

L'Iper-regolazione dell'aborto in Italia

Sintesi: Il paper valuta le limitazioni della regolamentazione attuale sull'aborto e della pratica clinica in Italia alla luce delle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) del 2022.

Abstract: Questo studio dimostra che la regolamentazione attuale dell'aborto, come prevista dalla Legge 194/1978, non costituisce una base adeguata per fornire servizi di qualità in questa area e quindi deve essere riformata. In primo luogo, l'articolo spiega perché la Legge 194/1978 crea un regime di iper-regolazione che è incoerente con le migliori evidenze scientifiche e la pratica clinica in materia di aborto, nonché con la piena tutela del diritto internazionale dei diritti umani, come delineato nelle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* stilate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e pubblicate nel 2022. In secondo luogo, l'articolo mette in evidenza le tensioni tra il testo della Legge 194 e la sua pratica attuazione, con particolare attenzione al ruolo delle e dei ginecologi. Anche in relazione a questo aspetto, lo studio sottolinea la distanza esistente tra il livello dell'offerta dei servizi nella prassi e gli standard di qualità richiesti dalle raccomandazioni internazionali in materia di aborto, per una piena tutela del diritto internazionale dei diritti umani. In terzo luogo, il contributo indica quali sono alcune vie alternative all'accesso all'aborto "al di fuori" della Legge 194/1978. Infine, l'articolo si conclude con alcune proposte per un cambiamento nella pratica clinica delle e dei ginecologi e una richiesta di riforma della Legge 194/1978. Infatti, il contributo propone un modello di regolamentazione dell'aborto che sia fondato sull'autodeterminazione dei corpi, da attuarsi attraverso i principi di decriminalizzazione, demedicalizzazione, deospedalizzazione e autogestione dell'aborto, al fine di garantire un accesso a questo servizio che sia conforme agli standard dettati dall'OMS e al diritto internazionale dei diritti umani in materia.

Parole chiave: aborto, Italia, diritti sessuali e riproduttivi, Organizzazione Mondiale della Sanità.

Autrice corrispondente: Elena Caruso, ecaruso@uwaterloo.ca.

Conflitti di interesse: L'autrice non ha conflitti di interesse.

Nota della traduttrice: Con "aborto" in questo articolo si sottintende sempre "aborto volontario".

1. Introduzione

La morte nel 2016 per shock settico della trentaduenne Valentina Milluzzo presso l'ospedale Cannizzaro di Catania, alla diciannovesima settimana di gravidanza di due gemelli [1]; lo scandalo, scoperto nel 2020, dei cimiteri dei feti con i nomi delle donne che hanno abortito esposti sulle tombe [2]; il rifiuto di offrire assistenza nell'ambito dell'aborto da parte di molte e molti ginecologi [3] (p. Tabella 28): questi sono solo alcuni dei motivi per pensare che l'Italia sia un paese particolarmente ostile nei confronti delle persone in stato di gravidanza che vogliono abortire.

La Legge 194 è stata approvata nel 1978 sulla scia delle campagne femministe per l' "aborto libero, gratuito e assistito" [4] e fin da allora ha regolamentato l'accesso all'aborto nel nostro paese [5]. Questa riforma legislativa ha segnato un passaggio dal modello proibizionista – rappresentato dal divieto quasi totale dell'aborto sulla base della legislazione di epoca fascista – a un modello di iper-regolazione fondato invece sulla decriminalizzazione parziale, la medicalizzazione, l'ospedalizzazione e un monopolio quasi totale dei servizi di interruzione volontaria di gravidanza nella sanità pubblica [5].

Nonostante i limiti di questo regime di iper-regolazione, nel corso dei suoi 45 anni di esistenza, sono mancate le condizioni per riformare la Legge 194/1978, contribuendo alla sua conservazione nella sua forma originaria senza aggiornamenti significativi. Infatti, il movimento pro-scelta si è soprattutto mobilitato per l'attuazione e la difesa della Legge 194/1978 dai tentativi dei gruppi anti-scelta di limitare l'accesso all'aborto. Più di recente, persino la nuova Presidente del Consiglio, di orientamento politico di destra, Giorgia Meloni, ha rassicurato l'elettorato che non "abolirà" o "modificherà" la Legge 194/1978 [6].

