

**Maria Pia Iadicicco \***

## **L'aborto terapeutico. Un tema a minore densità problematica?\***

SOMMARIO: 1. Qualche premessa per evitare facili malintesi. – 2. Tensioni interpretative ed applicative sulla disciplina delle condizioni di praticabilità dell'IVG dopo il primo trimestre. – 2.1. Segue. – 3. La nascita indesiderata per omessa informazione sullo stato di salute del feto e il ricorso all'aborto terapeutico: incroci pericolosi. – 4. Aborto terapeutico tardivo e strumentalizzazione delle nuove conoscenze scientifiche. Il caso dei grandi prematuri.

### **1. Qualche premessa per evitare facili malintesi**

**A**ffrontare il tema dell'aborto terapeutico, nell'ambito di questo seminario di studi che, secondo le intenzioni delle organizzatrici, vuole tentare di 'fare il punto' sulla dibattutissima questione dell'interruzione volontaria di gravidanza e della sua regolamentazione, potrebbe indurre a coltivare un'illusione, che merita di essere subito dissipata. L'errore in cui si potrebbe facilmente incappare, nell'attraversare questo più specifico e circoscritto campo di riflessione, è quello di ritenere che esso presenti una minore densità problematica rispetto al più ampio e complesso tema dell'aborto volontario.

A corroborare tale erronea convinzione possono contribuire varie considerazioni: in primo luogo e muovendo dagli argomenti di carattere strettamente tecnico-giuridico, l'uso della espressione «aborto terapeutico» – che invero mai ricorre nella legislazione italiana – potrebbe spingere a ritenere risolta a monte la disputa, tutt'altro che meramente teorica, sulla natura e sul rango degli interessi giuridici soggettivi coinvolti in questo ambito, un dibattito, questo, che non poco ha affannato e continua a dividere la dottrina<sup>1</sup>. Più precisamente, l'«aggancio» offerto

\* Professoressa associata di Istituzioni di diritto pubblico - Università della Campania "Luigi Vanvitelli"

\*\* 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*.

<sup>1</sup> Essendo del tutto velleitario riportare anche solo la più diffusa riflessione sul tema, si vedano, con riferimento esclusivo alla dottrina italiana almeno C. M. BIANCA - F. D. BUSNELLI (a cura di), *Commentario alla l. 22 maggio 1978, n. 194, in Le nuove leggi civili commentate*, Padova, Cedam, 1978, 1594 ss.; G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in G. BRUNELLI - A. PUGIOTTO - P. VERONESI (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare. Il diritto costituzionale come regola e limite al potere*, III, Napoli, Jovene, 2009, 815 ss.; C. CASINI - F. CIERI, *La nuova disciplina dell'aborto (Commento alla legge 22 maggio 1978 n. 194)*, Padova, Cedam, 1978; L. CHIEFFI, *Aborto e Costituzione*, in ID. (a cura di), *Bioetica e diritti dell'uomo*, Torino, Paravia scriptorium, 2000, 111 ss.; A. D'ALOIA - P. TORRETTA, *La procreazione come diritto della persona*, in S. CANESTRARI - G. FERRANDO - S. RODOTÀ - P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto. Il governo del*

nell'ordinamento giuridico italiano dall'art. 32 Cost. e, dunque, dal fondamentale diritto alla salute, reso più saldo dall'esplicita qualificazione e finalizzazione terapeutica dell'intervento di IVG, richiesto dalla donna anche in una fase avanzata della gravidanza, avrebbe il formidabile effetto di chiudere ogni disputa sul tema, giustificando in maniera forte il sacrificio di una vita umana *in fieri*.

Anche il richiamo alla giurisprudenza costituzionale e, in particolare, ad alcune decisioni rese in sede di ammissibilità di più referendum abrogativi su diversi disposti della legge n. 194 del 22 maggio 1978 potrebbero rafforzare tale convincimento. Specie nella sentenza n. 26 del 10 febbraio 1981, la Corte costituzionale, chiamata a giudicare l'ammissibilità di diverse richieste referendarie, tra i quali quello c.d. massimale, avente ad oggetto, tra gli altri, l'art 6 della legge n. 194/1978 (che regola l'IVG dopo il terzo trimestre praticata per ragioni di tutela della vita o della salute della madre) ha dichiarato l'inammissibilità di tale quesito sostenendo che la disciplina dell'aborto terapeutico «rappresenta nel suo contenuto essenziale una norma costituzionalmente imposta dall'art. 32»<sup>2</sup> e come tale sottratta all'abrogazione tramite referendum.

Non di meno, anche altre ragioni, che tengono conto del contesto storico e culturale e degli accadimenti che hanno condizionato e influito sui contenuti della legge approvata nel 1978, rendono testimonianza della centralità che proprio il tema dell'aborto terapeutico ha rivestito nel dibattito pubblico. La mente corre al disastro, non solo ecologico, verificatosi a Seveso nel luglio del 1976, per la diffusione di una nube tossica dopo un incidente nella fabbrica ICMESA, e soprattutto corre alla discussione che ne scaturì a causa della mancata informazione rivolta alle donne gravide sugli effetti di quell'evento sulla loro salute e su quella dei nascituri. Si deve poi ricordare, proprio per rimarcare la forte distanza ideologica che da sempre si registra anche su questo versante, come lo scontro in quell'occasione fosse stato infiammato anche da una pervicace campagna di dissuasione all'aborto condotta dai movimenti cattolici più oltranzisti, la quale, oltre a far leva sulla sacralità della vita umana fin dal concepimento, poteva contare sull'incertezza del dato normativo all'epoca vigente; altrettanto forte è stata inoltre la critica dagli stessi rivolta a quanti consigliassero alle donne di abortire prefigurando scenari apocalittici e privi, a loro dire, di fondamento scientifico. Come da più parti documentato<sup>3</sup>, il caso Seveso contribuì ad animare il confronto pubblico sull'aborto, determinando anche nuovi posizionamenti di alcune forze politiche e manifestando in maniera inequivocabile la necessità di una nuova

---

*corpo*, II, Milano, Giuffrè, 2011, 1341 ss.; M. D'AMICO, *Donna e aborto nella Germania riunificata*, Milano, Giuffrè, 1994; G. DELL'OSSO, *I soggetti della vicenda abortiva: la donna, il padre, il medico*, in P. MARTINI - G. DELL'OSSO - T. DE PALMA - C. LORÈ - G.A. NORELLI - I. PIVA (a cura di), *L'aborto. Aspetti medico-legali della nuova disciplina*, Milano, Giuffrè, 1979; G. GALLI - V. ITALIA - F. REALMONTE - M. SPINA - C.E. TRAVERSO, *L'interruzione volontaria della gravidanza (Commento alla legge 22 maggio 1978, n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza")*, Milano, Giuffrè, 1978.; A. GORASSINI, *Procreazione*, in *Enciclopedia del diritto*, XXXVI, Milano, 1971, 944 ss.; B. LIBERALI, *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, Giuffrè, 2017; S. MANCINI, *Un affare di donne. L'aborto tra eguale libertà e controllo sociale*, Padova, Cedam, 2012; B. PEZZINI, *Inizio e interruzione della gravidanza*, in *Trattato di biodiritto. Il governo del corpo*, cit., 1655 ss.; C.E. TRAVERSO, *La tutela costituzionale della persona umana prima della nascita*, Milano, Giuffrè, 1977; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei "casi" e astrattezza della norma*, Milano, Giuffrè, 2007.

<sup>2</sup> Corte cost. sent. 26/1981, punto 4 del Considerato in diritto. V. anche Corte cost. sent. 37/1997, con la quale è stata dichiarata l'inammissibilità della richiesta di referendum abrogativo, tra gli altri, degli artt. 6 e 7 della legge n. 194/1978, in quanto «le relative disposizioni rappresentano nella visione del legislatore e nel sistema della legge uno dei mezzi ritenuti essenziali per assicurare il livello minimo di tutela dei diritti inviolabili» implicati (punto 4 del Considerato in diritto).

<sup>3</sup> V. per tutti G. BERLINGUER, *La legge sull'aborto*, Roma, Editori Riuniti, 1978; C. D'ELIA, *L'aborto e la responsabilità. Le donne, la legge, il contrattacco maschile*, Roma, Ediesse, 2008, 41 ss.

regolamentazione di quella vicenda procreativa, fino a quel momento inquadrata nell'ambito dell'illecito penale (Titolo X del Codice Penale del 1930) e, precisamente, dei reati contro l'integrità della stirpe, funzionali alla garanzia di interessi che solo indirettamente (se non per nulla) erano da ricondurre alla tutela della vita nascente.

Risalire al dibattito di quegli anni, alle elaborazioni (molteplici) che sono pervenute soprattutto dai movimenti femministi<sup>4</sup>, ripercorrere il dibattito istituzionale e le posizioni che le forze politiche assunsero, significa abbandonare ogni illusione di semplificazione, anche con riferimento a profili più settoriali e circoscritti. Proprio ripercorrendo quella discussione non solo si percepisce pienamente la estrema complessità del tema, ma anche il rischio, a tutt'oggi elevatissimo, che arroccandosi su posizioni ideologiche si finisca 'fuori strada', trascurando la necessità, propria del nostro ordinamento costituzionale democratico, fondato sulla centralità della persona umana, pluralista e laico, di garantire la coesistenza di diversi punti di vista.

