neodemos

I suoi primi quarant'anni

L'aborto ai tempi della 194

a cura di **Rossella Ghigi**

ISBN 978-88-32003-01-7

Realizzazione grafica a cura di
the freak studio

I suoi primi quarant'anni

L'aborto ai tempi della 194

a cura di ***Rossella Ghigi***

Associazione Neodemos 2018

INDICE

Molto più di una semplice ricorrenza ..... **p. 7**
Rossella Ghigi

I. GENEALOGIA DI UNA LEGGE NECESSARIA ..... **p. 17**

Giambattista Scirè
Il lungo cammino per la regolamentazione dell'aborto ..... **p. 18**

Patrizia Veclani
L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: a quarant'anni da quel 22 maggio ..... **p. 25**

Lorenza Perini
La parola delle donne: come si abortiva prima della 194 ..... **p. 31**

Corrado Melega
Memorie di un medico, memorie di un Paese ..... **p. 35**

II. EPIDEMIOLOGIA DI QUARANT'ANNI DI IVG ..... **p. 39**

Michele Grandolfo
La legge 194: i primi quarant'anni del sistema di sorveglianza ..... **p. 40**

Maria Castiglioni
I cambiamenti nel ricorso all'aborto: differenze per età e generazioni ..... **p. 46**

Marzia Loghi, Alessia D'Errico, Angela Spinelli
Cosa ci raccontano gli alti tassi di abortività delle cittadine straniere ..... **p. 50**

Marzia Loghi, Alessia D'Errico, Angela Spinelli
L'abortività in Italia nel contesto internazionale ..... **p. 55**

III.
CRITICITÁ E POTENZIALITÁ
NELL'IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE ..... **p. 61**

Tommaso Autorino, Francesco Mattioli, Letizia Mencarini
Aborto e obiezione di coscienza in Italia.
In viaggio per poter abortire ..... **p. 62**

Michele Grandolfo
Azioni e servizi per una procreazione responsabile ..... **p. 68**

Giulia Rodeschini, Maria Augusta Nicoli
Consultori Familiari e procreazione consapevole:
uno studio di caso ..... **p. 72**

Susanna Mancini
Obiezione di coscienza: la sfida europea ..... **p. 77**

APPENDICE 1 ..... **p. 81**
Gli articoli del codice penale abrogati dalla 194/1978

APPENDICE 2 ..... **p. 84**
Il testo della legge 194/1978

GLI AUTORI ..... **p. 94**

Molto più di una semplice ricorrenza

Rossella Ghigi

«*Diciamo solo che non può esserci una buona maternità se non c'è un buon controllo delle nascite, una diffusa educazione sanitaria, un sistema generalizzato di vaccinazione e prevenzione di malattie infettive, centri per le visite prematrimoniali e per gli esami genetici e quartieri di abitazione sani, ambienti di lavoro non avvelenati. Ma le donne hanno capito ormai che la maternità non è un fatto privato, individuale, una fortuna, o una disgrazia da godere o subire nell'ambito ristretto della famiglia. Che è invece un fatto che coinvolge tutta la comunità, che deve essere quindi protetto da tutta la comunità. Le donne, per fortuna stanno imparando, a loro spese, che bisogna chiedere, pretendere, costringere, e non più subire, accettare, chinare la testa*».

Così sostiene, o almeno sosteneva nel gennaio del 1974, Natalia Aspesi nella rivista *Effe*, mettendo in luce molti dei nodi concettuali e degli assunti politici che, di lì a quattro anni, una legge dello Stato cercherà di ribadire. È la legge 194, che in questo 2018 ha compiuto i suoi primi quarant'anni. *Neodemos* crede sia oggi necessario ricordare questo compleanno con questo ebook, raccolta di contributi espressamente richiesti a esperti nell'arco del 2018 e in gran parte pubblicati sul sito, narrando le vicende della elaborazione legislativa, illustrando quale fosse la realtà quotidiana delle coppie quando interrompere una gravidanza indesiderata era considerato un crimine per la legge italiana, e chiarendo soprattutto quali sono stati gli esiti concreti della sua implementazione. Non si tratta di restituire la 194 alla memoria per esercizio storiografico o rituale celebrativo: si tratta, soprattutto, di evidenziare quegli elementi che rendono ancora oggi questa legge una acquisizione irrinunciabile del nostro diritto. Ribadirne la genealogia, la ratio e l'effetto sono il modo migliore, crediamo, per far comprendere la sua attualità e la sua utilità.

Una legge per la procreazione consapevole

Diceva dunque Aspesi che la maternità (e di conseguenza anche la non maternità) era questione sovraindividuale, un fatto pubblico, e co-

me tale richiedeva protezione sociale e un intervento dello Stato. Era questa una posizione che traeva forza dalla consapevolezza, propria del femminismo di seconda ondata che in quei decenni trasse la sua forza, che molti dei problemi che sembravano apparentemente privati e personali avevano invece radici nel posizionamento degli individui entro le gerarchie sociali e nel tessuto produttivo di una comunità: il personale era politico. Tuttavia, sarebbe sbagliato pensare che il movimento femminista al suo interno non conoscesse una pluralità di posizioni riguardo alla regolazione legislativa in materia di maternità e controllo delle nascite. Nella stessa rivista da cui sono tratte quelle parole, ad esempio, altri gruppi avrebbero preso le distanze dalla proposta di legge che oggi conosciamo come la 194: «No a questa legge che è la negazione delle nostre lotte; sì ad una regolamentazione che assicuri l'aborto libero, gratuito e assistito, garantito per tutte le donne (anche se minorenni) che lo richiedano, nelle strutture sanitarie — ivi compresi i consultori — e in quelle gestite e controllate dalle donne» avrebbero scritto, ad esempio, le attiviste del Consultorio Femminista San Lorenzo, evoluzione di gruppi di autocoscienza e self-help, proprio quando la legge vide la luce: «coscienti che qualsiasi legge fosse passata la nostra attività sarebbe dovuta continuare come lotta contro le istituzioni, per conquistare il massimo degli spazi e come attività di autogestione per ampliare il nostro patrimonio conoscitivo sul nostro corpo, cosa che ci permette non di colmare delle deficienze sanitarie ma di poterle controllare attivamente». In altre parole, la regolamentazione statale in quanto tale contrastava il principio di autodeterminazione della donna; a maggior ragione una legge che appariva come il frutto di un compromesso tra istanze e sensibilità molto diverse - come testimonia l'inserimento nella legge di alcuni passaggi (dall'indicazione di una settimana di riflessione necessaria per soprassedere alla propria decisione di interrompere la gravidanza alla necessità di una documentazione medica alla nota questione della possibilità, per i medici, di non procedere per obiezione di coscienza). Il principio stabilito dalla legge nel suo incipit, d'altra parte, è quello di una tutela sociale della maternità, che vede l'aborto come *extrema ratio*:

«Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative

necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite» (art.1).

Gli articoli successivi della legge ugualmente danno grande rilievo alla necessità di intervenire per rimuovere gli ostacoli di natura sociale ed economica che possono impedire di portare avanti una gravidanza, potenziando ad esempio il ruolo dei Consultori, istituiti soltanto tre anni prima con la legge 405 del 29 luglio 1975, con lo scopo di sostenere la diffusione di una cultura contraccettiva efficace e una procreazione consapevole (cfr. *Appendice 2*).

È nella stessa direzione che viene normata la possibilità di abortire, qualora le circostanze non permettano alla donna sostanzialmente altra scelta:

«Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico (...), o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia» (art.4).

Si tratta di una cautela che si ritrova in molte delle legislazioni dell'epoca che normarono per la prima volta l'aborto, vuoi per depenalizzarlo, vuoi per legalizzarlo o addirittura per liberalizzarlo e che ovunque lo costruiva discorsivamente come *male minore* (Boltanski, 2007). In gran parte degli articoli che compongono la legge italiana emerge grande attenzione affinché si diffonda una informazione accurata sulla contraccezione e perché l'aborto non venga utilizzato come mezzo di controllo delle nascite, in modo cioè superficiale, al pari di un qualsiasi mezzo contraccettivo. Una simile attenzione non era che la risposta alle accuse dei suoi oppositori: legalizzare l'aborto, sostenevano, ne avrebbe moltiplicato il ricorso. Le vicende che seguirono l'implementazione della legge smentirono clamorosamente queste accuse.

Gli attori sulla scena

«Le donne si presentavano dopo la mezzanotte, uscivano di casa con il buio, quando nessuno poteva vederle: arrivavano in ospedale con fe-

rite gravissime, lacerazioni, emorragie, infezioni, accadeva ogni sera, ormai eravamo preparati: quelle donne, a volte quelle ragazzine, erano le reduci di aborti clandestini avvenuti chissà dove e con chissà quali mezzi, facevamo il possibile per aiutarle, alcune si salvavano ma altre morivano, e molte restavano lesionate per sempre». Così racconta Carlo Flamigni sull'epoca che precede gli anni Settanta, quando decidere di interrompere una gravidanza poteva costare cinque anni di reclusione e la contraccezione era illegale (cit. in De Luca, 2011; cfr. Melega, *infra*). Eppure, nonostante le difficoltà, il dolore e la paura, si abortiva lo stesso: le stime parlano di una cifra fra i 220mila e i 600mila aborti all'anno, a partire dal fatto che le notifiche di aborto spontaneo, un modo frequentemente utilizzato per coprire complicazioni dovute a un aborto procurato, crollarono dopo l'entrata in vigore della legge (Veclani, *infra*). Gli anni che precedono la legge sono gli anni in cui diversi attori sul piano pubblico prendono parola. Da una parte, i gruppi che oggi ricordiamo sotto il nome di movimento femminista, che appunto si fecero portatori di istanze nuove dal punto di vista legislativo, ma anche di pratiche e discorsi inediti sul piano dell'intervento sociale, chiedendo una depenalizzazione dell'aborto (che, ricordiamolo, era un reato in base al Codice Rocco del 1930, che lo catalogava tra i delitti contro l'integrità della stirpe, e prevedeva per una donna che avesse abortito e per chi l'avesse aiutata la reclusione da due a cinque anni, mentre per colei che se lo fosse indotta da sola, da uno a quattro anni; cfr. *Appendice 1*) e una sua assicurazione sul piano dei servizi. Un secondo attore sono i partiti, che si fanno portavoce nelle sedi istituzionali delle istanze che vengono da una quota sempre più ampia della società. E il terzo, importante, attore sono le donne «comuni», non necessariamente politicizzate o attiviste che, su sollecitazione certamente dei primi due, iniziano a prendere parola e a raccontare, a giornalisti, ad attiviste o a studiosi, la propria esperienza di aborto, fatta di tavoli da cucina, ferri da calza, asciugamani sulla bocca (Perini, *infra*).

Il clima internazionale era certamente favorevole: in Francia la legge Veil, forte anche del dibattito seguito al processo di Bobigny, depenalizza l'aborto nel 1975; nel Regno Unito l'*Abortion Act* legalizza l'aborto già dal 1967 su tutto il territorio ad eccezione dell'Irlanda del Nord (per la Repubblica d'Irlanda, invece, abbiamo dovuto aspettare proprio il maggio di quest'anno per l'abrogazione della legge costituzionale che lo vietava); eclatante fu poi il caso degli Stati Uniti, dove nel 1970, una giovane donna di nome Norma McCorvey, con lo pseudonimo di Jane Roe faceva ricorso

contro una legge del Texas appellandosi a un diritto costituzionale a interrompere la gravidanza. La donna (che negli anni Novanta si sarebbe convertita alla causa del movimento antiabortista) vinse –benché troppo tardi per poter abortire- grazie a una controversa sentenza della Corte Suprema nel 1973 che, con sette voti favorevoli e due contrari, riconosceva che «il diritto alla privacy (…) basato sulle nozioni di libertà individuale e limitazioni all'ingerenza statale sancite dal quattordicesimo emendamento» comprendeva anche «la libertà della donna di interrompere la gravidanza».

Ma anche alcune vicende, tutte italiane, rafforzarono il sostegno alla causa *pro-choice* nel nostro Paese. Il processo a Gigliola Pierobon nel 1973, ad esempio, divenne in quegli anni un caso politico e mediatico. Rimasta incinta a 17 anni e in seguito abbandonata dal suo ragazzo, questa giovane originaria di un piccolo paese della provincia patavina aveva percorso il duro iter dell'aborto clandestino: il tavolo di cucina di una mammana, l'applicazione di una sonda rudimentale, la contrazione di una grave infezione. In Italia erano in verità rari i processi per aborto, nonostante le numerose complicanze che esso provocava nella clandestinità delle pratiche: si avviavano per lo più quando gli aborti avevano comportato la morte della donna, e finivano di solito con l'assoluzione per insufficienza di prove (Scirè, *infra*). Nel caso Pierobon, tuttavia, gli avvocati difensori presentano una istanza innovatrice per la dottrina, basata sulle testimonianze di scrittrici, politici, senatori, medici, biologi, psicologi con l'obiettivo più che di produrre prove di contestualizzare i fatti. Si metteva così sotto accusa la legge dello Stato cercando la forza dell'opinione pubblica (Perini, 2014).

In questo clima, vengono arrestati alcuni attivisti come il segretario del Partito Radicale Gianfranco Spadaccia (la prima volta dalla fine del fascismo che veniva arrestato un segretario di partito), la militante radicale Emma Bonino e Adele Faccio, fondatrice del Cisa (il Centro di informazione per la sterilizzazione e l'aborto, che ha creato i primi consultori in Italia, mentre il CRAC organizza i «viaggi della speranza» verso le cliniche inglesi e olandesi) e il ginecologo Giorgio Conciani per procurato aborto: la polizia fece irruzione nella clinica fiorentina dove venivano accompagnate le donne ad abortire e oltre agli attivisti arrestò quaranta donne in attesa dell'intervento. Nello stesso anno, farà discutere la sentenza della Corte Costituzionale che dichiarava parzialmente illegittimo l'art. 546 del Codice penale (Aborto di donna consenziente) riconoscendo la legittimità dell'aborto terapeutico. Ma un ruolo cruciale

lo giocarono anche le vicende di Seveso. L'incidente del 10 luglio 1976 nell'azienda ICMESA di Meda che causò la fuoriuscita e la dispersione di una nube di diossina su una vasta area di terreni della bassa Brianza diede nuovo impulso al dibattito pubblico sull'aborto (Melega, *infra*). Il ginecologo e storico primario della clinica Mangiagalli di Milano, Francesco Dambrosio, da molti considerato il padre della 194, potè in quell'occasione creare un consultorio a Seveso per accogliere le molte donne terrorizzate all'idea di poter avere dei bambini malformati, prescrivere loro la pillola anticoncezionale (legale solo dal 1971, ma di fatto raramente prescritta) ed effettuare i primi aborti legali, aprendo un varco nell'interpretazione della legge attraverso la presa in carico dei rischi per la salute psicologica delle donne.

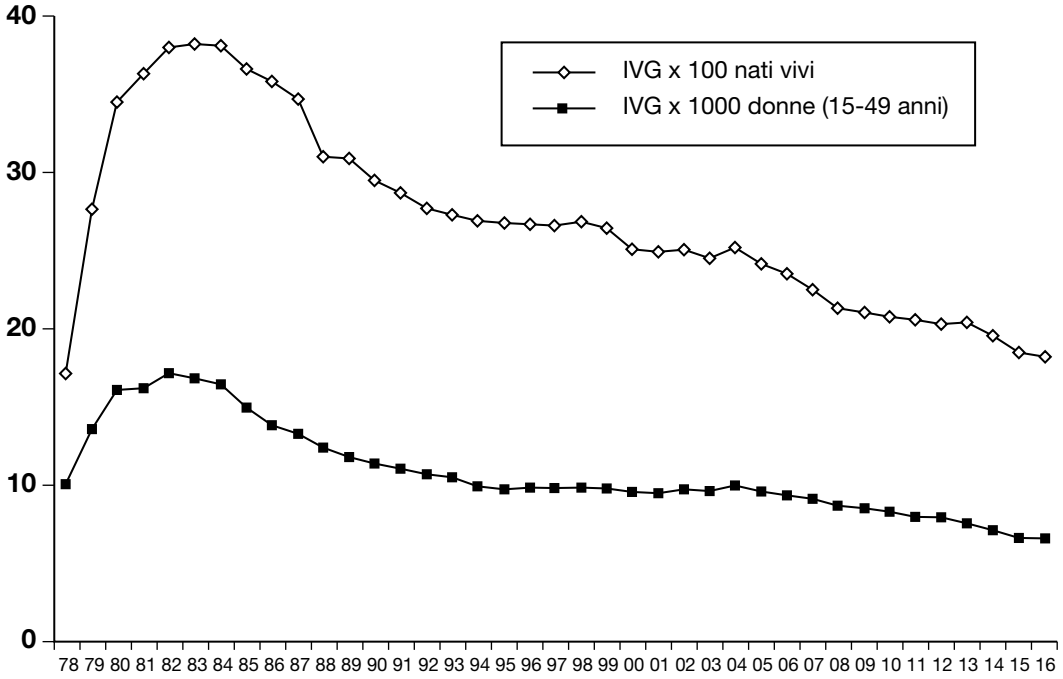
La breccia sulle coscienze e nei discorsi pubblici era fatta. Più di ventimila donne scesero in piazza a Roma nel dicembre del 1975 chiedendo l'autodeterminazione e la possibilità di decidere sul proprio corpo, e altre manifestazioni ancora più numerose seguirono successivamente. I partiti, le associazioni e le istituzioni non potevano più evitare di farsi carico di queste istanze. L'esito di quei dibattiti, a suon di encicliche papali, movimenti di piazza, lotte interne ai partiti fu la 194, una legge che passò in Senato con 160 voti contro 148, sostenuta da comunisti, socialisti, socialdemocratici, repubblicani, liberali e Sinistra indipendente, osteggiata (per motivi opposti) da democristiani, missini, radicali e demo-proletari. Nel 1981 tre diversi referendum ne chiesero l'abrogazione: due presentati dal Movimento per la vita di Carlo Casini, il terzo dai Radicali, che la ritenevano insufficiente e chiedevano la totale liberalizzazione (Sciré, *infra*). La legge 194 venne però confermata nell'impianto del 1978 dall'ampia partecipazione di una popolazione che si mostrò autonoma dai partiti e secolarizzata rispetto alle proprie scelte procreative.

Quarant'anni di IVG

Una delle argomentazioni più frequentemente utilizzate da chi si opponeva alla legalizzazione dell'aborto era che esso avrebbe portato le donne a farvi ricorso con facilità, al pari di un qualsiasi altro metodo contraccettivo. I fatti smentirono queste accuse. Una volta che le strutture sul territorio furono adeguate all'implementazione della legge, il ricorso all'aborto iniziò inesorabilmente a scendere nel giro di pochi anni: nel 1982 il tasso di abortività era di 17,2 IVG ogni 1.000 donne di 15-49 anni, nel 2016 è 6,5 (Fig.1). Si tratta di un taglio netto di quasi il 64% (Veclani, *infra*) e

che pone l'Italia tra i Paesi occidentali oggi a più bassa abortività (Loghi, D'Errico e Spinelli 2, *infra*), specie fra le giovanissime (Castiglioni, *infra*). A maggior ragione non trova conferma l'idea, avanzata da alcuni sostenitori del movimento pro-life (o *no choice*, a seconda di come lo si guardi), che il basso tasso di fecondità del nostro Paese rispetto agli altri sarebbe dovuto a un diffuso ricorso all'IVG.

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività, 1978-2016



Fonte: 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 2016.

I dati più recenti a disposizione, aggiornati e sistematicamente raccolti in un flusso informativo basato su un sistema di sorveglianza che coinvolge le Regioni e che ha visto la luce grazie alla 194 (Grandolfo 1, *infra*), mostrano un quadro molto chiaro.

Innanzitutto, le stime sugli aborti clandestini mostrano che il primo effetto della legge è stata la pressoché totale emersione del sommerso: l'abortività spontanea, che prima della 194 era un indicatore indiretto degli aborti clandestini (perché solo dichiarando spontaneo un aborto se ne potevano gestire le complicanze) è oggi sostanzialmente spiegata dallo

spostamento in avanti dell'età del parto (Grandolfo 1, *infra*).

Ma emerge con chiarezza soprattutto un cambiamento nella cultura contraccettiva del Paese. La separazione netta fra sessualità (sempre più precoce) e genitorialità (sempre più tardiva) ha mostrato una progressiva estensione del periodo di vita sessuale attiva in cui si vuole evitare una gravidanza: ebbene, i dati sulla abortività mostrano che la IVG non è mai diventata un mezzo di controllo delle nascite, nonostante gli importanti cambiamenti generazionali avvenuti. Le giovanissime sotto i 20 anni delle generazioni più recenti sono l'unico gruppo per cui si è verificato un lieve aumento del ricorso all'aborto, ma i dati più recenti mostrano come il fenomeno stia diminuendo. In altre parole, nel nostro Paese in questi quarant'anni il ricorso all'aborto è sceso mentre la fecondità è diminuita perché si è diffuso l'uso di metodi anticoncezionali efficaci e sicuri (soprattutto si è diffuso l'uso del preservativo, rispetto ad altri metodi) e perché si sono posticipate le nascite (Castiglioni, *infra*). Le ricerche mostrano, inoltre, che nell'arco di questi quarant'anni il livello di istruzione è risultato fortemente associato al ricorso all'IVG: donne con titolo di studio più basso presentano valori di abortività più elevati in tutte le generazioni (cfr. AAVV, Relazione del Ministro, 2018).

L'altra rivoluzione, nel nostro Paese ancora incompiuta rispetto alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è rappresentata dalla farmacologizzazione dell'aborto. Oggi meno di un aborto su cinque è effettuato tramite l'assunzione della RU486, mentre nella maggior parte dei casi è effettuato tramite isterosuzione e raschiamento, sotto anestesia totale, ma il cambiamento è comunque in atto.