In questo contesto in cui la Legge 194/1978 sembra rappresentare un compromesso intoccabile per molte e molti, indipendentemente dalle affiliazioni e convinzioni politiche, questo articolo dimostra perché la legislazione vigente non offre una cornice normativa adeguata a un'assistenza sanitaria di qualità in materia di aborto e per questo deve essere riformata. Per sostenere questa tesi, l'articolo anzitutto spiega perché la Legge 194/1978 crea un regime iper-regolamentato in materia di aborto che è incoerente con le migliori evidenze cliniche e una piena tutela del diritto internazionale dei diritti umani in materia, come recentemente delineato dalle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [7], [8], [9]. Quindi, si mette in luce come l'attuazione della Legge 194/1978, specialmente nella pratica clinica delle e dei ginecologi, sia significativamente distante dagli standard internazionali richiesti per un'assistenza sanitaria di qualità e dal diritto internazionale dei diritti umani rilevante in materia. Successivamente, si individuano quali sono alcune vie di accesso alternative all'aborto "al di fuori" della Legge 194/1978. Infine, il contributo si conclude con alcuni suggerimenti per un cambiamento nella pratica clinica delle e dei ginecologi e l'invito a riformare la Legge 194/1978.

2. L'iper-regolazione dell'aborto

Il titolo ufficiale della Legge 194/1978 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") e i principi della legge stabiliti nell'articolo 1 ("Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della

gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. [...]”) delineano una relazione di regola ed eccezione tra la continuazione di ogni gravidanza e la sua volontaria interruzione. L’iper-regolazione è funzionale a disincentivare il ricorso all’aborto e ad esercitare un controllo su coloro che scelgono di sottoporsi a questa procedura. L’aborto è infatti un trattamento sanitario legalmente disponibile solo in circostanze specifiche, che riguardano i motivi per i quali la persona incinta desidera abortire, chi esegue questa procedura, dove e quando tale procedura ha luogo.

L’aborto è legale quando viene eseguito in caso di grave rischio per la salute o la vita della persona incinta, la cui valutazione varia a seconda dello stadio della gravidanza. Questo approccio entra in conflitto con la raccomandazione dell’OMS secondo la quale “l’aborto [deve] essere disponibile su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta [7] (p. 26)”. Secondo l’articolo 4 della Legge 194/1978, durante i primi 90 giorni di gravidanza, l’accesso all’aborto è ammesso nelle “circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito”. Secondo l’articolo 6, dopo 90 giorni di gravidanza, l’aborto può essere eseguito “quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna” o in presenza di anomalie fetali che mettono a repentaglio la salute psicofisica della persona incinta. Quando sussiste “la possibilità di vita autonoma del feto”, l’articolo 7§3 afferma che la gravidanza può essere interrotta solo in presenza di grave pericolo per la vita della persona incinta e “il medico che esegue l’intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto”.

Per quanto riguarda chi può eseguire un aborto, l’articolo 8 della Legge 194/1978 identifica nel personale medico che lavora nel reparto di ostetricia-ginecologia la categoria autorizzata a fornire la prestazione. Questa limitazione è in tensione con le categorie di professionisti (ad esempio, medici di famiglia, personale ostetrico e infermieristico) competenti a offrire assistenza sanitaria in materia di aborto, secondo le linee guida dell’OMS [7] (p. 59).

Per quanto riguarda i luoghi della prestazione, sempre l’articolo 8 stabilisce che l’aborto può essere eseguito in un ospedale pubblico o, nei primi 90 giorni di gravidanza, in case di cura espressamente autorizzate a fornire questi servizi e presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati allo scopo. Queste disposizioni contribuiscono allo status peculiare dell’aborto quale trattamento solo eccezionalmente disponibile nella sanità privata [3] (p. Tabella 23). La Legge 194/1978 ha infatti creato un modello di assistenza sanitaria in materia di aborto in cui legalità e mutualismo sono strettamente intrecciati, al punto che gli aborti finanziati privatamente sono spesso sinonimo di illegalità. Anche questa restrizione dei luoghi in cui può essere legalmente eseguito l’aborto è in tensione con le raccomandazioni internazionali [7] (pp. 64–77; 94–99). La “dichiarazione delle migliori pratiche” dell’OMS nell’erogazione dei servizi afferma che “[n]on esiste un singolo approccio raccomandato per la fornitura dei servizi di aborto. La scelta del [...] luogo di erogazione dei servizi (tra le opzioni consigliate) dipenderà dai valori e dalle preferenze della donna, della ragazza o della persona incinta, dalle risorse disponibili e dal contesto nazionale e locale. Una pluralità di approcci all’erogazione dei servizi può coesistere in qualsiasi contesto” [7] (p. 96).

