



Francesca Angelini*

**Introduzione.
Perché parlare di aborto?*****

SOMMARIO: 1. Aborto, a che punto siamo? – 2. La difficile attuazione della l. n. 194 del 1978. – 3. Ripensare l'aborto e valorizzare la responsabilità materna.

1. Aborto, a che punto siamo?

Ci sono pochi ambiti che vivono una continua tensione fra dimensione pubblica, complessa e divisiva, e dimensione privata, drammatica e conflittuale, come quello dell'aborto, tanto da essere riconosciuto come un tema che costituisce «un banco di prova per ogni ordinamento»¹; tuttavia, l'esperienza di questi ultimi anni sembra andare persino oltre questa rappresentazione, al punto che l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza (d'ora in poi Ivg) è stato posto simbolicamente al centro della contesa politica nel nostro Paese così come in altri ordinamenti e, da ultimo, in maniera eclatante². Si tratta di vicende che testimoniano come la libertà procreativa delle donne, anche nei paesi nei quali viene considerata una conquista consolidata da decenni, non ha mai smesso di convivere con la minaccia concreta

* Professoressa associata confermata di Istituzioni di diritto pubblico, Università di Roma La "Sapienza".

** Il testo costituisce una versione ampliata e rielaborata della relazione tenuta al seminario "Aborto, a che punto siamo? Italia, Europa e oltre", svoltosi il 12 febbraio 2021 presso l'Università di Roma La Sapienza, Facoltà di Economia. Sottoposto a *peer review*.

Il seminario è stato organizzato dalla sottoscritta e dalla dott.ssa Federica Grandi nell'ambito delle attività del Dottorato di ricerca in "Diritto pubblico, comparato ed internazionale" dello stesso Ateneo.

¹ P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2007, 97, che a proposito precisa: «il modo in cui tale problema viene affrontato rappresenta perciò uno scandaglio dei tratti più profondi del sistema entro cui ci si muove».

² Ma non inattesa, il riferimento è ovviamente alla clamorosa sentenza della Corte Suprema degli Stati Uniti nel caso *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, del 24 giugno del 2022, che era per molti versi ampiamente prevedibile come sottolineato dal lavoro di A. DI MARTINO in questo fascicolo. Sull'aborto come fattore altamente polarizzante della società e della politica americane e sul ruolo determinante, in quel contesto, dell'ascesa e della politicizzazione del fondamentalismo protestante di estrema destra, si rinvia all'illuminata ricostruzione di S. MANCINI, *Il canarino nella miniera del liberalismo: i diritti riproduttivi nell'America di Trump*, in *Rivista di BioDiritto*, 2-2021, 257 ss. Per un primo ampio commento alla sentenza, definita regressiva non solo per le sue drammatiche conseguenze sulle donne, in particolare «razzializzate e povere» e soprattutto giovani, ma anche per le sue ricadute sulle condizioni del costituzionalismo democratico moderno, si rinvia a L. RONCHETTI, *La decostituzionalizzazione in chiave populista sul corpo delle donne: è la decisione Dobbs a essere «egregiously wrong from the start»*, in *Costituzionalismo.it*, 2-2022, 32 ss.

di restrizione o di negazione. Sono molteplici, infatti, le strategie di messa in discussione della libertà di abortire e di ampio spettro, riguardando questioni che vanno dall'introduzione di ostacoli o di complicazioni nella disciplina di accesso alla contraccezione di emergenza³ oltre che all'Ivg⁴ fino ai tentativi di ripristinare il divieto assoluto di porre fine alla gestazione, anche in casi eccezionali di pericolo di vita della donna o di stupro; è quanto è accaduto, ad esempio, in Polonia, dove la contesa sull'aborto è stata attratta all'interno di dinamiche politiche di acceso conflitto ideologico ed è diventata uno strumento per misurare la «capacità di comando sull'intera società»⁵.

Le vicende degli ultimi anni hanno rivelato, insomma, il valore simbolico, sul piano politico, che ha assunto l'accesso all'aborto tanto che la sua messa in discussione, «a tutte le latitudini e sotto tutti i regimi politici, autocratici e democratici, laici e fondamentalisti»⁶, rappresenta oramai il banco di prova anche della capacità politica, di una parte, di affermare orientamenti conservatori e illiberali da far valere su tutti⁷.

L'insieme di questi elementi – che riguarda sia la dimensione formale che fattuale dell'accesso all'Ivg – di per sé appare sufficiente a giustificare la domanda posta nel titolo del seminario i cui contributi sono raccolti nel focus che si presenta; tuttavia, l'esigenza di una maggiore riflessione sul tema appare particolarmente attuale se connessa anche alla quantità e varietà delle questioni che si sono aperte in diverse regioni del mondo proprio negli ultimi anni. Il rilievo di tali vicende ha evidenziato una particolare urgenza di rimettere al centro del dibattito costituzionalistico il tema dell'aborto, superando la marginalizzazione che esso ha vissuto, soprattutto in relazione alle questioni più teoriche. Rimettere al centro il dibattito sull'aborto vuol dire, infatti, prima di tutto rimettere al centro il tema della libertà delle donne, tentare di «ripensare e risignificare il concetto di libertà che si associa all'aborto»⁸; si tratta di una libertà profondamente connessa al senso di responsabilità che interroga ogni donna che si confronta con la possibilità di diventare madre, permettendole di esplorare il suo desiderio di maternità e di decidere ciò che «risponde al bene e agli interessi suoi e del feto»⁹.

