delle esperienze di "Obiezione respinta"<sup>56</sup>, una mappatura partecipata online che monitora la situazione nelle strutture sanitarie, denuncia i casi di mancato o ostacolato accesso permettendo alle utenti di segnalare le situazioni in cui si sono trovate. Altrettanto importante è il lavoro fatto dal blog "IVG, ho abortito e sto benissimo"<sup>57</sup> che raccoglie informazioni e testimonianze per costruire una contro-narrazione sull'aborto che superi gli stereotipi, ma soprattutto che permetta alle donne che si trovano a compiere questa scelta di farlo in maniera consapevole. Entrambi questi spazi virtuali, sostenuti dalla spinta della mobilitazione di Non una di meno<sup>58</sup>, hanno mantenuto, nel corso della pandemia, una particolare attenzione a quanto stava avvenendo nei servizi denunciando le situazioni di maggior rischio e fornendo le informazioni altrimenti, in diversi casi, inaccessibili. Un'altra mappa virtuale, precedente alla situazione pandemica, è quella approntata dalla LAIGA (Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'Applicazione legge 194) con lo scopo di «mappare gli ospedali italiani che offrono il servizio di interruzione di gravidanza per migliorare l'accesso a questo servizio sanitario»<sup>59</sup>. Come scrive la stessa Associazione, questa iniziativa «nasce dalla consapevolezza che gli ostacoli che le donne e le coppie incontrano per accedere al servizio [...] sono: la mancanza di una chiara procedura per l'accesso all'aborto [...] e la difficile reperibilità del servizio»<sup>60</sup>. L'impatto della pandemia è stato dunque particolarmente problematico dal punto di vista del godimento sostanziale del diritto all'aborto sicuro a causa delle limitazioni alla mobilità<sup>61</sup> che, come visto in precedenza, è un fattore rilevante per ovviare alle disuguaglianze geografiche. Ma un ritardo vi è stato anche nell'intervento ministeriale che solo nell'agosto 2020 è intervenuto a modificare la normativa nazionale nel senso di permettere l'esecuzione dell'aborto farmacologico come procedura ambulatoriale fino alla nona settimana di gravidanza e non più alla settimana<sup>62</sup>. A peggiorare la situazione, il fatto che pochissime regioni italiane hanno accolto e reso effettive queste nuove linee guida sull'aborto farmacologico<sup>63</sup>. È la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità a ritenere che l'aborto farmacologico autogestito possa essere considerato un'alternativa sicura fino alla dodicesima settimana di gravidanza. Con il vantaggio, tanto più nella situazione pandemica e le limitazioni agli accessi introdotte, di alleggerire sia i rischi di esposizione al Covid-19, sia di limitare i ritardi sulle tempistiche d'accesso.

Proprio la pandemia è stata uno spartiacque che ha mostrato l'approccio a questo tema nei diversi paesi europei. Si nota dunque come Spagna, Germania, Francia, Inghilterra, Galles e Irlanda abbiano

<sup>56</sup> <https://obiezionerespinta.info/>.

<sup>57</sup> <http://hoabortitoestobenissimo.blogspot.com/>.

<sup>58</sup> <https://nonunadimeno.wordpress.com/>.

<sup>59</sup> <https://www.laiga194.it/mappa-ospedali-italiani-ivg-itg/>.

<sup>60</sup> <https://www.laiga194.it/>.

<sup>61</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?id=4186&lingua=italiano>.

<sup>62</sup> H. MARGOLIS, *A Step Forward for Abortion Rights in Italy: Revised Medical Abortion Guidance Will Help Ensure Safe, Legal Care*, in *Commentary, Human Rights Watch Dispatch*, August 11, 2020, <https://www.hrw.org/news/2020/08/11/stepforward-abortion-rights-italy>.

<sup>63</sup> C. TORRISI, *In Italia la pandemia ha reso più difficile abortire*, in *L'Internazionale*, 25 gennaio 2021, <https://www.internazionale.it/reportage/claudia-torresi/2021/01/25/aborto-pandemia>.

esteso i limiti di tempo previsti dalla legge, hanno autorizzato la possibilità di effettuare l'aborto farmacologico a domicilio e strutturato servizi di telemedicina per facilitare l'accesso al servizio durante le prime fasi della pandemia<sup>64</sup>.