Per quanto riguarda i limiti temporali, come già rilevato, la Legge 194/1978 impone diverse condizioni per l’accesso all’aborto in base all’età gestazionale, ovvero fino a 90 giorni; dopo

90 giorni di gravidanza; e quando sussiste “la possibilità di vita autonoma del feto” [5] (articoli 4, 6, 7). Inoltre, secondo l'articolo 5, a discrezione del medico, può essere imposto un periodo di attesa obbligatorio di sette giorni per coloro che intendono abortire nei primi 90 giorni di gravidanza. Anche queste disposizioni divergono dalle linee guida dell'OMS, che raccomandano di non porre limitazioni all'accesso all'aborto che siano fondate sull'età gestazionale e di non imporre periodi di attesa obbligatori [7] (pp. 28 e 41).

Quando le limitazioni previste dalla Legge 194/1978 per accedere ad un aborto legale non si materializzano, l'interruzione volontaria di gravidanza è soggetta a severe sanzioni. Secondo l'articolo 19, una persona incinta (ad eccezione di quella minorenni e “interdetta”) potrebbe incorrere in una sanzione pecuniaria che va dai 5.000 a 10.000 euro per un aborto illegale nei primi 90 giorni di gravidanza, e a un periodo di detenzione fino a 6 mesi per l'aborto eseguito illegalmente dopo i primi 90 giorni di gravidanza. Queste sanzioni si applicano anche nel caso di aborto autogestito con metodo farmacologico, una pratica raccomandata dall'OMS fino alle dodici settimane di gravidanza [7] (p. 98). Inoltre, quando l'aborto viene eseguito dopo le 24 settimane, esiste giurisprudenza che lo classifica come omicidio ai sensi dell'articolo 575 cod. pen. [10]. Basandosi su una concezione molto ampia di “uomo”, questo orientamento giurisprudenziale è discordante con la raccomandazione dell'OMS per la piena depenalizzazione dell'aborto, nonché con la tendenza, esistente in diversi paesi europei, a non criminalizzare il comportamento delle donne incinte in relazione all'interruzione volontaria della propria gravidanza [7] (p. 24), [11].

In sintesi, l'iper-regolazione della Legge 194/1978 si traduce in un agglomerato di regole, molte delle quali clinicamente ingiustificabili, che, nel limitarne l'accesso, mantengono l'aborto dentro un paradigma regolatorio stigmatizzante ed eccezionale, rispetto ad altri trattamenti sanitari.

3. La realtà quotidiana dei servizi di interruzione volontaria di gravidanza

La Legge 194/1978 pone ostacoli all'erogazione di un'assistenza sanitaria di qualità in materia di aborto, in particolare se guardiamo all'esperienza quotidiana dei servizi di interruzione volontaria di gravidanza nel nostro paese, sulla base di quanto riportato nell'ultima relazione disponibile del Ministero della Salute, risalente al giugno 2022 e che riguarda i dati statistici sull'aborto del 2020 [3].

Nonostante siano l'unica categoria di professionisti sanitari legalmente autorizzata a eseguire aborti, il 64,6% delle e dei ginecologi rifiuta di erogare questo servizio [3] (p. Tabella 28). Il loro rifiuto si basa su una clausola di obiezione di coscienza, prevista dall'articolo 9 della Legge 194/1978, che eccezionalmente riconosce la possibilità di essere esonerati dall'obbligo di fornire assistenza in relazione alle sole “attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento”. Tuttavia, lo stesso articolo 9 non esonera il personale medico obiettore di coscienza dall'eseguire un aborto quando “è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo”. L'articolo 9§4 vieta anche la cosiddetta “obiezione di struttura”, che si riferisce all'assenza di servizi di interruzione volontaria di gravidanza in una struttura sanitaria.