Ma accanto alla riflessione sulla libertà di abortire, abbiamo deciso di porre sul tavolo della discussione anche le tante e diverse questioni che rappresentano una minaccia per quella libertà, nella speranza di riuscire a comporre un quadro composito delle problematiche, non limitato al nostro Paese, ma allargato anche alle esperienze comparate più significative, che sia utile a

³ Anche l'accesso alla contraccezione di emergenza condivide con l'Ivg forme di “resistenza” sicuramente significative come dimostrato dal contributo di C. LUZZI in questo fascicolo.

⁴ Sui significativi problemi applicativi dell'accesso all'Ivg entro i primi novanta giorni di gestazione nel nostro Paese si veda al contributo di L. BUSATTA in questo fascicolo.

⁵ J. SAWICKI in questo fascicolo, al quale si rinvia anche per le vicende relative alla sentenza K 1/20 del Tribunale costituzionale polacco.

⁶ I. DOMINIJANNI, *Chi arretra e chi no*, in *www.Internazionale.it*, 25 giugno 2022.

⁷ «La possibilità per le donne di interrompere la gravidanza, messa nuovamente sotto attacco da una serie di politiche attuate in diversi Stati sul piano legale, sociale e culturale, ritorna ad essere questione cruciale, come fu negli anni Settanta, per la libertà, soggettività e convivenza civile di tutte e tutti». Così, I. BOIANO-C. BOTTI, *Introduzione delle curatrici*, in I. BOIANO-C. BOTTI (a cura di), *Dai nostri corpi sotto attacco*, Ediesse, Roma, 2019, 12. Sulle ragioni politiche, populiste e illiberali, poste a fondamento dei nuovi attacchi all'aborto in Italia e negli altri Paesi si sofferma ampiamente C. D'ELIA, *Aborto e politica: la cittadinanza delle donne*, in I. BOIANO-C. BOTTI (a cura di), *Dai nostri corpi sotto attacco*, cit., 17 ss.

⁸ Come fa E. OLIVITO in questo fascicolo, che ci ricorda come sia il diritto costituzionale a presiedere al posizionamento «di quei valori della convivenza sociale, che certamente sono chiamati in causa dalla questione dell'aborto».

⁹ E. OLIVITO, in questo fascicolo.

far emergere la portata delle sfide aperte, ma anche a tentare di dare, dove possibile, delle risposte. Il fine che ci siamo proposte è, dunque, quello di aprire un'ampia riflessione che miri a guardare non solo i molteplici problemi che ha vissuto e vive, nel nostro Paese, la l. n. 194 del 1978 (d'ora in avanti l. 194) a più di 40 anni dalla sua approvazione, nella sua attuazione a livello sia statale che regionale¹⁰, ma anche quello di alzare lo sguardo per vedere e riflettere su ciò che succede oltre i nostri confini, in alcuni ordinamenti europei che hanno conosciuto, sul piano del diritto costituzionale, vicende peculiari nella regolamentazione dell'aborto, come l'Irlanda¹¹, o guardare ad esperienze dove il diritto risulta decisamente sotto attacco, come in Polonia, dove il Tribunale costituzionale ha legittimato una legge che, come già ricordato, elimina praticamente ogni possibilità d'Ivg¹². Oltre i confini europei, si guarderà all'esperienza del continente americano e in particolare – nella regione del nord – agli Stati Uniti, dove la Corte suprema ha posto seriamente a rischio, dopo circa cinquant'anni, la tenuta unitaria della garanzia dell'aborto come diritto federale¹³, e all'America del sud¹⁴, dove solo un numero limitato di stati riconosce la libertà di Ivg, ma nella quale è presente un'azione politica trasversale di sensibilizzazione dei movimenti femministi finalizzata al suo più ampio riconoscimento e che, in particolare, è riuscita a introdurre la legalizzazione dell'aborto in Argentina, dove la nuova legge, dopo tante battaglie, è stata approvata negli ultimi giorni del 2020.

2. La difficile attuazione della l. n. 194 del 1978

Riprendendo quanto si diceva in apertura, le esperienze di legalizzazione dell'aborto sono più o meno accomunate dalle difficoltà attuative e da continui tentativi di messa in discussione delle discipline. Così anche l'esperienza italiana, la storia della l. 194, a quasi mezzo secolo dalla sua entrata in vigore, continua infatti a rappresentare l'esempio di una legge dalla trama del tutto singolare¹⁵. Contrastata nella sua approvazione¹⁶, essa ha seguito a incontrare forti ostacoli e contestazioni anche in maniera indiretta e meno visibile, ma con strumenti molto efficaci nel ridurre gli spazi di decisione delle donne e nel tradursi in forme di vero e proprio sabotaggio alla loro libertà di scelta, come la dottrina ha più volte messo in evidenza¹⁷.

Ciò che va rilevato, tuttavia, è un cambiamento di strategia di attacco alla legge; in particolare, infatti, nei primi decenni della sua storia, la l. 194 è stata sottoposta a forme molto

¹⁰ Sui quali si rinvia ai contributi di L. BUSATTA-C. LUZZI-M.P. IADICICCO, in questo fascicolo.

¹¹ Per la cui particolare esperienza si rinvia al contributo in questo fascicolo di A. BARAGGIA.

¹² Cfr. J. SAWICKI in questo fascicolo.

¹³ Si rinvia al contributo di A. DI MARTINO in questo fascicolo.

¹⁴ Cfr. il contributo di BRIGO e SOUZA, in questo fascicolo.

¹⁵ G. RODANO, *L'aborto e la scelta. L'offensiva alla 194 e l'esperienza che le donne hanno fatto*, in *Reti*, 2-1989, 49.