L'implementazione della legge offre comunque un quadro non privo di criticità. Prima fra tutte, la questione della obiezione di coscienza. Circa sette ginecologi su dieci oggi in Italia è obiettore (Mancini, *infra*), specie al Sud, con una alta variabilità regionale che provoca asimmetrie nella implementazione del servizio (con non pochi disagi per chi deve spostarsi da una Regione all'altra per poter abortire in tempo, talvolta su distanze non trascurabili; Autorino, Mattioli e Mencarini, *infra*). Inoltre, gruppi a vocazione religiosa che si oppongono alla possibilità di abortire trovano oggi nella compagine politica degli eletti un rinnovato sostegno, e sono oggi molto attivi nelle forme di comunicazione e dissuasione diffuse sul territorio, in Italia ma non soltanto (Mancini, *infra*). Emergono ancora forti asimmetrie nel ricorso all'IVG tra italiane e cittadine straniere, specie per quelle provenienti dai paesi più poveri: il rapporto tra i tassi è pari

a 2,6 volte di più per le donne straniere, a riprova dell'importanza della diffusione di una cultura contraccettiva efficace omogenea tra la popolazione. Va osservato, comunque, che il decremento nei tassi di abortività tra le straniere è stato sostanziale, soprattutto per le donne di gruppi con più alti indicatori di integrazione (Loghi, D'Errico e Spinelli 1, *infra*). Se è vero, infatti, che un terzo delle IVG totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere, è anche vero che in questi quarant'anni il loro contributo è andato solo inizialmente crescendo: dopo un periodo di stabilizzazione, gli aborti tra le donne straniere stanno diminuendo in percentuale, in numero assoluto e nel tasso di abortività (cfr. AAVV, Relazione del Ministro, 2018). Va inoltre ricordato come i servizi possano configurarsi strumenti di educazione alla procreazione consapevole di grande efficacia, se sostenuti. Alcune ricerche dimostrano come le asimmetrie nel ricorso all'IVG per strati diversi della popolazione possano essere colmate con una attività di counselling somministrata in occasione dell'accesso ai servizi per altri motivi. Ad esempio fornire informazioni sulla contraccezione sicura durante il percorso nascita, quando cioè italiane e straniere si rivolgono ai servizi sul territorio per portare avanti una gravidanza, può sostanzialmente azzerare le differenze tra italiane e straniere nel ricorso a metodi anticoncezionali efficaci dopo il parto (Grandolfo 2, *infra*). Altre ricerche, invece, mostrano come i giovani che si affacciano alla vita sessuale attiva possano essere il target di azioni virtuose e buone pratiche di educazione alla sessualità in servizi a bassa soglia, quelli di facile accesso, gratuiti e multidisciplinari quali gli Spazi Giovani istituiti presso i Consultori Familiari (Rodeschini e Nicoli, *infra*). Si tratta di componenti importanti in quei «servizi di frontiera», nati all'intersezione tra istituzioni e movimenti delle donne, nello spirito di quello stesso dialogo che ha dato la luce alla legge 194 del 1978.

In un'Italia che fatica a uscire dal ristagno della bassissima fecondità, a trovare politiche efficaci di sostegno alla genitorialità per chi un figlio lo vorrebbe, a districarsi da una cultura della distribuzione del lavoro di cura ancora troppo asimmetrica tra uomini e donne, è necessario oggi più che mai partire dal fatto che non c'è opposizione tra sostegno alla fecondità desiderata e sostegno alla contraccezione, tra politiche per la famiglia e politiche per l'interruzione volontaria di gravidanza: si tratta di realizzare, in tutti i casi, la fecondità desiderata, nei temi e nei modi auspicati. Non c'è una buona maternità se non c'è un buon controllo delle nascite. Come diceva Natalia Aspesi, più di quarant'anni fa.

Per saperne di più

AAVV. 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), 2018, dati definitivi 2016.

Aspesi, N. *Il parto punitivo*, «Effe», gennaio 1974

Ballestra, S. 2008, *Piove sul nostro amore*, Milano, Feltrinelli.

Boltanski, L. 2007, *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Milano, Feltrinelli.

Collettivo San Lorenzo, *Ancora polemiche,* «Effe», maggio 1978

De Luca, M. N. 2011 *La legge per le donne 30 anni dopo*, «la Repubblica», 12 maggio.

Flamigni, C. 2008 *L'aborto. Storia e attualità di un problema sociale*, Ed. Pendragon, Bologna.

Galeotti, G. 2003 *Storia dell'aborto*, il Mulino, Bologna.

Perini, L. 2014, *Il corpo del reato. Parigi 1972 – Padova 1973: storia di due processi per aborto,* Bologna, Quaderni «Storicamente» n. 4.

Scirè, G. 2011 *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, B.Mondadori, Milano.

I.
Genealogia di una legge necessaria

Il lungo cammino per la regolamentazione dell'aborto

Giambattista Scirè

La vicenda della regolamentazione dell'aborto in Italia si è contraddistinta per un vasto dibattito culturale ed ha avuto un iter parlamentare molto travagliato. Giambattista Scirè la ripercorre dal punto di vista storico evidenziando le diverse posizioni in campo e i principali avvenimenti lungo il percorso che ha portato alla legge 194.

La questione dell'aborto è una tematica indubbiamente complessa e delicata, che implica il diretto coinvolgimento delle funzioni della famiglia, della società e dello Stato. Il fenomeno dell'aborto clandestino aveva assunto, infatti, nel corso dei secoli, una diffusione così alta da richiedere di essere affrontato dal punto di vista legislativo. L'ordinamento civile dei vari Stati, limitatosi per lungo tempo a ricalcare la visione religiosa, iniziò solo in età moderna a disciplinare il problema, sulla scia delle prime acquisizione scientifiche nel campo della fecondazione e dello sviluppo embrionale. Fu soprattutto nell'Occidente di derivazione illuminista e ispirazione liberale, che, a partire dagli anni Cinquanta, si iniziò a riflettere sulla problematica da un punto di vista laico.

Chiesa e società civile. L'evoluzione del dibattito negli anni Sessanta

Il primo atto, sul piano internazionale, fu l'approvazione all'unanimità, il 20 novembre 1959, da parte dell'Assemblea delle Nazioni Unite, della Dichiarazione dei diritti del fanciullo, che tutelava giuridicamente, prima e dopo la nascita, il diritto alla vita, ribadendo la dignità di persona spettante ad ogni essere umano. A questo principio si rifecero ugualmente, ma con motivazioni diverse, i sostenitori delle opposte tesi sulla liceità dell'aborto.

Da un lato, netta era la posizione di condanna da parte della Chiesa verso chi praticasse l'aborto, qualunque fosse il grado di sviluppo del feto (il diritto canonico comminava la *scomunica latae sententiae*). Così si era

espressa, prima con Pio XI, nell'enciclica *Casti connubii* del 1930, poi, con Paolo VI, nella *Humanae vitae* del 1968. In particolare, quest'ultimo aveva inflitto un duro colpo al principio della collegialità nell'esercizio dell'autorità ecclesiastica, sancito durante il Concilio Vaticano II, riaffermando il suo divieto alla contraccezione, dopo che, qualche anno prima, a seguito della scoperta della pillola anticoncezionale «Pincus», una pontificia commissione per lo studio dei problemi della famiglia e della natalità (istituita da Giovanni XXIII e composta oltre che da religiosi anche da membri laici), aveva dato sorprendentemente parere favorevole all'uso della pillola, nel contesto di una iniziale revisione della dottrina cattolica sul controllo delle nascite. Alla chiusura della Chiesa in materia di educazione sessuale corrispondeva l'inadeguatezza della legislazione in Italia, che vietava perfino l'uso degli anticoncezionali (previsto solo nel 1971, a seguito di una sentenza della Corte costituzionale): sull'aborto, infatti, non era prevista alcuna regolamentazione, salvo poi punirlo, come ai tempi del fascismo, in quanto «delitto contro l'integrità e la sanità della stirpe», con la reclusione da due a cinque anni.

Dall'altro lato, sulla scia degli esempi di altri paesi (negli Usa, il *Women's Liberation Movement*; in Germania, il manifesto delle donne pubblicato sulla rivista «Stern»; in Francia, la mobilitazione del *Mouvement de Libération des Femmes*), anche in Italia, i movimenti di emancipazione femminile, in particolare il Movimento di Liberazione della Donna e l'Unione donne italiane, iniziavano a parlare, agli inizi degli anni Settanta, di depenalizzazione, legalizzazione e addirittura di liberalizzazione dell'aborto. Nel nostro paese però le prime forme di adeguamento alla mentalità europea, con l'affermazione della libertà di scelta individuale e l'emancipazione delle donne, convivevano con il modello tradizionale della società, fondata sul matrimonio, sulla forza della famiglia, sulla morale cattolica e sul disinteresse dello Stato verso le politiche sociali e familiari.

Il primo disegno di legge sull'aborto del 1973

La spinta iniziale all'avvio di un dibattito parlamentare sull'aborto fu data dal Partito Radicale e da alcuni deputati socialisti che avevano proposto, inizialmente, un disegno di legge che si ispirava all'*Abortion Act* inglese del 1967.

Il problema che si intendeva affrontare, da parte laica, era quello degli aborti clandestini e illegali, diventato una vera e propria piaga sociale. A dispetto delle pesanti pene previste dal codice penale, i tribunali erano

abituati a intervenire solo nei casi di aborti seguiti da morte della donna incinta, cioè un'infima minoranza. All'ombra del «magistero penale», fiorivano disonesti e lucrosi commerci, e, in certi paesi europei, vere e proprie industrie dell'aborto.

Il primo disegno di legge sull'aborto fu proposto l'11 febbraio 1973 dal socialista Fortuna, che prevedeva anche le ragioni eugenetiche per l'interruzione della gravidanza, a giudizio insindacabile del medico, quando ci fosse un rischio per la salute fisica o psichica della madre o anche il rischio di malformazioni del nascituro, e ammetteva l'obiezione di coscienza. E mentre si delineavano le posizioni «attendiste» del Pci (che si limitava sostanzialmente ad evitare di aprire un dibattito interno, rischioso per il proseguimento del confronto con la Chiesa sul Concordato) e della Dc (che voleva evitare, a sua volta, malumori nelle gerarchie ecclesiastiche), prendevano posizione, nel mondo cattolico, alcuni teologi moralisti, che, sulla scia della posizione più aperta dei gesuiti francesi, si differenziava dalla rigida chiusura della Chiesa.

Il codice Rocco e i primi tentativi di regolamentazione privata della pratica abortiva

Intanto lo svolgimento del processo a Gigliola Pierobon (che aveva dichiarato pubblicamente di aver abortito) e la successiva sentenza di condanna, rappresentavano un chiaro sintomo di quel disagio con cui la magistratura si trovava costretta ad applicare gli articoli del codice Rocco che punivano l'aborto, in ogni caso, come un reato. Dopo le polemiche sulla stampa, la Procura di Firenze stabiliva l'arresto di un gruppo di radicali, auto-accusatisi di gestire un centro clinico dove si praticava l'aborto, mentre vedeva la luce, a Milano, il Centro di Informazione per la Sterilizzazione e l'Aborto, diretto da Faccio e Bonino, che iniziava a regolamentare privatamente la pratica dell'aborti, con corsi di aggiornamento per ginecologi e l'informazione sulla contraccezione e sulla sterilizzazione. A questo punto accadevano due fatti che finivano per surriscaldare l'atmosfera, rendendo inevitabile lo scontro tra le parti contrapposte.

La Chiesa e la Dichiarazione sull'aborto del 1974

Il 18 novembre 1974 la Chiesa si esprimeva solennemente nella Dichiarazione sull'aborto procurato della Congregazione per la Dottrina della Fede. Il nuovo documento vaticano, la più autorevole posizione espres-

sa dalla Chiesa in materia, ribadiva la condanna di principio dell'aborto, anche se non aveva comunque irrigidito la sua posizione rispetto alla precedente enciclica. Nella dichiarazione si invitava il credente a discernere situazioni diverse e a non intervenire direttamente in una eventuale legge. L'unica voce fuori dal coro unanime di condanna dei vescovi era quella di mons. Luigi Bettazzi (quello della lettera aperta a Berlinguer), il quale, pur riaffermando la sacralità della vita umana, invitava i cristiani a riflettere in maniera autocritica sulle posizioni prese in passato, che non avevano certo contribuito a diminuire la piaga dell'aborto clandestino. Il 19 gennaio 1975 «L'Espresso» apriva con un'emblematica copertina dal titolo: «Aborto: una tragedia italiana». L'immagine, di forte impatto emotivo, di una donna nuda e incinta, crocifissa sotto la scritta «Ecce Mater», provocava l'intervento della magistratura e comportava al giornale la denuncia per oscenità e vilipendio della religione.

Le proposte di legge alternative nel 1975

Intanto, nel 1975, prendevano corpo le altre proposte di legge: i socialdemocratici prevedevano che l'aborto potesse essere praticato anche dopo dieci settimane, ma solo a seguito di attestazione di un medico, in una clinica pubblica o privata (le spese erano a carico della persona interessata); i comunisti prevedevano l'intervento di una commissione composta da un medico «internista», un ginecologo e un'assistente sociale, in modo da informare l'interessata sui rischi connessi, ma non ammettevano l'aborto dopo il 90° giorno dall'inizio della gravidanza (le spese erano a carico del fondo ospedaliero e degli enti mutualistici); i repubblicani prevedevano assistenza e consulenza gratuite a carico delle Regioni, l'istituzione di consultori comunali, e ammettevano l'intervento abortivo non oltre la decima settimana (riconoscevano per il medico l'obiezione di coscienza); i liberali proponevano un periodo di riflessione di 7 giorni, dopo il quale la donna poteva rinnovare la richiesta di aborto; infine, i democristiani intervenivano sui precedenti articoli del Codice penale, prevedendo la pena di reclusione da 7 a 12 anni per chiunque cagionasse l'aborto di una donna senza il suo consenso e confermavano l'applicazione di una pena da 2 a 5 anni alla donna che se lo fosse procurato.

Verso una regolamentazione condivisa

In particolare erano i parlamentari della Sinistra indipendente, convinti che un problema del genere andasse affrontato senza scomuniche

religiose né «impuntature ideologiche», a rivolgere un appello al mondo politico per trovare comunque una soluzione. Nel 1976 La Valle lanciava una proposta per tentare un'uscita dalla situazione di stallo. L'aborto non doveva essere considerato una conquista civile, ma ci si doveva indirizzare più realisticamente verso una regolamentazione condivisa. Fuori dai casi di aborto strettamente terapeutico, la decisione non doveva spettare al medico, ma alla madre stessa, aiutata da un consultorio pubblico o convenzionato, dopo un periodo di riflessione di 10-12 giorni dal primo incontro. La socializzazione del problema avrebbe comunque promosso una crescita di solidarietà. Qualche tempo dopo, Gozzini precisava i termini della proposta, onde evitare di presentare l'intervento abortivo in chiave «consumistica». Per il bene della società e della stessa Chiesa, occorrevano tre obblighi: per la donna, il ricorso ad una istanza pubblica; per il consultorio, un'adeguata offerta di sostegni reali dallo Stato; per la società, l'assunzione dei costi della gestazione condotta a termine, che in quel momento ricadevano purtroppo solo sulla donna. Si trattava, dunque, di una proposta che cercava di arginare l'ideologia abortista che aveva trovato espressione nelle proposte formulate dai movimenti radicali, dai femministi e in parte dai socialisti.

A contrastare questa nuova posizione erano subito «Comunione e Liberazione» (che puntava alla riaffermazione di un soggetto politico cristiano intransigente) e il nascente «Movimento per la vita», il quale scavalcava a destra la posizione del partito democristiano. L'Mpv di Casini presentava infatti un nuovo progetto di legge, la cui novità più rilevante era la costituzione di centri di accoglienza, non presso l'ente locale ma presso il giudice tutelare (composti volontari medici, un assistente sociale e cittadini), che vigilassero affinché i consultori familiari svolgessero realmente la loro attività di prevenzione.

Arriva la legge 194

Il 18 maggio 1978, dopo un iter tormentato, veniva promulgata la legge «194», in base alla quale l'aborto, attuato in determinate condizioni, non era più perseguibile penalmente. La soluzione finale trovata rispettava l'autodeterminazione della donna, ma per andare incontro alle esigenze dei cattolici, il legislatore riconosceva espressamente il diritto di sollevare l'obiezione di coscienza. La legge era votata con 160 voti contro 148, da comunisti, socialisti, socialdemocratici, repubblicani, liberali e Sinistra indipendente, mentre avevano votato contro democristiani, missini, radicali

e demo-proletari (questi ultimi due gruppi non erano contrari alla depenalizzazione dell'aborto ma ai limiti che la legge poneva alla totale libertà di abortire).

Subito dopo l'approvazione, l'argomento più scottante su cui si incentrò la polemica fu la presunta contraddizione in cui cadeva la legge nella concessione dell'obiezione di coscienza. La grande questione che rimaneva irrisolta era la seguente: fin dove doveva estendersi il rigoroso dovere morale di obiezione? All'intervento operatorio, all'attività dei consultori pubblici o anche alla certificazione medica prevista per ottenere l'aborto? La legge pareva prevederlo per tutte le attività indicate, ma già al Senato il problema di una distinzione era stato richiamato dai democristiani. Si paventava così il rischio di una vera e propria paralisi di interi reparti sanitari.

Il referendum del 1981

Alla fine del 1980, si profilava il successo della raccolta di firme per un referendum contro la legge, messa in atto da parte dell'Mpv, con ben due milioni di consensi, espressione della protesta popolare del mondo cattolico. Il primo referendum dei cattolici intransigenti, quello «massimale», richiedeva il divieto di aborto in generale, ad eccezione del pericolo di vita per la madre. In questo caso le obiezioni del fronte opposto si incentravano sul rischio del cosiddetto vuoto legislativo. Per questa ragione l'Mpv aveva presentato una seconda proposta di referendum, «minimale», che proponeva non la soppressione ma la riduzione del diritto d'aborto (art. 4,5 e parzialmente del 6 della legge). Anche in questo modo veniva comunque azzerata la legge «194» nell'autodeterminazione della donna e si ammetteva soltanto l'aborto terapeutico, stabilito dal medico, prevedendo un ritorno alla legislazione precedente. Esisteva però, sul fronte opposto, una richiesta di referendum da parte dei radicali, che mirava a raggiungere la piena liberalizzazione dell'aborto, mentre da parte socialista, il deputato Fortuna segnalava quelle che gli parevano due delle carenze più gravi della legge: il problema delle minorenni che potevano abortire esclusivamente col consenso del padre o del giudice tutelare, e l'esclusione della possibilità di abortire nelle case di cura private.

I risultati del referendum del 17-18 maggio 1981, preceduto dall'attentato al Papa (che contribuì a svelenire le polemiche), furono netti: il «no» contro la proposta radicale di revisione della legge ottenne l'88,5%, mentre quello contro la proposta dell'Mpv raggiunse il 67,9%.

I voti referendari mettevano in evidenza gli effetti della secolarizzazione della società italiana. Gli italiani avevano votato contro le tentate imposizioni della Chiesa su un argomento di così rilevante carica morale e civile. Non solo era stata messa in gioco, dopo la precedente sconfitta sul divorzio, l'incidenza politica della Chiesa in Italia, ma la sua stessa influenza culturale. Colpiva, infatti, la quasi coincidenza tra le percentuali provvisorie dei «sì», intorno al 30%, e i dati relativi alla partecipazione alla messa domenicale che, dal 69% del 1950, erano calati al 28% circa del 1980. L'opinione pubblica aveva rivelato, inoltre, una notevole misura di autonomia dai partiti.

Per saperne di più

G.Scirè, *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, B.Mondadori, Milano 2011
G.Galeotti, *Storia dell'aborto*, il Mulino, Bologna 2003
M.Mori, *Aborto e morale. Capire un nuovo diritto*, Einaudi, Torino 2008
C.Flamigni, *L'aborto. Storia e attualità di un problema sociale*, Pendragon, Milano 2008
M.Reichlin. *Aborto, la morale oltre il diritto*, Carocci, Roma 2007
C.Lalli, *La verità, vi prego, sull'aborto*, Fandango, Roma 2013
L.Turco, *Per non tornare al buio: dialoghi sull'aborto*, Ediesse Roma 2017
G.Fattorini, *Aborto: un medico racconta trant'anni di 194*, Guerini e associati Milano 2008

Interruzione volontaria di gravidanza in Italia: a quarant'anni da quel 22 maggio

Patrizia Veclani

Quarant'anni di 194: tempo di bilancio. Patrizia Veclani offre una disamina dell'implementazione della legge che ha permesso alle donne italiane l'interruzione volontaria di gravidanza a partire da alcuni aspetti del testo che, all'epoca della sua pubblicazione, erano tra i più controversi. L'autrice analizza così l'andamento del tasso di abortività nel Paese dal 1978, ma anche chi, quando e come interrompe oggi una gravidanza.

«Una gravidanza non desiderata è un'aggressione biologica (e, ovviamente, culturale e politica) inferta alla donna, per cui il principio a cui lei ricorre per liberarsene è soltanto un principio di legittima difesa. Non è detto che una donna sia una cattiva madre del figlio non desiderato, ma certamente essere stata costretta a anteporre la vita di un altro essere alla sua, ha un effetto distruttivo sulla sua identità. Infatti l'aggressione di cui parliamo non è soltanto fisica, in senso medico, o psichica, cioè di competenza dello psicologo, ma soprattutto un'aggressione alla sua insindacabilità di essere umano». Tuttavia «l'aborto legalizzato nega fiducia alla donna: costringendola a accettare la società come giudice della sua scelta (…) la relega al rango di riproduttrice». Così scriveva la scrittrice e attivista femminista Carla Lonzi nel 1975[1] in un articolo in difesa dell'aborto libero e in opposizione alla sua regolamentazione dall'alto.

Siamo nel pieno del dibattito che divide oppositori e sostenitori della legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Un dibattito non solo esterno, come è noto, ma anche interno ai gruppi femministi, accomunati però dalla consapevolezza di quanto fossero dure per le donne le condizioni dettate dalla clandestinità in cui allora si interrompevano le gravidanze. Si dovette aspettare il 22 maggio 1978 per avere anche in Italia una legge che permettesse di farlo in sicurezza e legalità.