Al di fuori dei casi eccezionali in cui la clausola di obiezione di coscienza è quindi operativa, il rifiuto di fornire assistenza da parte del personale medico può dare luogo a serie

conseguenze penali, ad esempio ai sensi dell'articolo 328 cod. pen. [12], [13]. In due decisioni relative alla procedura di interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico, la Corte di Cassazione ha rilevato una responsabilità penale dei ginecologi obiettori di coscienza che hanno negato assistenza nella fase successiva all'assunzione dei farmaci abortivi [12], [13].

Infine, l'articolo 9§6 stabilisce che l'obiezione di coscienza "si intende revocata, con effetto immediato" se il personale medico obiettore di coscienza partecipa ad attività coperte dalla clausola di coscienza. Questa è una norma importante da considerare. Infatti, da un lato, se il personale medico obiettore di coscienza rifiuta di eseguire un atto non coperto dalla clausola dell'obiezione di coscienza, tale comportamento può diventare penalmente rilevante. Dall'altro lato, se il personale medico obiettore di coscienza dà esecuzione a un atto coperto dall'obiezione di coscienza, decade dalla posizione da obiettrice o obiettore di coscienza.

L'articolo 9 della Legge 194/1978 non fornisce un quadro sempre chiaro per stabilire quando sussiste un legittimo rifiuto a prestare assistenza, ad esempio nel caso dell'aborto farmacologico in cui è la persona incinta a dare materiale esecuzione all'aborto. Questa mancanza di chiarezza costituisce solo uno dei punti di tensione che la legge e la prassi in materia di obiezione di coscienza hanno rispetto alla raccomandazione dell'OMS secondo cui "l'accesso e la continuità delle cure complete per l'aborto [devono] essere protetti contro le barriere create dall'obiezione di coscienza" [7] (p. 60). Un'altra grave limitazione della formulazione dell'articolo 9 è l'assenza di un obbligo, per il personale medico obiettore, di rinvio al personale medico non obiettore. Tale mancanza è difforme non solo alle linee guida sull'obiezione di coscienza dell'OMS [7] (p. 60), [14] e anche a quelle della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO) [15] (p. 45).

Le barriere che l'obiezione di coscienza pone all'accesso all'aborto in Italia hanno sollevato preoccupazione da parte di alcuni comitati per la promozione e protezione dei diritti umani presso l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) [16], [17], [18], [19] e presso organizzazioni non governative come Human Rights Watch [20]. In linea con le conclusioni raggiunte nel 2017 dal Comitato dei diritti umani delle Nazioni Unite [17] e dal Comitato per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW) [18], nel 2022 il Comitato per i diritti economici, sociali e culturali (CESCR) ha ribadito la propria preoccupazione per la situazione italiana già espressa nel suo precedente rapporto del 2015 [16] [19] (paragrafi 57–58). Il CESCR ha infatti evidenziato che l'accesso ai servizi di aborto continua ad essere limitato, soprattutto a causa del rifiuto da parte delle e degli operatori sanitari obiettori di coscienza di eseguire tali procedure [19] (paragrafo 57).

Inoltre, anche all'interno della cornice regionale di protezione dei diritti umani, il Comitato europeo dei diritti sociali (CEDS) ha individuato alcune violazioni della Carta sociale europea (di seguito indicata come "la Carta"). Nell'ambito di due procedimenti contro l'Italia, avviati da oltre dieci anni in relazione ai servizi di aborto, sono state rilevate violazioni della Carta ad oggi non ancora sanate [21], [22]. In entrambe le decisioni, *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) c. Italia (Denuncia n. 87/2012)* e *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) c. Italia (Denuncia n. 91/2013)*, il CEDS ha riscontrato una violazione dell'articolo 11§1 (diritto alla salute) e dell'articolo E (clausola di non discriminazione) letto in connessione con l'articolo 11 della Carta [21], [22]. Nel secondo reclamo collettivo *CGIL c. Italia*, che riguardava anche le condizioni di lavoro del personale medico non obiettore di coscienza coinvolto nei servizi di interruzione volontaria