¹⁶ Come ricorda, da ultimo, F. RESCIGNO, *Per un habeas corpus "di genere"*, ES, Napoli, 2022, 225, che definisce il percorso della legge «faticoso e irto di ostacoli». Si sofferma sull'iter di approvazione della l. 194 E. PAPARELLA, in questo fascicolo.

¹⁷ Si vedano, fra gli altri, G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in ID.-A. PUGIOTTO-P. VERONESI (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare*, III, Napoli, Jovene, 2009, 923 ss.; M.P. IADICICCO, *La lunga marcia e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, in *Rivista AIC*, 1-2018, 44 ss.; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 141 ss.

visibili di contestazione, quali ben due *referendum*, di segno opposto¹⁸, e poi a tentativi di opposizione realizzati sia in maniera diretta – si pensi, per fare qualche esempio, all'o.d.g. votato da una maggioranza trasversale di cattolici alla Camera dei Deputati il 26 maggio del 1999, nel corso dell'iter di approvazione di quella che diventerà la l. n. 40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita, e che chiedeva espressamente un «meditato, sereno, informato progetto di revisione della legge 194» finalizzato anche «ad una più puntuale attuazione delle fasi di prevenzione e di dissuasione dell'aborto»¹⁹ – sia in maniera indiretta, attraverso la frapposizione di intrusioni-contestazioni ripetute alla sua attuazione, finalizzate anche a tentare la strada della dell'illiceità morale dell'Ivg, mettendo sotto accusa i medici non obiettori e additandoli quali «complici, privi di coscienza, di un assassinio»²⁰ o violando il diritto alla riservatezza delle donne che decidevano di avvalersi della legge e indirizzando contro di loro una «violenta criminalizzazione/vittimizzazione»²¹ che le riconosceva come assassine o le considerava paternalisticamente donne bisognose di aiuto.

Negli ultimi due decenni, invece, la strategia di contestazione della l. 194 si è trasformata, soprattutto sul piano politico; alle modalità fondate su attacchi frontali a chi permette o fa ricorso all'aborto si sono aggiunte strategie più strutturate, basate sull'individuazione di vere e proprie forme di boicottaggio operativo all'attuazione della legge, che spesso hanno, quali protagonisti, anche livelli di governo regionale o sub regionale. Si tratta di modalità sicuramente meno eclatanti²², ma decisamente più incisive perché finalizzate ad ottenere lo svuotamento della l. 194. Gli strumenti sono quelli, ad esempio, della marginalizzazione silenziosa e della drastica diminuzione dei medici e del personale non obiettore, cui fa da contraltare la diffusione oramai gigantesca dell'obiezione di coscienza del personale medico e paramedico²³; situazioni di fatto che si traducono in pesanti criticità dal punto di vista operativo in relazione alla possibilità di rispettare i tempi stringenti previsti dalla legge per l'intervento entro le dodici settimane, ma che hanno conseguenze ancor più pesanti e drammatiche nel caso di richiesta di accesso all'aborto terapeutico ammesso entro il quinto mese di gestazione²⁴. Da ultimo, all'interno di situazioni già ampiamente compromesse, la riorganizzazione dei servizi sanitari finalizzata a contrastare l'emergenza pandemica ha avuto conseguenze gravissime sulle prestazioni di Ivig, tanto che molte donne si sono viste negare l'accesso alla prestazione abortiva perché positive al Covid o perché mancavano i pochi operatori sanitari non obiettori.

¹⁸ Che si sono svolti il 17 e 18 maggio del 1981 e che hanno fatto registrare un ampio esito negativo. Sulle vicende relative ai due *referendum* si veda F. RESCIGNO, *Per un habeas corpus "di genere"*, cit., 229 ss.

¹⁹ Sulla proposta di o.d.g., si rinvia a F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e dalla surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, ES, Napoli, 2020, 81, nota 141.

²⁰ G. RODANO, *L'aborto e la scelta. L'offensiva alla 194 e l'esperienza che le donne hanno fatto*, cit., 49.

²¹ G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, cit., 818.

²² Anche se non va né dimenticata né sottovalutata la brutta vicenda della scoperta, che ha coinvolto l'Asl Roma 1, del cimitero dei feti con l'ostensione di croci che riportavano il nome della donna che aveva deciso di abortire, con gravissima violazione del diritto alla riservatezza delle stesse, cfr. A. POMPILI, *La sepoltura dei feti e la criminalizzazione delle donne che abortiscono*, in *www.micromega.net*, del 20 settembre 2021.

²³ Un quadro molto sconfortante sul funzionamento della l. 194 è quello che emerge dalla mappatura delle singole strutture realizzata da C. LALLI-S. MONTEGIOVE, *Mai dati. Dati aperti sulla 194*, Fandango libri, Roma, 2022.

²⁴ Sulle grandi problematicità dell'aborto terapeutico si rinvia al contributo di M.P. IADICICCO, in questo fascicolo.