1 Carla Lonzi, «Realpolitik e sessualità», in *È già politica. Scritti di Rivolta Femminile*, Milano 1975

La 194 rappresentò, comunque, il frutto di una mediazione tra istanze che derivavano da posizionamenti diversi. Tra gli articoli più controversi che ne risultarono vi era il documento obbligatorio rilasciato dal medico per poter effettuare l'IVG, la necessità di far trascorrere una settimana tra detto documento e la richiesta di intervento e, soprattutto, la possibilità per i medici di astenersi dalle prestazioni per obiezione di coscienza. Il clima politico in quegli anni era così arroventato che il legislatore dovette prevedere un monitoraggio dell'implementazione della legge nel corso del tempo: si trattava, in particolare, di controllare che non si facesse ricorso all'IVG al pari di un metodo contraccettivo. Si andava cioè paventando l'idea che la legalizzazione dell'aborto ne avrebbe favorito la diffusione.

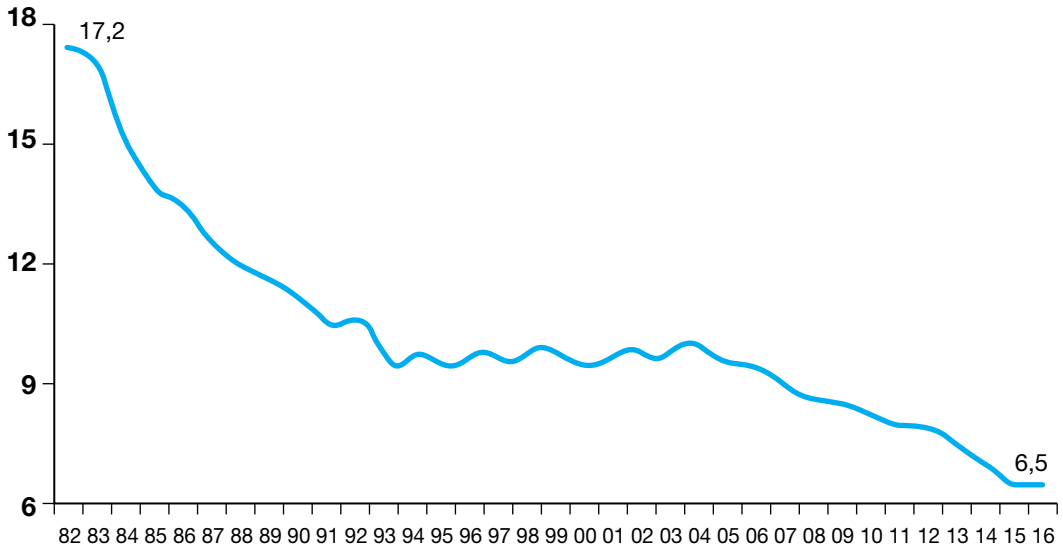
IVG: un fenomeno in declino

Prima della sua legalizzazione le stime dell'aborto (clandestino) si aggiravano tra i 220mila e i 600mila casi all'anno. A suggerire questa quantificazione è il fatto che il numero di notifiche di aborto spontaneo, un modo spesso utilizzato all'epoca per coprire complicazioni dovute a un aborto procurato, crollò dopo l'entrata in vigore della legge (meno di 57mila nel 1985)[2].

Negli anni subito successivi alla legalizzazione si assistette a una graduale emersione del sommerso, caratterizzata da una certa discontinuità dal momento che i servizi si andarono attivando a macchia di leopardo sul territorio nazionale almeno fino al 1984. Da questa data in poi e fino ad oggi, il ricorso all'aborto è progressivamente diminuito su tutto il territorio, con un solo periodo (dal 1996 al 2004) in cui il tasso di abortività è rimasto pressoché costante (vedi figura 1). Il calo è dunque netto: se nel 1982 il tasso di abortività era di 17,2 IVG ogni 1.000 donne di 15-49 anni, nel 2016 questo scende a 6,5, ponendo l'Italia tra i Paesi occidentali a più bassa abortività. Appare quindi assodato che il calo del tasso di fecondità nel nostro Paese non è dovuto alla legalizzazione della IVG. Questa è da attribuirsi, piuttosto, alla diffusione di metodi contraccettivi efficaci.

2 Dagli anni '90 il fenomeno subisce un trend crescente dovuto a motivi biologici legati alla crescente età delle donne al parto che aumenta il rischio di aborto spontaneo.

Figura 1 – Tasso di abortività*. Italia, anni 1982-2016



* Numero di IVG per mille donnein età fertile (15-49 anni).

L'affermarsi di una cultura contraccettiva

Se il divieto alla contraccezione orale viene abrogato nel 1971, è con l'istituzione dei consultori familiari del 1975 che la pillola entra a pieno titolo tra i presidi di prevenzione delle gravidanze indesiderate. Il lavoro di promozione della procreazione responsabile dei consultori, infatti, si rivela strategico per poter intraprendere assieme alle donne percorsi che favoriscono le conoscenze della fisiologia riproduttiva, dei metodi contraccettivi più efficaci e soprattutto dello sviluppo delle capacità di effettuare scelte autonome in base ai vissuti personali.

In 40 anni di vita della legge 194 sono intervenuti, d'altra parte, notevoli cambiamenti sociali e culturali nel Paese, che hanno visto affacciarsi all'età fertile generazioni di donne diverse, con profili diversi in termini di tempi di vita e realizzazioni personali, e segnate da una sempre maggiore scissione tra sessualità, da una parte, e procreazione, costituzione di una famiglia o di un legame di coppia, dall'altra. L'età mediana al primo rapporto sessuale si è abbassata da 22 a 18 anni e una quota sempre più ampia di donne ha rapporti prima dei 16 anni (dal 4,5% al 20% circa)[3]. Contestualmente si è alzata l'età al primo figlio. È chiaro quindi che i comportamenti contraccettivi hanno coperto un periodo della vita sempre più ampio di generazione

3 Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/78), anno 2017.

in generazione e si sono via via diffusi i metodi a più alta efficacia: se nel 1979 il metodo maggiormente utilizzato dalle coppie era il coito interrotto (46%), nel 2013 si preferiscono la pillola e il preservativo (24% e 31%)[4]. La gravidanza indesiderata, d'altronde, giunge nella stragrande maggioranza dei casi in seguito al fallimento di un metodo contraccettivo: la IVG non ha rappresentato dunque, come alcuni avevano paventato, uno strumento di controllo delle nascite in sostituzione alla contraccezione[5].

Chi interrompe una gravidanza oggi e quando lo fa

Nel corso degli anni le diminuzioni più rapide dei tassi di abortività hanno riguardato le donne più istruite, le occupate e le coniugate. Per contro, oggi le donne straniere mediamente ricorrono all'aborto volontario molto più frequentemente delle italiane (circa due-tre volte tanto) per tutte le classi di età[6]. Si tratta di un trend che tuttavia pare aver già avuto il suo apice e che ora appare in diminuzione[7].

Come detto in precedenza, il primo passo per la donna che voglia effettuare un aborto volontario deve essere l'ottenimento della documentazione; oggi, nel 42,9% dei casi ci si rivolge al consultorio familiare oppure a un servizio di ostetricia e ginecologia (31,7%) per ottenerla. Sono le donne straniere (54,5%) a fare più ricorso al servizio consultoriale, poiché a bassa soglia di accesso. Aumenta la percentuale di interventi avvenuti su certificazione d'urgenza (che consente di evitare l'attesa di 7 giorni per poter chiedere l'intervento), salita al 17,8% dei casi (era del 9,4% nel 2005). Questo aumento può essere dovuto all'esigenza di contrastare lunghe liste d'attesa oppure alla volontà di effettuare l'intervento in modalità farmacologica (che per la normativa italiana deve avvenire entro i primi 49 giorni di gestazione).

La quota di IVG «precoci», ovvero avvenute entro l'8° settimana gestazionale, sale al 46,8% (era del 38,4% nel 2005[8]). Accanto a questo dato, indubbiamente positivo, si affianca però l'aumento anche degli interventi eseguiti oltre la 12° settimana di gestazione, dovuti a esiti sfavorevoli del-

4 Istat, La salute riproduttiva della donna, 2017.

5 Relazione del Ministero della Salute, ibidem.

6 È un dato medio che va preso con le dovute cautele visto che si raggruppano persone di diverse nazionalità, che quindi portano con sé diverse culture e comportamenti riproduttivi.

7 Relazione del Ministero della Salute, ibidem.

8 Relazione del Ministero della Salute, ibidem.

le indagini prenatali[9]: 5,3% contro il 2,7% del 2005[10]. In ogni caso, oggi il 66,3% delle donne effettua l'intervento entro due settimane dall'ottenimento della documentazione, un dato in miglioramento (era il 58% nel 2005), ed è diminuita la percentuale di chi aspetta più di tre settimane (12,4% contro il 16,4% del 2005). Questa attesa costituisce un disagio per la donna non solo per i suoi risvolti psicologici, ma anche perché il procrastinarsi dei tempi, soprattutto quando cospicuo, rischia di rendere l'intervento più impegnativo.

Tempi, attese, metodiche

La tecnica con cui si effettua l'intervento di IVG dipende in primis dalla settimana gestazionale, ma possono intervenire inerzie culturali o strutturali che portano ad attuare alcune metodiche piuttosto che altre. La più utilizzata è l'isterosuzione (69%), in particolare secondo la tecnica Karman (52,2%); il raschiamento viene effettuato in media nell'11,4% dei casi, mentre il ricorso ai farmaci (ad es., RU486) nel 18,2%. Quest'ultima metodica ha avuto un peso crescente negli ultimi anni; nel 2005, anno in cui non ne era consentito il commercio in Italia, solo lo 0,1% delle IVG veniva effettuato in questo modo ed erano solo due Regioni a praticarlo. Di conseguenza, è aumentata la quota di IVG effettuate senza bisogno di anestesia (15,6% contro lo 0,9% del 2005), anche se l'anestesia generale resta la più praticata (sebbene in diminuzione: 64,5%, contro l'85% nel 2005). Questo denota una certa inerzia nel recepimento delle linee guida dell'OMS[11] che raccomandano l'impiego dell'anestesia locale per i minori rischi che essa comporta per la salute della donna.

Un bilancio positivo, ma non privo di criticità

Tutti questi fenomeni, che a livello nazionale mostrano complessivamente un andamento in progressivo miglioramento, anche se non privo di luci e ombre, vanno calibrati alla luce delle articolazioni regionali e locali che spesso differiscono fortemente tra loro creando condizioni assai disuguali nel Paese (v. tabella 1). Anche nella stessa regione coesistono spesso strutture virtuose in grado di ottemperare alle prescrizioni di legge in maniera egregia e altre più arretrate.

9 A causa principalmente dell'aumento dell'età media delle donne al parto e del maggior monitoraggio della gravidanza. Si tratta in questi casi di gravidanze inizialmente desiderate.

10 Ancora più eclatante se si guarda al solo dato delle italiane (6,4%), poichè le donne straniere sono mediamente più giovani e inoltre faticano ad effettuare gli accertamenti per gli alti costi che comportano.

11 OMS, «Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems – Second Edition», 2012.

Tabella 1: Percentuale di IVG per alcune caratteristiche e per regione. Italia, anni 2005 e 2016

	settimana di gestazione: 11-12		attesa: più di 21 giorni		anestesia generale		intervento farmacologico	
	2016	2005	2016	2005	2016	2005	2016	2005
NORD	**14,5**	**19,7**	**12,0**	**19,8**	**59,2**	**87,4**	**20,8**	**nd**
Piemonte	11,6	16,2	8,6	18,0	53,4	97,0	39,1	nd
Valle D'Aosta	17,9	11,0	41,4	5,9	82,8	92,5	11,0	0,0
Lombardia	17,6	19,7	14,7	16,7	76,3	86,8	7,8	0,0
Bolzano	13,3	13,6	7,7	14,4	96,3	99,5	2,4	0,0
Trento	15,2	14,7	16,1	21,1	67,4	99,5	8,8	0,0
Veneto	17,6	33,9	21,2	43,4	28,4	76,4	12,0	0,0
Friuli V.G.	13,6	19,8	7,3	28,3	75,8	98,2	10,8	0,0
Liguria	9,7	15,1	7,9	16,8	45,4	86,0	45,7	0,0
Emilia Romagna	11,3	16,9	5,8	13,0	52,1	82,1	29,8	0,0
CENTRO	**13,4**	**18,3**	**10,8**	**14,8**	**53,3**	**72,2**	**18,9**	**nd**
Toscana	11,5	13,2	7,5	12,8	43,4	80,8	25,2	nd
Umbria	12,6	10,1	25,8	8,9	89,0	98,1	6,2	0,0
Marche	11,4	13,8	6,6	14,4	35,0	44,5	3,4	0,0
Lazio	14,9	23,0	11,6	16,9	58,0	68,1	19,5	0,0
SUD	**9,8**	**7,1**	**14,0**	**12,7**	**78,9**	**89,1**	**13,6**	**0,0**
Abruzzo	16,6	9,8	12,1	5,7	78,4	87,7	8,8	0,0
Molise	10,1	7,6	1,5	3,6	94,5	98,4	4,3	0,0
Campania	7,6	6,4	16,2	12,3	84,2	78,9	5,9	0,0
Puglia	10,7	6,9	11,3	15,2	73,2	97,4	23,5	0,0
Basilicata	7,6	5,0	8,3	6,2	77,7	97,0	11,3	0,0
Calabria	9,9	8,1	21,6	13,6	78,4	90,6	12,2	0,0
ISOLE	**13,3**	**10,6**	**14,5**	**9,5**	**79,3**	**95,7**	**14,9**	**0,0**
Sicilia	13,2	10,5	17,1	10,8	78,7	94,8	16,1	0,0
Sardegna	13,8	11,0	5,8	5,4	81,7	99,1	10,8	0,0
ITALIA	**13,1**	**15,8**	**12,4**	**16,4**	**64,5**	**85,0**	**18,2**	**0,1**

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

In conclusione, appare chiaro che quegli elementi di criticità della 194 che furono oggetto di ampio dibattito quando questa legge vide la luce, hanno mostrato i loro effetti nel corso di questi quarant'anni. Certo è che le difficoltà di applicazione non mancano, soprattutto se si guarda a quegli articoli della legge più controversi come l'obiezione di coscienza da parte del personale medico e sanitario. Nel 2016 il 71% dei ginecologi si astiene dagli interventi di IVG, con una variabilità regionale che arriva al 97%, una situazione che in molti territori mette in crisi la tenuta del servizio[12].

È grazie comunque al volonteroso lavoro e alla coscienza di molti operatori e operatrici, medici e mediche, e alle donne che l'hanno sostenuta se finora la legge 194 ha avuto le gambe per correre più in fretta dei suoi ostili avversari.

12 Come dimostrato anche da ricerche recenti, vedasi T. Autorino, F. Mattioli, *infra* in questo libro.

La parola delle donne: come si abortiva prima della 194

Lorenza Perini

Gli anni che precedono la legge 194 sono stati cruciali nell'aprire il dibattito pubblico intorno agli aborti clandestini. Sotto la spinta anche di un contesto internazionale favorevole, molte donne comuni iniziarono a parlare pubblicamente dell'aborto, del loro aborto, e questo rappresentò il terreno affinché partiti e istituzioni si facessero carico della questione. L'articolo ripercorre quelle vicende.

Il discorso sull'aborto, che per lungo tempo si è tradotto in una condanna penale e morale sulle donne, conosce un cambiamento decisivo a partire dalla fine degli anni Sessanta, cioè nel momento in cui si fa spazio il racconto pubblico di vicende private di donne comuni. Nel tempo che fa da genesi al consolidarsi delle diverse posizioni che nel decennio successivo assumeranno non solo i gruppi femministi e i partiti rispetto al tema della scelta di fecondità, sono soprattutto le parole delle donne sull'aborto vissuto nella clandestinità e nell'illegalità a tracciare il quadro reale di una condizione di degrado che non può più essere ignorata. Le narrazioni delle donne sull'aborto -sul loro aborto- parlano un linguaggio fortemente diverso da quello di libri, giornali, riviste, manifesti e ciclostili dell'epoca. In un'Italia che ha alle spalle le difficoltà della ricostruzione e davanti un futuro gravido di rivolgimenti politici sociali e culturali, i loro racconti, per la prima volta pronunciati pubblicamente, rappresentano un vero e proprio choc culturale.

Le voci di donne comuni, raccolte da un microfono o su un quaderno di appunti da studiose e attiviste, evocano sistematicamente un unico desiderio, difficilissimo allora da confessare: non restare incinta. Il dramma sembra concentrarsi tutto sul trovare un modo per evitare le gravidanze, un'urgenza assoluta che abbatte ogni barriera morale, di fede, di dolore, di classe. È una questione molto materiale a volte, legata alle bocche da sfamare, ai debiti da contrarre per poter abortire. Non emerge da quelle testimonianze la paura della morte o il ricordo di altri aborti dolorosi, bensì l'idea che ogni gravidanza indesiderata sia un fatto a sé e come tale vada

risolto con drammatica urgenza. «Per un lungo periodo sono stata disoccupata e proprio allora ho scoperto di essere incinta: come avrei potuto fare per crescerlo bene e non sbatterlo da un istituto all'altro, come avevo fatto per le altre due figlie? Quel bambino non potevo averlo. Ho chiesto aiuto ad una conoscente che mi ha dato appuntamento in casa sua. Non c'era anestesista, non c'era niente, mi ha fatto un'iniezione di Valium. Mi sono divincolata perché il cucchiaio ti raschia dentro, mentre sei sveglia, fa tanto male. E così son arrivate le perforazioni. Due all'utero una all'intestino. Non sono andata immediatamente in clinica. Portavo in grembo tre feti, non un solo. Sono stata ricoverata in prognosi riservata e mi è arrivata una denuncia per il reato di aborto», racconta una intervistata a un giornalista del *Corriere della Sera* nel febbraio 1976. «Quando si deve fare un aborto c'è da fare i salti mortali per i soldi si fa anche il prestito in azienda a volte, dando una scusa falsa.Tanto loro sanno benissimo a cosa serve ma non stanno a fare tante indagini a loro gliene importa poco del motivo», spiega invece una operaia milanese a Laura Frontori e Luisa Pogliana nel 1973. «La fatidica sera andai accompagnata da mio marito e da mia suocera, la quale aveva una paura terribile che la cosa si sapesse, perché, diceva, non avrebbe più avuto il coraggio di uscire e guardare in faccia la gente», racconta un›altra alle attiviste ferraresi nello steso anno. Impressionante rispetto al senso di ineluttabilità di questa situazione è, infine, la testimonianza di una donna di quarantadue anni calabrese, raccolta dalla sociologa Elvira Banotti nel 1971: «Ho fatto 37 aborti nella mia vita. Forse sarà anche una cosa atroce e disumana per altri, ma io non avrei mai potuto mantenere più dei due figli vivi che ho e ho fatto sempre tutto da sola […] mi sono comprata la sonda e lo facevo da sola, non ho bisogno di nessuno per abortire. Mio marito non mi dice niente, non mi aiuta, non mi ascolta».

La necessità di interrompere la gravidanza e il conseguente ricorso al medico o all'infermiera compiacente, o alla mammana di turno, rappresentano soltanto l'inizio di un percorso che porta le donne – spesso sposate e già con altri figli- ad accumulare talvolta un numero considerevole di aborti nell'arco di una vita fertile. Da questi studi emerge, inoltre, una forte connotazione di classe del problema: se le modalità di accesso a pratiche abortive sicure è appannaggio solo di chi se lo può permettere, per tutte le altre, non restano che i ferri e il tavolo della cucina, della propria o di quella di altre donne, dove il prezzo spesso non si paga solo in denaro, ma con la vita. Alcune l'aborto arrivano a procurarselo da sole, ricorrendo agli strumenti e alle pratiche più diverse, imparate sul proprio corpo o vi-

ste eseguire da altre donne, in una rete di trasmissione del sapere che non ha nulla a che vedere con la conoscenza e la consapevolezza di sé, bensì con una condizione di marginalità.

Gli anni intorno al Sessantotto segnano anche l'inizio di un discorso sull›aborto che parte dal corpo delle donne e non da quello del feto. La necessità di controllo delle nascite diviene il punto di appoggio per la creazione di un nuovo spazio dialettico entro cui rendere possibile una inedita descrizione della vita quotidiana delle donne. Ecco che quindi le storie individuali di tante di loro hanno l›effetto di uno choc culturale e di violenta frattura con il passato, dando l›avvio a un discorso collettivo sull›interruzione di gravidanza che approderà in Parlamento, compiendo quel passaggio concettuale da crimine a diritto che sarà sancito dalla legge 194.

Si tratta di un cambiamento sollecitato anche ciò che sta accadendo in quel periodo fuori dai confini, come negli Stati Uniti, in Francia o in Germania, dove il tema del corpo riproduttivo delle donne sta ugualmente entrando nell'agenda politica. Un fondamentale contributo alla costruzione di questo nuovo spazio narrativo nel nostro Paese viene dato, ad esempio, dalle traduzioni di articoli e libri prodotti in contesto statunitense, diffuse grazie alle molteplici iniziative del Movimento di Liberazione della Donna, e allo spazio e all'analisi che riviste come *Noi Donne* ed *Effe* dedicano al problema. E importante diviene anche il rilievo pubblico – mediatico si può dire- che acquistano alcuni processi per aborto, uno fra tutti quello a Gigliola Pierobon, celebrato a Padova nel 1973. In diversi paesi si pubblicano storie di interruzioni di gravidanza: nel 1971, ad esempio, in Germania la rivista *Stern* pubblica la dichiarazione di più di trecento donne tedesche che affermavano a gran voce di aver abortito. A seguito di questo atto, le procure vengono sommerse in pochi giorni da più di tremila denunce analoghe. Lo stesso accade in Francia: sul *Nouvel Observateur* centinaia donne dichiarano il loro aborto aprendo in tal modo una vertenza a favore di un cambiamento della legge. Tra la legge e la sua generale e collettiva trasgressione, molte donne con le loro parole rendono evidente che esiste un varco, uno spazio che si fa sempre più ampio e che rivela un'improvvisa mancanza di immaginario per descrivere quella realtà.