di gravidanza, l'ECSR ha riscontrato anche una violazione dell'articolo 1§2 della Carta i) primo comma (diritto al lavoro) sulla base della differenza di trattamento tra il personale medico obiettore e non obiettore di coscienza (paragrafi 235-246); e la violazione dell'articolo 26§2 della Carta (diritto alla dignità sul lavoro) per l'omissione dell'Italia nel prendere misure preventive per garantire la protezione dei professionisti medici non obiettori da molestie morale (paragrafi 289-298) [22].

Queste due decisioni del CEDS, assunte all'interno del quadro di protezione della Carta sociale europea, ruotano attorno al rifiuto di fornire assistenza all'aborto da parte di molte e molti ginecologi e all'inefficacia dell'articolo 9§4 che obbliga le strutture sanitarie a fornire servizi di aborto "in ogni caso" [21], [22]. In entrambe le decisioni del CEDS, le organizzazioni che hanno presentato i reclami sono riuscite a dimostrare – "attraverso un'analisi intersezionale differenziata, con genere, posizione geografica, stato di salute e svantaggio socioeconomico [23], (p. 232) [21], [22]" – che l'inadeguata implementazione dell'articolo 9§4 costituisce una violazione del diritto alla salute e di non discriminazione delle donne in stato di gravidanza sul territorio nazionale.

Nonostante le due citate decisioni del CEDS nel 2013 e nel 2015 [21], [22], le due successive risoluzioni del Comitato dei Ministri del 2014 e del 2016 [24], [25] e le tre valutazioni di *follow-up* del CEDS nel 2018, 2021 e 2022 [26], [27], [28], l'Italia continua a non conformarsi alla Carta. Solo il 63,8% delle strutture sanitarie obbligate a fornire servizi di interruzione volontaria di gravidanza "in ogni caso" è conforme al requisito di cui all'articolo 9§4 [3] (p. Tabella 23bis). I dati ufficiali mostrano che l'ospedale pubblico rimane il luogo principale per l'erogazione dei servizi di interruzione volontaria di gravidanza in Italia (95,2%), la restante parte è eseguita nelle cliniche convenzionate autorizzate (4,8%), e negli ambulatori pubblici (0%, corrispondente a un totale di 24 aborti rilevati in Toscana) [3] (p. Tabella 23). Solo di recente, infatti, i nuovi protocolli regionali della Toscana (2020) [29], del Lazio (2021) [30] e dell'Emilia-Romagna (2021) [31] prevedono che gli aborti possano essere eseguiti come prestazioni ambulatoriali.

Per quanto riguarda le tecniche per l'interruzione volontaria di gravidanza, il testo della Legge 194/1978 al riguardo è stato plasmato dalle richieste avanzate durante le mobilitazioni per l'aborto degli anni Settanta [4]. L'articolo 15 fa infatti esplicito riferimento all' "uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità psichica della donna e meno rischiose". Nonostante questa disposizione, l'8,6% delle interruzioni è effettuata tramite raschiamento (D&C) (con un sorprendente 30,4% degli aborti eseguiti con questa metodica in Sardegna), una pratica già criticata dai gruppi femministi e di autogestione dell'aborto fin dagli anni Settanta [3] (p. Tabella 25), [4]. Tuttavia, i dati reali sull'uso del raschiamento potrebbero essere più alti, perché le statistiche attualmente disponibili non considerano l'uso del raschiamento in combinazione con un'altra tecnica, una prassi che potrebbe potenzialmente riguardare un numero significativo di aborti. Il ricorso all'isterosuzione, potenzialmente anche in combinazione con il raschiamento, rappresenta il 55,8% di tutti gli aborti legali, mentre l'uso di mifepristone e prostaglandine come metodo principale (o unico) è al 31,9% [3] (p. Tabella 25). Questi dati devono anche essere considerati con quelli relativi all'uso dell'anestesia generale (37,7%) e sedazione profonda (24%) [3] (p. Tabella 24), che rivelano una prassi in tensione con la raccomandazione dell'OMS che invece "sconsiglia l'uso routinario di anestesia generale" [7] (p. 49). I dati disponibili non menzionano un eventuale ricorso a una tecnica consigliata dall'OMS, la dilatazione ed evacuazione (D&E), e sono silenti sull'uso del feticidio o riduzione embrionale [7] (p. 65).