Queste prime sintetiche considerazioni vogliono pertanto contribuire a sgombrare da subito il campo da ogni illusione di maggiore agevolezza e semplificazione del tema oggetto specifico di queste riflessioni. È quanto mai necessario, invece, rimarcare che l'aborto volontario, in ogni suo aspetto, è e resta un tema complesso, diviso e sempre altamente problematico e ciò per molteplici ragioni. Prima di ogni altra, sta la fortissima connotazione etico-morale della tematica in questione, che, non a caso, nonostante le sue antiche radici, continua ad incrementare il confronto e lo scontro attorno ad esso, il quale, lungi dal dissolversi, si alimenta continuamente, anche e non di meno in ragione del sopraggiungere di novità, quali in particolare l'avanzamento delle conoscenze scientifiche e il perfezionamento delle tecniche che investono i processi umani vitali. Anche ove si tentasse di allontanarsi da una ricorrente impostazione del dibattito attorno ad esso, quello che mette al centro del medesimo l'irriducibilità tra contrapposte concezioni sull'inizio della vita umana e sul significato del materno e del femminile, come pure quello che ritiene impossibile scindere il giudizio morale sull'aborto volontario dalla lettura che gli ordinamenti giuridici ne forniscono, si dovrebbe ugualmente riconoscere che il punto di vista giuridico, il quale si serve di categorie e argomentazioni sue proprie, resta un punto di vista parziale e tutt'altro che avulso dagli andamenti di riflessioni 'altre'

Anche le Corti costituzionali degli Stati di democrazia pluralista – che nel corso del seconda metà del secolo scorso hanno assunto un ruolo determinante nell'evoluzione dell'approccio dei rispettivi ordinamenti – pur insistendo su una tematizzazione rigorosamente giuridica della questione dell'aborto volontario, si sono dichiarate consapevoli del profondo legame della stessa con lo «sviluppo del sentimento religioso, (al)l'evolversi della filosofia morale, delle dottrine sociali, giuridiche, politiche e demografiche»<sup>5</sup>, di quanto comunque sulla sua trattazione incidano «con più profondità che in ogni altra idee, principi e convinzioni morali, culturali e sociali»<sup>6</sup>. Non stupisce pertanto che gli esiti di questa giurisprudenza siano stati oggetto di profonde e serrate critiche che hanno investito ogni aspetto della tematica *de qua*, a cominciare dalla identificazione, perimetrazione e composizione degli interessi coinvolti, alla interpretazione del testo

<sup>4</sup> Cfr. la sintetica ma efficace ricostruzione di C. D'ELIA, *L'aborto e la responsabilità*, cit., *passim*.

<sup>5</sup> Corte cost. sent. 27/1975.

<sup>6</sup> Trib. cost. spagnolo sent. 53/1985, in *Foro italiano*, 1985, IV.

costituzionale, nonché alla definizione dei rapporti istituzionali, in specie tra organi della rappresentanza politica e giudici, ivi compreso quello costituzionale. Alcuni dei rilievi rivolti alla Corte costituzionale italiana e, in particolare, alla sua prima storica decisione sul tema, la sentenza 18 febbraio 1975, n. 27, paiono senz'altro condivisibili in quanto evidenziano le aporie, accresciute anche dalla laconicità della motivazione<sup>7</sup>, derivanti dalla scissione e contrapposizione tra interessi facenti capo a 'soggetti' diversi e distinti (la donna e il concepito)<sup>8</sup> e i rischi di un'impostazione di quel particolarissimo rapporto in chiave avversariale. Su altro fronte, e pur non potendo negare che un certo inquadramento possa condurre non già alla conciliazione e alla coesistenza di visioni distanti, ma alla semplificazione, se non anche alla banalizzazione dell'entità delle poste in gioco, altre critiche rivolte alla giurisprudenza costituzionale a me paiono, invece, meno convincenti; ci si riferisce, in particolare, ai rimproveri mossi alla Corte per la scarsa considerazione delle ragioni più profonde che conducono le donne alla decisione abortiva e, prima ancora, per aver eluso dai termini del bilanciamento tra interessi costituzionali l'autodeterminazione femminile nelle scelte procreative<sup>9</sup>. Senz'affatto rinnegare la estrema rilevanza delle questioni sollevate e la legittimità di quei punti di vista, credo non debba sottovalutarsi la tendenza a concepire simili letture in chiave assolutizzante ed escludente; gli argomenti addotti a sostegno delle stesse, non meno di quelli tradizionalmente invocati dal c.d. fronte *pro-life*, rischiano di minare alla radice la possibilità di conciliare visioni diverse, se non perfino di ammettere che, su questo tema, possano esistere e debbano coesistere plurimi punti di vista.

## ***2. Tensioni interpretative ed applicative sulla disciplina delle condizioni di praticabilità dell'IVG dopo il primo trimestre***

Tenuto conto di queste premesse, in questa sede intendo focalizzare l'attenzione su tre questioni che ruotano tutte attorno all'aborto terapeutico – o meglio, all'aborto dopo il primo trimestre – e ne manifestano, a mio avviso, aspetti di problematicità non minori rispetto a quelli dell'aborto infra-trimestrale. La prima questione è probabilmente la più centrale, investendo le condizioni atte a giustificare la richiesta di aborto in una fase più avanzata della gravidanza.

Come noto, ai sensi dell'art. 6 della l. n. 194/1978, dopo i primi 90 giorni di gestazione, la praticabilità dell'IVG è condizionata dalla ricorrenza di un grave pericolo per la vita della donna legato alla gravidanza o al parto oppure all'accertamento di processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per

<sup>7</sup> S. BARTOLE, *Scelte di valore più o meno implicite in una laconica sentenza sull'aborto*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1975, 2100.

<sup>8</sup> G. ZUFFA, *L'autodeterminazione è un principio etico*, in *Reti*, 1989, 5; L. RONCHETTI, *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in *Costituzionalismo.it*, 2006, 3.

<sup>9</sup> S. NICCOLAI, *Una sfera pubblica piccola piccola. La sentenza 27/1975 in materia di aborto*, in R. BIN -G. BRUNELLI - A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *«Effettività» e «seguito» delle tecniche decisorie della Corte costituzionale*, Napoli, ESI, 2006, 764 ss. Critica l'accantonamento della libertà sessuale e riproduttiva delle donne nella giurisprudenza costituzionale e l'esclusivo richiamo all'art. 32 Cost., L. RONCHETTI, *La dimensione costituzionale dell'autonomia riproduttiva delle donne*, in M. CAIELLI, B. PEZZINI - A. SCHILLACI (a cura di), *Riproduzione e relazioni. La surrogazione di maternità al centro della questione di genere*, Torino, CIRSDE, 2019, 106 ss.

la salute fisica o psichica della donna. In quest'ultimo caso, come per il primo trimestre, la salvaguardia della salute (tanto fisica quanto psichica) della donna, a fronte di un pericolo non solo serio, ma grave e medicalmente accertato, consente il ricorso all'IVG.

Si è fatto notare<sup>10</sup> come la formulazione dell'art. 6, se messa a confronto con quella di cui all'art. 4 (che regola l'IVG nel primo trimestre), abbandoni l'impostazione soggettivistica di rimessione alla sola donna della valutazione ed allegazione delle circostanze dalla quali scaturirebbe un pericolo per la sua salute; tuttavia, a ben vedere, tracciare un tale *distinguo* non solo potrebbe condurre a derive interpretative ed applicative che mortifichino oltremodo l'autodeterminazione della donna – la quale è componente essenziale anche del diritto costituzionale alla salute –, ma potrebbe sottendere un più velato giudizio critico sulla scelta abortiva in sé. Va infatti ricordato che la decisione di ricorrere all'IVG, se compiuta nel primo trimestre, presuppone sì sempre un pericolo serio per la salute della donna, ma molteplici possono essere le circostanze che concorrono a determinare tale situazione di pericolo<sup>11</sup> e proprio attorno a questi presupposti si sono levate alcune delle più forti critiche rivolte alla legge approvata nel 1978, 'accusata' di aver sostanzialmente rimesso alla libera (o addirittura egoistica e irresponsabile) scelta della donna la interruzione della gravidanza. Se si considera invece che, dopo il primo trimestre, il ricorso (percentualmente molto basso)<sup>12</sup> all'IVG riguarda gravidanze inizialmente desiderate e successivamente interrotte per il sopravvenire di patologie materne, anche legate all'accertamento di anomalie fetali tramite diagnosi prenatali, si fa più forte il sospetto che, dietro l'accentuazione della differente formulazione della legge, si celi un giudizio sostanzialmente negativo sulla capacità della donna (o delle donne in generale) di assumere una decisione responsabile in questo ambito, se non proprio l'accusa di utilizzare l'IVG come rimedio ad una inefficace o mancata contraccezione, in dispregio peraltro della chiara lettera della l. n. 194/1978 che, all'art. 1, non concepisce l'IVG come strumento di controllo delle nascite. Solo respingendo quella lettura del dato legislativo è possibile evitare che, attraverso una più forte giustificazione della liceità morale dell'aborto terapeutico, si riproponga una più vigorosa condanna della scelta abortiva ove assunta nel primo trimestre e sulla base di valutazioni di più ampia portata.