Tali questioni hanno incrociato, per altro verso, la vicenda dell'aborto farmacologico, che si è aperta in Italia, con grande ritardo, solo nel 2009²⁵, ma la cui possibilità di somministrazione, proprio perché semplifica il percorso abortivo – liberandolo soprattutto dall'intervento diretto del medico, e quindi dagli effetti negativi connessi all'obiezione di coscienza degli operatori sanitari²⁶ –, ha rappresentato anche una risposta per consentire l'accesso all'Ivg durante la pandemia. La questione alla quale ci si riferisce è quella relativa all'adozione da parte del Ministero della salute, nell'agosto del 2020, delle nuove «Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine» finalizzate all'aggiornamento delle modalità applicative dell'aborto farmacologico, che, nella versione attuale, accogliendo le richieste avanzate da anni da associazioni che lavorano per i diritti delle donne e dalle ginecologhe non obiettrici, escludono in generale il ricorso al ricovero ordinario di tre giorni della donna²⁷. L'adozione delle nuove Linee guida ministeriali, in piena pandemia, ha rappresentato, come anticipato, anche uno strumento per superare il notevole impatto negativo che la riorganizzazione dei centri ospedalieri in funzione delle esigenze pandemiche, con la chiusura di alcuni centri, e le conseguenze della limitazione degli spostamenti hanno avuto sull'accesso all'Ivg²⁸. L'aggiornamento ministeriale adeguandosi, infatti, alle risultanze mediche e alle pratiche cliniche consolidate da anni e non solo all'estero²⁹, ha superato la precedente previsione del più complesso regime di ricovero ordinario in ospedale e ha ammesso l'estensione fino alla nona settimana di età gestazionale come limite di assunzione del farmaco e la possibilità della sua somministrazione in consultorio o in ambulatorio. Contestualmente, il

²⁵ La somministrazione della pillola abortiva si è rivelata estremamente efficace tanto da essere largamente utilizzata, già dalla fine degli anni Ottanta, in molti Paesi. L'aborto farmacologico sostituisce, all'intervento chirurgico più invasivo, l'interruzione chimica della gravidanza indotta da una pillola, la RU486, da assumere, prima dell'aggiornamento ministeriale delle linee guida del 2020, entro la settima settimana di gestazione. In Italia la commercializzazione della RU486 è stata introdotta, a seguito di un percorso autorizzatorio travagliato e pretestuosamente ulteriormente complicato, solo nel 2009. Sul percorso straordinariamente complesso di introduzione della pillola abortiva nel nostro Paese, si rinvia a F. GRANDI, *Aborto farmacologico e attività di secondamento: la disobbedienza intermittente nella dimensione dei doveri*, in *Rivista AIC*, 4-2013, 4 ss.; sulle vicende dell'aborto farmacologico si sofferma anche L. BUSATTA in questo fascicolo.

²⁶ Deve essere comunque sottolineato che si è cercato di estendere proprio l'obiezione di coscienza del medico anche all'attività di mera assistenza medica alla paziente nelle fasi successive all'assunzione del farmaco e al verificarsi dell'interruzione della gravidanza. Tale tentativo, tuttavia, è stato respinto dalla Cass. pen. VI sez. sent. n. 14979 del 2013, che ha escluso che la possibilità di obiezione di coscienza, ex art. 9, co. 3, l. 194, «possa riferirsi anche all'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, riconoscendo al medico obiettore il diritto di rifiutare e di determinare l'aborto (chirurgicamente o farmacologicamente), ma non di omettere di prestare l'assistenza prima ovvero successivamente ai fatti causativi dell'aborto, in quanto deve comunque assicurare la tutela della salute e della vita della donna». Sulla questione si veda ancora F. GRANDI, *Aborto farmacologico e attività di secondamento: la disobbedienza intermittente nella dimensione dei doveri*, cit., 6 ss.

²⁷ Le nuove linee guida, adottate con Circolare del 12 agosto 2020 dal Ministero della salute, hanno aggiornato le precedenti adottate nel 2010 e che prevedevano il regime di ricovero ordinario. Cfr. F. GRANDI, *L'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine": l'ultima trincea dell'effettività del servizio di interruzione della gravidanza*, in *Osservatorio costituzionale*, 5-2020, 12 ss.

²⁸ «Come sempre avviene nei periodi di crisi, l'emergenza sanitaria è stata utilizzata come pretesto per limitare e per mettere in discussione il diritto all'aborto: l'Ungheria di Orban ha vietato la procedura chirurgica (l'unica possibile in quel Paese) definendola non indispensabile per salvare la vita delle persone, e, fra gli altri, nel nostro paese l'associazione Pro-vita e Famiglia ha indirizzato una petizione al Ministro della Salute Speranza, chiedendo di bloccare gli aborti, in quanto procedure non indispensabili né urgenti»: A. POMPILI, *Aborto, dalla pandemia alle proposte di una nuova legge*, in *www.micromega.net*, 7 gennaio 2022.

²⁹ Ma anche nell'esperienza di alcune regioni italiane, che sulla base dall'art. 15 della l. 194, hanno ammesso, da tempo, pratiche semplificate nelle modalità di somministrazione del farmaco in regime di ricovero in *day hospital*, avvalorate in questa scelta da dati forniti dalla letteratura internazionale in materia.

Consiglio Superiore di Sanità ha espresso il proprio parere favorevole e l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha adottato una determina per modificare le modalità di impiego della RU486.