La costruzione di un nuovo linguaggio, visivo e narrativo, sull'aborto è dunque un processo di cui la legge 194 non fu che una tappa. Come osserva Tamar Pitch, il passaggio «culturale» da donna che abortisce, vista come colei che trasgredisce alla maternità rinnegando la sua stessa femminilità a quella che esercita il proprio diritto di cittadinanza, è qualcosa

che per lungo tempo ha avuto dell'impensabile. Agire sul senso comune e sull'immaginario collettivo è un processo per definizione lentissimo, così lento che neppure ora, con quarant'anni di sentenze e di leggi alle spalle, con quarant'anni di voci e discorsi delle donne su se stesse, possiamo essere certe che quelle acquisizioni, un giorno, non possano essere rimesse in discussione.

Per saperne di più

E.Banotti, *La sfida femminile. Maternità e aborto*, Bari, De Donato, 1971

L.Frontori, L. Pogliana, *Doppia faccia. Società maternità Aborto*, Milano, Sapere Edizioni, 1973

S.Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli, 2004, 255.

Perini L., *Quando la legge non c'era. Storie di donne e aborti clandestini prima della legge 194, «Storicamente»*, 6 (2010), no. 7.

T.Pitch, *L'embrione e il corpo femminile*, 2005

G.Scirè, *L'aborto in Italia. Storia di una legge,* Milano Bruno Mondadori, 2008.

Memorie di un medico, memorie di un Paese

Corrado Melega

Mi sono specializzato in Ostetricia e ginecologia nei primi anni Settanta ed ho cominciato a lavorare in un reparto che si occupava principalmente di temi riguardanti la medicina della riproduzione: il controllo della fecondità, la contraccezione, l'endocrinologia ginecologica e la chirurgia conservativa. Era inevitabile affrontare il tema dell'aborto, a quei tempi parola innominabile se non per le donne che cercavano aiuto e che dovevano cavarsela da sole; non c'era alcuna associazione pro life e la clandestinità faceva comodo a molti. Penso, ironia della storia, alle tante donne che molti di noi hanno mandato ad abortire in una città che recentemente si è erta a difesa della vita. Penso ai vari indirizzi che ognuno aveva a Londra, nella ex Jugoslavia ecc. dove mandare le donne ad abortire. Penso ai ricoveri notturni per aborti «spontanei», quasi del tutto scomparsi dopo il 1978, al metodo del controllo mestruale (aspirazione del sangue mestruale nel sospetto di gravidanza), al *self help* delle donne del Partito Radicale, alla scoperta del metodo Karman (lo stesso Karman venne a spiegarci il suo metodo, che consisteva nell'aspirazione endouterina con una semplice pompa simile a quella per le biciclette); penso anche alle donne, vittime di delinquenti, ricoverate con pericolose infezioni, che rischiavano se non la vita, la salute futura.

Ma in quegli anni, pur funestati dal terrorismo, iniziò a svilupparsi una coscienza civile per il lavoro, la scuola e la sanità. Il settimanale *Noi donne* promosse un inchiesta intitolata «I figli che non nascono»; *L'Espresso* insieme alla Lega 13 Maggio (Vittoria nel referendum sul divorzio) iniziò una campagna di stampa dal titolo «Aborto, una tragedia italiana» sostenuta dai radicali, dal MLD (Movimento di Liberazione della Donna), dal CISA (Centro Italiano Sterilizzazione e Aborto), dall'AIED (Associazione Italiana Educazione Demografica), dalle associazioni femminili e femministe. Il nostro reparto, Fisiopatologia della Riproduzione, guidato da Carlo Flamigni, fu coinvolto dall'UDI (Unione donne italiane) in centinaia di incontri con le donne nelle fabbriche, nelle case, nei circoli Arci, nelle sezioni del PCI, per parlare di pianificazione familiare, di sessualità,

di lavoro; le donne, quelle più anziane, ci raccontavano le loro gravidanze e i loro aborti di cui nessuno poteva apertamente parlare, ma che tutti in famiglia conoscevano. Il nostro coinvolgimento non andò mai oltre i limiti di legge, ma ci adoperavamo per aiutare nel miglior modo possibile le donne che avevano bisogno.

Anche la Magistratura diede un importante contributo alla battaglia contro le norme più retrograde; già nel marzo 1971 era stato abrogato dalla Consulta l'articolo 553 del codice penale, risalente all'era fascista, che proibiva "l'incitamento a pratiche contro la procreazione". In pratica non si poteva parlare di contraccezione. Ma la vera novità fu introdotta nel febbraio del 1975 con la sentenza n. 27, riguardante una questione sollevata dal Giudice Istruttore di Milano nel 1972. In sostanza la Corte riconosceva che la tutela del concepito-speranza di vita si ricollegava all'articolo 2 della Costituzione, riconoscendogli la dignità di persona; però stabiliva anche che altri interessi, quelli di chi persona è già, possono entrare in conflitto con la salvaguardia del feto e possono essere ritenuti prevalenti: ciò toglieva ogni fondamento all'azione penale nei confronti di chi ha interrotto una gravidanza pericolosa per la salute della madre.

Altri due eventi portarono l'aborto clandestino all'attenzione dell'opinione pubblica. 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 aveva tenuto un registro degli interventi e fu così possibile iniziare il processo che suscitò molto clamore oltre ad una campagna in difesa delle donne portata avanti dai radicali, da AIED, CISA, UDI, MLD e da molti cittadini.

Nel 1976 a Seveso, si verificò nella fabbrica chimica ICMESA un incendio, che provocò la formazione di una nube di diossina, sostanza che può essere causa di malformazioni fetali. Furono interrotte 26 delle 462 gravidanze accertate, dopo una forte campagna di stampa che accusò i proprietari di non aver informato le donne della possibilità di abortire. Fu così introdotto ufficialmente il concetto di *aborto terapeutico*. Il dramma dei 3000 contaminati e del dilemma delle future madri è illustrato in un bel romanzo dell'antropologa Laura Conti «La lepre con la faccia di bambina» (una malformazione frequente è il labbro leporino).

Nel 1975, con la legge 405 furono istituiti i Consultori Familiari, strutture pubbliche con accesso gratuito, che oltre ai compiti di prevenzione di tumori e malattie sessualmente trasmesse, all'articolo 1 comma b), stabiliva «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»; una rivoluzione!

A Bologna i primi due consultori iniziarono la loro attività prima della legge, sostenuti dalle istituzioni, dalle donne e dalle nostre prestazioni gratuite.

I tempi erano ormai maturi, così nel 1977 il Parlamento costituì una commissione interpartitica che dopo un anno promulgò la legge 194 (*Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione di gravidanza*), che, pur minata dall'obiezione di coscienza, ancor oggi a 40 anni di distanza rimane una buona legge. Allora l'obiezione fu la mediazione che permise l'approvazione della legge e penso fosse giustificata non solo da questo, ma anche dal fatto che noi professionisti eravamo stati formati prima del 1978 ed era comprensibile che ci fossero colleghi non disponibili per le loro idee o fedi. Io, che avevo conosciuto e udito le tristi storie dell'aborto clandestino, non ebbi alcun dubbio e collaborai attivamente con la struttura di cui facevo parte, la Clinica Ostetrica Ginecologica dell'Università di Bologna, per organizzare l'attività. Ci hanno chiamati abortisti (oltre ad altri insulti, che tralascio); in realtà era vero il contrario, applicavamo una legge giusta.

La legge fu in seguito sottoposta ad un referendum abrogativo, chiesto dalla parte più integralista e conservatrice del paese appoggiata pesantemente dalle gerarchie ecclesiastiche. Fu affiancato da un altro referendum promosso dai radicali che invece proponeva una maggiore liberalizzazione. Fu una battaglia feroce che mi (ci) impegnò in una lunga serie di dibattiti ed iniziative e terminò con un risultato clamoroso: il 68% della popolazione chiese che l'interruzione di gravidanza rimanesse legale ed eseguita nelle strutture pubbliche o private autorizzate.

Sono passati 40 anni, ma la legge 194 ha conservato la sua funzione e la sua modernità: basti pensare ad esempio a due punti della legge scritti allora ma che già erano pensati per il futuro. Nell'articolo 7 si parla di interruzione di gravidanza nel secondo trimestre, ma la contrario di altri Paesi non viene posto un limite preciso: si dice che l'aborto non si potrà eseguire in caso di possibile vita autonoma del feto; evidentemente gli estensori hanno tenuto conto dei progressi della neonatologia, che oggi permettono la sopravvivenza a neonati alla 23\24esima settimana di gravidanza. Un altro punto importante è affrontato nell'articolo 15 dove si raccomanda lo studio di «tecniche più moderne e più rispettose dell'inte-

grità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza». Dai primi anni Novanta nel mondo e dal 2008 in Italia è stata introdotta la possibilità di aborto farmacologico: si tratta di un mezzo meno cruento, che viene eseguito precocemente e che, col consenso della donna, può essere considerato un'ottima alternativa. Anche questo metodo è stato ferocemente attaccato soprattutto da persone che non avevano alcuna competenza scientifica o professionale; ho fatto parte dei professionisti che hanno sperimentato per primi in Italia l'aborto farmacologico (avevamo il permesso di importazione) con il supporto della Regione Emilia Romagna; ancor oggi dopo 10 anni ci sono strutture che incomprensibilmente non hanno adottato il metodo: Questo mi convince che, se certamente la legge andrebbe rivista soprattutto per quello che riguarda l'obiezione di coscienza, nello stesso tempo non mi pare ci siano attualmente le condizioni favorevoli per rimetterla in discussione.

II.
Epidemiologia di quarant'anni di IVG

La legge 194: i primi quarant'anni del sistema di sorveglianza

Michele Grandolfo

Il sistema italiano di sorveglianza attivo sulle IVG garantisce una disponibilità di informazioni epidemiologiche tempestiva, accurata e completa che non ha eguali a livello internazionale. Il contributo ripercorre le vicende della nascita di questo sistema e i risultati più importanti ottenuti in questi quarant'anni di raccolta dati. Esso ha permesso di valutare l'evoluzione del ricorso alla IVG e il grado di implementazione della legge, ma ha anche rappresentato uno strumento cruciale per indicazione di policy.

La legge 194/1978 fu varata in seguito ad un ampio dibattito nel Paese. Questo si riflette in più punti del testo, ad esempio quello che prevede l'obbligo perentorio del Ministro della Sanità a presentare al Parlamento, annualmente, una relazione sullo stato di applicazione della legge. Questo obbligo, da una parte, rispondeva al timore di chi quella legge l'aveva ostacolata, ovvero che la legalizzazione rendesse più facile il ricorso all'aborto: la rilevazione routinaria avrebbe permesso di verificare la fondatezza di questo sospetto. Dall'altra parte, esso permetteva a coloro che la legge l'avevano sostenuta, di valutarne l'effettiva implementazione su tutto il territorio nazionale.

Un nuovo strumento conoscitivo

A tal fine il Ministero e l'Istat elaborarono uno strumento di rilevazione, il modello D12 dell'Istat, che, pur non esente da difetti[1], ha permesso

1 Ad esempio, era stata indubbia manifestazione di saggezza politica da parte del legislatore la scelta di fare riferimento a un «documento» attestante la volontà della donna a interrompere la gravidanza, previo colloquio con il medico consultoriale o di fiducia per verificare con lei l'eventuale esistenza di alternative alla IVG, mentre il termine «certificato», che riconosce autorevolezza al medico più che alla donna, veniva menzionato solo per l'attestazione di condizioni di urgenza (che

di raccogliere dati accurati e completi attraverso un sistema di sorveglianza attiva che coinvolgeva le Regioni. Nello specifico, grazie all'iniziativa di Simonetta Tosi[2] veniva chiesto alle Regioni di elaborare le distribuzioni percentuali per tutte le variabili contenute nel modello D12, riportandole su un questionario trimestrale da inviare all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero. L'Istituto provvedeva a controllare accuratezza e completezza interagendo continuamente con le Regioni stesse. Tale sistema ha garantito una disponibilità di informazioni sull'IVG tempestiva, accurata e completa che non ha eguali a livello internazionale. È stato così possibile rispondere, ad esempio, a domande quali: la legge è riuscita a far emergere nella legalità il ricorso all'aborto? Ha favorito il ricorso all'aborto o ha favorito la sua prevenzione? Chi ha interrotto una gravidanza e perché? Il ricorso all'IVG è stato omogeneo per composizione sociodemografica della popolazione? Viene esso implementato secondo le indicazioni?

L'aborto come ultima ratio

La prima indagine epidemiologica riguardante donne che interrompevano la gravidanza, coordinata dalla stessa Tosi nel 1982, mise subito in evidenza che ad abortire erano donne con uno o più figli: a indicare che l'aborto non era richiesto per non avere figli, ma per non averne di ulteriori. Inoltre, emerse subito una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e un utilizzo di metodi contraccettivi non corretti o a bassa efficacia. Il ricorso all'aborto non era dunque una scelta di elezione, bensì un'ultima ratio; questo risultato ribadiva l'esigenza, peraltro già ampia-

autorizzavano la donna a non attendere i sette giorni prima di accedere al servizio IVG). In tal modo, la legge accoglieva le istanze del movimento femminista che sollecitavano, oltre alla legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza, anche il rispetto della volontà della donna lasciandole l'ultima parola. Invece, il modello D12 ISTAT, e di conseguenza molte ricerche che ne utilizzarono successivamente i dati, chiama «certificato» quello che per legge era «documento»: una scelta il cui peso poteva oltrepassare i confini meramente lessicali della questione. Inoltre, la rilevazione, così come veniva organizzata, poteva raccogliere informazioni solo sulle complicazioni di una IVG che fossero intervenute nell'immediato, e non su quelle successive.

2 Simonetta Tosi, ricercatrice del CNR, svolgeva ricerche sulla salute delle donne e fondò nel popolare quartiere romano di San Lorenzo probabilmente il più famoso consultorio femminista autogestito, anticipando e ispirando la legge istitutiva dei consultori familiari pubblici (legge 405/75) secondo un approccio partecipativo e non paternalistico, una visione sistemica e multidisciplinare anziché riduzionista. Con il varo della legge 194/78 Tosi fu ospitata presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, dove, con Angela Spinelli (allora borsista CNR) e lo scrivente (allora ricercatore ISS) mise a punto il sistema di sorveglianza. Simonetta Tosi è morta nel 1984, battendosi, fino agli ultimi giorni della sua vita, per l'applicazione della legge 194/78, con particolare riferimento all'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche e per il potenziamento dei consultori familiari.

mente prevista dalla legge istitutiva dei consultori familiari (legge 405/75), di una sistematica attività di counselling sulla procreazione responsabile da attuare con l'offerta attiva di corsi di educazione sessuale nelle scuole, nell'ambito del percorso nascita e in occasione dell'offerta attiva del pap-test per le donne in età feconda (da notare che meno del 30% erano gli aborti ottenuti da donne di età inferiore ai 25 anni).

Il sistema di sorveglianza epidemiologica registrò nei primissimi anni una crescita del ricorso all'IVG, dovuta sostanzialmente a ritardi nell'organizzazione dei servizi, fino al 1982 (234.801 IVG). Dal 1983 iniziò un costante e generalizzato decremento del fenomeno (v.Tab.1), che dura tuttora (nel 2016 si sono effettuate 84.926 IVG, di cui 59.423 con cittadinanza italiana), a conferma che la legalizzazione andava favorendo le iniziative per una diffusione della cultura della procreazione responsabile, soprattutto in termini di capacità concreta di utilizzare al meglio i metodi contraccettivi.

Tabella 1: Tassi di abortività per aree geografica, 1983-2016

	1983	1991	2016	Variazione* 2016/1983
NORD	**16,8**	**10,6**	**6,7**	**-60,1%**
CENTRO	**19,8**	**12,4**	**6,9**	**-65,4%**
SUD	**17,3**	**12,1**	**6,2**	**-64,3%**
ISOLE	**11,7**	**8,1**	**5,4**	**-54,3%**
ITALIA	**16,9**	**11,0**	**6,5**	**-61,9%**

* Variazione percentuale calcolata su tassi arrotondati a due cifre decimali

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Quanti sono gli aborti clandestini?

Ai primi risultati della rilevazione si applicarono tre modelli matematici indipendenti al fine di stimare l'abortività clandestina. Uno si basava sull'assunzione che le regioni con analogo tasso di fecondità dovessero avere anche un analogo rapporto di abortività, per cui la stima si effettuava attribuendo loro il rapporto di abortività regionale più elevato; il secondo modello calcolava gli aborti illegali sulle nascite evitate, ovvero sottraendo alle nascite previste in caso di non uso di contraccettivi quelle evitate con contraccezione e aborti denunciati; il terzo modello, di Tietze e Bongaarts, si basava anch'esso su fecondità naturale e pratica contraccettiva, considerando anche l'influenza di alcune variabili biologiche (sterilità, abortività spontanea, amenorrea post-parto)[3] . La loro applicazione permise di

3 Per maggiori dettagli, rimando al rapporto ISTISAN 91/25. Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza e possibilità di prevenzione.

stimare per il 1983 l'effettuazione di circa 100mila aborti clandestini (il 70% al Sud) a fronte di 230mila legali. L'applicazione del primo modello, che permetteva di effettuare stime anche a livello regionale basandosi sul tasso di natalità, ha successivamente permesso di verificare la costante diminuzione nel corso degli anni successivi fino a raggiungere nel 2016 la quota di 15mila, di cui il 90% al Sud[4].

Per quanto riguarda l'abortività spontanea, si è assistito a un dimezzamento con il varo della legge, ma a un aumento negli ultimi anni. Questo fenomeno non maschera aborti clandestini, come è stato talvolta sostenuto, ma è dovuto allo spostamento in avanti dell'età al parto: il rischio di abortività spontanea aumenta con l'età ed è confermato dall'andamento dei tassi specifici per età, crescenti nelle ultime tre classi quinquennali di età feconda, costanti nelle classi precedenti. Nel complesso questi studi hanno permesso di riconoscere nell'assenza dei servizi per l'esecuzione dell'IVG la causa fondamentale del non ricorso alla legge, soprattutto al Sud, (con l'eccezione della Puglia, dove il governo regionale impose l'applicazione della legge in ogni singola USL, all'epoca delle dimensioni degli attuali distretti, permettendo la sostanziale emersione dalla clandestinità del ricorso all'aborto).

Sempre più diffuse competenze e consapevolezza

Col tempo, sono cresciute competenze e la consapevolezza tra le donne circa l'importanza di un controllo autonomo della propria salute riproduttiva. Questo è testimoniato dal fatto che i tassi di abortività sono decresciuti con maggiore rapidità per le donne più istruite, le occupate, le coniugate e con figli (v. Tab. 2)[5].

Tabella 2: Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di 20-49 anni. Italia 1981-2011

Titolo di studio	1983	1991	2011	2011
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
Diploma e Laurea	14	9	7	6

Fonte: Elaborazione su dati Istat

4 Rimando alle relazioni sull'applicazione della legge 194/78 al Parlamento: Rel. 2017 e http://www.salute.gov.it

5 Loghi, D'Enrico, Spinelli. Il declino dell'aborto volontario. In: Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, a cura di De Rose e Dalla Zuanna, Bologna, Il Mulino, 2013.

L'andamento nel tempo della percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva nella legalizzazione segna, d'altra parte, una crescita fino a raggiungere un plateau dopo 30 anni. Tale crescita è stata stimata con un modello matematico che ipotizzava il rischio di ricorso all'aborto come costante nel tempo[6]. Nell'ipotesi che la legalizzazione avesse favorito il ricorso all'aborto, quindi con aumento del rischio di abortire, la curva osservata si sarebbe collocata sopra quella ottenuta con il modello matematico (costanza del rischio). Nell'ipotesi alternativa che la legalizzazione avesse favorito maggiore competenza nell'evitare gravidanze indesiderate, quindi con una riduzione del rischio di aborto, la curva osservata si sarebbe collocata al di sotto di quella attesa in costanza del rischio. Ebbene, negli anni la curva osservata si è collocata sempre molto al di sotto di quella attesa. Era d'altra parte prevedibile che della maggiore disponibilità di servizi e informazioni avrebbero fatto tesoro più rapidamente le donne con maggiore istruzione, occupate (maggiore socializzazione) e coniugate (maggiore stabilità di rapporti sessuali).

Dati per conoscere, per valutare, per programmare

La raccolta sistematica di dati richiesta dalla 194 e ottenuta tramite il sistema di sorveglianza in questi decenni non solo ha permesso di valutare l'evoluzione del ricorso alla IVG e il grado di implementazione della legge, ma ha anche rappresentato uno strumento cruciale per indicazione di policy. Ad esempio, essa permette di vedere se le procedure adottate per l'esecuzione dell'IVG siano coerenti con quanto raccomandato al livello internazionale sulla base delle ricerche sui rischi connessi alle diverse procedure (ad esempio, la preferibilità dell'anestesia locale rispetto a quella generale, o dell'isterosuzione rispetto al raschiamento). Una volta appurato che le pratiche sono ancora lontane da quanto raccomandato, il legislatore dovrebbe provvedere a predisporre programmi di aggiornamento professionale e, per quanto necessario, modificare l'organizzazione operativa dei servizi direttamente o indirettamente coinvolti nell'applicazione della legge. D'altra parte, chi ha responsabilità a livello territoriale di mettere in rete integrata i servizi è interessato a valutare quali servizi vengono coinvolti nelle procedure del rilascio del documento e della certificazione, nell'esecuzione dell'IVG, nelle visite post-IVG, e quali siano i tempi di at-

6 Lauria L, et al. *The effect of contraceptive counselling in the pre and post-natal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women,* Annuali dell' Istituto Superiore della Sanità, 50 (1), 2014, pp. 54-61.DOI: 10.4415/ANN_14_01_09;

tesa; il tutto tenendo conto della presenza di obiezione di coscienza e della diffusione e dislocazione dei servizi consultoriali. Chi ha responsabilità manageriali generali è interessato al flusso informativo in ultima istanza perché la legge 194/78 è straordinariamente chiara al riguardo: è responsabilità della Regione l'applicazione della legge. In caso di sofferenze attuative è la Regione che deve farsi carico dei provvedimenti amministrativi e gestionali per superare le difficoltà. La disponibilità continua e sistematica di dati rende così possibile tanto l'emersione di problemi quanto la valutazione di efficacia dei provvedimenti tecnici e amministrativi messi in atto per risolverli.