Anche per queste ragioni occorre ulteriormente rimarcare che l'intero impianto della legge del 1978, al netto di pur esistenti profili di criticità, non mortifichi la centralità del ruolo della donna, la necessaria mediazione, in ogni processo procreativo, non solo del suo corpo<sup>13</sup>, ma anche della

<sup>10</sup> L. ROSSI CARLEO, *Articolo 6*, in C.M. BIANCA - F.D. BUSNELLI (a cura di), *Commentario alla l. 22 maggio 1978, n. 194*, cit., 1635.

<sup>11</sup> Con ciò non si intende affatto sostenere che siano molteplici i presupposti che legittimano la richiesta di IVG. Piuttosto il legislatore del 1978 ha opportunamente richiamato diverse tipologie di problematiche – di natura strettamente medico-sanitaria, anomalie o malformazioni del concepito, ma anche problematiche economiche, sociali o familiari della donna, nonché le circostanze in cui è avvenuto il concepimento – le quali possono indurre la donna a chiedere l'IVG, ma la loro ricorrenza non è di per sé sufficiente, dovendo ciascuna di esse ridondare in un serio pericolo per la sua salute psico-fisica, essendo questa l'unica indicazione che giustifica l'aborto.

<sup>12</sup> Si vedano i dati riportati «Relazione sullo stato di attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (L. 194/78)», Dati definitivi 2019 e preliminari 2020, trasmessa al Parlamento il 30 luglio 2021.

<sup>13</sup> La necessaria mediazione del corpo di una donna per la conclusione del processo procreativo, con la nascita di un feto oramai capace di vita autonoma (anche se con supporto di meccanismi di sostegno vitale), che è questione centrale di ogni riflessione sul tema della procreazione umana, deve essere contestualizzata allo stato degli attuali sviluppi della scienza e della

sua mente, che è quindi riconoscimento di una capacità piena e non dimidiata di assumere scelte autonome e responsabili<sup>14</sup>. Questo aspetto, che forse appare più in ombra (ma che pur non manca) nella dibattutissima sentenza Corte cost. 27/1975, è stato dalla stessa, in più sedi e senza esitazioni, ribadito molteplici volte, a fronte di plurime contestazioni che hanno investito la nozione di salute materna, i duttili procedimenti prefigurati nella legge, il coinvolgimento del padre o del giudice tutelare per l'aborto della minorenni. Se si guarda con più attenzione alle argomentazioni addotte per minare l'impianto normativo della l. n. 194/1978 si avverte con nitidezza che oggetto di contestazione è proprio il riconoscimento della capacità delle donne di assumere coscientemente e responsabilmente una decisione tanto complessa come quella di interrompere una gravidanza, senza il decisivo apporto codecisionale di un altro soggetto (il medico, il padre, i genitori, il giudice tutelare)<sup>15</sup>. Solo in questo senso e ove funzionali a veicolare una concezione paternalistica del ruolo dei pubblici poteri, la quale ancor più a monte rispecchierebbe una persistente impostazione patriarcale nei rapporti tra i sessi, ritengo condivisibili le critiche mosse prima nei confronti del giudice costituzionale e poi del legislatore, per non aver posto al centro della vicenda abortiva e di altre esperienze procreative il diritto all'autodeterminazione sessuale e riproduttiva delle donne, ma soltanto il loro diritto alla salute. Non trovo invece del tutto persuasive, ma per certi aspetti anche controproducenti, le obiezioni mosse al richiamo all'art. 32 Cost.<sup>16</sup>, e ciò in quanto il diritto costituzionale ivi garantito, nelle sue molteplici dimensioni<sup>17</sup>, ricomprende anche il diritto autodeterminazione, che ne è competente ineludibile; inoltre, simili rilievi, seppure calibrati sulla specificità della vicenda abortiva, rischiano di condurre a letture riduttive di tale diritto costituzionale e, quindi, di riproporre una concezione tradizionale e oramai superata di salute in senso meramente organico, quale assenza di malattia, una concezione, questa, che svaluta e banalizza la componente del benessere psichico, finendo così per negare che l'autodeterminazione terapeutica debba includere l'assunzione di decisioni funzionali ad assicurare l'equilibrio esistenziale della persona umana<sup>18</sup>.

---

tecnica biomedica V'è infatti da considerare che gli avanzamenti della sperimentazione sull'ectogenesi, ovvero la crescita di embrioni e feti all'esterno del corpo di una donna, potrebbero produrre significative ripercussioni sulla disciplina dell'IVG (e della PMA, segnando anche il superamento del divieto assoluto di cui all'art. 13, terzo comma, lett. c) della l. n. 40 del 2004). Le implicazioni sono numerose e spaziano dalla possibilità di considerare il supporto extracorporeo una *chance* di sopravvivenza del feto e una possibile misura alternativa all'IVG (specie nei casi in cui gravidanza e parto comportino un grave pericolo per la salute della donna), fino alle ipotesi, più estreme, che potrebbero condurre a considerare la gestazione 'artificiale' una alternativa sempre valida a quella biologica. Con riferimento precipuo alla prima ipotesi richiamata, non deve trascurarsi che la possibilità di ricorso all'utero artificiale possa costituire un ausilio richiesto e agognato dalla stessa donna, ove la stessa intendesse portare avanti una gravidanza senza per questo mettere in pericolo la propria sopravvivenza e la propria salute (scelta senz'altro possibile, ma appunto consapevole e autonoma, che mai potrebbe essere imposta). Ben diverso sarebbe lo scenario, quando la possibilità tecnica di avvalersi di un supporto extracorporeo, anche senza il consenso della donna, diventi un argomento che, facendo leva sulla surrogabilità di un corpo con un utero artificiale, spinga verso una riduzione degli spazi di praticabilità dell'IVG e soprattutto alla svalutazione della dinamica relazione madre-nascituro che, come più volte qui sottolineato, non coinvolge solo il corpo delle donne.

<sup>14</sup> B. PEZZINI, *Inizio e interruzione della gravidanza*, cit., 1657.

<sup>15</sup> P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 119.

<sup>16</sup> Trattasi di una critica piuttosto diffusa in alcune elaborazioni del tema dell'aborto compiute dal pensiero femminista, specie ove si critichi a monte la prospettiva della configurazione di un diritto. Cfr. almeno S. NICCOLAI, *Una sfera pubblica piccola piccola. La sentenza 27/1975 in materia di aborto*, cit., 764 ss.

<sup>17</sup> V. per tutti R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in *Dizionario di diritto pubblico*, diretto da S. Cassese, VI, Milano, 2006, 5394.

<sup>18</sup> Così P. ZATTI - U.G. NANNINI, *Gravidanza (interruzione della) nel diritto civile*, in *Digesto delle discipline privatistiche*, IV, Torino, 1993.

Ancor di più, è da respingere il giudizio fortemente critico espresso, su altro fronte e in una logica marcatamente avversariale, da quanti<sup>19</sup> denunciano la mancata predisposizione legale di efficaci strumenti di garanzia dei ‘diritti’ del concepito a fronte della libertà riconosciuta alla donna. Tali rilievi sembrano muovere da rigide precomprensioni e concezioni, senz’altro legittime, sull’inizio della vita umana, che tuttavia si basano su un assunto di partenza – l’indipendenza del concepito dalla madre – privo di ogni fondamento<sup>20</sup>. Inoltre, specie queste letture, più di altre connotate da visioni ideali e *assolute* della procreazione, dell’inizio vita, del femminile e del materno, rivelano non tanto una difficoltà, ma un rifiuto netto al riconoscimento di altre concezioni, di letture diverse di vicende personalissime; un rifiuto, questo, ostentato come rigore nell’adesione a valori non negoziabili, il quale invece rivela, più nel profondo, la difficoltà di aderire pienamente e conformare l’ordinamento giuridico al principio pluralista, che ne è a fondamento<sup>21</sup> e che, proprio sui temi divisivi, spinge a privilegiare un approccio regolativo «mite»<sup>22</sup> e soprattutto facoltizzante.

A me sembra – e so che si tratta di una lettura minoritaria<sup>23</sup> – che proprio questa sia l’impostazione di fondo della l. n. 194/1978, una legge che ritengo apprezzabile per la sua concretezza e compatibilità con il principio pluralista e di laicità, e tanto più adeguata nell’approccio regolativo ove la stessa sia messa a confronto – come necessariamente deve farsi<sup>24</sup> – con la successiva legge n. 40 del 19 febbraio 2004 sulla procreazione medicalmente assistita (PMA) e riguardante, dunque, un’altra vicenda relativa all’inizio della vita umana. Diversamente da quest’ultima, la l. n. 194/1978 ha inteso dettare una disciplina aderente alla realtà concreta da regolare e non già all’astratta e ideale rappresentazione dell’inizio-vita, rispetto alla quale persistono profonde divisioni nel sentire sociale; una regolamentazione, quindi, volutamente duttile, ma non per questo equivoca sulle condizioni legittimanti il ricorso alla IVG, in linea con un’impostazione di fondo che è quella del rifiuto di soluzioni autoritarie volte (solo apparentemente<sup>25</sup>) a sedare i conflitti tra visioni distanti, se non contrapposte<sup>26</sup>.

<sup>19</sup> G. GALLI - V. ITALIA - F. REALMONTE - M. SPINA - C.E. TRAVERSO, *L'interruzione volontaria della gravidanza*, cit., 128 ss.; C. CASINI - F. CIERI, *La nuova disciplina dell'aborto*, cit., 63 s.; L.V. MOSCARINI, *Aborto. I. Profili costituzionali e disciplina legislativa*, in *Enciclopedia Giuridica*, I, Roma, 1988, 7; G. OPPO, *L'inizio della vita umana*, in *Rivista di diritto civile*, 1982, 499 ss. e part. 515.