### 5. "Voglio abortire": alla ricerca di informazioni sul campo

La legge 194 del 1978 recita, all'articolo2: «La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori». Già nel 1975, con la legge quadro istitutiva dei consultori familiari (405/75), il legislatore aveva posto l'attenzione al ruolo informativo del «servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità»: «d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso» (articolo 1, legge 405/75).

La tutela della salute delle donne viene dunque posta in stretta relazione con la diffusione di informazioni specifiche che permettano a ciascuna di compiere scelte consapevoli in piena sicurezza. Ciò che le due leggi sembrano prospettare (e per diversi anni è stato realizzato in molti territori, ad esempio attraverso interventi informativi negli istituti scolastici da parte di operatrici dei consultori) Per questa ragione si vuole ora dare spazio ad una ricerca etnografica realizzata nel veronese e volta a cogliere se e come questo intervento di prevenzione e di diffusione delle informazioni necessarie a compiere scelte consapevoli si concretizzi.

Vista la delicatezza della tematica e la difficoltà di reperire dati pienamente attendibili, si è scelto di adottare una metodologia *shadowing*, coperta, che permettesse di esaminare quale sarebbe stata la risposta realmente data ad una donna che avesse preso contatto con i servizi senza rischiare che l'esplicitazione del fine di ricerca ne inficiasse il risultato.

La ricercatrice si è dunque presentata chiedendo informazioni per conto di una ragazza minorenni che, a seguito di un rapporto non protetto, aveva necessità di assumere una contraccezione post-coitale per prevenire una gravidanza indesiderata.

Cosa significa nella quotidianità, nell'esperienza di vita di una donna, l'impatto vero, reale, con i problemi fin qui discussi in forma teorica? In questo caso studio nel veronese, l'attenzione sarà concentrata sulla richiesta di informazioni e all'accesso alla contraccezione d'emergenza durante il periodo pandemico, nei mesi di marzo e aprile 2021. Si tratta dunque di un passaggio preliminare rispetto alla richiesta di interruzione volontaria di gravidanza vera e propria, ma proprio per questo diventa ancor più significativa disvelando come le difficoltà che si incontrano non hanno a che fare solo con quanto previsto a livello normativo (ma scarsamente sanzionato in caso di uso non legittimo), ma anche con le modalità operative e con la sfera sociale, culturale, politica che legittima o meno determinati comportamenti.

<sup>64</sup> H. MARGOLIS, *England Leads Way in UK after U-Turn on COVID-19 Abortion Access*, March 31<sup>st</sup>, 2020, <https://www.hrw.org/news/2020/03/31/england-leads-way-uk-after-u-turn-covid-19-abortion-access>.

### 5.1. Contraccezione d'emergenza per una minore: le risposte dei consultori

La prima parte di indagine si è concentrata sui consultori familiari presenti nel territorio della ULSS 9 Scaligera. Essi sono 9 distribuiti nei diversi Comuni di Verona e cintura<sup>65</sup> a cui si aggiunge il Consultorio Giovani di Verona dedicato all'utenza tra i 14 e i 22 anni. La strategia adottata è stata quella di rivolgersi alle diverse strutture, inizialmente in presenza, poi telefonicamente nel rispetto delle limitazioni dovute alla pandemia.

I primi due consultori con cui è stato preso contatto sono quelli nel comune di Grezzana. Nel primo, pubblico e con sede coincidente con il Distretto socio-sanitario, era presente una ginecologa in sostituzione della persona titolare, che però ha dichiarato di occuparsi degli screening per il Pap-Test e di non conoscere le procedure usualmente adottate per la contraccezione d'emergenza. Invita a rivolgersi alla ginecologa che si era da poco trasferita presso un altro consultorio a Verona. Nel comune di Grezzana vi è però anche la sede di un consultorio privato "Famiglia & Comunità" convenzionato con la sanità pubblica e di ispirazione cattolica. Nel sito internet non vi è alcun riferimento o informazione sul tema della contraccezione, d'emergenza o meno, né all'interruzione volontaria di gravidanza, né alle malattie a trasmissione sessuale.