I cambiamenti nel ricorso all'aborto: differenze per età e generazioni

Maria Castiglioni

La diminuzione degli aborti volontari, in Italia, va letta alla luce dei profondi cambiamenti dei comportamenti sessuali e contraccettivi. Maria Castiglioni, nel suo contributo, ci mostra come le giovani donne di oggi stanno affrontando il primo tratto della loro vita fertile in modo molto diverso rispetto alle loro madri.

Il declino del numero di figli delle donne italiane ha una lunga storia: le nate negli anni '20 erano già scese sotto i 2,5 figli per donna. Ma le prime ad aver avuto, durante tutti gli anni della loro vita riproduttiva, l'opzione di poter ricorrere alla legge 194 sono solo le generazioni della seconda metà degli anni '60, che hanno avuto mediamente 1,5-1,6 figli.

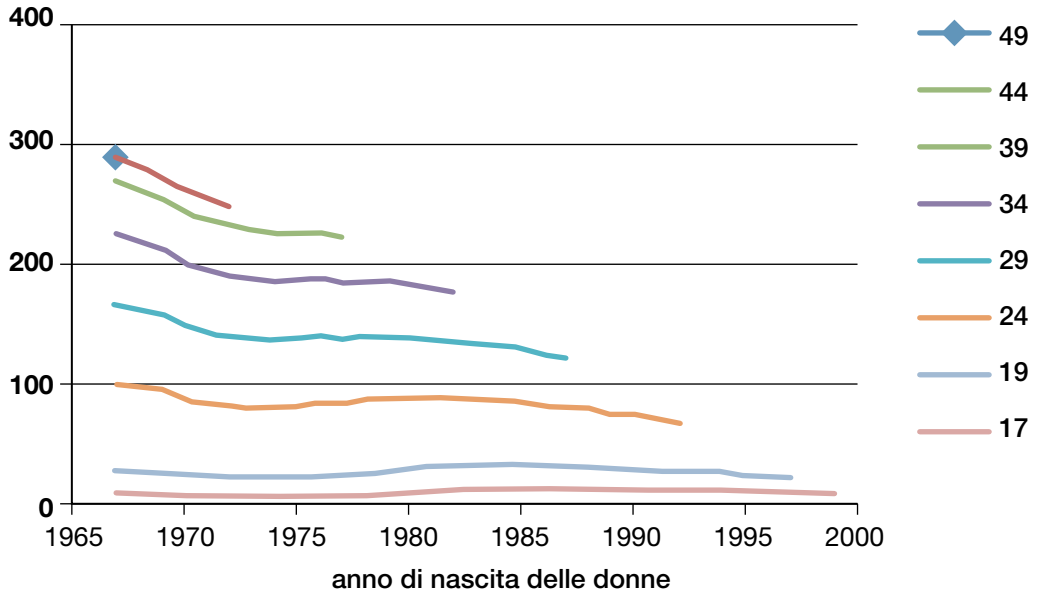
Come si sono combinate queste due scelte? In che modo la possibilità di abortire in modo sicuro si è intrecciata con il comportamento riproduttivo delle donne nate dopo il 1966?

Il comportamento delle generazioni nate dopo il 1966

I dati raccolti durante i quarant'anni di legalizzazione delle IVG in Italia permettono oggi di leggere se e come è cambiato il ricorso all'aborto nelle generazioni. Naturalmente, le donne nate dopo il 1966 non hanno ancora raggiunto il termine dell'età riproduttiva ma possono essere confrontate fino a età definite[1]. La misura adottata per questi confronti è la somma dei tassi di abortività specifici per età: indica quanti aborti sono stati praticati da 1000 donne di una generazione nel corso della loro vita fertile fino all'età indicata. L'analisi è condotta sulle sole donne italiane (fig. 1).

1 Per le donne nate negli anni precedenti tra il 1937 e il 1966 è possibile conoscere il comportamento abortivo solo nella parte finale della vita fertile (si veda la Relazione del Ministro della Salute, 2017).

Figura 1 – Tassi di abortività cumulati fino all'età indicata, nelle generazioni di donne italiane. Aborti x 1000 donne in età feconda



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Nostre elaborazioni sui tassi specifici messi a disposizione *brevi manu* direttamente dall'Istat

Le donne nate nel 1967 hanno praticato mediamente 0,290 aborti nel corso di tutta la loro vita fertile. Dopo la coorte del 1967, l'abortività totale, stimata fino a 44 anni, declina, passando da 0,288 a 0,249 aborti per donna tra le nate tra il 1967 e il 1972. Questa diminuzione è visibile già a 24 e a 29 anni, ad indicare che la riduzione dell'abortività finale di queste generazioni è ascrivibile soprattutto a un minore ricorso all'aborto prima dei 30 anni. Anche la fecondità continua il suo declino, che si manifesta analogamente attraverso una consistente riduzione della fecondità prima dei trent'anni, causata da una posticipazione delle nozze e dell'età al primo figlio, non sufficientemente compensata dal recupero delle nascite nelle età successive.

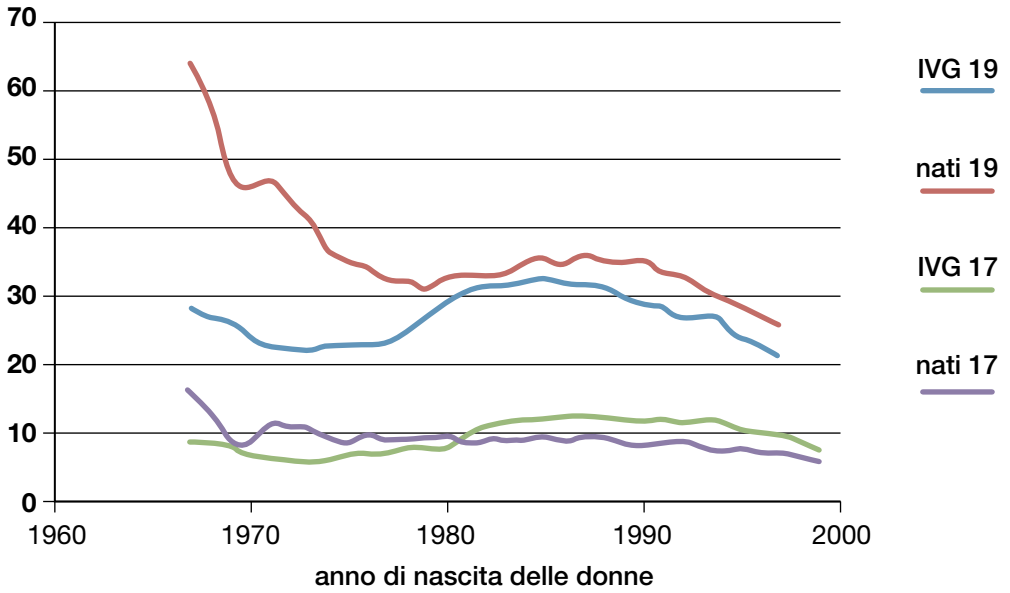
Il declino dell'abortività dopo i 24 anni continua nelle coorti successive, nate tra 1972 e 1980 circa. Tuttavia, in corrispondenza delle età più giovani si osserva una lieve inversione di tendenza, con un aumento dell'abortività al di sotto dei 24 anni. Il declino della fecondità, invece, continua il suo corso attraverso la posticipazione delle nascite. Le donne nate negli anni '70 sono quelle che, tra le coorti qui considerate, sono protagoniste dei maggiori cambiamenti nei comportamenti sessuali e riproduttivi.

Già tra le nate negli anni ’60 si sta assistendo a un’anticipazione dell’età al primo rapporto sessuale, e alla diffusione, anche tra le donne, di rapporti sessuali che precedono le nozze, e con partner che non diventeranno i futuri coniugi. Questi comportamenti si consolidano tra le nate negli anni ’70, tuttavia non aumenta il numero di nati al di fuori del matrimonio. Cresce la copertura contraccettiva al primo rapporto sessuale (soprattutto quando questo avviene al di fuori del matrimonio) e la proporzione delle donne che fanno uso del preservativo supera, in questa coorte, quella di chi in questa occasione utilizza il coito interrotto[2].

Come si comportano le giovanissime?

La fecondità realizzata prima dei 20 anni si dimezza velocemente passando dalle donne nate nel 1967 a quelle nate nella seconda metà degli anni ’70: da circa 6 figli ogni mille donne si scende a poco più di 3 figli (fig. 2). Tra le donne minorenni, il numero di nati è sempre estremamente contenuto, al di sotto di 1 nato ogni mille donne. Sono fra i livelli più bassi d’Europa.

Figura 2 – Tassi di abortività e di fecondità cumulati fino all’età di 17 e di 19 anni (per 1000 donne), nelle generazioni di donne (abortività di donne italiane, fecondità di italiane e straniere)



2 Barbagli M., Dalla Zuanna G., Garelli F. (2010), La sessualità degli italiani, il Mulino

Anche il ricorso all'aborto tra le giovanissime è molto contenuto, ma segue un andamento parzialmente diverso rispetto alla fecondità, oscillando tra i 2 e i 3 aborti prima dei 20 anni ogni mille donne.

L'andamento è molto simile finché le donne sono minorenni, ma su livelli molto più contenuti. L'unica differenza è il ritardo nel declino, che si osserva solo a partire dalle adolescenti nate alla fine degli anni '90. È possibile che l'andamento irregolare del ricorso all'aborto sia la combinazione tra le giovani donne della anticipazione dei rapporti sessuali e di un apprendimento progressivo dell'importanza di prevenire il rischio di concepimenti non desiderati.

Il declino osservato tra le giovani nelle ultime generazioni può essere imputabile alla recente diffusione dell'utilizzo di EllaOne («pillola dei 5 giorni dopo») e Norlevo («pillola del giorno dopo»)? Difficile dirlo, poiché l'obbligo di prescrizione è stato eliminato solo per le maggiorenni e solo a partire rispettivamente per le due pillole da maggio 2015 e marzo 2016, per cui il loro effetto sembra essere ancora troppo limitato per poter giustificare gli andamenti descritti in fig.2.

In conclusione, il livello contenuto del ricorso alle IVG nelle coorti delle donne italiane sembra essere il risultato di una buona capacità di prevenire il rischio di gravidanze non desiderate, durante tutta la vita fertile.

Tuttavia sembra cruciale mantenere elevata l'attenzione delle giovani generazioni nel momento in cui si affacciano alle prime esperienze sessuali, cercando di comprendere anche le motivazioni sottostanti i comportamenti. L'elevato utilizzo del preservativo a scapito della pillola tra le adolescenti, se da un lato può segnalare il ricorso a un metodo contraccettivo meno sicuro, dall'altro è garanzia di maggiore copertura di fronte al rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Inoltre, esso potrebbe riflettere un modo diverso di vivere la sessualità, con un investimento nelle relazioni sessuali più orientato al valore dell'incontro che a una prospettiva di lungo periodo. L'educazione alla responsabilità deve tenere conto anche di questi aspetti.

Per saperne di più

Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/78), 2017

Cosa ci raccontano gli alti tassi di abortività delle cittadine straniere

Marzia Loghi, Alessia D'Errico, Angela Spinelli

Le donne straniere presentano un ricorso all'aborto più elevato delle donne italiane. Marzia Loghi, Alessia D'Errico e Angela Spinelli ci spiegano che anche se il divario si sta riducendo, questo rappresenta un segnale di maggiore integrazione delle cittadine straniere nel nostro Paese.

Le straniere abortiscono più delle italiane, ma con tassi in calo

Nel corso degli anni, come è noto, il numero di interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) è costantemente diminuito: nel 2014 per la prima volta si sono verificati meno di 100mila casi e nel 2016 (ultimo anno per cui si dispone di dati definitivi) le IVG sono state 84.926*.

Il tasso di abortività, calcolato su mille donne in età feconda (15-49 anni) è tra i livelli più bassi se si considerano i Paesi sviluppati con legislazione simile a quella italiana: già dal 2014 è sceso al di sotto del valore di 7 IVG ogni mille donne e nel 2016 è stato pari a 6,3.

A partire dal 1995 viene rilevata l'informazione sulla cittadinanza della donna che effettua l'intervento, permettendo di osservare il fenomeno per questo sottogruppo di donne che presenta caratteristiche demografiche diverse rispetto alle italiane e che spesso vivono in condizioni più precarie e fragili.

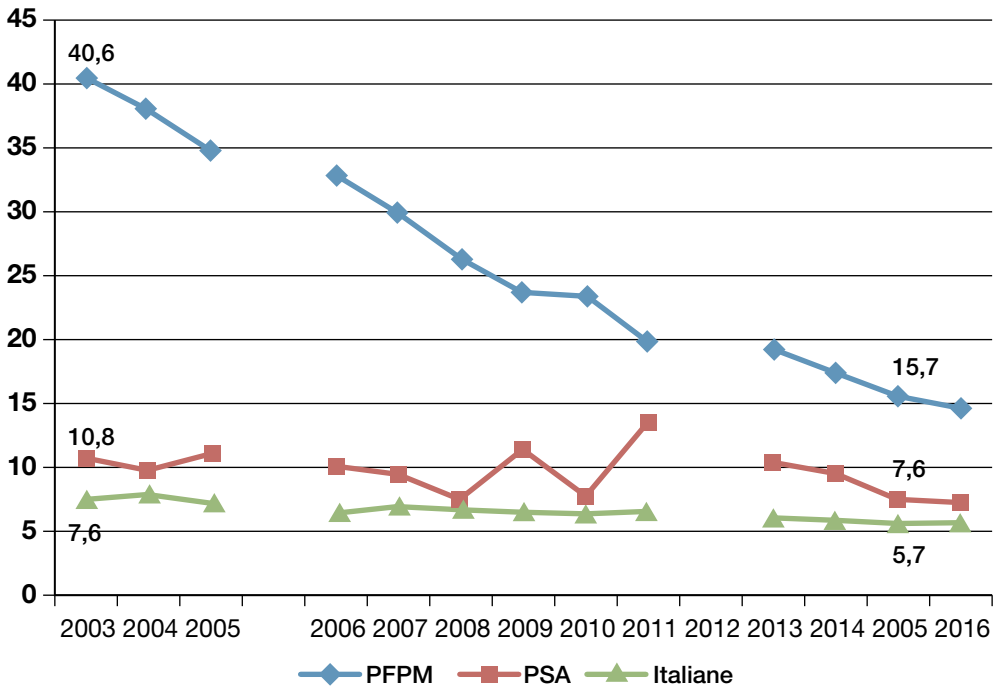
Il tasso di abortività per cittadinanza, che permette di valutare l'incidenza del fenomeno mettendo in relazione il numero di IVG con la popolazione esposta, è calcolabile solo per le residenti per le quali è disponibile il dato di popolazione. Naturalmente per confrontabilità è necessario selezionare a numeratore del tasso i soli casi di IVG effettuati da donne straniere residenti, non considerando quindi una quota dei casi che nel 2016 risulta pari al 9,1% (cui corrispondono 2.239 IVG)[1].

1 La stessa considerazione deve essere fatta per le donne italiane ma in questo caso la quota di IVG effettuate da cittadine italiane non residenti è decisamente trascurabile e pari allo 0,1%.

I tassi per cittadinanza, standardizzati per età, sono stati calcolati per gli anni 2003-2016 distinguendo i paesi di provenienza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM, le aree più povere del mondo)[2] e Paesi a sviluppo avanzato (PSA).

Appare subito evidente che le donne straniere provenienti dai paesi poveri hanno tassi sensibilmente più elevati delle donne italiane (Figura 1): il rapporto tra i tassi è pari a 5,4 volte nel 2003 e a 2,6 volte nel 2016. Si registra una forte riduzione dei livelli per tutti i gruppi di donne: -63% nei PFPM a fronte del -24% per le italiane. Le IVG da donne provenienti dai PSA sono molto poche (sono circa 350, lo 0,4% del totale) con tassi soggetti a forti oscillazioni e livelli simili a quelli delle italiane.

Fig. 1 – Tassi di abortività volontaria per cittadinanza, standardizzati per età (per 1000 donne di 15-49 anni). Anni 2003-2016



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne straniere, nonché alla riduzione del divario con le donne italiane, può essere un se-

2 Sono considerati a forte pressione migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale e Malta, i paesi dell'Africa, dell'Asia (ad eccezione di Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania.

gnale di integrazione da parte delle prime che nel tempo hanno modificato i propri comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile. Poiché questi tassi fanno riferimento alle sole donne straniere residenti, si può ipotizzare che queste siano sempre più integrate e tendano ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza dell'offerta di servizi sanitari. Da non sottovalutare in questo senso anche tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate e il ricorso all'IVG.

La suddivisione per classi di età mostra che le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di circa tre volte tra i 15 e i 29 anni e di circa il doppio nelle classi meno giovani (Tabella 1). La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le straniere, mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra le donne di 25-34 anni

Tabella 1: Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età. Anno 2016

	Italiane	Straniere
15-19	3,8	10,7
20-24	7,8	25,7
25-29	8,1	22,7
30-34	8,1	19,8
35-39	7,4	15,6
40-44	3,6	6,6
45-49	0,3	0,6
STD	5,8	14,8

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni della gravidanza

Da studi condotti negli anni dall'Istituto Superiore di Sanità e altri enti emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere può dipendere da una loro scadente conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile nonché dalle condizioni di vita.

Focus sulle cittadinanze più numerose

Nel 2016 la maggior parte delle donne straniere che vivono in Italia e che hanno fatto ricorso all'IVG sono di origine rumena (24,9%), cinesi (8,6%), albanesi (8,2%), nigeriane (6,6%) e marocchine (6,4%) (Tabella 2).

Tabella 2: Interruzioni volontarie di gravidanza (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne straniere in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2011, 2016

Cittadinanze	Anni	N. Ivg (a)	% Ivg sul totale delle Ivg di donne straniere (a)	Tasso std (b)	% Ivg da donne non residenti	Classe di età con tasso più elevato
Romania	2003	7147	22,5	72,0	31,4	20-24
	2011	10844	28,9	27,3	12,8	20-24
	2016	6124	24,9	13,6	10,4	20-24
Cina	2003	1309	4,1	40,7	7,8	20-24,25-29
	2011	2552	6,8	35,2	7,0	25-29
	2016	2105	8,6	22,0	10,7	25-29
Albania	2003	2278	7,2	25,5	10,7	25-29
	2011	2598	6,9	17,7	3,4	30-34
	2016	2006	8,2	13,4	5,5	30-34
Nigeria	2003	1172	3,7	57,1	29,6	20-24
	2011	1637	4,3	81,1	18,6	20-24
	2016	1615	6,6	61,3	25,8	20-24
Marocco	2003	1778	5,6	23,8	11,5	20-24
	2011	2312	6,2	18,0	5,2	25-29
	2016	1562	6,4	12,2	5,2	25-29

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Con l'unica eccezione delle donne nigeriane, per tutte le cittadinanze i tassi di abortività hanno subìto un decremento tra il 2003 e il 2016. Per le donne rumene, che nel 2003 presentano tassi standardizzati di abortività volontaria molto elevati (superiori ai 70 casi ogni 1.000 donne residenti), si sono ridotti di oltre l'80% fino ad assestarsi a 14 casi ogni 1.000 donne nel 2016, valore che le donne italiane presentavano a metà degli anni Ottanta. Questa forte riduzione può essere un segnale di integrazione della comunità rumena. Tra le donne cinesi il ricorso all'IVG si è ridotto del 46%, per le albanesi del 48% e per le marocchine del 49%.

Le nigeriane presentano un andamento peculiare poiché i tassi sono in aumento rispetto al 2003, con forti oscillazioni lungo tutto il periodo 2003-2016 e diventando ormai il paese con il più alto tasso (61,3 per 1000). Inoltre per questo gruppo è elevata la quota di IVG effettuate da donne non residenti (circa un quarto nel 2016) che non rientrano quindi nel computo del tasso.

Il fenomeno delle IVG tra le donne straniere resta più consistente tra le donne più giovani (<30 anni) e solo tra le donne albanesi negli ultimi tempi il ricorso all'IVG si è 'spostato' verso età più mature (30-34 anni). Invece tra le donne rumene e le donne nigeriane sono sempre le giovani di

20-24 anni ad avere livelli più elevati. Queste differenze possono essere un segnale di una diversa progettualità migratoria che si può desumere dal motivo per il quale viene richiesto il permesso di soggiorno. Per le donne albanesi e marocchine il motivo principale tra il 2007 e il 2016 risulta essere sempre la famiglia mentre per le donne cinesi la motivazione principale è cambiata passando dal lavoro alla famiglia (in crescita la quota di donne che dichiara lo studio). Si tratta comunque di aspetti che sottintendono una permanenza non di breve periodo e quindi una maggiore propensione ad acquisire la residenza.

Anche per le nigeriane si assiste a una modifica della motivazione principale che passa dall'alternanza famiglia/lavoro a motivi umanitari, legati quindi maggiormente a situazioni di emergenza; una gravidanza inattesa in questa situazione ha certamente più probabilità di terminare in un aborto.

**Le opinioni qui espresse sono quelle degli autori e non coincidono necessariamente con quelle dell'Istituto di appartenenza*

Per saperne di più

Ministero della Salute (2017), *Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2016*.

D'Errico A., Loghi M., Spinelli A. (2017), «Abortività volontaria delle donne straniere in Italia», in *Rapporto Osservasalute 2016.* Roma: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, 294-300.

Spinelli A. et al. (a cura di) (2006), *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*. Rapporto ISTISAN 06/17.

L'abortività in Italia nel contesto internazionale

Marzia Loghi, Alessia D'Errico, Angela Spinelli

L'Italia nel contesto internazionale si caratterizza per avere bassi livelli di abortività e anche di fecondità, oltre a ritardare sempre di più la nascita del (primo) figlio. Le autrici indagano le specificità del caso italiano.