Tuttavia, all’indomani dell’aggiornamento, alcune regioni governate da coalizioni di destra (nello specifico Umbria, Piemonte, Marche e Abruzzo), non solo hanno opposto il loro rifiuto ad applicare la nuova disciplina statale, prevedendo proprie Linee guida regionali che mettono in discussione le semplificazioni delle modalità di accesso, ma in alcuni casi le stesse regioni hanno accompagnato tali decisioni a politiche di rimessa in discussione della libertà di autodeterminazione procreativa delle donne. La Regione Piemonte, ad esempio, ha accreditato alcune organizzazioni anti-abortiste negli ospedali pubblici e nei consultori, prevedendo l’attivazione di sportelli informativi da parte di associazioni del volontariato quali il Movimento per la vita e i Centri di aiuto alla vita (CAV). L’attività di queste associazioni si inserisce al momento dei colloqui che precedono il rilascio del certificato medico per recarsi in ospedale per l’Ivg nel tentativo di indurre nelle donne un ripensamento rispetto alla loro decisione. Più recentemente, nel mese di aprile di quest’anno, sempre la Regione Piemonte, su iniziativa di un assessore di Fratelli d’Italia, ha stanziato quattrocentomila euro, destinandoli ad associazioni antiabortiste, al fine di dissuadere con aiuti economici le donne che vogliono interrompere una gravidanza³⁰. Nel 2021, sempre all’interno di strategie politiche di attacco all’aborto, è stato il Consiglio comunale di Pescara, in Abruzzo, ad approvare una mozione, avanzata sempre da un consigliere di Fratelli d’Italia, che propone un incentivo pari a mille euro per le donne che rinunciano ad abortire³¹.

3. Ripensare l’aborto e valorizzare la responsabilità materna

Una delle misure indirette, meno visibile, ma molto concreta, di costante svuotamento della l. 194 è stata, senza dubbio, la politica di progressivo depotenziamento dei consultori e, conseguentemente, di marginalizzazione del loro ruolo di presidio sociosanitario territoriale. I consultori hanno subito via via le scelte di regionalizzazione e aziendalizzazione del Sistema sanitario nazionale, riproducendo la sostanziale disomogeneità dei modelli operativi indicati dalle leggi regionali; la non uniformità organizzativa unitamente all’assenza di programmazione sanitaria nazionale, cui veniva attribuito un ruolo di coordinamento in riferimento anche alle diverse esperienze sul territorio nazionale, ha portato di fatto a svalutare il ruolo dei consultori che, sottofinanziati, messi in condizione di sottorganico e ispirati a modelli organizzativi estremamente differenziati a seconda della Regione, soprattutto nel meridione³², hanno finito per perdere quel ruolo centrale nell’educazione di comportamenti consapevoli nell’ambito della sessualità e di prevenzione di gravidanze indesiderate³³. Di fatto i consultori, come del resto

³⁰ Cfr. www.quotidianosanita.it del 27 aprile 2022.

³¹ La mozione è stata approvata il 31 marzo del 2021, cfr. www.abruzzoweb.it del 2 aprile 2021.

³² In questo senso, E. STRUFOLINO-H. ZAGEL, *Consultori 30 anni di disuguaglianze*, in *ingenera.it*, 10 ottobre 2019.

³³ Come ricorda L. RONCHETTI, *Aborto e diritto: l’autodeterminazione sessuale e procreativa delle donne*, in I. BOIANO-C. BOTTI (a cura di), *Dai nostri corpi sotto attacco*, cit., 46, i consultori vengono istituiti, nel 1975, «per consentire alle donne di godere del diritto fondamentale alla libera e responsabile scelta della maternità».

anche altre strutture sanitarie territoriali, sono stati negli anni derubricati a strumenti quasi superflui, salvo poi riscoprirne la rilevanza proprio come presidi di medicina territoriale con il brusco risveglio cui ci ha costretti la crisi pandemica da Covid-19. Nonostante la loro marginalizzazione, i consultori hanno continuato a rappresentare presidi fondamentali nell'accesso all'aborto se si pensa che quasi il 50% degli interventi di Ivg passa per queste strutture, nelle realtà territoriali dove funzionano. Il dato appare particolarmente importante rapportato al ruolo che i consultori, nell'idea originaria della legge del 1975, avrebbero dovuto svolgere; infatti, la loro azione, diffusa in maniera capillare sul territorio nazionale, avrebbe dovuto consentire a tutte le donne di prendere consapevolezza della responsabilità per la procreazione, affiancandole nei percorsi di autonomia nella decisione sulla scelta procreativa, rispetto ai contesti familiari e ai loro compagni. I consultori sono stati creati, infatti, non solo con lo scopo di dare diffusione della contraccezione, ma anche con l'intento di dare assistenza alla «maternità e paternità responsabile» sulla base di un modello che avrebbe dovuto guardare in maniera unitaria e come interessi inseparabili alla tutela della salute della madre e del bambino.

A ben vedere, appare questo il punto determinante che deve essere sottolineato; vi è, infatti, uno iato evidente nella configurazione delle questioni riproduttive e della salute della donna fra la l. n. 405 del 1975, istitutiva dei consultori, e la l. 194 del 1978 e la sua attuazione, che, nell'idea del legislatore, avrebbe dovuto dare, invece, continuità alla prima. La legge del 1975 guarda ad un unico interesse quello della donna/madre ad affermare la propria maternità come scelta consapevole e responsabile, che può significare anche rinuncia alla maternità; la l. 194 presuppone, al contrario, una rappresentazione delle vicende riproduttive, con riguardo in particolare all'attuazione della disciplina dell'aborto, basata essenzialmente sulla contrapposizione fra interessi della madre e del concepito. La costruzione di questa diversa rappresentazione, pur avendo radici profonde che affondano nella penalizzazione dell'aborto, ha segnato un passaggio fondamentale nella storia della disciplina dell'Ivg in Italia perché è stata il fondamento della *ratio* decisoria della storica sentenza n. 27 del 1975 in cui la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimità della «prevalenza totale e assoluta» degli interessi del concepito, su cui si basava il reato di aborto, aprendo, dunque, la strada all'argomentazione per cui «non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione come persona ancora da diventare». Quello storico bilanciamento, che pur segnò la prevalenza del diritto alla salute della gestante, poggia, dunque, sull'assunto che c'è un interesse del concepito separato dal diritto alla salute della madre e con il quale può entrare in conflitto. Questa contrapposizione ha poi informato gran parte della disciplina di decisa procedimentalizzazione e medicalizzazione della l. 194 e della sua attuazione, riuscendo ad alimentare, come segnalato ampiamente dalla dottrina³⁴, nei