<sup>20</sup> Cfr. P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 100, che parla di una verità biologica occultata.

<sup>21</sup> Cfr. L. GIANFORMAGGIO, *La riproduzione medicalmente assistita e i diritti dei soggetti coinvolti*, s.d., pubbl. postuma in *Forum di Quaderni costituzionali*.

<sup>22</sup> Per riprendere le note parole di G. ZAGREBELSKY, *Il diritto mite. Legge diritti giustizia*, Torino, Einaudi, 1992.

<sup>23</sup> Si veda le righe introduttive di P. ZATTI - U.G. NANNINI, *Gravidanza (interruzione della)*, cit., 263, ove gli Autori, pur non condividendole, mettono in risalto le molte posizioni critiche assunte in dottrina nei riguardi di quella legge n. 194 del 1978.

<sup>24</sup> C. CASONATO, *Legge 40 e principio di non contraddizione: una valutazione d'impatto normativo*, in E. CAMASSA - C. CASONATO (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita: luci e ombre*, Trento, Università di Trento, 2005.

<sup>25</sup> Sui limiti delle prospettive che perseguono una risoluzione autoritaria dei conflitti, G. AZZARITI, *Diritto e conflitti. Lezioni di diritto costituzionale*, Roma-Bari, Laterza, 2010, 132 ss.

<sup>26</sup> Cfr. T. PADOVANI, *Procreazione (diritto penale)*, *Enciclopedia del diritto*, XLIII, Milano, 1987, secondo il quale «In definitiva, la l. n. 194, pur recando le stigmate di contrasti solo faticosamente e talvolta approssimativamente compromessi (...) contiene *in nuce* il riconoscimento, franco e inevitabile, che l'unica, vera tutela del feto è quella che soltanto la madre può offrirgli: potenziare tale forma di protezione, privilegiata dalla realtà delle cose, ben prima e ben più fortemente che dal diritto, rendendo la scelta quanto meno drammatica e quanto più consapevole sia possibile, è la sola strada che una legislazione civile possa percorrere, oltre a quella, si intende, di eliminare le cause stesse in cui la decisione della donna possa maturare. Ed è semmai su questo piano, della prevenzione sociale, che l'ordinamento mostra le sue più vistose carenze, ed i più significativi inadempimenti costituzionali».

## 2.1 Segue

La prima e fondamentale ragione di aderenza alla realtà della l. n. 194 del 1978 sta appunto nel riconoscimento della centralità, in quella vicenda, di un corpo sessuato<sup>27</sup>, del peculiare e insostituibile contributo offerto solo dal femminile in ogni esperienza procreativa, un riconoscimento dal quale prende ‘corpo’ una disciplina ispirata alla tutela della madre insieme – e non contro – il concepito. Solo la negazione della condizione di dipendenza del nascituro dalla madre e l’exasperazione del conflitto in una logica avversariale, volta a riconoscere prevalenza totale ed assoluta ad uno soltanto degli interessi coinvolti, conduce alla rottura di una tutela che non può che essere duale<sup>28</sup>, portando con sé ‘ideali’ rappresentazioni delle posizioni giuridiche soggettive implicate, le quali, oltre all’astrattezza, rivelano non poche semplificazioni anche sul piano teorico<sup>29</sup>. La tutela della vita nascente contro la madre, che si è tradotta persino in disposizioni della l. n. 40/2004, annullate dal giudice costituzionale<sup>30</sup>, muovono da una visione astratta e «calata dall’alto»<sup>31</sup> che trascura una delle poche e, ad oggi persistenti, certezze scientifiche in materia<sup>32</sup>, e cioè che, fino alla possibilità di vita autonoma del feto, ogni sua aspettativa, anche ove (e con forzature non prive di venature ideologiche) qualificata come diritto soggettivo, dipende dall’accoglimento di questo nel corpo di una donna.

La concretezza e la consapevolezza del peculiare legame tra madre e nascituro è confermata anche dalla regolazione dell’iter procedurale e delle condizioni per l’accesso all’aborto terapeutico, anzitutto perché i più rigorosi accertamenti richiesti dalla legge per la praticabilità dell’IVG dopo il primo trimestre sono pur sempre compiuti in funzione della salvaguardia della salute della donna, con una maggiore attenzione rivolta però al feto, in ragione del suo più avanzato grado di sviluppo, nonché della possibilità di vita autonoma dello stesso (art. 7).

Il rilievo che assume specie in questo contesto la salute della donna è stato di recente ribadito dalla Corte costituzionale italiana<sup>33</sup>, che, nel pronunciarsi sul divieto di praticabilità di indagini genetiche preimpianto all’interno dei procedimenti di PMA ha rimarcato l’irragionevolezza della l. n. 40/2004 e, in ispecie, la sua incoerenza con la l. n. 194/1978. Il legislatore del 2004, infatti, muovendo da un’astratta e preconcepita tutela assoluta dell’embrione, non avrebbe consentito l’effettuazione di esami diagnostici preimpianto sull’embrione prodotto *in vitro* esponendo così ad un significativo pregiudizio la salute della madre, costretta a subire, per evitare di mettere al mondo un figlio affetto dalla stessa patologia ereditaria di cui ella medesima o il suo partner sono

<sup>27</sup> M. L. BOCCIA, *Aborto, pensando l’esperienza*, in COORDINAMENTO NAZIONALE DONNE DEI CONSULTORI (a cura di), *Storie, menti e sentimenti di donne di fronte all’aborto*, Roma Cooperativa On/Off, 1990, 75.

<sup>28</sup> T. PITCH, *Un diritto per due. La costruzione giuridica di genere, sesso e sessualità*, Milano, Il saggiatore, 1998, 65.

<sup>29</sup> Si pensi alla configurazione in capo al nascituro di un diritto inviolabile al conseguimento della nascita, prefigurato da I. NICOTRA, *“Vita” e sistema dei valori nella Costituzione*, Milano, Giuffrè, 1997, 123, la quale comunque si esprime criticamente sulla riconduzione del diritto alla vita alla sola categoria del diritto soggettivo.

<sup>30</sup> Cfr. *ex plurimis* A. VALLINI, *Illecito concepimento e valore del concepito. Statuto punitivo della procreazione, principi, prassi*, Torino, Giappichelli, 2012, 30 *ma passim*.

<sup>31</sup> Contrariamente a quanto opportunamente evidenziato da P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 151 ss.; ID., *“Diritti in conflitto”: per una mappatura dal basso della vicenda abortiva*, in *Medicina nei secoli*, 2016, 91 ss.

<sup>32</sup> Cfr. P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, cit., 100, che parla di verità biologica occultata.

<sup>33</sup> Corte cost. sent. 96/2015.

portatori, un trattamento sanitario, l'IVG, «innegabilmente più traumatico»<sup>34</sup> della selezione preimpianto e comunque inadeguato a salvaguardare il nascituro. Anche con riferimento alla praticabilità di indagini preimpianto e selezione degli embrioni da trasferire, la Consulta ha sottolineato l'esigenza di pervenire ad un ragionevole bilanciamento tra il diritto alla salute della madre e la salvaguardia della vita nascente. Ed infatti la Corte non si è limitata a dichiarare l'incostituzionalità delle norme impugnate nella parte in cui non consentivano l'accesso alla PMA con diagnosi preimpianto a coppie affette da malattie genetiche ereditarie, ma ha aggiunto che l'esame diagnostico deve mirare al «fine esclusivo della previa individuazione di embrioni cui non risulti trasmessa la malattia del genitore comportante il pericolo di rilevanti anomalie o malformazioni (se non la morte precoce) del nascituro alla stregua del medesimo “criterio di gravità”» di cui all'art. 6 della l. n. 194/1978. L'esplicito riferimento alle sole patologie a trasmissione ereditaria di cui sono portatori i genitori è valso a scongiurare tanto il pericolo di un eccessivo ricorso agli esami diagnostici (per conoscere tutto quello che le moderne tecniche diagnostiche consentono di prevedere fin dalle primissime fasi della formazione dell'embrione), quanto a fugare derive eugenetiche e la configurazione di un presunto “diritto al figlio sano” in capo ai genitori.

A ben vedere, queste precisazioni colgono e tentano di sciogliere alcuni dei più ricorrenti nodi interpretativi che investono la disciplina dell'IVG dopo il primo trimestre di gravidanza; se, infatti, con riferimento all'aborto praticato nel primo trimestre, si denuncia<sup>35</sup> la sostanziale liberalizzazione dello stesso e lo scivolamento, attraverso il troppo vago riferimento al serio pericolo per la salute della donna, in un vero e proprio aborto sociale, quello richiesto dalla donna dopo quel periodo, al fine di prevenire un grave pericolo per la sua salute, sarebbe invece connotato, secondo i più critici, da una finalità sostanzialmente eugenetica, di selezione e soppressione dei feti non sani, solo occultata dall'appello alle ragioni di salute della madre. Si giunge persino, nelle posizioni più estreme e violente, ad un accostamento polemico – sicuramente forzato e volutamente manipolatorio dell'opinione pubblica – tra interruzione volontaria di gravidanza ed eugenetica nazista<sup>36</sup>. Pur volendo mettere da parte quest'ultima lettura, facilmente confutabile, ma della quale non deve trascurarsi la carica ‘distruttiva’ e la capacità di captare consenso, non si può negare che la lettura dell'art. 6 della legge n. 194 del 1978 potrebbe destare più di un dubbio sulla determinazione del criterio della ‘gravità’ del pericolo per la salute fisica e psichica della donna, sulla natura degli accertamenti da compiersi e soprattutto

<sup>34</sup> Punto 9 del Considerato in diritto. L'evidente incoerenza del sistema legislativo italiano in ordine alla praticabilità di indagini genetiche preimpianto e ricorso all'aborto terapeutico era stata rimarcata anche dalla Corte EDU, Seconda Sezione, *Costa e Pavan v. Italia*, 28 agosto 2012.