Introduzione

La legge 194/78 consente alla donna di richiedere un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i 90 giorni di gestazione nei casi in cui «…accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito» (art. 4). L'IVG dopo i primi novanta giorni «…può essere praticata quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna» (art .6).

Questi criteri di accesso rendono la legge italiana come una delle meno restrittive al mondo[1] e assicurano alle donne la possibilità di effettuare l'IVG in un contesto protetto alla presenza di personale medico e sanitario.

Questo viene confermato anche da uno studio internazionale[2] che classifica i Paesi secondo il livello di sicurezza delle procedure. Vengono qui selezionati Paesi che presentano criteri simili dal punto di vista dell'accessibilità al ricorso all'IVG; tra questi sono stati ulteriormente selezionati quelli

1 UN-Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Centre for Reproductive Rights (2014), *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*

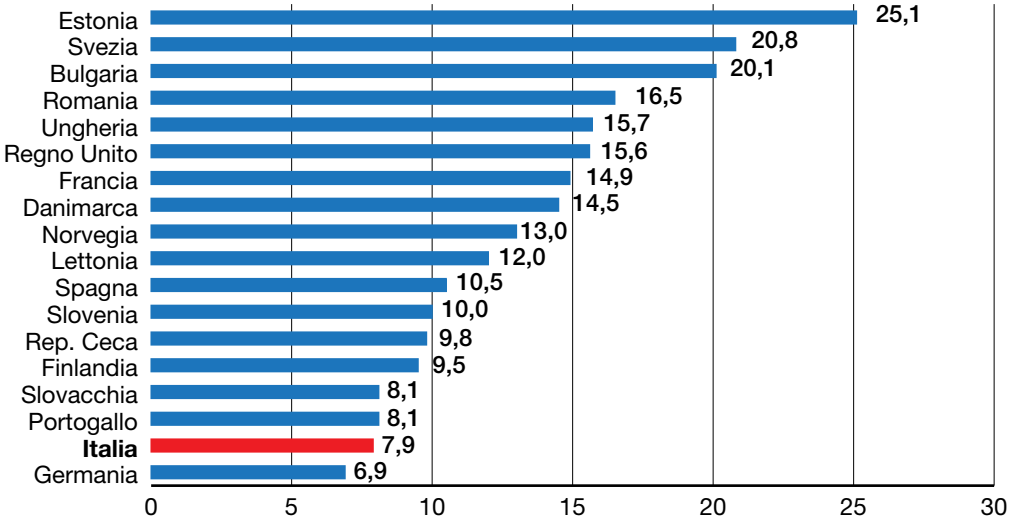
2 Ganatra B. et al. (2017), «Global, regional and subregional classification of abortion by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model», *The Lancet*, Published online September 27, 2017

per i quali siano disponibili o calcolabili indicatori confrontabili e recenti. È stata data quindi priorità agli indicatori presenti nei database internazionali (Eurostat, Organizzazione Mondiale della Sanità) e solo laddove non fossero presenti si è provveduto a ricercarle nei siti dei singoli Paesi.

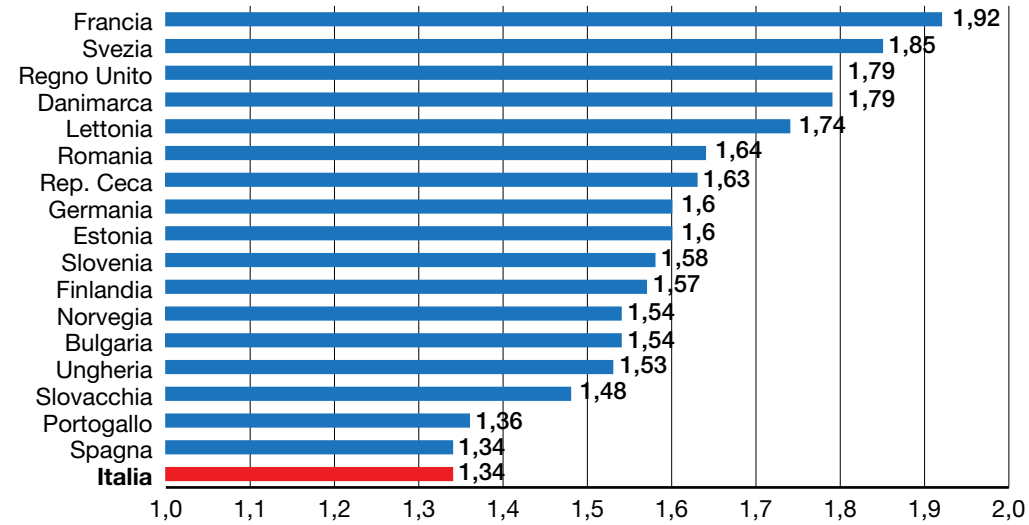
Il confronto tra i livelli di abortività viene contestualizzato presentando alcuni indicatori di intensità e cadenza della fecondità: tasso di fecondità totale (Tft), età media al primo figlio e percentuale di nascite da donne giovani (meno di 20 anni) (v. Figura 1).

Figura 1: Indicatori di abortività volontaria e di fecondità per alcuni Paesi – Anno 2016

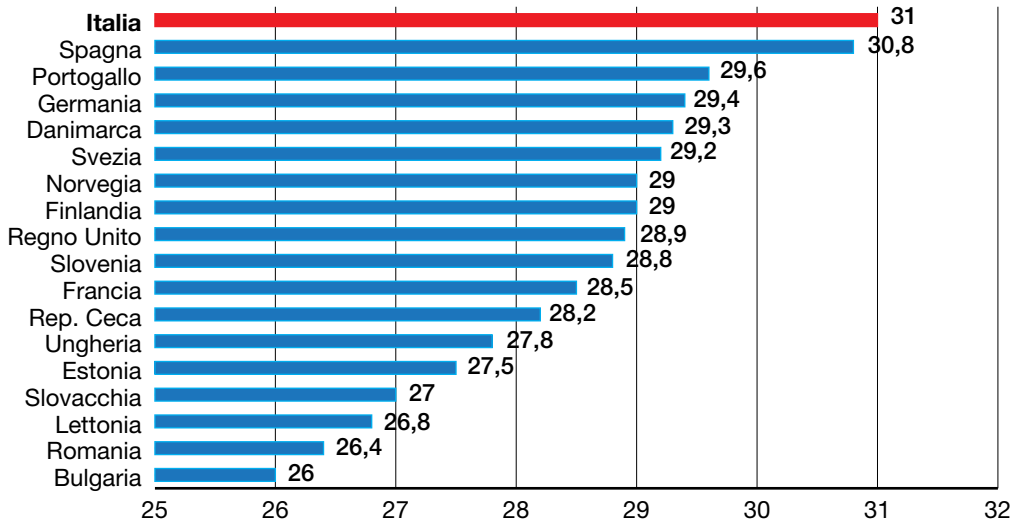
A-Tasso di abortività volontaria per 1000 donne di età 15-44 anni



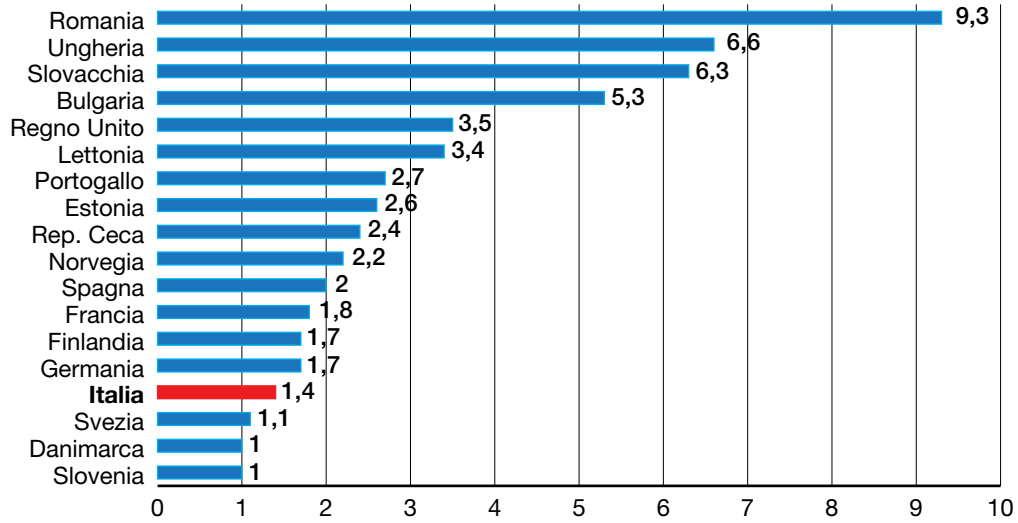
B-Tasso di fecondità totale (Tft)



C-Età media al primo figlio



D-Percentuale di nati vivi da donne con meno di 20 anni



Note: Il tasso di abortività dei seguenti Paesi si riferisce all'anno 2015: Danimarca, Regno Unito, Spagna. Per la Francia il tasso si riferisce all'anno 2017 e alle donne di età 15-49 anni. La percentuale di nati vivi entro i 20 anni dei seguenti Paesi si riferisce all'anno 2014: Italia, Slovacchia, Ungheria.

Fonti: Il tasso di abortività è stato calcolato considerando il numero di IVG e la popolazione femminile presenti nel Database EUROSTAT. Per i seguenti Paesi invece i dati sono stati presi dai rispettivi siti: Svezia, Danimarca, Francia, Norvegia . Il Tft e l'età media al primo figlio sono stati presi dal Database EUROSTAT. La percentuale di nati vivi entro i 20 anni è stata presa dal Database OMS European Health for All.

Come è già noto, il dato italiano sull'IVG tra i più bassi a livello internazionale: dalla Fig. 1A si osserva che, insieme alla sola Germania, il tasso di abortività volontaria risulta inferiore all'8 per mille e che gli altri valori più bassi (sotto il 10 per mille) si riferiscono a Portogallo, Slovacchia, Finlandia e Repubblica Ceca. Di contro i valori più elevati (oltre il 20 per mille) appartengono a Estonia, Svezia, e Bulgaria. Il calcolo dei tassi standardizzati (per eliminare l'effetto della struttura per età) riporta la stessa graduatoria con l'unica eccezione della Slovacchia che si frappone tra la Germania e l'Italia.

Non è certo una sorpresa osservare che, all'interno dei Paesi qui selezionati, le donne italiane abbiano il Tft più basso (pari a 1,34 insieme alla Spagna) e l'età media al primo figlio più elevata (31 anni): questo conferma quanto già risaputo, ossia che fanno meno figli e li fanno sempre più tardi. Un profilo simile lo presentano il Portogallo e la Spagna anche se quest'ultima ha un tasso di abortività un po' più elevato (10,5).

I paesi dell'Est con più elevato ricorso all'IVG (Estonia, Bulgaria, Romania e Ungheria) hanno anche un'età media al primo figlio tra le più basse e inferiore ai 28 anni. Invece paesi nord-occidentali con abortività più elevata (Svezia, Regno Unito e Francia) non si distinguono per un posticipo accentuato come quello italiano, presentando valori tra i 28 e i 29 anni.

I Paesi ovviamente presentano profili tra loro differenziati e non è possibile analizzarli nel dettaglio; in questo contesto l'obiettivo è solo quello di caratterizzare l'Italia in ambito internazionale.

Approfondendo maggiormente il fenomeno dell'abortività volontaria, osserviamo i tassi per classi di età nella Tabella 1 dove è stato evidenziato, per ciascun Paese, il valore più elevato.

Tabella 1 – Tasso di abortività volontaria per classi di età per 1000 donne per alcuni Paesi– Anno 2016

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Bulgaria	14,0	27,5	29,9	26,6	18,4	6,1
Danimarca	11,3	22,2	20,8	16,7	11,9	5,0
Estonia	15,0	28,8	32,1	31,7	26,9	13,0
Finlandia	7,7	14,8	13,3	10,3	7,5	3,0
Francia	10,0	26,0	24,9	20,0	15,0	6,0
Germania	3,9	9,1	9,4	8,8	6,8	2,7
Italia	4,5	10,0	10,8	10,4	8,9	4,0
Lettonia	6,4	14,3	16,2	14,7	12,9	5,9
Norvegia	7,6	19,0	19,3	16,1	10,8	4,1
Portogallo	5,8	13,7	12,4	9,7	6,9	3,2
Regno Unito	14,8	26,1	21,7	16,0	10,9	3,8
Rep. Ceca	5,7	12,1	12,9	12,5	10,5	5,4
Romania	11,3	23,0	24,2	21,3	15,0	6,5
Slovacchia	4,6	9,0	10,2	10,9	8,8	4,4
Slovenia	4,8	11,0	12,5	13,9	11,7	4,9
Spagna	9.2	16.9	15.5	12,9	8,9	3,5
Svezia	13,4	29,0	29,8	24,5	17,9	8,3
Ungheria	16,1	23,7	20,8	18,0	13,5	5,9

Note: Il tasso di abortività dei seguenti Paesi si riferisce all'anno 2015: Danimarca, Regno Unito, Spagna.

Fonti: Il tasso di abortività è stato calcolato considerando il numero di IVG e la popolazione femminile presenti nel Database EUROSTAT. Per i seguenti Paesi invece i dati sono stati presi dai rispettivi siti: Svezia, Danimarca, Francia, Norvegia.

Per l'Italia, così come per la maggior parte dei casi, la classe di età 25-29 presenta il valore più alto, quindi si tratta di donne relativamente giovani. Solo per la Slovacchia e la Slovenia i tassi più elevati si riferiscono alla classe di età successiva (30-34 anni).

In sei Paesi la distribuzione risulta più asimmetrica verso donne poco più che adolescenti (20-24 anni): Danimarca, Francia, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Ungheria.

Peculiarità delle giovani italiane

Il basso ricorso all'IVG delle donne italiane già riscontrato con il tasso grezzo, viene confermato con riferimento a tutte le classi di età: l'Italia si trova sempre nella parte inferiore della distribuzione, presentandosi tra i Paesi con valori inferiori soprattutto per le donne più giovani (15-19 anni).

Questo non viene 'compensato' da una quota più elevata di nascite da donne adolescenti poiché anche in questo caso il valore pari a 1,4% risulta essere tra i più bassi.

Un recente studio per coorte[3] [3] ha mostrato un calo dei tassi di abortività per tutte le generazioni e per tutte le età con l'unica eccezione delle giovani (15-16 anni) delle più recenti generazioni; si tratta comunque di valori molto bassi e al di sotto del 4 per mille (su questo rimandiamo anche all'articolo di Castiglioni sempre su Neodemos). A questa fascia di età viene dedicata un'attenzione particolare in ambito di salute riproduttiva, tanto che a livello internazionale vengono raccolte informazioni su sessualità e contraccezione con dati quindi confrontabili tra i Paesi.

Emerge una peculiarità tutta italiana che per le giovani vede una copertura contraccettiva con utilizzo della pillola solo nel 6% dei casi e un ricorso elevato del preservativo (oltre il 70%); a questo si associano una bassa percentuale di nascite e una bassa abortività. In alcuni Paesi, invece, dove l'utilizzo della pillola risulta notevolmente più elevato (circa il 30%) è alta anche la quota di nascite adolescenziali (3,7% nel Regno Unito) e del ricorso all'IVG (14,8 per mille nel regno Unito e 13,4 in Svezia). Questa particolarità trova una parziale spiegazione nel fatto che tra le giovani italiane l'attività sessuale e il numero di partner, seppur in aumento rispetto alle generazioni precedenti, non raggiungono i livelli dei Paesi nord europei. Qui i giovani escono presto di casa per motivi di studio, mentre gli italiani devono gestire anni di attività sessuale stando ancora in famiglia: questo limita certamente le occasioni e di conseguenza il rischio di gravidanze indesiderate.

3 Ministero della Salute (2017), *Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2016*.

III.
Criticità e potenzialità dell'implementazione della legge

Aborto e obiezione di coscienza in Italia. In viaggio per poter abortire.

Tommaso Autorino, Francesco Mattioli, Letizia Mencarini

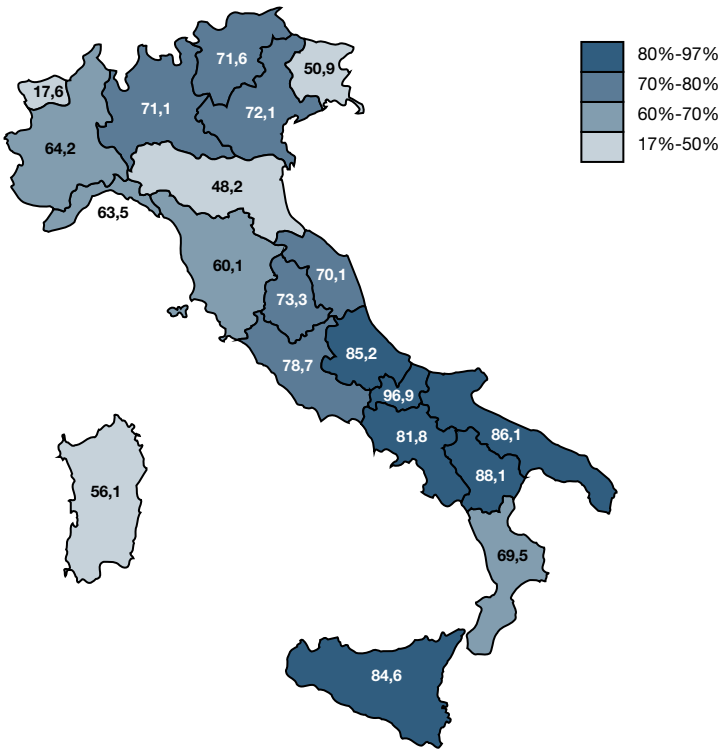
Ogni anno migliaia di donne in Italia abortiscono lontano dal proprio luogo di residenza. Utilizzando i dati aggregati pubblicati dal Ministero della Salute e quelli sulle singole interruzioni di gravidanza disponibili in forma anonima presso l'Istat, Autorino, Mattioli e Mencarini ci mostrano un collegamento fra la distribuzione territoriale dei ginecologi obiettori e la mobilità delle donne che abortiscono

Il 22 maggio 1978 la Legge 194 introduceva nel sistema sanitario italiano l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), garantendo contestualmente al personale medico e ausiliario di poter essere esonerato dal servizio invocando l'obiezione di coscienza. L'obiezione di coscienza, pur essendo consentita anche in altri sistema legislativi, rimane in Italia un tema molto controverso per la pervasività del fenomeno. Nel 2016 era obiettore il 71% dei ginecologi e solo il 60% degli ospedali dotati di un reparto di ostetricia effettuava IVG, con una notevole eterogeneità a livello regionale (fig. 1): dal 18% di ginecologi obiettori in Valle d'Aosta al 97% in Molise. Il fenomeno è Particolarmente diffuso al Sud, ma le percentuali sono alte in tutto il Paese.

Il Ministro della Salute sostiene che l'obiezione di coscienza non pregiudichi di per sé l'accesso all'IVG e che eventuali criticità in tal senso siano da attribuire all'organizzazione delle strutture sanitarie. Tuttavia appare legittimo chiedersi se una così alta diffusione dell'obiezione sia tale da limitare il diritto delle donne ad ottenere un aborto sicuro e gratuito in alcune aree del territorio italiano.

Tanto spesso dibattuta, la relazione fra obiezione di coscienza e aborto raramente è stata analizzata dal punto di vista quantitativo e con gli opportuni strumenti di analisi statistica.

Figura 1 - Percentuale a livello regionale dei ginecologi obiettori di coscienza

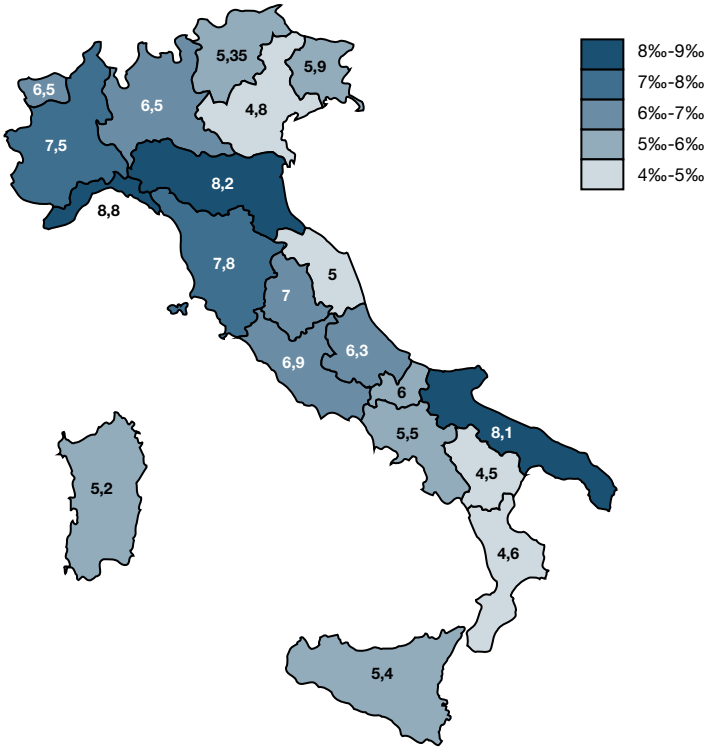


Il collegamento fra l'obiezione di coscienza e gli aborti fuori regione

Nonostante il lungo declino del ricorso all'IVG, in Italia si effettuano ancora 85.000 aborti volontari l'anno. Secondo gli ultimi dati disponibili relativi al 2016, l'Italia presenta un tasso di abortività di 6,5 IVG all'anno per mille donne in età riproduttiva[1], molto basso se confrontato con quello di altri Paesi sviluppati o con il 17 per mille registrato in Italia nel 1982, anno in cui il ricorso all'IVG fu massimo. Il dato nazionale nasconde, però, una certa variabilità a livello regionale: si va da 4,5 aborti per mille donne in Basilicata a 8,8 in Liguria (fig. 2).

1 I dati riportati in questo articolo sono tratti dalla *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)* e, dove non diversamente specificato, fanno riferimento all'anno 2016.