³⁴ Con toni differenti, si vedano: G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, cit., 824 ss.; C. LUZZI, *Dall'aborto alla surrogazione di maternità: antiche e nuove modalità di "esproprio del corpo femminile"*, in *Ragion pratica*, 2-2019, 375 ss.; S. NICCOLAI, *La legge sulla fecondazione assistita e l'eredità dell'aborto*, in *Costituzionalismo.it*, 2-2005, 3 ss.; M.P. IADICICCO, *Procreazione umana e diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2020, 120 ss.; L. RONCHETTI, *Aborto e diritto: l'autodeterminazione sessuale e procreativa delle donne*, cit., 49 ss.; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 131 ss.

dettagli e negli interstizi di quella procedimentalizzazione, misure che, in varie modalità, hanno mirato a svuotare la legge dei propri contenuti più innovativi, quali, ad esempio, proprio la promozione del ruolo dei consultori, riuscendo ad aprire più di un varco a forme diversificate di indebolimento nell'attuazione della l. 194. Il passaggio, da una visione all'altra³⁵, è fondamentale nella comprensione delle questioni relative alla disciplina dell'aborto in Italia e la si può cogliere anche nel significativo cambiamento di linguaggio fra le due normative; la legge sui consultori del 1975 si riferisce, infatti, al «prodotto del concepimento», la legge del 1978 al «concepito» assumendo implicitamente la volontà di cambiamento semantico che segna il riconoscimento di una soggettività. Quella contrapposizione fra interesse del concepito e interesse della madre è poi stata mantenuta ed è transitata in maniera ancora più vistosa nella l. n. 40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita, che all'art. 1 prevede la tutela dei diritti del concepito, ma già nel 1978 ha di fatto impedito alla l. 194 di dare effettività ad una serie di strumenti attraverso i quali lo Stato avrebbe potuto realmente essere vicino alle donne in una decisione, quella della maternità che spetta solo loro. La l. 194, sulla scia delle premesse poste dalla storica sentenza n. 27 del 1975, prevede che «la liceità dell'aborto deve essere ancorata ad una previa valutazione della sussistenza delle condizioni atte a giustificarle»³⁶. Si è delineata così una disciplina che, nel consentire le valutazioni delle condizioni di accesso all'Ivg, ha finito per cancellare quella condizione *naturale* che avrebbe dovuto essere valorizzata per cui madre e concepito sono due in uno, non contrapposti, ma legati in una condizione data per natura, in cui l'uno vive nella volontà dell'altra, cioè della madre, di voler diventare tale, appunto. Questa è stata l'originaria debolezza della l. 194, la formalizzazione di quella contrapposizione fra donna e concepito, riprodotta nella disciplina, ha impedito di riconoscere invece la libertà delle donne come premessa o preconditione al desiderio di maternità, e ha accreditato, in alternativa, la convinzione, come ha affermato Silvia Niccolai, «che nella “natura” femminile non vi era alcunché di buono»³⁷. Sulla scia di quella visione conflittuale, si è giunti così non solo a marginalizzare il valore della realtà biologica del corpo della donna, insito nella capacità di mettere al mondo una nuova vita autodeterminando la propria libertà di diventare madri, ma anche a depotenziare le politiche di sostegno e di accompagnamento di quel valore e di quella libertà, attraverso prima di tutto, ma non solo, l'attività di supporto e di informazione capillare affidato ai consultori.

Al contrario, in quarant'anni di l. 194, proprio la contrapposizione fra diritto a nascere del concepito e diritto alla salute dalla madre ha rappresentato il terreno nel quale si sono insinuate quelle forme di sabotaggio della legge di cui si è detto. Le azioni di criminalizzazione di donne e di medici, la crescita dell'obiezione di coscienza, gli ostacoli all'aborto farmacologico si giustificano all'interno di comportamenti promossi da chi si sente legittimato per la propria posizione, all'interno di una logica di contrapposizione, a schierarsi dalla parte che appare più debole e indifesa. Ma si tratta di una logica che nel suo porsi, nega la natura positiva del potere di generare che è delle donne e al contempo nega anche la libertà che è propria di quel potere.

³⁵ Passaggio sottolineato dalla dottrina, cfr. L. RONCHETTI, *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in *Costituzionalismo.it. Archivio 2006-2008*, ES, Napoli, 2011, 662.

³⁶ Corte cost., sent. n. 27/1975.

³⁷ S. NICCOLAI, *L'ambigua liberazione dalla natura*, in *Medicina nei secoli*, 2016, 105.