Dopo questi primi contatti si è resa necessaria una modifica al metodo di ricerca, a causa delle limitazioni intervenute ai fini di contrastare la diffusione del Covid-19 e dunque i contatti con le altre strutture consultoriali sono avvenuti telefonicamente. Per quanto riguarda le strutture nel comune di Verona, la prima chiamata è stata quella di via del Capitel, 22. Al momento della telefonata la dottoressa non era disponibile, ma ha richiamato un paio d'ore dopo fornendo tutte le informazioni e specificando che, visto che la ragazza è minorenni, si potrebbe fissare un appuntamento in ambulatorio così che abbia la possibilità di un confronto su eventuali dubbi o timori. Nel consultorio di via Siracusa, 4b la ginecologa non era presente e l'indicazione è stata quella di rivolgersi al distretto di via Poloni (chiuso però il lunedì, giorno della chiamata). L'operatrice che ha risposto al telefono è stata però puntuale nel fornire le informazioni relative al libero acquisto della pillola Ellaone, senza obbligo di ricetta anche da parte di una minore<sup>66</sup>. Rivolgendosi dunque al consultorio di via Poloni, 1, oltre alle informazioni sulla possibilità di libera vendita di Ellaone, si riceve l'invito a prendere contatto con il Consultorio Giovani di Verona, il quale dà la stessa indicazione, così come le strutture di Tregnago e di San Giovanni Lupatoto. Ciò che però emerge da questo percorso è come vi sia un'unica ginecologa che divide il proprio tempo di lavoro tra le strutture cittadine di via Poloni e di via Siracusa, oltre a seguire l'ambulatorio dell'area adolescenti.

Nello scambio telefonico con la ginecologa, emerge che nei consultori pubblici veronesi da diversi anni non vi siano medici obiettori. Proprio questa conversazione stimola la curiosità provando a verificare se la situazione sia diversa per quanto riguarda i consultori privati. Nella struttura di piazza Ve-

<sup>65</sup> Verona: Via Poloni 1, Via del Capitel 22, Via Volturmo 20 – in seguito spostato nei pressi del distretto di Via Valverde, Via Siracusa 4b; Grezzana: Via de Nicola, 34; consultorio Famiglia&Comunità (convenzionato con la ULSS); San Bonifacio; San Giovanni Lupatoto; Tregnano. Facendo riferimento a quanto riportato nel sito della Regione Veneto, non tutte le strutture dei distretti socio-sanitari presentano l'ambulatorio di ginecologia.

<sup>66</sup> AIFA, *Determina n. 998*, ottobre 2020, che toglie l'obbligo di prescrizione medica per la contraccezione di emergenza, fino a cinque giorni dopo (Ellaone, ulipistral acetato). La ricetta non ripetibile viene richiesta alla minore per l'acquisto di Norlevo.

scovado 5, a Verona città, l'indicazione ricevuta è che «la minorenni deve recarsi con un genitore qui in ambulatorio per una consulenza».

Anche il consultorio di Verona sud, in via Calvi, richiede di andare presso l'ambulatorio di persona senza fornire, nonostante qualche tentativo di insistere, alcuna informazione aggiuntiva. In via Bellotti, sempre a Verona, invece la ginecologa non è presente e la segretaria risponde che essendo loro un consultorio privato non trattano «quei tipi di contraccettivi, ma solo contraccettivi naturali». La ginecologa non è presente neanche nella struttura di Verona Nord, in via Scarabello, 18. L'operatrice che risponde al telefono suggerisce di chiamare l'AIED (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica) locale. Nel consultorio AIED opera la dottoressa M.G che contribuisce ad arricchire la panoramica sul territorio: «La situazione direi che è decisamente buona in quanto abbiamo quattro ospedali [nel veronese] e la probabilità che una donna a Verona che non trovi la possibilità di abortire, perché non ha trovato medici che facciano la certificazione o un ospedale dove praticino l'aborto, è praticamente zero». Per quanto quindi il Veneto presenti una percentuale complessivamente molto alta di obiettori di coscienza (il 73,70% nel 2020), la situazione veronese sembra in controtendenza, la probabilità per una donna di venire respinta per questa ragione non dovrebbe esserci.