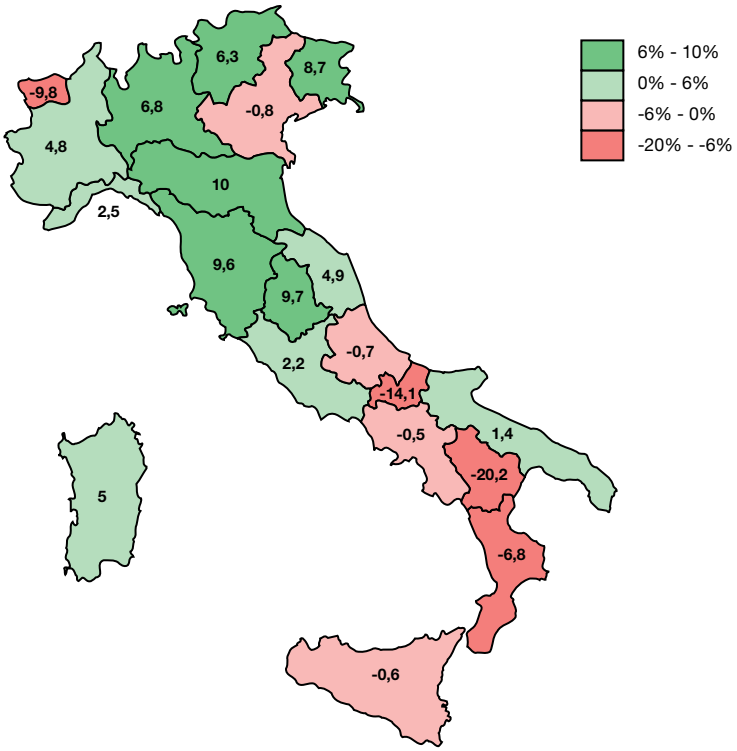
Figura 2 - IVG per 1000 a livello regionale donne nella fascia d'età 15-49



Il tasso di abortività regionale, che conta le IVG in base alla regione dove avvengono, non è tuttavia il modo più accurato per misurare il ricorso all'aborto da parte della popolazione locale, perché non tiene conto del fatto che alcune donne possono recarsi ad ottenere un'IVG in un luogo diverso da quello dove risiedono. Solo nel 2016 hanno abortito fuori dalla propria regione di residenza più di 4000 donne (pari al 5% del totale delle IVG). Siamo partiti proprio da questo dato per cercare di capire se esiste una connessione fra obiezione di coscienza e accesso all'IVG.

La figura 3 mostra (in verde) quali sono le regioni che ricevono più donne in cerca di un aborto e quali invece (in rosso) quelle da cui partono più donne. Non è detto, però, che l'obiezione di coscienza sia all'origine di questi movimenti. Potrebbero esservi, infatti, altre ragioni per cui le donne scelgono di recarsi in altre regioni ad abortire, legate allo stigma sociale e alla ricerca di riservatezza, oppure alla miglior qualità o fama delle strutture sanitarie in altre regioni. Inoltre, alcune delle donne che ottengono un'IVG fuori dalla propria regione potrebbero in realtà essere già emigrate per motivi di studio o di lavoro, senza però aver cambiato formalmente luogo di residenza.

Figura 3 - Differenza fra Ivg effettuate nella regione e Ivg da parte di donne residenti, in percentuale del numero di Ivg effettuate nella regione



Per far luce su cosa spinga così tante donne ad abortire lontano dal proprio luogo di residenza, abbiamo analizzato i dati regionali per il periodo 2002-2016, ponendo in relazione una misura di mobilità territoriale delle donne che abortiscono (la differenza fra gli aborti ottenuti dalle donne residenti nella regione e quelli avvenuti nella regione) con la percentuale di ginecologi obiettori, ma controllando per altre caratteristiche regionali che avrebbero potuto contribuire a spiegare la mobilità per IVG: il livello di fecondità e la religiosità della popolazione, la presenza di donne straniere (per le quali il tasso di abortività è circa triplo rispetto a quello delle donne italiane) e le condizioni economiche e lavorative nelle regioni. Per tener conto del fatto che la mobilità per aborti potesse essere in parte connessa a una più generale mobilità ospedaliera, abbiamo inserito nel modello anche la percentuale di nascite che avvengono fuori regione. I risultati dell'analisi dimostrano che, tenendo conto di tutti i fattori sopra elencati, le regioni che registrano maggiori flussi in uscita di donne in cerca di un'IVG sono proprio quelle dove l'obiezione di coscienza è più diffusa. Inoltre, quando si analizza il tempo di attesa medio fra il rilascio, da parte del medico,

del documento con cui si autorizza l'IVG e il vero e proprio intervento, osserviamo che nelle regioni con più obiettori i tempi di attesa tendono ad essere più lunghi.

Abbiamo poi approfondito l'analisi, studiando più di un milione di singoli casi di IVG fra il 2002 e il 2016[22], mettendo in relazione il luogo dove è avvenuta ciascuna IVG (dentro o fuori la regione di residenza della donna) non solo con l'obiezione di coscienza e gli altri fattori regionali, ma anche con le caratteristiche individuali delle donne che abortiscono, quali l'età, la condizione occupazionale, lo stato civile, la cittadinanza, il numero di figli, il ricorso pregresso all'IVG e l'urgenza dell'intervento stesso. I risultati di questa analisi confermano che la probabilità che una donna abortisca fuori dalla propria regione di residenza aumenta significativamente quanto maggiore è la diffusione dell'obiezione di coscienza nella regione stessa. Tale relazione permane anche considerando esclusivamente gli aborti che avvengono in una diversa regione e per di più in una provincia non confinante con quella di residenza, segnalando che la distanza percorsa per ottenere un'IVG sia spesso non trascurabile e che non possa essere spiegata semplicemente con la volontà di mantenere la riservatezza evitando l'ospedale locale.

Margini di azione?

I nostri risultati mostrano che l'obiezione di coscienza complica l'accesso all'IVG, imponendo tempi e distanze, e quindi costi maggiori alle donne in cerca di un aborto sicuro.

Di fronte alle altissime percentuali di obiettori tra gli operatori sanitari in Italia occorre indagarne le ragioni e i possibili rimedi. Il numero degli obiettori è addirittura cresciuto negli anni e in alcune regioni si avvicina alla totalità del personale, tanto da far ritenere che vi siano altre ragioni dietro il fenomeno oltre quelle legate alla religione e alla coscienza, tra le quali, ad esempio, la percezione che i non obiettori siano penalizzati professionalmente dovendo svolgere prevalentemente IVG. Per quanto la Legge 194 riconosca il diritto del personale sanitario ad astenersi dal praticare l'IVG per motivi di coscienza, ugualmente tutelato dovrebbe essere l'accesso all'IVG nelle strutture del servizio sanitario nazionale, laddove

2 I dati sono raccolti dall'Istat con la collaborazione delle strutture sanitarie, del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, e disponibili in forma anonima e per scopi di ricerca presso il laboratorio ADELE dell'Istat.

invece in molti ospedali tale prestazione non è garantita. Per assicurare un adeguato, ed eguale, accesso all'IVG in tutto il territorio italiano, potrebbe essere incentivata la non obiezione. Probabilmente basterebbe anche solo porre un limite al numero di interventi per operatore, al contempo prevedendo e incentivando, in ogni ospedale, o almeno per gli ospedali di una certa area geografica, un rapporto numerico ideale tra obiettori e non obiettori per riuscire a garantire il servizio.

Per saperne di più

Autorino, F. Mattioli e L. Mencarini (2018), *The Impact of Gynecologists' Conscientious Objection on Access to Abortion in Italy,* WP Dondena n. 119*,* Università Bocconi.

Azioni e servizi per una procreazione responsabile

Michele Grandolfo

Il sistema epidemiologico attivo di sorveglianza istituito in seguito alla implementazione della L.194/1978 ha permesso e permette ancora oggi di raccogliere in maniera sistematica e rigorosa dati sul ricorso all'aborto nel nostro Paese (come già illustrato nell'articolo a questo dedicato). Dai risultati resi disponibili dal sistema è risultato che nel corso di questi quarant'anni il tasso di abortività è sceso e che l'aborto non è richiesto per non avere figli, ma spesso per non averne di ulteriori.

La piena implementazione di quella legge non si è realizzata solo attraverso servizi che hanno garantito possibilità efficace e sicura di abortire, ma anche dalle iniziative di promozione di una cultura della procreazione responsabile, soprattutto in termini di informazioni sui metodi contraccettivi. Anche queste, infatti, erano previste dalla stessa legge, che fin dal suo primo articolo chiariva che: «Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile […] lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che 'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite».

Come è andata l'implementazione di questa parte della legge? Quali indicazioni di policy possiamo ricavare dall'esperienza di questi quarant'anni per il futuro?

Il ruolo del counselling

I dati raccolti fin dai primi anni dall'attuazione della legge hanno mostrato che il ricorso all'aborto non è calato ovunque allo stesso modo. I differenziali di diminuzione dell'abortività per condizione sociale delle donne (ad es. per titolo di studio) erano la testimonianza di una carenza di offerta attiva del counselling sulla procreazione responsabile, di una insufficiente presenza di consultori familiari con organici adeguati, e di una scarsa cultura dell'offerta attiva. Alcune indagini sulla salute riproduttiva nell'età adolescenziale con-

dotte nel 1998 (Rapporto ISTISAN 00/7) hanno mostrato che solo il 40% delle giovani aveva avuto l'opportunità di partecipare a corsi di educazione sessuale a scuola, a fronte di una loro esplicita richiesta che si svolgessero nella sede scolastica (oltre il 95%). Ulteriori indagini, nel 2002 (cfr. anche le tabelle) e nel 2008-2009 e 2010-2011 sul percorso nascita negli ultimi 20 anni hanno inoltre evidenziato che meno del 50% delle donne che affrontano il percorso nascita sono esposte a un counselling sulla procreazione responsabile, e paradossalmente lo sono meno proprio quelle meno istruite che ne avrebbero più bisogno. Una mancanza che appare ancora più grave dal momento che tale raccomandazione è presente nelle relazioni ministeriali e nei rapporti tecnici dell'ISS fin dalla metà degli anni Ottanta del secolo scorso. Dalle indagini citate risulta che l'informazione aumenta significativamente la prevalenza d'uso di metodi alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto, annullando la differenza associata a livello d'istruzione (v. tab.1).

Tabella 1 - Uso dei metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali per informazione ricevuta, livello di istruzione e cittadinanza

		bassa istruzione			
		italiane		straniere	
		% uso	(N)	%uso	(N)
Ha ricevuto informazioni sulla contraccezione durante percorso nascita	no	59,4	689	54,0	84
	si	80,4	708	86,7	150
		alta istruzione			
		italiane		straniere	
		%uso	(N)	%uso	(N)
	no	64,9	1409	56,6	123
	si	80,0	2415	77,8	201

Note: Bassa istruzione: ≤ media inferiore (≤ 8 anni di scolarizzazione); alta istruzione: >media inferiore (> 8 anni di scolarizzazione)

Fonte: Dati indagine ISS 2009-10 Rapporto ISTISAN 12/39

Prevenire l'aborto: alcune indicazioni di policy

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che nel 70-80% dei casi il ricorso all'aborto segue il fallimento o l'uso scorretto dei metodi contraccettivi (e quindi l'aborto rappresenta, nella gran parte dei casi, l'estrema *ratio* e non la scelta d'elezione per il controllo delle nascite), la prevenzione del ricorso a un primo (o successivo) aborto può essere esplicata in tre diverse modalità.

Il più importante contributo è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (dal momento che sono per lo più seguiti proprio da donne in età feconda) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti «spazi giovani» presso le sedi consultoriali, indicati come progetti strategici nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI, varato nel 2000).

Una seconda possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo contraccettivo impiegato e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere opportunamente svolto in Consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto.

Una terza modalità è quella di favorire il ruolo dei Consultori come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre- IVG e per l'intervento, nonché per la visita di controllo post-IVG e per il counselling sulla procreazione responsabile. È stato dimostrato, infatti, che agendo in tal modo le donne ritornano al Consultorio per la visita di controllo post interruzione volontaria di gravidanza e per l'informazione sulla contraccezione.

Azioni concrete, subito

I dati e le problematiche finora emerse indicano alcune misure concrete che appare necessario adottare ai fini di una corretta e piena prevenzione dell'aborto attraverso il potenziamento dei Consultori:

a) effettuare un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei Consultori, oltre che del loro livello di integrazione (in particolare: la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa documento/certificazione-intervento oltre le 3 settimane), le procedure adottate e la loro appropriatezza, per favorire l'applicazione dell'articolo 9 della Legge n.194/78, che affida alle Regioni il compito di garantire l'attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio;

b) garantire, in numero appropriato e con personale adeguato, la presenza dei Consultori Familiari sul territorio, con riferimento a quanto espresso nel POMI (in particolare per quanto attiene all'integrazione e

messa in rete dei servizi consultoriali con i servizi specialistici e di cura di II e III livello e con i servizi sociali; alla multidisciplinarietà delle équipe professionali; all'offerta attiva; alla valutazione degli obiettivi individuati) e a quanto indicato nella legge n. 34/1996 (un consultorio ogni 20mila abitanti);

c) favorire il ruolo del Consultorio Familiare come riferimento privilegiato per la IVG;

d) promuovere informazioni sui servizi consultoriali e sui centri ove si effettuano le interruzioni volontarie di gravidanza;

e) garantire un congruo orario di apertura del Servizio Consultoriale, anche prevedendo l'accoglienza senza appuntamento, con carattere di precedenza, per alcune richieste come: contraccezione d'emergenza, inserimento di IUD, richiesta di certificazione urgente per interruzione volontaria di gravidanza;

f) promuovere, in relazione alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, attività di aggiornamento e formazione professionale comune tra MMG, operatori consultoriali e personale ambulatoriale e ospedaliero.

Conclusioni

L'evoluzione del ricorso all'IVG in questi quarant'anni dimostra come sia possibile per le istituzioni ottenere un miglioramento degli indicatori di salute investendo sulle attività di promozione delle competenze dei singoli. Riconoscere alla donna il diritto all'ultima parola, come manifestazione di un modello comunicativo non paternalistico e non direttivo è stata la chiave di volta nella genealogia dei servizi messi a disposizione per una procreazione responsabile. Alla luce di quanto detto, appare dunque chiaro che una questione non meno importante dell'alto numero di medici obiettori rispetto alla piena implementazione della legge è il potenziamento del servizio dei Consultori Familiari, sia nelle attività di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, sia nella presa in carico delle donne che la richiedono. È legittimo ritenere, infatti, che il collocamento del nostro Paese sui valori più bassi del tasso di abortività e la velocità con cui questo tasso si è ridotto siano dovuti proprio alla presenza e all'organizzazione dei consultori familiari, servizi innovativi rispetto allo scenario tradizionale quanto a multidisciplinarietà, visione di genere e approccio non paternalistico.

Consultori Familiari e procreazione consapevole: uno studio di caso

Giulia Rodeschini, Maria Augusta Nicoli

I Consultori Familiari, istituiti nel 1975, rappresentano uno spazio cruciale di implementazione della legge 194/1978, sia per le interruzioni volontarie di gravidanza, sia per la diffusione di una cultura contraccettiva efficace e di una educazione alla sessualità, all'affettività e alla procreazione consapevole. L'articolo illustra il caso dei Consultori della Regione Emilia-Romagna come esempio virtuoso, a livello nazionale, di realizzazione di questi servizi.

I Consultori Familiari (CF) sono stati istituiti con la legge del 29 luglio 1975 n. 405. La loro finalità, come si legge nell'art. 1, è «a. L'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia (…); b. La somministrazione dei 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 degli utenti; c. La tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d. La divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso».

Tre anni più tardi, come è noto, il Parlamento depenalizzerà e disciplinerà con la legge 194 le modalità di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, prevedendo per i CF un ruolo cruciale. Recita infatti il secondo articolo di questa legge che, nei confronti della donna in stato di gravidanza, essi hanno il dovere di informarla sui diritti a lei garantiti e sui servizi di cui può usufruire e contribuire a far superare le cause che potrebbero indurla all'interruzione della gravidanza. Nel caso la donna desiderasse procedere con l'aborto, il CF rappresenta per lei un punto di riferimento cruciale: è il medico del CF, oltre a quello di fiducia o della struttura socio-sanitaria, che può rilasciare, secondo la 194, copia del documento che attesta la gravidanza e la richiesta della donna di interromperla dopo un periodo di sette giorni, oppure a certificarne l'urgenza.

A livello nazionale, il CF è oggi un punto di riferimento per le donne che scelgono di abortire. Secondo i dati nazionali, infatti, una percentuale sempre maggiore di donne si rivolge al CF per le IVG (dal 24,2% nel 1983 al 42.9% nel 2016). Tuttavia, il ruolo dei CF non è solo quello di occuparsi delle interruzioni di gravidanza: essi si muovono nella direzione di una ampia attività di servizio pubblico atta a favorire un pieno esercizio dei diritti riproduttivi e di una cultura della sessualità e della contraccezione diffusa ed informata. Il caso dei CF nella Regione Emilia-Romagna rappresenta, da questo punto di vista, un ottimo esempio di come questi servizi possono lavorare sul territorio.

Un caso virtuoso: il ruolo dei Consultori per le IVG in Emilia-Romagna

I dati del flusso informativo delle IVG che la Regione Emilia-Romagna raccoglie per conto dell'ISTAT confermano nel 2017 una tendenza riscontrabile anche a livello nazionale: la diminuzione del numero di IVG (una riduzione di oltre il 7% rispetto al 2016), del tasso di abortività regionale (7,3 nel 2016 ogni mille donne residenti 15-49 anni e 6,9 nel 2017), del rapporto di abortività (196 ogni 1000 nuovi nati nel 2016, 191 nel 2017). Anche la quota di interventi a carico di cittadine straniere risulta in calo dal 2011 ad oggi (dal 44,9% degli interventi totali nel 2011 al 41,8% nel 2017) e, sebbene il tasso di abortività della popolazione straniera sia ancora più elevato di quello della popolazione italiana (15,7‰ versus 4,9‰), la differenza tra le due popolazioni si sta riducendo anche a livello regionale.

In questo quadro, è di nostro interesse focalizzare l'attenzione sul percorso che le donne compiono per arrivare all'IVG e sul ruolo giocato dai CF. Prendendo in considerazione i dati relativi al luogo della documentazione/certificazione[1], il 71% delle donne residenti in Emilia-Romagna che nel 2017 hanno effettuato una IVG lo ha fatto rivolgendosi ai CF (dunque quasi trenta punti percentuali in più rispetto al dato nazionale), a fronte di un 16,4% che si è rivolta ad un medico di fiducia (21,6% nel 2016 a livello nazionale) e del 12,1% ad ambulatori ostetrico-ginecologici (31,7% nel 2016 a livello nazionale). Questi dati fotografano una situazione molto diversa dal passato: basti pensare che nel 1995 le donne che si rivolgevano ai CF per

1 Ricordiamo che la legge 194/78 parlerebbe di «documento« attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, mentre fa riferimento al termine «certificato» per attestare l'urgenza, ma ad oggi si utilizza erroneamente il termine certificazione per entrambe le attestazioni: cfr. nota 1. in Grandolfo, La legge 194: i primi quarant'anni del sistema di sorveglianza

interrompere una gravidanza erano il 32,8%, mentre nel 39,8% dei casi si rivolgevano ad un medico di fiducia e nel 23,9% agli ambulatori ostetrico-ginecologici. La Regione si configura dunque come un territorio in cui il servizio di CF è diventato particolarmente importante su questo fronte.

Spostando lo sguardo sulle metodiche, nel 2017 è confermato il costante aumento dell'utilizzo del trattamento farmacologico (RU486), che in regione Emilia-Romagna dal 2010 – primo anno che vede l'immissione in commercio del medicinale dopo l'approvazione da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) nel 2009 – al 2017 è più che raddoppiato, passando dal 12,7% sul totale delle IVG al 29,5%. La Regione si mostra anche in questo caso virtuosa nell'accogliere le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul ricorso all'aborto farmaceutico in luogo di quello chirurgico attestando un ricorso di 10 punti percentuali più alto del dato nazionale (pari al 19,6% nel 2016). Siamo tuttavia a livelli ancora bassi in comparazione ad altri paesi (gli aborti farmacologici rappresentano in Francia il 60% del totale, in Portogallo il 70% e in Finlandia il 98%[2]) e molti (troppi) sono ancora gli ostacoli ad un maggiore utilizzo di questo tipo di trattamento (dal limite dei 49 giorni imposto dall'AIFA, all'ospedale come unico luogo di assunzione della pillola). In ogni caso, l'Emilia-Romagna rappresenta un modello interessante a livello nazionale nella misura in cui l'aumento si può ricondurre, oltre che all'ampiamento dell'offerta della metodica farmacologica nelle strutture ospedaliere, alla capacità di presa in carico precoce della donna al momento del primo contatto con le strutture, in particolare con i CF.

Il CF risulta quindi il principale punto di riferimento per le donne che scelgono di abortire e i servizi consultoriali contribuiscono in modo significativo, grazie all'accesso diretto e alla certificazione in tempi molto rapidi, a garantire a molte donne l'attuazione dell'aborto farmaceutico.

I consultori e la legge 194: non solo IVG

Oltre ai meriti nell'attuazione della 194 appena illustrati, è altrettanto importante sottolineare che le attività relative all'IVG (documentazioni/certificazioni, colloqui e visite) sono solo il 2,5% del totale delle prestazioni svolte dai CF dell'Emilia-Romagna. Nel 2017, più della metà delle attività consultoriali in questa regione è stata dedicata alla prevenzione

2 Camilli Annalisa «Libere di abortire con una pillola», pubblicato su «Internazionale», 13 aprile 2018.

oncologica, circa un quarto alla ginecologia/andrologia, e a seguire alle attività attinenti al percorso nascita, al controllo della fertilità, alla menopausa, a problematiche psico-relazionali e ad altre prestazioni tra cui sessuologia, sterilità, adozione/affido. Queste attività rappresentano contenitori entro cui i CF svolgono la loro originaria e ancora attuale funzione di tutela e prevenzione della salute della donna, così come previsto dalla legge che li istituiva ma anche dalla legge 194, oltre che occasioni importanti di aggancio, ascolto e accoglienza per la popolazione (soprattutto femminile, ma non solo). In questo modo essi risultano contesti rilevanti rispetto alla prevenzione delle gravidanze indesiderate e alla diffusione di una cultura contraccettiva efficace.