<sup>35</sup> È una denuncia piuttosto ricorrente, sostenuta sovente, anche dinanzi alle autorità giudiziarie, dall'associazione Movimento per la vita italiano (MPVI).

<sup>36</sup> Si veda, da ultimo, il bel saggio di G. STEINEM, *La nazi connection. Analogie con il nazismo nel dibattito sull'aborto*, traduzione di D. Ardilli, Milano, Vanda Edizioni, 2022, nel quale l'A. ripercorre l'antica alleanza tra movimenti pro-life e destra politica al fine di svuotare le conquiste del movimento femminista e annullare l'autodeterminazione riproduttiva delle donne, subordinandola a imperativi di crescita demografica che a malapena celano l'intento di presidiare la «purezza razziale» delle diverse compagini nazionali. In questo intreccio perverso tra restaurazione patriarcale e razzismo l'arsenale retorico utilizzato dallo schieramento antiabortista comprende l'analogia tra aborto e Olocausto e, a cascata, tra femminismo e nazismo. Su questo accostamento, ma anche sulla diffusione strategica di teorie pseudo-scientifiche soprattutto nell'epoca trumpiana, v. pure S. MANCINI, *Il canarino nella miniera del liberalismo: i diritti riproduttivi nell'America di Trump*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2021, 257 ss.

sul nesso tra condizione patologica verificata o preveduta e «rilevanti» anomalie o malformazioni fetali. A tal riguardo giova ricordare che, come costantemente precisato anche dalla Suprema Corte di Cassazione<sup>37</sup>, l'accertamento di anomalie e malformazioni fetali non è decisivo e condizione di per sé sufficiente per la praticabilità dell'IVG<sup>38</sup>, dovendo quella situazione relativa al nascituro riversarsi sulla salute materna determinandone una grave minaccia.

Insistere su questo nesso non è né retorico, né costituisce una precisazione superflua; se, infatti, è innegabile che il criterio della rilevanza presenti aspetti di indeterminatezza ed inoltre che la stessa possibilità di accertamento patologie materne riferite pure a malformazioni fetali è variabile in quanto influenzata dalla possibilità tecnica (e dunque dal grado degli avanzamenti della scienza biomedica), in ogni caso la legittimità dell'IVG è connessa al pericolo per la salute della donna, determinato anche (ma non necessariamente)<sup>39</sup> dalla condizione di salute del nascituro. Ora, se pare del tutto impossibile configurare un controllo terzo, dall'esterno, sulla attendibilità del giudizio prognostico relativo al pericolo per la salute della donna, che solo ella può compiere, nella specificità del caso concreto, è quantomeno indubbio che anzitutto la donna abbia il diritto di conoscere le condizioni di salute del nascituro, in quanto ciò rappresenta la *conditio sine qua non* per l'assunzione di una decisione, qualunque essa sia, cosciente e responsabile.

### ***3. La nascita indesiderata per omessa informazione sullo stato di salute del feto e il ricorso all'aborto terapeutico: incroci pericolosi.***

Proprio prendendo le mosse da quest'ultima precisazione, vengo al secondo punto che intendo approfondire, quello della c.d. nascita indesiderata, tema che, oltre a rilevare per le importanti ricadute sul piano etico, filosofico e antropologico, costituisce anche la cartina di tornasole di alcuni aspetti controversi in materia di IVG, in generale, e di aborto terapeutico, in particolare. Muovendosi in questo campo, molto ampio e che delimito di qui a poco, è possibile mettere a nudo notevoli difficoltà (teoriche e pratiche) relative al fondamento del diritto di ottenere la prestazione sanitaria di IVG da parte della donna, nel senso di svelare tutte le difficoltà di accertamento delle finalità dell'intervento. Ma, come accennavo, la vastità del tema e l'impiego molto comune della formula «nascita indesiderata»<sup>40</sup> inducono a precisare quale sia il profilo specifico di nostro interesse, considerato che quella espressione tende a coprire diverse fattispecie di danno, che vanno dalla nascita indesiderata in sé (e a prescindere dalle condizioni di salute del nato) cagionata dall'errore o imperizia del medico nella somministrazione di anticoncezionali o nello svolgimento di un intervento di sterilizzazione o abortivo e ritenuta lesiva del diritto alla procreazione cosciente e responsabile dei genitori<sup>41</sup>; alla nascita indesiderata di un bambino

<sup>37</sup> Cass. 29 luglio 2004, n. 14488; S.U. 22 dicembre 2015 n. 25767.

<sup>38</sup> Analogo discorso può compiersi, come sollecitato dalla Corte costituzionale, anche per gli accertamenti diagnostici e la selezione preimpianto.

<sup>39</sup> Cfr. Cass., sez. un., 22/12/2015, n. 25767, su cui v. *infra*.

<sup>40</sup> Su cui cfr. almeno M. FOGLIA, *Diritto a non nascere (se non sano)*, in *Digesto delle discipline privatistiche*, Agg. XI, Torino, 2018, 135 ss.

<sup>41</sup> Nel caso di errore medico nell'esecuzione dell'intervento di sterilizzazione o nella somministrazione di anticoncezionali ricorrere una peculiare specifica figura di responsabilità per nascita indesiderata, rispetto alla quale non si rinvergono particolari difficoltà nell'individuazione dell'interesse leso. Dalla condotta del medico discende infatti una lesione del diritto ad una

malformato e al risarcimento dei danni cagionati dalla condotta omissiva del medico e precisamente dal mancato accertamento e carente informazione ai genitori sullo stato di salute del feto; per giungere alla pretesa risarcitoria avanzata dallo stesso nato, nei confronti dei medici o dei genitori, sulla base di un presunto “diritto a non nascere se non sano”, la cui lesione si collegherebbe appunto alla costrizione di vivere in condizioni di disabilità a causa di una errata-omessa diagnosi.

La distinzione tra queste figure, accomunate dalla ‘terribile’ concezione del venire al mondo da esse veicolata, ovvero quella della nascita quale evento dannoso fonte di responsabilità<sup>42</sup>, non è sempre agevole e ogni tentativo in tal senso fa sorgere più di un dubbio sulla natura degli interessi coinvolti, sulla fondatezza delle pretese avanzate e sull’effettività della tutela offerta prevalentemente in sede giurisprudenziale. In questo vasto campo, a me qui interessa arare soltanto la seconda ipotesi richiamata, nella quale emerge una più chiara, ma problematica, congiunzione con il tema dell’IVG. Come accennato, nel caso di nascita malformata la pretesa risarcitoria dei genitori nei confronti del medico o della struttura sanitaria muove dal danno cagionato per la mancata-erronea diagnosi di patologie congenite del nascituro e, dunque, investe principalmente i doveri di informazione che gravano sul medico. Tuttavia, se si tiene conto della centralità che in ogni esperienza riproduttiva assume la donna, si scorge nitidamente come a venire in rilievo nel caso *de quo* siano anche e soprattutto gli interessi di rilievo costituzionale coinvolti nella decisione sulla prosecuzione o meno della gravidanza, di talché il danno da ella lamentato investe proprio l’impossibilità di assumere tale decisione, ostacolata dalla condotta omissiva del sanitario.

Non è affatto agevole ricostruire in maniera lineare la oramai magmatica giurisprudenza formata in materia; molte delle oscillazioni in essa presenti rivelano tutte le difficoltà connesse alla qualificazione della pretesa avanzata dalla madre e all’identificazione dell’interesse che si ritiene lesa, talvolta identificato nel «diritto all’aborto»<sup>43</sup>, altre volte nel «diritto ad essere informata» sullo stato di salute del concepito, altre ancora nel diritto all’autodeterminazione procreativa<sup>44</sup> o alla tutela della salute.

---

genitorialità cosciente e responsabile, che, nel caso di specie, sarebbe violato in quanto la sottoposizione all’intervento è chiaramente finalizzata a impedire un concepimento e una gravidanza non voluta. Cfr. A. D’ALOIA, *Nascita indesiderata*, in A. CAGNAZZO (a cura di), *Trattato di diritto e bioetica*, Napoli, ESI, 2017, 532. Nella giurisprudenza di merito v. almeno Tribunale di Venezia, 10 settembre 2002; Tribunale di Cagliari, 15 maggio 2010; Tribunale di Tolmezzo, 2 settembre 2011, e, più di recente, Tribunale di Siracusa 23 marzo 2022. Ma in alcuni passaggi di questa giurisprudenza si rivelano ancora alcuni aspetti di incertezza in larga parte connessi proprio alla concezione della nascita di un essere umano come danno; e non mancano neppure passaggi argomentativi che destano profonda inquietudine, oltre a rivelare palesi errori interpretativi, come rimarcato da A. D’ALOIA, *op. loc. ult. cit.*, in part. nota n. 8.