È anche importante ricordare che l'aborto con metodo farmacologico è stato introdotto solo nel 2009, con la limitazione anomala e clinicamente ingiustificata del suo uso solo fino a 49 giorni di gravidanza in ospedale con la raccomandazione di almeno tre giorni di degenza [32]. Facendo seguito a un aggiornamento del 2020, l'aborto con metodo farmacologico è attualmente disponibile fino a 63 giorni di gravidanza e può essere erogato come trattamento ambulatoriale [30], [31], [33]. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, per ricorrere alla procedura farmacologica, è richiesto l'accesso in una struttura sanitaria almeno tre volte: una volta per un controllo medico (ad esempio per il rilascio del certificato medico, ecografia), una volta per assumere il mifepristone, una volta per assumere le prostaglandine (misoprostolo) e una quarta volta per un controllo di *follow-up* dopo l'aborto [29], [31]. Mentre questa iper-medicalizzazione dell'uso delle pillole per l'interruzione volontaria di gravidanza si allinea con la logica della Legge 194/1978, è importante notare che il testo della legge si riferisce ad "accertamenti sanitari necessari" senza ulteriori specificazioni, ad esempio, rispetto ad esami ematochimici ed ecografie [5] (articolo 5). Fra l'altro, la stessa OMS raccomanda "contro l'amministrazione di immunoglobulina anti-D sia per l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica che chirurgica fino a 12 settimane" e "contro l'uso dell'ecografia come prerequisito per fornire servizi di aborto" [7] (pp. 44 e 47).

Per quanto riguarda i tempi di attesa, nel 75% dei casi, i medici rilasciano un documento che richiede un periodo di attesa obbligatorio, ritardando così l'accesso della persona incinta all'aborto di sette giorni [3] (p. Tabella 18). Solo il 25% dei medici rilascia un certificato che consente l'accesso immediato alla procedura [3] (p. Tabella 18), una prassi, quest'ultima, più aderente alla raccomandazione dell'OMS contro i tempi di attesa obbligatori [7] (p. 41). Inoltre, mentre la possibilità di imporre un tempo di attesa di sette giorni riguarda gli aborti nei primi 90 giorni di gravidanza, i dati ufficiali mostrano che, anche per gli aborti dopo i 90 giorni di gravidanza, viene effettuata una distinzione tra aborti "urgenti" (71,3%) e "non urgenti" (28,7%) [3] (p. 45), [5] (articoli 5 e 7). Per le persone di età inferiore ai 18 anni, nei primi 90 giorni di gravidanza, la legge impone l'assenso di chi esercita la responsabilità genitoriale o, in alternativa, un'autorizzazione del giudice tutelare: una condizione che ritarda ulteriormente l'accesso alla procedura [5] (articolo 12). Questo ulteriore requisito per le persone minorenni è dissonante con la raccomandazione dell'OMS secondo cui l'aborto dovrebbe essere liberamente disponibile a richiesta senza autorizzazione di terze parti [7] (p. 43). La certificazione medica d'urgenza evita questo passaggio burocratico aggiuntivo per le persone minorenni. Tuttavia, tale certificazione, che esonera la persona minorenne dal tempo di attesa di sette giorni [3] (p. Tabella 22), viene rilasciata dal personale medico solo nell'1,3% dei casi (corrispondente a 19 aborti).

I dati ufficiali mostrano che la maggior parte degli aborti è eseguita entro le prime 12 settimane di gravidanza (93,4%), con una piccola percentuale che si verifica tra la 13^a e la 20^a settimana (5,1%), e solo l'1,4% degli aborti durante e dopo la 21^a settimana [3] (p. Tabella 19). Tale modesta percentuale di aborti eseguiti nella e a partire dalla 21^a settimana è indicativa dell'interpretazione molto restrittiva del limite di cui all'articolo 7§3 della Legge 194/1978, che limita l'aborto laddove sussista "la possibilità di vita autonoma del feto" [34].