In apertura di un breve saggio dal titolo «Il lavoro della creatura piccola», Luisa Muraro afferma «Una donna diventa madre nel momento in cui, sapendo di essere incinta dice, questo figlio me lo voglio tenere»³⁸; appare evidente che questa sia la verità dalla quale dobbiamo ripartire per parlare di aborto senza il timore di riconoscere il senso profondo di quella frase che ci porta a valorizzare e a porre al centro della trattazione del tema aborto la libertà della donna e la responsabilità che l'accompagna nella decisione di diventare o meno madre. È tale libertà a determinare se quello che porta in grembo una donna sarà il suo bambino, è quella decisione che mette al mondo la creatura rendendo inscindibili la tutela della salute della madre e del bambino. Le basi costituzionali di questo approccio vanno cercate nella stretta connessione fra gli artt. 13 e 32, comma 2, Cost., cioè fra diritto all'autodeterminazione e diritto alla salute, fra tutela della libertà personale e tutela del corpo. Da questo punto di osservazione non ci può mai essere contrapposizione fra donna e concepito. Invece la «mappatura del conflitto»³⁹ che è alla base dell'attuazione della l. 194 si fonda su una costruzione falsa della realtà, perché anche dal punto di vista della verità biologica senza volontà della madre, quindi senza la sua libertà, e senza il suo corpo, quindi la sua salute, non vi è possibilità di vita futura per l'embrione. La dinamica legislativa e giurisprudenziale basandosi su questa contrapposizione ha finito, invece, per ricostruire la disciplina dell'aborto su una logica di difesa e protezione di soggetti considerati deboli: è debole l'embrione, che va difeso dalla madre; è debole la madre che viene a trovarsi in posizione di difficoltà per la sua salute. Si sono del tutto tralasciate quelle riflessioni proprie del pensiero femminista che, invece, basano il discorso sull'Ivg sull'autonomia della donna e sull'affermazione del potere del suo corpo di dare la vita e dal quale nasce in positivo il desiderio di essere madre e di accogliere un bambino. Da ultimo ce lo ha ricordato Alessandra Di Martino, nel suo volume sul pensiero femminista e tecnologie riproduttive, come in relazione alla disciplina dell'aborto non si sono raccolte «le sfide poste dal movimento femminista tese a svolgere una più profonda riflessione anche sulle relazioni tra gli uomini e le donne» in materia di libertà riproduttiva, ancor prima che sul rapporto tra madre e feto⁴⁰. Ribadire l'assenza di separazione e di contrapposizione fra donna e concepito crea le premesse per superare, non solo il conflitto fra diritto alla vita dell'embrione e diritto alla salute della madre, ma anche quelle posizioni che, all'interno di visioni difensive del diritto all'aborto, si basano o sulla prevalenza del diritto all'autodeterminazione della donna o sulla prevalenza di impostazioni terapeutiche fondate sulla tutela della salute della donna e che risultano più permeabili ad approcci paternalistici, giustificando forme di ampia medicalizzazione dell'Ivg, che possono prestare il fianco a forme di controllo pervasivo sulle

³⁸ L. MURARO, *Il lavoro della creatura piccola*, Mimesis, Milano-Udine, 2013, 9.

³⁹ G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, cit., 825.

⁴⁰ A. DI MARTINO, *Pensiero femminista e tecnologie riproduttive*, Mimesis, Milano-Udine, 2020, 122. È, del resto, sempre la riflessione femminista a sottolineare «che, evitando di “interrogarsi sul problema della sessualità, del rapporto uomo-donna”, per affrontare la questione dell'aborto e della maternità “come condizione sociale generalizzata”, di fatto si finisce con il “proporre come obiettivo di massa la negazione della maternità stessa», in tal senso LIBRERIA DELLE DONNE, *Non credere di avere dei diritti*, (1977), Rosenberg & Sellier, Torino, 2018, 70.

donne e sul loro corpo (e a quelle forme di sabotaggio dell'accesso all'Ivg che abbiamo ricordato)⁴¹.

Il riconoscimento della centralità della volontà della madre, dunque, non è giustificata solo dall'esigenza di escludere ogni tipo di manipolazione sul suo corpo e sulla sua libertà, ma anche ovviamente dal riconoscere alla donna, per le cose dette, una maggiore consapevolezza e responsabilità per la scelta della nascita. Si deve sempre al pensiero femminista il rilievo dato all'«aspetto della scelta»⁴² e della responsabilità da parte della madre che caratterizza la nascita di un ogni bambino. La prospettiva che muove dalla verità del corpo della donna e che denuncia l'erroneità del conflitto fra donna e feto deve essere recuperata perché accoglie, a parere di chi scrive, anche quell'identità fra “corpo” e “persona” che permea la nostra Costituzione e che anzi «compare subito, con il riferimento al libero sviluppo della personalità contenuto nell'articolo 2»⁴³, con il quale essa ha scelto di rivolgersi «non all'astratto individuo ma alla persona “sociale”» «immersa nel flusso delle relazioni»⁴⁴. La Costituzione, infatti, riconosce la donna considerandola nelle potenzialità relazionali che le sono permesse⁴⁵, che tengono conto dalla natura del suo corpo. È nel raccordo interpretativo fra artt. 2, 13 e 32, comma 2, che la Costituzione permette di far agire quell'«intuizione rivelatrice, che dà rilievo al rapporto tra persona e corpo», tale per cui l'«inviolabilità della dignità della persona si concretizza nell'inviolabilità del corpo»⁴⁶ e ne costituisce anche il presupposto alla libertà e all'autodeterminazione.

Arrivo, in conclusione, ad un'altra questione; la pratica di quarant'anni di l. 194, per le cose dette e per le difficoltà presentate, ha finito per guardare, seguendo un'ottica al ribasso, solo alla garanzia dell'accesso all'Ivg⁴⁷, a fronte di un'obiezione di coscienza spesso abusata e non arginata. La nostra attenzione di studiose deve mirare, invece, a riaccendere una sensibilità che si è persa sul tema, finalizzata a prendere sul serio la Costituzione e i suoi diritti. Per troppi anni si è guardato alle vicende dell'Ivg considerando solo la possibilità di accesso alla prestazione e mettendo del tutto da parte le condizioni di quell'accesso, che invece devono tenere in considerazione sia la capacità di accoglienza e di ascolto delle donne, sia, in via successiva, le condizioni che attengono alle modalità e al luogo dell'intervento abortivo. Prendere sul serio

⁴¹ Fra l'altro, appare utile ricordare come le diverse prospettive, quella più liberale, che pone al centro la libertà e la dignità della donna come prerogative del diritto alla privacy, e quella terapeutica, contrapposta alla prima, che guarda al diritto alla salute della madre, connotano diversamente il discorso sull'aborto anche nelle esperienze comparate e in alcuni degli ordinamenti che si prenderanno in esame nel focus che si presenta.