<sup>42</sup> Sollecitando per questo la domanda di fondo, eticamente ‘scomoda’, che conduce a stimare quanto una vita di un bambino (che si presume infelice, indegna) possa comunque essere qualificata come un danno. Non si può non avvertire un disagio atavico nel porsi dinanzi alla vita, non più accettandola per quel che è, ma guardandola «alla stregua di un prodotto che se, dal confronto con lo standard di un’esistenza pienamente funzionale, risulta scadente può essere in un certo qual modo ‘rifiutata’ o almeno alleviata per via risarcitoria». Così M. GORGONI, *Il danno da procreazione: profili civilistici (del se, del quando e del come essere chiamati al mondo)*, in D. CARUSI (a cura di), *Chiamati al mondo. Vite nascenti ed autodeterminazione procreativa*, Atti del Convegno di Genova 24 maggio 2013, Torino, Giappichelli, 2015, 35.

<sup>43</sup> Così Tribunale di Udine, ordinanza del 21 luglio 2003, con la quale ha sollevato la questione di legittimità costituzionale decisa con ordinanza n. 366 del 2004, nella quale la Consulta, prima di ogni altra cosa, rileva la non chiara esposizione della vicenda oggetto del giudizio *a quo* da parte del giudice remittente.

<sup>44</sup> Specialmente nella giurisprudenza di merito, con riferimento alla violazione dell’autodeterminazione procreativa dei genitori, e segnatamente della madre, il danno è stato talvolta qualificato come perdita della astratta possibilità di abortire

In effetti, se si considera che il dettato della legge n. 194 del 1978 esclude esplicitamente che l'IVG possa configurarsi quale strumento di controllo delle nascite, di programmazione familiare o di realizzazione di politiche eugenetiche e che esso riconosce la facoltà della donna di abortire solo al ricorso di un pericolo (serio o grave) per la sua salute, si comprende perché sia necessario spezzare ogni automatismo tra condotta omissiva del medico e riconoscimento di un danno cagionato dal mancato ricorso all'IVG da parte della madre. Come accennato, poi, pronunciandosi proprio su una richiesta di risarcimento danni per nascita malformata, la Suprema Corte<sup>45</sup> ha avuto modo di chiarire il nesso tra malformazioni fetali e pericolo per la salute della donna, escludendo che il solo accertamento delle prime legittimi la richiesta abortiva della donna e precisando quindi che, ai fini del risarcimento del danno subito dalla madre a causa della omessa informativa sulle condizioni fetali e del mancato ricorso all'IVG, sia necessario adempiere ulteriori oneri probatori. Cionondimeno continuano a registrarsi molte oscillazioni, tanto in ordine alla qualificazione della 'rilevanza' delle anomalie o malformazioni fetali e sulla idoneità delle stesse a ingenerare un pericolo grave per la salute materna<sup>46</sup>, quanto nella definizione del regime probatorio; su quest'ultimo versante, la giurisprudenza, dapprima orientata nel ritenere sufficienti indici probatori presuntivi, si è poi mossa richiedendo una più stringente prova a carico della donna, la quale dovrà dimostrare che, ove correttamente informata, sulle condizioni del nascituro sarebbe ricorsa all'IVG per salvaguardare la sua salute psico-fisica.

Queste non marginali incertezze, non del tutto dissipate dalla giurisprudenza, rendono invece palese la scarsa chiarezza che investe i presupposti della pretesa risarcitoria<sup>47</sup>. Se si tiene conto complessivamente di questa giurisprudenza e anche di una recente pronuncia della Cassazione<sup>48</sup> – che ha tra l'altro fornito un'inedita interpretazione dell'art. 6, lett. b) della l. n. 194/1978 e, in particolare, sul sintagma «processo patologico»<sup>49</sup> ivi riportato – non sembra peregrino far risalire

---

(perdita di *chance*), da risarcire quindi in misura percentuale in considerazione dell'esistenza di qualche possibilità che l'aborto non venga compiuto. In tal senso Trib. Bergamo, 2 novembre 1995; Trib. Pesaro, 26 maggio 2008.

<sup>45</sup> Cass., Sez. Un., 22 dicembre 2015, n. 25767, ove si puntualizza, tra l'altro, che per la configurazione di un danno risarcibile a favore della madre debbano sussistere ed essere accertabili mediante appropriati esami clinici «le rilevanti anomalie del nascituro e il loro nesso eziologico con un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna – giacché, senza il concorso di tali presupposti, l'aborto integrerebbe un reato; con la conseguente esclusione della stessa antigiridicità del danno, dovuto non più a colpa professionale, bensì a precetto imperativo di legge». (...) «Perché sussista il danno da nascita indesiderata occorre che l'interruzione della gravidanza sia stata all'epoca legalmente consentita (...) e che venga provata la volontà della donna di non portare a termine la gravidanza in presenza di tali specifiche condizioni facoltizzanti. L'onere di provare tali elementi facoltizzanti e la volontà di interrompere, in loro evenienza, la gravidanza è posto a carico della madre ex art. 2697 c.c. (principio della vicinanza della prova), onere che può essere assolto dalla donna anche in via presuntiva, tramite la dimostrazione di altre circostanze dalle quali si possa ragionevolmente risalire, per via induttiva, all'esistenza del fatto psichico che si tratta di accertare (secondo il parametro del più probabile che non)». Da ultimo in tal senso anche Cass. Civ. III sez., 6 ottobre 2021, n. 27114.

<sup>46</sup> Discordanti casi su cosa possa costituire anomalia o malformazione rilevante sono riportati da M. CORBELLINI, *Una tutela anticipata in materia di nascita indesiderata*, in *Il Corriere Giuridico*, 2021, 1083 e da E. IORIATTI, *Danno da nascita indesiderata tra aggettivi qualificativi e mimetismi linguistici. Commento a Cass. civ., III sez., ord. 06.10.2021, n. 27114*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2022, 427 ss.

<sup>47</sup> M. CORBELLINI, *op. ult. cit.*, 1086.

<sup>48</sup> Cassazione civile, sez. III, 15 gennaio 2021, n. 653.

<sup>49</sup> *Ibidem*: «deve sottolinearsi come lo stesso sintagma “processo patologico” individui una situazione biologica in divenire, che può assumere rilevanza per il solo fatto della sua esistenza e della sua attitudine a determinare ulteriori esiti patologici, a prescindere dal fatto che tale potenzialità si sia già concretamente tradotta in atto». Il profilo maggiormente inedito della decisione risiede appunto nel passaggio in cui la Cassazione precisa che le anomalie e malformazioni del nascituro possono anche non essersi ancora manifestate. Per i giudici della Suprema Corte dunque l'accertamento di processi patologici, che possono provocare, con apprezzabile grado di probabilità, rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, consente il ricorso

alcuni scivolamenti o alcune maldestre virate giurisprudenziali alla peculiarità dei casi dai quali originavano i giudizi poi giunti al vaglio di legittimità della Suprema Corte. Si allude alla circostanza, molto ricorrente, nella quale il danno lamentato dalla madre sia strettamente connesso ad un preciso comportamento medico, sostanziatosi non soltanto nella negligenza nell'esecuzione degli esami diagnostici o nell'imperizia nella interpretazione delle relative risultanze, ma persino, come nel caso da ultimo menzionato<sup>50</sup>, nella comunicazione di erronee informazioni sulle condizioni che legittimano la richiesta abortiva da parte della donna. Proprio per spezzare gli automatismi dapprima riferiti tra malformazioni fetali e presunto diritto all'aborto, come pure, al fine di identificare quale sia il danno risarcibile cagionato dalla condotta medica, è quantomai necessario tenere distinto il dovere di informazione sullo stato di salute del nascituro – la cui violazione costituisce un'autonoma fonte di responsabilità da inadempimento del medico nei confronti della madre, ma anche del padre (nonché di fratelli e sorelle<sup>51</sup>), per i danni patrimoniali e non patrimoniali dagli stessi subiti –, dalle conseguenze del suo comportamento sulla sola madre, per non essere stata la stessa e solo ella posta in condizione di valutare le ricadute sulla propria salute della nascita di un figlio malformato, assumendo quindi una decisione cosciente sulla prosecuzione o interruzione della gravidanza. Se, per un verso, occorre rimarcare nuovamente che la madre non potrà lamentare alcun danno per mancato ricorso all'aborto volontario «se, per legge, ella non avrebbe comunque avuto la possibilità di richiedere l'interruzione della gravidanza quandanche fosse stata correttamente informata circa possibili malformazioni del feto»<sup>52</sup>, per altro verso, non si può trascurare che la omessa, carente o erronea informazione da parte del medico rappresenta ugualmente una condotta illecita produttiva di danni che prescindono dal mancato ricorso all'aborto volontario. Distinguere questi profili della responsabilità medica può contribuire ad evitare travisamenti sulla natura degli interessi tutelati mediante la regolamentazione dell'IVG, ma può altresì favorire una più chiara identificazione dei doveri gravanti sul medico, un'operazione, questa, tanto più necessaria se si considera che la responsabilità per nascita malformata pare destinata ad estendersi con il perfezionamento e la previsione di ulteriori tecniche diagnostiche prenatali o preimpianto. Ad ogni modo, pur considerando che l'espansione della medicina predittiva avrà ricadute di non poco conto anche su questa specifica area della responsabilità medica, è certo che una condotta che si sostanzia nell'apposizione di ingiustificati ostacoli alla praticabilità dell'intervento di IVG o che metta in dubbio la rimessione alla sola donna della decisione sulla prosecuzione o meno della gravidanza, presenti profili di antigiuridicità di per sé dando luogo alla configurazione di danni risarcibili.