4. Gli aborti "al di fuori" della Legge 194/1978

Gli aborti discussi in precedenza sono quelli legali, attentamente monitorati dall'Istituto Nazionale di Statistica e dall'Istituto Superiore di Sanità [3] (pp. 11-13). I dati sugli aborti costituiscono la base della relazione annuale del Ministro della Salute sull'attuazione della Legge 194/1978 [5] (articolo 16) che, indipendentemente dall'orientamento politico del

governo in carica, enfatizza ritualmente la riduzione degli aborti “secondo gli auspici della legge n. 194/78” e rappresenta positivamente questo risultato come un “successo in termini di salute pubblica” [3] (p. 18). In modo semplicistico, la relazione annuale del Ministro della Salute interpreta il calo degli aborti come una prova chiara dell'efficacia e dell'influenza positiva della Legge 194/1978 nel “prevenire” gli aborti [3] (p. 18). È significativo notare che le stesse relazioni ministeriali riportano in modo non problematico una stima (l'ultima risalente al 2016), secondo la quale tra i 10.000 e 13.000 aborti si verificherebbero illegalmente nel paese ogni anno [3] (p. 19). Quale fenomeno intrinsecamente difficile da indagare, vi sono limitate informazioni sugli aborti che avvengono “al di fuori” del campo di applicazione della Legge 194/1978, in particolare A) in strutture sanitarie private (come, ad esempio, cliniche e studi medici) che non sono autorizzate a fornire servizi di aborto; B) aborto autogestito con metodo farmacologico; C) viaggi all'estero.

A) Aborti in strutture sanitarie private non autorizzate a fornire questi servizi. Nel corso degli anni, reportage giornalistici e decisioni giudiziarie hanno gettato luce su casi di aborti illegali praticati privatamente, talvolta dietro notevole corrispettivo in denaro [35], [36]. Potrebbe sorprendere la decisione di ricorrere a un aborto illegale, con i costi e i rischi legali associati (ad esempio, sanzioni amministrative o penali), data la possibilità di avere un accesso legale e completamente gratuito alla procedura. Tuttavia, le informazioni molto limitate di cui disponiamo dalla lettura di alcune decisioni giudiziarie suggeriscono che le ragioni alla base di questi aborti finanziati privatamente vanno dalla necessità di ottenere un accesso più facilitato e tempestivo (soprattutto per le minorenni), alla necessità di aggirare i limiti di età gestazionale e di avere una maggiore garanzia di riservatezza [35], [36]. Quest'ultimo punto è spesso trascurato nel dibattito sull'aborto, ma può essere molto difficile (incluso, ad esempio, per personaggi pubblici) proteggere in modo adeguato il diritto alla riservatezza quando la via principale per accedere a un aborto legale è quella di recarsi in un ospedale pubblico [7] (p. 9).

A causa dell'assenza di una mappa nazionale ufficiale che indichi i servizi di interruzione volontaria di gravidanza disponibili sul territorio, rimane difficile identificare quali sono le poche strutture sanitarie private provviste di autorizzazione a erogare questi servizi. Date le anomale restrizioni nella sanità privata che riguardano l'accesso all'aborto, è ragionevole ritenere che alcune donne possano sottoporsi a un aborto illegale senza sospettare che la struttura sanitaria privata non sia autorizzata a erogare questo specifico servizio [37]. Pertanto, non si può escludere che alcuni aborti illegali che sono praticati in strutture private non autorizzate possano essere eseguiti in modo meno deliberato da parte delle donne stesse.