Interessante anche la motivazione che la dottoressa fornisce a questa situazione: «il numero di interruzioni di gravidanza è in calo quindi anche con un 30% di medici che sono disponibili a fare delle certificazioni per gli aborti, questo è sufficiente a coprire la domanda»<sup>67</sup>. A corredo delle informazioni utili a restituire il quadro completo delle possibilità che una donna si trova davanti nel momento in cui cerca risposte relativamente all'esercizio del diritto di autodeterminazione sul proprio corpo, si riporta come le quattro strutture ospedaliere pubbliche del territorio<sup>68</sup>, le uniche – a norma di legge – in cui può essere praticata l'interruzione volontaria di gravidanza, prevedano tutte la possibilità di accedere all'aborto chirurgico, farmacologico e terapeutico.

## 5.2 Accesso alla contraccezione d'emergenza: il farmacista obiettore

La seconda parte di indagine ha preso avvio da un elemento emerso da alcune segnalazioni<sup>69</sup> e nel dibattito politico<sup>70</sup> sulla possibilità per i farmacisti di rientrare nelle categorie di coloro che hanno titolo a fare obiezione di coscienza per ciò che concerne la legge 194 quando si trovano davanti a richieste di contraccezione d'emergenza. Nonostante la situazione dal punto di vista normativo sia abbastanza chiara nel non includere altri se non le persone strettamente coinvolte nell'operazione

<sup>67</sup> Nonostante la giurisprudenza (Tar della Puglia 2010 e Tar del Lazio 2016) dica che nei consultori non è rilevante se uno fa obiezione di coscienza o meno, poiché l'obiezione riguarda solo l'intervento abortivo in sé, appare chiaro che il personale che opera quotidianamente nel servizio ha ben presente che la possibilità di incontrare un collega obiettore è molto concreta (A. CAMILLI, perché in Italia i medici obiettori sono così tanti, L'essenziale, 1 febbraio 2023, <https://www.essenziale.it/notizie/annalisa-camilli/2023/02/01/aborto-obiezione-di-coscienza-italia> ).

<sup>68</sup> Ospedale Borgo Trento – Verona e Ospedale Borgo Roma – Verona, entrambi fanno riferimento all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona; Ospedale Sacro Cuore Don Calabria – Negrar; Ospedale Fracastoro – San Bonifacio. Il dato è stato rilevato attraverso una ricerca desk nei rispettivi siti internet.

<sup>69</sup> <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8804796.pdf>

<sup>70</sup> Proposta di legge AC3805, *Disposizioni concernenti il diritto all'obiezione di coscienza per i farmacisti*, presentata alla Camera dai deputati Gigli e Sberna, 4 maggio 2016.

d'aborto, è interessante osservare se questa violazione del diritto all'autodeterminazione delle donne sia presente nella realtà.

Il lavoro di ricerca ha indagato undici farmacie del veronese<sup>71</sup> per appurare quanto l'obiezione di coscienza si stia diffondendo fuori dai luoghi per cui è prevista, contagiando luoghi di assistenza e fornitura dei medicinali. La richiesta rivolta agli operatori della farmacia era per la cosiddetta "pillola del giorno dopo" (Ellaone oppure Norlevo) per una ragazza minorenni.

Nel complesso, nelle cinque farmacie della Valpantena visitate, le farmaciste, a fronte della richiesta di acquisto di Ellaone hanno fornito tutte le informazioni previste senza esprimere giudizi o porre domande non richieste. Spostandosi nelle farmacie di Verona città, la situazione si è rivelata più complessa. Una farmacista ha risposto che in nessun caso la pillola del giorno dopo può essere venduta senza ricetta, neanche alle donne maggiorenni. Pur non essendo stata esplicitata l'obiezione di coscienza (che sarebbe comunque *contra legem*), rimane aperto il fatto che un comportamento di questo tipo possa essere un ostacolo per qualche donna che cerca di accedere alla contraccezione d'emergenza, tanto più se minorenni. Nel corso della ricerca, sembra essere emersa una minore disponibilità al fornire risposte informative (nei consultori) o concrete (nelle farmacie) nei contesti privati e da parte di persone più anziane che, apparentemente, non erano rimaste aggiornate rispetto ai provvedimenti normativi.