---

all'IVG laddove determini nella gestante – che sia stata compiutamente informata dei rischi – un grave pericolo per la sua salute fisica o psichica, da accertarsi in concreto e caso per caso, e ciò a prescindere dalla circostanza che l'anomalia o la malformazione si sia già prodotta e risulti strumentalmente o clinicamente accertata.

<sup>50</sup> Nel giudizio avente ad oggetto il risarcimento del danno da nascita malformata (su cui Cass. 15 gennaio 2021, n. 653, cit.) i ricorrenti lamentavano la violazione e/o falsa applicazione della legge n. 194 del 1978, art. 6, lett. b) e art. 7, sostenendo che, il medico, oltre ad aver rassicurato la donna circa i possibili rischi derivanti dall'infezione da citomegalovirus, aveva comunicato alla stessa che comunque essendo giunta alla ventiduesima settimana di gestazione ella non avrebbe potuto far legittimamente ricorso all'IVG.

<sup>51</sup> Un autonomo diritto al risarcimento del danno in capo ai fratelli e alle sorelle del nato malformato è stato riconosciuto da Cass., sez. I civ., 2 ottobre 2012, n. 16754 Più recentemente, cfr. anche Cass., 20 aprile 2016, n. 7768.

<sup>52</sup> M. FOGLIA, *Diritto a non nascere (se non sano)*, cit., 144.

#### ***4. Aborto terapeutico tardivo e strumentalizzazione delle nuove conoscenze scientifiche. Il caso dei grandi prematuri.***

Un'ulteriore questione che merita attenzione e che denota l'esistenza, anche in Italia<sup>53</sup>, di una spinta alla restrizione dei margini di legittimità dell'aborto terapeutico è quello della determinazione normativa di un termine finale per la praticabilità dello stesso. Il fattore temporale è invero centrale e rilevante nel corso dell'intera gestazione; esso scandisce una distinzione tra trimestri, ai quali corrispondono aggravii delle condizioni sostanziali e procedurali per la praticabilità dell'IVG, senza tuttavia che, per questo, risulti modificato il bene o interesse di rilievo costituzionale tutelato.

La definizione del regime dei termini e, in particolare, di quello iniziale rappresenta un passaggio sul quale il confronto è particolarmente acceso, considerato che determinare quando inizia una gravidanza equivale a segnare il confine tra prevenzione della stessa, da un lato, e sua interruzione, dall'altro, ovvero, per dirla altrimenti, tra contraccezione e aborto. Se la questione del termine iniziale, come si è tentato di dimostrare altrove<sup>54</sup>, è connessa principalmente a valutazione di ordine ideologico e culturale<sup>55</sup>, giacché essa coinvolge il cruciale tema dell'inizio della vita umana, rispetto al quale non può rinvenirsi alcuna 'verità scientifica', quella del termine finale risente particolarmente dell'avanzamento della scienza e della tecnica biomedica. Prima di specificare questo legame, va però precisato che la l. n. 194/1978 non fissa alcun termine finale per il ricorso all'IVG; nell'art. 7 si precisa soltanto che «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». Pertanto, la condizione di vitalità del feto rileva, sul piano normativo, al fine principale di specificare e restringere ulteriormente le condizioni per l'aborto terapeutico tardivo, il quale potrà praticarsi solo in caso di grave pericolo per la *vita* della donna, e rileva altresì per l'esplicitazione di ulteriori responsabilità in capo al medico che esegue l'intervento.

L'evoluzione tecnologica e le sue applicazioni in campo biomedico, in ispecie nell'ambito della neonatologia, hanno modificato la linea di confine che separa l'aborto tardivo dal parto anticipato, proprio perché hanno inciso sul concetto di vitalità del feto. Il portato dell'avanzamento della scienza e della tecnica è stato infatti quello di poter anticipare la capacità di sopravvivenza di un feto fuori dall'utero materno, sopravvivenza che, senza l'apporto di supporti artificiali, non sarebbe possibile in ragione della bassa età gestazionale. Tuttavia, i nuovi scenari dischiusi dall'evoluzione tecnico-scientifica in questo ambito hanno anche sollevato nuovi problemi la cui connotazione etica è quanto mai evidente; basti pensare, ad esempio, che le tecniche di rianimazione fetale presentano criticità non solo (e non tanto) in ordine alla effettiva possibilità di sopravvivenza del feto, quanto alla incidenza delle stesse sulla qualità della vita del

<sup>53</sup> Sulle tendenze restrittive presenti in molti altri ordinamenti, si vedano almeno i contributi pubblicati in questo fascicolo della *Rivista*.

<sup>54</sup> Sia consentito rinviare a M.P. IADICICCO, *Procreazione umana e diritti fondamentali*, Torino, Giappichelli, 2020, 318 ss.

<sup>55</sup> C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Torino, Giappichelli, 2012, 31.

neonato, potendo quei trattamenti rivelarsi tanto gravosi quanto estremamente invasivi<sup>56</sup>.

Quanto intendo rimarcare, su questo specifico versante dell'aborto tardivo, è che l'incertezza del dato scientifico – la quale è condizione tutt'altro che eccezionale<sup>57</sup> –, ove strumentalizzata al fine di far prevalere giudizi di valore e concezioni ideologiche sull'inizio della vita umana e sull'essenza stessa della vita, può facilmente fornire il destro per assumere posizioni limitanti, ovvero per spingere nella direzione della restrizione delle condizioni di praticabilità dell'aborto terapeutico, restrizioni non giustificate da ragioni di cautela di fronte all'incertezza. Ciò è quanto si è concretamente verificato a seguito di alcune “prese di posizione” da parte delle Regioni in materia di IVG<sup>58</sup>, queste, al netto delle molte criticità in ordine al sistema di riparto delle competenze tra centro e periferia, rivelano una persistente e marcata tendenza a strumentalizzare dati scientifici controversi per limitare l'accesso e la praticabilità dell'aborto sul proprio territorio. In questa direzione e proprio con riferimento all'aborto terapeutico tardivo si è mossa la Regione Lombardia<sup>59</sup>, che, nel 2008, ha approvato un controverso<sup>60</sup> «Atto di indirizzo per l'attuazione della legge 22 maggio 1978 n. 194». Con lo stesso la Regione, pur dichiarando di voler soltanto specificare i contenuti della legge statale n. 194/1978, anche alla luce dell'evoluzione scientifica, fissava un limite temporale massimo, 22 settimane di gestazione + 3 giorni, per l'effettuazione dell'aborto e introduceva altresì ulteriori limiti e adempimenti, evidentemente connotati ideologicamente, come ad esempio il coinvolgimento della coppia e della famiglia nella decisione sul ricorso all'aborto terapeutico.

Impugnati i provvedimenti dinanzi al TAR Lombardia<sup>61</sup>, questi si è pronunciato per loro illegittimità in ragione della violazione, da parte regionale, del riparto di competenze costituzionalmente definito<sup>62</sup>. La decisione, seppur incentrata prevalentemente sulla

<sup>56</sup> Il tema è stato affrontato anche dal COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I grandi prematuri. Note bioetiche*, 29 febbraio 2008, secondo il quale il neonato prematuro non deve essere rianimato laddove la pratica assuma «l'obiettivo carattere di accanimento terapeutico». Purtuttavia, nella nota si precisa anche che «la mera previsione di una disabilità, anche grave, ma compatibile con la vita, destinata a colpire il neonato prematuro non può giustificare la desistenza delle cure a suo favore, ad eccezione dei casi, cui sopra si è fatto cenno, in cui tali cure appaiano al medico, in scienza e coscienza, rivestire carattere di accanimento terapeutico, per la loro inutilità o per la loro non appropriatezza». Quanto ai genitori, la Nota prevede che essi siano sempre chiamati a fornire un assenso vincolante nel caso vengano praticate al neonato terapie sperimentali; tuttavia, al di fuori di questa ipotesi e di quella dell'accanimento terapeutico, «nei rari ed estremi casi in cui il parere dei genitori non sia conciliabile con le valutazioni del medico favorevoli alla rianimazione del neonato, è parere del CNB che sia l'opinione del medico a dover prevalere». Hanno espresso voto contrario su questo punto, sostenendo che ogni forma di trattamento e di rianimazione dei neonati prematuri debba essere attivata dai medici «solo a partire da un parere positivo della madre e del padre» Carlo Flamigni, Claudia Mancina, Demetrio Neri, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa, Silvio Garattini, Alberto Piazza. Sul trattamento dei grandi prematuri si vedano le posizioni divergenti del mondo scientifico, confluite in alcuni documenti firmati da diversi direttori di cliniche di Ginecologia e Ostetricia, su cui G. BALDINI, *Riflessioni di biodiritto. Profili evolutivi e nuove questioni*, Padova, Cedam, 2019, 103 ss.

<sup>57</sup> Sull'abbandono del mito della “certezza scientifica” si veda, nella riflessione costituzionalistica più recente, almeno G. FONTANA, *Ricerca scientifica e libertà di cura*, Napoli, Editoriale scientifica, 2019, 29 ss. ma passim.