Ma come può agire un CF nella diffusione di una adeguata cultura contraccettiva? Prendiamo a titolo di esempio due tipi di azioni e pratiche di rilievo in corso a livello regionale. Il primo riguarda i sempre più numerosi interventi di educazione all'affettività e alla sessualità coordinati dagli Spazi Giovani – spazi consultoriali ad accesso diretto, libero e gratuito dedicati a ragazze/i (singoli, coppie o gruppi) dai 14 ai 19 anni – finalizzati a contrastare comportamenti a rischio tipicamente associati all'adolescenza e a promuovere un benessere relazionale e sessuale. Nel 2017/2018 risultano attivati 144 progetti che hanno coinvolto più di 40 mila adolescenti (quasi un quinto della popolazione target), insegnanti, genitori ed educatori/trici, operatori/trici del territorio (per un totale di quasi cinquemila adulti)[3]. Tra questi interventi, si segnala il progetto regionale «W L'amore»[4], rivolto a preadolescenti (studenti/esse tra i 13 e i 14 anni), attraverso il precedente coinvolgimento attivo dei docenti. Il secondo tipo si riferisce al potenziamento e alla valorizzazione delle attività dei servizi consultoriali previsti da una specifica delibera regionale (DGR n. 1722 del 2017) che istituisce all'interno dei CF degli Spazi Giovani Adulti ad accesso libero, offrendo contraccezione gratuita, accompagnata da un counselling e da un follow-up per il monitoraggio del corretto utilizzo del contraccettivo, per le donne e gli uomini di età inferiore ai 26 anni e le donne di età compresa tra i 26 e i 45 anni con esenzione per disoccupazione o effetto della crisi economica, sia nei due anni successivi a un'IVG

3 Per un approfondimento si rimanda al report «Progetti di educazione all'affettività e sessualità svolti dagli operatori degli spazi giovani della Regione Emilia-Romagna. Anno scolastico 2017/2018», a cura di Borgini Bruna e Borsari Silvana

4 Per un approfondimento si rimanda al sito www.wlamore.it e a Marmocchi, Paola, Raffuzzi, Loretta e Strazzari, Eleonora (a cura di) (2018) Percorsi di educazione affettiva e sessuale per preadolescenti. Il progetto «W L'amore», Edizioni Centro Studi Erickson: Trento.

sia nell'anno dopo il parto. Nella stessa direzione si muove attualmente una ricerca regionale sul funzionamento organizzativo dei CF che parte dall'esperienza e dai bisogni di chi ci lavora e di chi li frequenta, promossa dal Servizio Assistenza territoriale e dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale in collaborazione con l'UDI (Unione Donne Italiane). Basata sulla metodologia della ricerca-azione, essa si interroga su una possibile evoluzione dei CF verso il potenziamento di spazi di riflessione collettiva in cui, attraverso diverse tecniche partecipative, si stimoli un confronto intergenerazionale, interprofessionale e politico sulle traiettorie organizzative nel contesto di comunità. I primi risultati stanno mettendo in luce l'importanza del CF oggi come luogo a bassa soglia di accesso, ricco di consulenza esperta nella consultazione e nell'orientamento, e ponte tra servizi sul territorio.

Si tratta di buone pratiche che dimostrano come il ruolo dei CF non si limiti alle (importanti) risposte date nelle procedure di IVG, ma si articoli in un servizio più ampio per consentire a una quota sempre maggiore della popolazione di esercitare con consapevolezza i propri diritti riproduttivi. I CF nascono come «servizi di frontiera» all'intersezione tra istituzioni e movimenti delle donne, ed è in questa direzione che, a più quarant'anni di distanza dalla loro creazione, essi continuano a lavorare.

Per saperne di più

Relazione sull'interruzione volontaria di gravidanza in Emilia-Romagna nel 2017 (a cura di Lupi Camilla, Simoni Simonetta, Borgini Bruna, Borsari Silvana, Castelli Elena)

Introduzione ai dati di attività dei CF (SICO), anno 2017 (a cura di Borgini Bruna, Borsari Silvana, Castelli Elena, Battaglia Sergio, Lupi Camilla)

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 2016.

Obiezione di Coscienza: la sfida europea

Susanna Mancini

Il massiccio ricorso all'obiezione di coscienza in Italia è diventato un caso internazionale. Tra il 2013 e il 2015 il nostro paese ha subito due condanne da parte del Comitato Europeo dei Diritti Sociali per non aver posto in essere misure adeguate a superare la paralisi di molte strutture, determinate dalle scelte di coscienza dei singoli sanitari[1].Per il Comitato, questo si traduce in una discriminazione di tipo intersezionale, una discriminazione cioè determinata dal concorso di una pluralità di variabili (in particolare genere, condizione socio-economica e residenza), il che si traduce in ineguaglianza di trattamento per alcune categorie di donne particolarmente vulnerabili. Ma questo non è tutto: il Comitato ha anche puntato il dito contro la discriminazione dei medici non obiettori, posti in una situazione di svantaggio così grave da configurare la violazione del diritto alla dignità sul lavoro, per il clima ostile a cui debbono sottostare e le diverse forme di mobbing e di pressione a cui sono soggetti. Un'asserzione, quest'ultima, che dà la misura della crescente cultura del disprezzo nei confronti di chi esercita i diritti riproduttivi o ne rende possibile l'esercizio.

L'obiezione di coscienza è prevista dall'articolo 9 della legge n. 194 del 1978 che regola l'interruzione della gravidanza, a favore del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie. Il testo della legge, tuttavia, regola questo diritto piuttosto restrittivamente: i medici sono infatti esonerati dal compimento delle procedure e delle attività specificamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, ma non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, e l'obiezione non può essere invocata in nessun caso se la paziente è in pericolo di vita. La legge, inoltre, obbliga le strutture sanitarie ad assicurare l'accesso all'aborto e le Regioni a controllare che tale accesso sia effettivo, anche attraverso la mobilità del personale. Sulla carta, dunque, essa

1 *International Planned Parenthood Federation European Network (Ippf) c. Italia* n. 87/2012 (Ecsr, 2013) e *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (Cgil) c. Italia*,n. 91/2013, (Ecsr, 2015).

parrebbe aver attuato un equo bilanciamento tra i diritti della gestante e quelli del personale medico ad ubbidire alla propria coscienza. Resta però il fatto che oggi, a livello nazionale, il 70% dei ginecologi nei servizi dove si effettua l'IVG è obiettore (con punte oltre il 90% in Molise, Bolzano, Basilicata e molte regioni, tra cui il Lazio, la Campania e la Puglia, in cui esso supera l'80%).[2]

L'Italia non è certo l'unico paese in cui è ampio il ricorso all'obiezione di coscienza e dove le conquiste faticosamente raggiunte negli anni Settanta sono spesso rimesse in discussione. In molti paesi d'Europa una nuova avanguardia conservatrice combina l'enfasi posta sull'immoralità dell'aborto con una retorica che descrive flussi migratori e crisi economica come elementi avversi per l'identità nazionale. Si pensi al conservatorismo di paesi come Ungheria e Slovacchia, in cui gli attacchi all'aborto e alla contraccezione si accompagnano sistematicamente alla categorica opposizione all'accoglimento di profughi e migranti.

Questi sviluppi vanno letti alla luce dei cambiamenti intervenuti in Europa negli ultimi decenni. Dopo le conquiste degli anni Settanta, il conflitto sull'aborto è rimasto per lungo tempo ai margini della dinamica politica, ma negli anni Novanta e Duemila l'attivismo pro-life è tornato alla ribalta. Nell'Europa occidentale, la visibilità dei movimenti femministi si è ridotta, la religione ha per molti versi riconquistato un ruolo fondamentale nell'arena pubblica e i progressi medici e scientifici hanno caricato le narrative anti-aborto di nuove potenzialità. Nell'Europa centro-orientale alla democratizzazione post-1989 si è accompagnata una generale re-mascolinizzazione della regione, che si manifesta nell'attacco nei confronti dell'ideologia dell'eguaglianza di genere, associata al passato regime comunista. Questi sviluppi hanno posto le basi per un'intensificazione dell'attivismo pro-life. La questione dei diritti riproduttivi è dunque tornata al centro del dibattito politico.

Le istituzioni europee sono sempre più frequentemente teatro di battaglie giuridiche e politiche sulla natura e sulla portata di questi diritti e sul ruolo che esse possono ricoprire nel perseguimento dell'eguaglianza di genere. Nel 2013 il Parlamento europeo si è trasformato in un campo di battaglia nel momento di adottare la *Relazione sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi* (*Rapporto Estrela*), che esortava gli Stati membri della Ue ad attrezzarsi per un'educazione sessuale adeguata, per la lotta contro

2 www.salute.gov.it

ogni discriminazione di genere e l'assicurazione dell'effettivo godimento dei diritti sessuali e riproduttivi, incluso l'accesso all'aborto. Un'opposizione capillarmente organizzata e promossa da organizzazioni pro-life o contrarie alla cosiddetta «teoria del gender» ha determinato la sconfitta per un pugno di voti della *Relazione* e l'adozione di nuovo testo che marginalizza il ruolo dell'Europa, lasciando sostanzialmente agli Stati membri la determinazione delle politiche in materia di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti, nonché in materia di educazione sessuale nelle scuola.

Una sorte analoga è toccata, al Consiglio d'Europa, alla Risoluzione 1763 del 2010 sul diritto all'obiezione di coscienza nell'ambito delle cure mediche legali, la cui versione originale esprimeva l'urgenza di regolare e monitorare l'uso dell'obiezione di coscienza nei servizi medici, a fronte del rischio delle donne, in molti paesi europei, di non poter accedere ai servizi di salute riproduttiva, come la contraccezione di emergenza e l'aborto. Questa proposta di risoluzione, che cercava di trovare un punto di equilibrio tra obiezione di coscienza e diritti riproduttivi, è stata rovesciata da una risicata minoranza, con il risultato che il testo effettivamente adottato ha finito per ampliare il diritto all'obiezione estendendolo addirittura alle istituzioni.

Se l'Europa è certamente in prima fila nella rivendicazione dei diritti riproduttivi, è dunque anche vero che l'esistenza di una sfera pubblica europea fornisce un terreno alle forze conservatrici anti-femministe per portare avanti una mobilitazione transnazionale dal potenziale distruttivo per i diritti riproduttivi. Per questo, è necessario un ripensamento della concettualizzazione e degli strumenti di protezione dei diritti delle donne a determinare le proprie scelte riproduttive. Occorre che le istituzioni nazionali e sovranazionali interiorizzino la nozione per cui questi diritti sono condizione imprescindibile per la realizzazione dell'eguaglianza di genere. Proibire l'aborto o restringerne l'accesso non sortisce affatto l'effetto di diminuire il numero degli aborti: come riconosce l'Organizzazione Mondiale della Sanità, «che l'aborto sia regolato più o meno restrittivamente, la probabilità che una donna abortisca per una gravidanza indesiderata è circa la stessa»[3]. Piuttosto, gli attacchi all'aborto e alla contraccezione riflettono le resistenze delle strutture patriarcali all'emancipazione femminile e la pretesa di ridurre il destino personale e sociale delle donne alla loro anatomia.

3 G. Sedghe altri, *AbortionIncidencebetween 1990 and 2014: Global, Regional, andSubregional-Levels and Trends*, in «The Lancet»,388, 2016, 10041,pp. 263-4.

Per saperne di più

G. Brunelli, «L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato) », in Brunelli G., Pugiotto A., Veronesi P. (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassar*e, Napoli, Jovene (2009)

S. De Zordo, J. Mishtal, L. Anton *A Fragmented Landscape. Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, Berghahn Books, New York-Oxford 2017

S. Mancini, *Un affare di donne. L'aborto tra eguale libertà e controllo sociale*, Cedam, Padova 2012.

S. Mancini., M. Rosenfeld (a cura di), *The Conscience Wars*, Cambridge University Press, Cambridge 2018.

Appendice 1.

Gli articoli del Codice Penale abrogati dalla 194

Libro Secondo, TitoloX
Dei delitti contro la integrità e la sanità della stirpe
Titolo abrogato dall'art. 22, L. 22 maggio 1978, n. 194.

Art. 545. Aborto di donna non consenziente.

Chiunque cagiona l'aborto di una donna, senza il consenso di lei, è punito con la reclusione da sette a dodici anni.

Art. 546. Aborto di donna consenziente.

Chiunque cagiona l'aborto di una donna, col consenso di lei, è punito con la reclusione da due a cinque anni.

La stessa pena si applica alla donna che ha consentito all'aborto.

Si applica la disposizione dell'articolo precedente:

1) se la donna è minore degli anni quattordici, o, comunque, non ha capacità d'intendere o di volere;
2) se il consenso è estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero è carpito con inganno.

Art. 547. Aborto procuratosi dalla donna.

La donna che si procura l'aborto è punita con la reclusione da uno a quattro anni.

Art. 548. Istigazione all'aborto.

Chiunque fuori dei casi di concorso nel reato preveduto dall'articolo precedente, istiga una donna incinta ad abortire, somministrandole mezzi idonei, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

Art. 549. Morte o lesione della donna.

Se dal fatto preveduto dall'articolo 545 deriva la morte della donna, si applica la reclusione da dodici a venti anni; se deriva una lesione personale, si applica la reclusione da dieci a quindici anni.

Se dal fatto preveduto dall'articolo 546 deriva la morte della donna, la pena è della reclusione da cinque a dodici anni; se deriva una lesione personale, è della reclusione da tre a otto anni.

Art. 550. Atti abortivi su donna ritenuta incinta.

Chiunque somministra a una donna creduta incinta mezzi diretti a procurarle l'aborto, o comunque commette su lei atti diretti a questo scopo, soggiace, se dal fatto deriva una lesione personale o la morte della donna, alle pene rispettivamente stabilite dagli articoli 582, 583 e 584.

Qualora il fatto sia commesso col consenso della donna, la pena è diminuita.

Art. 551. Causa di onore.

Se alcuno dei fatti preveduti dagli articoli 545, 546, 547, 548, 549 e 550 è commesso per salvare l'onore proprio o quello di un prossimo congiunto, le pene ivi stabilite sono diminuite dalla metà ai due terzi.

Art. 552. Procurata impotenza alla procreazione.

Chiunque compie, su persona dell'uno o dell'altro sesso, col consenso di questa, atti diretti a renderla impotente alla procreazione è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e con la multa da lire cinquantamila a duecentomila.

Alla stessa pena soggiace chi ha consentito al compimento di tali atti sulla propria persona.

Art. 553. Incitamento a pratiche contro la procreazione.

Chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a lire quattrocentomila.

Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.

Art. 554. Contagio di sifilide e di blenorragia.

Chiunque, essendo affetto da sifilide e occultando tale suo stato, compie su taluno atti tali da cagionargli il pericolo di contagio, è punito, se il

contagio avviene, con la reclusione da uno a tre anni.

Alla stessa pena soggiace chi, essendo affetto da blenorragia e occultando tale suo stato, compie su taluno gli atti preveduti dalla disposizione precedente, se il contagio avviene e da esso deriva una lesione personale gravissima.

In ambedue i casi il colpevole è punito a querela della persona offesa.

Se il colpevole ha agito a fine di cagionare il contagio, si applicano le disposizioni degli articoli 583, 584 e 585.

Art. 555. Circostanza aggravante e pena accessoria.

Se il colpevole di uno dei delitti preveduti dall'articolo 545, dalla prima parte e dal secondo capoverso dell'articolo 546, dagli articoli 548, 549, 550, dalla prima parte dell'articolo 552 e dall'art. 553 è persona che esercita una professione sanitaria, la pena è aumentata.

Nel caso di recidiva, l'interdizione dalla professione sanitaria è perpetua.

Appendice 2.

Il testo della legge 194

Legge del 22 maggio 1978, n. 194

Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

1. Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

2. I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405 (2), fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

   a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

   b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

   c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);

   d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

   I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono

avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. 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.

3. Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405 (2), è aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo.

   Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

4. Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405 (2), o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia (2/cost).

5. Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possi-

bili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate (2/cost).

6. L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:
   a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
   b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

7. I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

   Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

8. L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132 (3), il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (3), e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817 (3), ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.

   Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

   1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;

   2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di

interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione. Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. (4).

Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati. Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione.

Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

9. Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

   L'obiezione di coscienza 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. 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.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

10. L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386 (3/a). Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica.

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

11. L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna. Le lettere b) e f) dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (4), sono abrogate.

12. La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna. Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è ri-

chiesto l'assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela (2/cost).

13. Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

14. Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

15. Le regioni, d'intesa con le università e con 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 della gravidanza.

    Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

16. Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro. Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

17. Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena

prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà. Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

18. Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto.

    Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

19. Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punito con la reclusione sino a tre anni. La donna è punita con la multa fino a lire centomila. Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni.

    La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi. Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà.

    La donna non è punibile: se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

20. Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

21. Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

22. Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato. Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale. Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.

GLI AUTORI

Autorino, Tommaso

Economista, vive e lavora in Australia. Dal 2017 si dedica allo studio di aborto e obiezione di coscienza, in collaborazione con il Dondena Centre dell'Università Bocconi.

Castiglioni, Maria

Professoressa Associata in Demografia presso il Dipartimento di Scienze Statistiche dell'Università di Padova, si occupa da anni di famiglia, sessualità e fecondità. Tra le sue ultime pubblicazioni: *"La famiglia è in crisi" (falso!)*, con G. Dalla Zuanna, Laterza, 2017.

D'Errico, Alessia

Collaboratrice Istat, Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione. Si occupa di salute riproduttiva e salute materno-infantile, temi sui quali vanta numerose pubblicazioni.

Ghigi, Rossella

Professoressa associata in Sociologia presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna. Si occupa di studi di genere, corpo e dinamiche famigliari. Tra le sue ultime pubblicazioni: *Genere, corpo e società*, con R. Sassatelli, Il Mulino 2018. Ha curato per Neodemos *"Famiglie flessibili. L'arte di arrangiarsi ai tempi della crisi"*, con R. Impicciatore.

Grandolfo, Michele

Epidemiologo, già dirigente di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, direttore del reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del CNESPS, responsabile del sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG a livello nazionale.

Loghi, Marzia

Ricercatrice Istat, Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione. Si occupa di salute riproduttiva e salute materno-infantile, temi sui quali vanta numerose pubblicazioni.

Mancini, Susanna

Ordinaria di Diritto Pubblico Comparato, si occupa di minoranze e multiculturalismo, tutela multilivello dei diritti, diritto e genere e diritti riproduttivi. Tra le sue pubblicazioni più recenti: *Constitutional Secularism in an Age of Religious Revival* (curatrice con M. Rosenfeld, Oxford University Press 2014), e *The Conscience Wars* (curatrice con M. Rosenfeld, Cambridge University Press 2018).

Mattioli, Francesco

Assistente di ricerca presso il Centro Dondena nell'ambito del progetto IFAMID - Institutional Family Demography. I suoi interessi di ricerca includono la politica economica, la demografia e gli studi sulle disuguaglianze.

Melega, Corrado

Ginecologo, già direttore dell'ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Bufalini di Cesena, Direttore del Dipartimento materno infantile della AUSL Bologna, presidente della commissione consultiva regionale per il percorso nascita, e cofondatore del Pronto soccorso per l'assistenza in acuto delle donne vittime di stupro dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Mencarini, Letizia

Professore associato di Demografia all'Università Bocconi dove è affiliata al Dondena (Centro di Ricerca sulle Dinamiche Sociali dell'Università Bocconi) e fellow al *Center for Demography and Ecology dell'università di Wisconsin-Madison*.

Si occupa di benessere soggettivo e fecondità. Tra le sue pubblicazioni più recenti: *Genitori cercasi. L'Italia nella trappola demografica*, con D. Vignoli, Egea, 2018.

Nicoli, Maria Augusta

Responsabile del Programma Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia Romagna. Co-coordina una ricerca della Regione Emilia-Romagna sulle traiettorie evolutive dei Consultori Familiari.

Perini, Lorenza

Phd in Storia contemporanea e in Urban Planning e politiche pubbliche, è ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali (SPGI) dell'Università di Padova dove insegna Politiche di Genere. È autrice di numerose pubblicazioni sul tema dell'aborto, tra cui *"Dopo la 194 : un tempo storico, un dibattito culturale, la geografia di un territorio"* (Aracne, 2014), e *"Quando la legge non c'era. Storie di donne e aborti clandestini prima della legge 194"* (Storicamente, 6, 2010).

Rodeschini, Giulia

Sociologa presso l'Agenzia sociale e sanitaria regionale della Regione Emilia-Romagna e l'Università degli Studi di Parma. Co-coordina una ricerca della Regione Emilia-Romagna sulle traiettorie evolutive dei Consultori Familiari.

Sciré, Giambattista

Ricercatore in Storia contemporanea, fondatore di "Trasparenza e merito. L'Università che vogliamo", autore di vari volumi tra cui *"La democrazia alla prova"* (Carocci), *"Il divorzio in Italia"* (B. Mondadori), *"L'aborto in Italia. Storia di una legge"* (B. Mondadori), *"Gli indipendenti di sinistra"* (Ediesse).

Spinelli, Angela

Lavora presso l'Istituto Superiore della Sanità, ed è Direttrice del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute. Si occupa di salute della donna, del bambino e dell'adolescente. Ha partecipato a diverse commissioni ministeriali e ha contribuito a documenti di politica sanitaria. Ha lavorato come Programme Adviser per l'Organizzazione Mondiale della Sanità e per l'International Planned Parenthood Federation.

Veclani, Patrizia

Si occupa di analisi statistiche socio-demografiche presso l'Ufficio di Statistica della Regione Veneto ed è attivista nel campo dei diritti riproduttivi e di genere.