## 6. Conclusioni

La riflessione qui presentata prende le mosse dalla convinzione che la salute delle donne sia tutelata solo in presenza di norme per le quali è garantita tanto l'effettività formale, quanto l'effettività sostanziale. La "procreazione cosciente e responsabile" cui fa riferimento l'articolo 1 della legge 194 del 1978 rinvia a un complesso di interventi che eccedono le specifiche procedure di interruzione chirurgica o farmacologica di gravidanze in essere per guardare alla costruzione di un contesto in cui viene data grande rilevanza anche alla diffusione di informazioni volte a permettere scelte consapevoli, a «conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile» (art. 2 legge 194/78).

Vi è dunque una significativa distanza tra ciò che formalmente l'applicazione della legge 194 del 1978 prevede e il godimento sostanziale del diritto da essa sancito. Alla luce di quanto fin qui esposto, emerge come siano due i macro fenomeni entro cui ricondurre le principali cause di questa discrasia. Vi è innanzitutto da evidenziarne un dato di progressiva erosione che mostra come l'effettività di questo diritto (ma è il caso di molti altri diritti civili) sia da presidiare e tutelare non solo nel momento di promulgazione della norma, ma anche in prospettiva. D'altro canto, l'effettività del diritto è tale solo se i servizi deputati a fornire le risposte sono in grado di applicarle.

Il primo ambito è quello più direttamente connesso all'evoluzione dell'interpretazione della legge 194, una norma sottoposta a sollecitazioni socio-politiche fin dai suoi esordi. Nella sua formulazione, infatti, prevede che vi sia sempre qualcuno autorizzato a chiedere alla donna le ragioni della sua de-

<sup>71</sup> Cinque farmacie sono situate nella Valpantena (Grezzana, Quinto di Valpantena, Santa Maria in Stelle, Poiano, borgo di San Felice); le altre sei si trovano nel comune di Verona, tra centro città e periferie (Palazzina, Borgo Roma, Golosine, Santa Lucia, centro storico).

cisione, limitandosi a consentire l'aborto per ragioni di salute. Porta con sé inoltre un irricevibile conflitto tra autodeterminazione delle donne e "valore sociale della maternità" spinto all'estremo con la diffusione di dati fuorvianti, manipolati per ottenere consenso popolare<sup>72</sup>.

È in questo quadro che si inserisce il fenomeno dell'obiezione di coscienza. Come visto in precedenza la grande incidenza che contraddistingue gli ospedali italiani non sembra imputabile ai soli convincimenti profondi degli operatori sanitari, quanto piuttosto alle dinamiche gerarchiche all'interno dei reparti, alle scelte politiche e di carriera. Tanto è vero che nei consultori pubblici il fenomeno è decisamente più contenuto (fatte salve le differenze regionali e alcuni casi particolari). I problemi per i consultori riguardano piuttosto gli orari d'apertura, spesso necessariamente ridotto o con la presenza della ginecologa solo per qualche ora a settimana. Strettamente collegato a questo spettro di difficoltà vi sono i numerosi casi di incursioni, più o meno legittimate dalle normative regionali<sup>73</sup>, dei movimenti antiabortisti nelle corsie dei reparti di ginecologia, il fenomeno dei cosiddetti "cimiteri dei feti" per cui i residui biologici dell'operazione di aborto vengono sepolti in aree cimiteriali dedicate all'insaputa della donna stessa<sup>74</sup> fino alle proposte di legge per modificare lo status giuridico del concepito<sup>75</sup>.