⁴² V. HELD, *Etica femminista. Trasformazioni della coscienza e della famiglia post-patriarcale*, (1993), Feltrinelli, Milano, 1997, 126 ss. che sottolinea come «perfino nelle situazioni più estreme, la procreazione non è totalmente al di fuori del controllo delle donne».

⁴³ S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012, 149.

⁴⁴ *Ivi*, 163.

⁴⁵ Il pensiero femminista propone di ripensare l'esperienza umana, e in particolare quella femminile, prestando una particolare attenzione alle relazioni e alla consapevolezza della propria responsabilità verso gli altri, anziché orientarla esclusivamente all'affermazione di diritti individuali basata su norme astratte, che prescindono dalle relazioni; anche «quando si tratta per esempio del rapporto fra la gestante e il feto che lei porta in grembo, non ha senso contrapporre i diritti della prima a quelli del secondo, occorre invece ripensare la nozione stessa di giustizia declinandone l'idea in termini chiaramente relazionali, non come imparzialità astratta tanto meno come collisione fra diritti»: W. TOMMASI, *Prefazione*, in C. GILLIGAN-N. SNIDER, *Perché il patriarcato persiste?*, (2018), VandA Edizioni, Milano, 2021, 8.

⁴⁶ S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, cit., 149.

⁴⁷ A. PIOGGIA, *Diritto all'aborto e organizzazione sanitaria, ovvero del diavolo nei dettagli*, in *Medicina nei secoli, arte e scienza*, 1-2016, 149.

la tutela dei diritti significa che ogni intervento terapeutico deve avvenire nel rispetto della persona e della sua dignità; significa aver attenzione alla sua autodeterminazione, anche terapeutica, sulla base del consenso informato e quindi della scelta della struttura e anche nelle modalità dell'intervento, nel rispetto dell'art. 32, comma 2, Cost., ma anche dell'art. 14 della l. 194 che chiede al medico che effettua l'intervento di rendere la donna «partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale» della stessa.

Tutte regole che hanno scarsa attuazione in materia di Ivg; ne sono prova i racconti delle donne che si sono sottoposte a tale intervento, ma ne è vistosa prova anche l'impovertimento dei consultori, centrali in queste attività. In relazione al rispetto delle condizioni poste dalla Costituzione, si deve considerare inaccettabile, per tornare ad un argomento importante di cui si è detto, il ritardo con cui è stato introdotto nel nostro Paese l'aborto farmacologico, che invece già alla fine degli anni Ottanta veniva utilizzato con sicurezza in paesi a noi vicini come la Francia e il Regno Unito. La RU486 (che ha una efficacia altissima oltre ad avere una sicurezza collaudata da decenni di uso negli altri paesi) elimina l'intervento chirurgico dei medici, ginecologo e anestesista, oltre a rappresentare una modalità meno invasiva e dolorosa per la donna, limita, come sottolineato, i problemi legati all'obiezione di coscienza ed elimina l'eccessiva medicalizzazione dell'aborto; l'estensione del suo utilizzo risponde, dunque, alle esigenze di maggiore rispetto per la persona della paziente e del minore coinvolgimento attivo delle figure sanitarie, arginando, così, le conseguenze negative, sull'effettività della prestazione, dell'obiezione di coscienza. La sensibilità della giurista, alla luce di queste considerazioni, non può fare a meno di rilevare come dietro le difficoltà dell'utilizzo della Ru486, messe in atto da alcune regioni, si celi la volontà evidente di contrastare uno strumento che risponde più efficacemente all'effettività della prestazione e all'esigenze di rispetto della dignità e della libertà delle donne e che, al contempo, tende a neutralizzare il ricorso all'obiezione di coscienza, che, come visto, si è rivelato il nemico più diretto dell'applicazione della l. 194 e il maggior alleato del suo sabotaggio.

ABSTRACT

Il contributo, dopo aver indicato, in premessa, le ragioni di particolare urgenza che, in Italia così come in altri Paesi, chiedono di porre al centro della riflessione costituzionalistica il tema dell'aborto, si sofferma, nella seconda parte, sulle complesse problematiche legate all'attuazione della l. n. 194 del 1978, sull'Ivg, e, nella terza parte, sulla necessità di ripensare la disciplina dell'aborto basandola sul principio di libertà e responsabilità della madre, piuttosto che sul bilanciamento di interessi contrapposti tra madre e concepito.

ABSTRACT

In the first part of the present work, it is highlighted the need to put abortion at the center of constitutional studies, in Italy as well as in other States. In the second part, the article focuses on the complex problems that arise from law n. 194 of 1978 on the voluntary termination of pregnancy; in the third part, the work delves into the necessity to reconceptualize abortion legislation so as to ground it on the principles of liberty and responsibility of the mother, rather than on the conflicting interests of the mother and the unborn child.

PAROLE CHIAVE: Aborto, libertà di autodeterminazione della donna, obiezione di coscienza, responsabilità della madre

KEYWORDS: Abortion, womens' freedom of self-determination, conscientious objection, responsibility of the mother.