<sup>58</sup> Cfr. per una panoramica più ampia F. GRANDI, *Le difficoltà nell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194: ieri, oggi, domani*, in *Istituzioni del federalismo*, 2015, 89 ss.

<sup>59</sup> Deliberazione n. VIII/6454 del 22 gennaio 2008, con la quale la Giunta regionale ha preso atto delle Linee guida predisposte dal Presidente della Regione con l'ausilio di alcuni professionisti del settore e Decreto della Direzione generale della sanità del 22 gennaio 2008, n. 327, intitolato Atto di indirizzo per la attuazione della legge 22 maggio 1978 n. 194 «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza», che ha disposto l'approvazione delle medesime.

<sup>60</sup> Atto controverso anche quanto alla natura dello stesso e alla riconduzione a materie di competenza legislativa regionale.

<sup>61</sup> Tar Lombardia, Sez. III, 29 dicembre 2010, n. 7735.

<sup>62</sup> Su cui v. F. BIONDI, *L'interruzione di gravidanza fra Stato e Regioni in una decisione del giudice amministrativo*, in *Quaderni costituzionali*, 2011.

riconduzione della l. n. 194/1978 alla categoria dei livelli essenziali delle prestazioni *ex art.* 117, comma 2, lett. m) Cost., e dunque sull'esigenza sottesa a tale previsione costituzionale di garantire uniformi condizioni di accesso al servizio di IVG<sup>63</sup>, offre significativi spunti di riflessione; ci si riferisce ai passaggi in cui si denota, nella vicenda specifica, una strumentalizzazione da parte regionale del dato scientifico al fine di apporre limitazioni molto gravose all'aborto tardivo, mosse non tanto da ragioni di cautela e salvaguardia del nascituro, quanto da presunzioni di infondatezza della richiesta della donna di interrompere la gravidanza. In questo senso si dirigevano alcune previsioni del decreto che, muovendo da una premessa, nient'affatto incontrovertibile<sup>64</sup> – e cioè che sulla base dei dati scientifici attualmente a disposizione a «23 settimane di età gestazionale è possibile la vita autonoma del neonato» e che «la possibilità di vita autonoma del neonato migliora, tra la 22<sup>a</sup> e la 24<sup>a</sup> settimana, del 2-3% per ogni giorno di gravidanza» – configurava una presunzione, seppur relativa, di capacità di vita autonoma del feto (e non del neonato, come si sostiene nell'atto regionale...) fissandola a 22 settimane e 4 giorni, così vietando l'effettuazione dell'intervento abortivo oltre quel termine, a meno che, nel caso specifico, non fosse accertata l'impossibilità di vita autonoma. Nel prevedere quest'ultima eccezione, a ben vedere, anche la Regione faceva propria un'apprezzabile e appropriata modalità di regolazione della fattispecie già accolta, nel 1978, dal legislatore statale, quest'ultimo, che è peraltro l'unico competente a legiferare in materia, ha inteso rimettere a valutazioni mediche, da compiersi caso per caso e nella specificità di ciascuno di essi, l'accertamento della capacità di vita autonoma del feto, senza fissare alcuna presunzione, neppure relativa<sup>65</sup>. A differenza di quanto prevedeva la Regione, il «rinvio alla scienza»<sup>66</sup> operato dal legislatore statale, oltre a garantire la personalizzazione dell'intervento medico-specialistico per conformarlo alle esigenze del caso concreto, affida all'autonomia e alla responsabilità del medico la valutazione della necessità di un confronto tra questo e ulteriori specialisti di altre branche della medicina per l'accertamento del processo patologico e delle sue

<sup>63</sup> Garanzia di accesso e praticabilità degli interventi che, tra l'altro, le Regioni sono tenute, in ogni caso a garantire anche in presenza di una massiccia obiezione di coscienza da parte del personale sanitario.

<sup>64</sup> Incertezze derivano, come si precisa nella c.d. Carta di Firenze (su cui G. BALDINI, *Riflessioni di biodiritto. Profili evolutivi e nuove questioni*, cit.), dal fatto che «i lavori scientifici sul tema non sono numerosi e non sempre metodologicamente robusti a causa delle diverse modalità di arruolamento delle popolazioni in studio e della lunghezza del follow-up dei nati», ma soprattutto considerato che il parametro dell'età gestazionale, pur indicativo di un certa maturazione – vale a dire di potenziale vitalità – «è influenzato da molti altri fattori, non necessariamente connessi alla vitalità»; deve inoltre considerarsi «la variabilità individuale e a volte l'incertezza della datazione» che, pertanto, sconsigliano di irrigidire il comportamento medico e rianimatorio, il quale «necessita comunque di una attenta valutazione delle condizioni cliniche alla nascita», da valutare caso per caso.

<sup>65</sup> G. GALLI - V. ITALIA - F. REALMONTE - M. SPINA - C.E. TRAVERSO, *L'interruzione volontaria della gravidanza*, cit., 187.

<sup>66</sup> Che mi pare una formula meno equivoca di quella, pur diffusa in dottrina, di «riserva di scienza» (su cui soprattutto D. SERVETTI, *Riserva di scienza e tutela della salute. L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislative e giurisdizionale*, Pisa, Pacini Giuridica, 2019). Ci si riferisce alla regolamentazione di materie o oggetti a connotazione tecnico-scientifica e precisamente di pratiche terapeutiche; a partire dalla sentenza n. 282 del 2002 e come ribadito e precisato anche in molte altre successive decisioni, il giudice costituzionale ha enunciato in maniera particolarmente chiara che allorché il legislatore disciplina pratiche terapeutiche esso incontra, assieme ad altri condizionamenti e limiti, anche quelli scaturenti dal contesto tecnico-scientifico in cui si innesta la determinazione legislativa. Più precisamente, quando il legislatore è chiamato ad intervenire in ambito terapeutico deve tener conto dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali assunte tramite istituzioni e organismi a ciò deputati, di comprovata esperienza e imparzialità e deve assicurare adeguato spazio all'autonomia professionale di chi la scienza medica è chiamata ad applicare nel caso concreto. La valutazione dell'appropriatezza delle pratiche terapeutiche non spetta al legislatore, la «regola di fondo» in materia di pratiche terapeutiche risiede quindi nel rimettere all'autonomia e alla responsabilità del medico gli spazi per assumere, con il consenso del paziente, le necessarie e più appropriate scelte in ordine alle terapie da applicare.

ricadute sulla salute materna; il fine perseguito resta al riguardo non già quello di rendere inutilmente più gravoso l'iter procedimentale, ma di assumere una decisione individualizzata e che tenga conto di tutti gli interessi coinvolti. Ben diversa appariva l'impostazione della Regione Lombardia che, oltre ad 'invitare' ad una presa in carico non solo della donna, ma della intera famiglia<sup>67</sup>, imponeva al ginecologo dell'ente ospedaliero in cui dovrebbe praticarsi l'intervento di avvalersi della collaborazione di altri specialisti (tenuti a fornire consulenza alla coppia e non solo alla donna); e necessariamente di uno psicologo/psichiatra per l'accertamento del pericolo sulla salute psichica della donna; l'atto regionale prevedeva altresì la redazione congiunta da parte di due medici ginecologi e la firma per presa visione da parte del dirigente della struttura ostetrico-ginecologica del certificato che attesta le condizioni legittimanti la richiesta di IVG; contemplava la creazione di un registro regionale dove inserire, anonimamente, i dati relativi ai risultati delle indagini prenatali e all'accertamento eseguito sul feto abortito, onde verificare l'accuratezza diagnostica delle indagini prenatali. Non è difficile scorgere dietro simili previsioni, la cui illegittimità per violazione del riparto costituzionale delle competenze è stata dichiarata dal giudice amministrativo, una precisa strategia di riduzione degli spazi di praticabilità dell'aborto terapeutico, ma anche una scarsa fiducia nei confronti di alcuni medici, il cui operato meritava, secondo l'esecutivo regionale, indicazioni stringenti e controlli terzi; ma soprattutto – e ciò costituisce a mio avviso l'aspetto più sconcertante e da deplorare – l'operato di questa Regione e diverse iniziative assunte in altre costituiscono l'ennesima conferma di un certo modo, svalutante e tutt'altro che disusato e minoritario, di concepire la capacità e la stessa possibilità delle donne di poter assumere decisioni coscienti e responsabili sul proprio corpo, sul proprio destino e su ogni esperienza che le riguarda.

---

<sup>67</sup> Il che presupporrebbe che si capisse anche chi sono i componenti di questa "famiglia"...

**ABSTRACT**

Il contributo è focalizzato su alcune questioni che ruotano attorno all'aborto terapeutico e alla sua regolamentazione nell'ordinamento giuridico italiano. Il tema al centro dell'indagine, sebbene circoscritto e settoriale, si rivela non meno problematico e complesso di quello più generale dell'interruzione volontaria di gravidanza.

The paper is focused on some issues that revolve around therapeutic abortion and its regulation in the Italian legal system. The issue at the heart of the investigation, although circumscribed and sectoral, is no less problematic and complex than the more general one of voluntary interruption of pregnancy.

**PAROLE CHIAVE**

Aborto, diritti costituzionali, salute riproduttiva, nascita malformata, aborto tardivo.

**KEYWORDS**

Abortion, constitutional rights, reproductive health, birth deformity, late abortion