Il secondo ambito è quello che riguarda le limitate capacità di risposta da parte del servizio sanitario a causa degli effetti degli interventi fatti sulla sanità in termini riorganizzativi e di tagli economici. Vi è dunque da considerare l'effetto del processo di aziendalizzazione, introduzione di approcci privatistici ed esternalizzazione che ha caratterizzato il servizio sanitario italiano dagli anni Novanta ad oggi e che ha portato ad impostare gli interventi sanitari entro un'ottica di ottimizzazione economica. Quando su questa impostazione sono ricaduti i tagli lineari stabiliti come politica d'intervento a seguito della crisi economica del 2010, l'approccio universalistico e la centralità del(la) paziente come persona sono state ulteriormente intaccate. Lo si è visto con lo scoppio della pandemia<sup>76</sup>, ma lo è ancora di più oggi con la crisi di personale che sta attraversando la sanità anche a seguito dei due anni di Covid-19. Ad aggravare il peso di questa situazione vi è stato il passaggio di regionalizzazione che è andato amplificando le differenze tra le regioni, ma anche all'interno delle stesse con alcuni poli d'eccellenza, ma difficoltà diffuse per quanto riguarda la sanità territoriale.

A difesa del diritto di poter abortire sono oggi attivi i movimenti femministi e delle donne che, in Italia così come a livello internazionale, mantengono alta l'attenzione sui casi di cronaca così come sulle

<sup>72</sup> La retorica fuorviante che esalta il legame tra l'aumento del tasso di natalità in Italia e la lotta all'aborto è tra i primi punti del manifesto della destra italiana in difesa della famiglia tradizionale e naturale. A questo proposito, il calo degli aborti in Italia è spiegabile alla luce di diversi fattori, in particolare il più alto tasso di istruzione e una maggiore diffusione dell'educazione sessuale e della conoscenza dei contraccettivi. L'introduzione della cosiddetta pillola del giorno dopo è stata fondamentale.

<sup>73</sup> A. CAMILLI, *I diritti delle donne sotto attacco in Umbria e nelle Marche*, Internazionale, 17 febbraio 2021: <http://bit.ly/3YdqekE>. Per quanto riguarda il primo caso veneto si veda: <http://bit.ly/3YBfr3i>.

<sup>74</sup> J. GUERRA, *La mappa dei "cimiteri dei feti", la violazione della privacy e altri misteri*, 2 ottobre 2020 <https://giulia.globalist.it/attualita/2020/10/02/la-mappa-dei-cimiteri-dei-feti-la-violazione-della-privacy-e-altri-misteri/>.

<sup>75</sup> <http://bit.ly/3RKqPHP>.

<sup>76</sup> A. BRAMUCCI, F. PRANTE, A. TRUGER, *Decades of Tight Fiscal Policy Have Left the Health Care System in Italy Ill-Prepared to Fight the COVID-19 Outbreak*, in *Intereconomics. Review of European Economic Policy*, 55, 3, 2020, 147-152: <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/3/article/decades-of-tight-fiscal-policy-have-left-the-health-care-system-in-italy-ill-prepared-to-fight-the-covid-19-outbreak.html>.

proposte di legge sia a livello locale sia a livello regionale<sup>77</sup>. Come visto in precedenza, sono questi stessi movimenti ad occuparsi di mappare la realtà a fronte di un monitoraggio ufficiale insufficiente e soprattutto non utile alle donne che di questi servizi hanno bisogno, spesso con tempi molto stretti. Il tempo è oggi sufficientemente maturo per operare un cambiamento concreto per ciò che riguarda l'aborto, per riconoscere innanzitutto a livello culturale e sociale il diritto all'autodeterminazione dei corpi delle donne. La legge 194 è figlia del proprio tempo, necessita perciò di modifiche e aggiornamenti che rispecchino la realtà odierna togliendo il dibattito sul diritto all'aborto dall'ambito morale e religioso per radicarlo in quello dei diritti di salute e tutelare così il godimento sostanziale dei diritti delle donne<sup>78</sup>.

*Special issue*

---

<sup>77</sup> Quarant'anni della legge sull'aborto in quattro grafici, Internazionale, 8 marzo 2018: <https://www.internazionale.it/bloc-notes/2018/03/08/aborto-legge-194-ivg>.

<sup>78</sup> K. FOX, V. DONATO, *Abortion is a right in Italy. For many women, getting one is nearly impossible*, CNN, October 2020: <https://edition.cnn.com/interactive/2019/05/europe/italy-abortion-intl/>.