B) Autogestione dell'aborto. Un altro modo per accedere all'aborto al di fuori dei confini della Legge 194/1978 è l'autogestione mediante metodo farmacologico, la cui sicurezza ed efficacia è sottolineata da una robusta letteratura scientifica, e il cui ricorso è anche raccomandato dall'OMS [38], [7] (p. 98), [11]. In Italia, prima della pandemia, persino tra i gruppi femministi e pro-scelta, sussisteva una forte stigmatizzazione attorno all'autogestione dell'aborto tramite pillole (ad esempio, il Cytotec, il nome commerciale del misoprostolo acquistabile dietro prescrizione medica per il trattamento delle ulcere gastroduodenali) [39]. La pandemia ha segnato un cambio di rotta in tal senso, ma la lotta per l'aborto continua ancora a ruotare intorno alla Legge 194/1978, con richieste che si concentrano sulla necessità di avere più personale medico non obiettore di coscienza, nonché più ospedali pubblici e strutture sanitarie in cui poter abortire [40]. Nonostante il ritardo significativo da parte dei gruppi femministi e pro-scelta nell'affrontare il tema

dell'aborto autogestito, è tuttavia probabile che questa pratica sia già in atto nel nostro paese. Nel 2018, in risposta all'aumento delle richieste dall'Italia, Women on Web (un'organizzazione che fornisce assistenza per l'uso di pillole abortive da remoto) ha tradotto le sue pagine web in italiano [41]. Il primo studio su Women on Web in Italia indica un ulteriore incremento delle richieste di pillole durante la pandemia da Covid-19 nel 2020 [42].

C) **Viaggi per abortire.** Infine, un'altra parte degli aborti avviene all'estero, anche per aggirare i limiti di età gestazionale stabiliti dalla Legge 194/1978 [43].

5. L'autodeterminazione dei corpi: la via da seguire

Finora si è osservato come gli ostacoli all'erogazione di cure e assistenza di qualità all'aborto in Italia siano legati a due aspetti: da una parte, l'iper-regolazione dell'aborto prevista dalla Legge 194/1978 e, dall'altra, l'attuale organizzazione e pratica clinica dei servizi in questo ambito. In entrambi i casi si è constatata una scarsa adesione alle buone pratiche internazionali e un'inadeguata ottemperanza al diritto internazionale dei diritti umani [7], [8], [9], inclusi i diritti alla salute sessuale e riproduttiva [44], [45]. Tra le altre cose, l'Inchiesta CEDAW sull'Irlanda del Nord ha ribadito la raccomandazione secondo la quale lo stato parte è tenuto ad erogare "un accesso alle cure per l'aborto e post-aborto di alta qualità [46] (paragrafo 86)". Questa raccomandazione per l'Irlanda del Nord si applica anche all'Italia in quanto è parte della CEDAW [18]. Per garantire che l'Italia si adegui alle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* [7] e agli standard regionali e internazionali di protezione dei diritti umani, questo articolo propone una strategia con due obiettivi intermedi: il primo mira a migliorare la pratica clinica, mentre il secondo si concentra sulla riforma della Legge 194/1978.

Il primo obiettivo è l'immediata attuazione delle conclusioni del CEDS [21], [22], [26], [27], [28], del CESCR [16], [19], del Comitato dei diritti umani delle Nazioni Unite [17], del Comitato CEDAW [18] e delle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* [7], attraverso un'interpretazione di genere del quadro esistente della Legge 194/1978. Si propone, quindi, la stesura di raccomandazioni nazionali che garantiscano una maggiore uniformità nell'accesso all'aborto superando i divari presenti tra le regioni [21], [22], [24], [25], [26], [27], [28]. Tali raccomandazioni nazionali potrebbero prevedere:

- Il superamento del periodo di attesa obbligatorio di sette giorni mediante il regolare rilascio della certificazione d'urgenza [5] (articolo 5);
- La messa al bando di pratiche incompatibili con l'erogazione di un trattamento di qualità (come, ad esempio, il perdurante ricorso al raschiamento o il suo uso combinato con altri metodi) [5] (articolo 15);
- L'eliminazione di esami clinici non necessari (ad esempio la routine di effettuare o richiedere ecografie ed esami ematochimici);
- La riduzione del numero di accessi alle strutture sanitarie per l'erogazione dell'aborto farmacologico [30].

Questo primo obiettivo, favorito dalla creazione di raccomandazioni nazionali, potrebbe condurre al secondo punto: aprire un dibattito su come riformare la Legge 194/1978 per garantire la piena conformità alle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* e al diritto internazionale dei diritti umani [7], [8], [9], [44], [45]. Come osservato con acume da Petros Stangos, membro del CEDS, nella sua opinione concordante nella decisione *IPPF-EN c. Italia*, le violazioni della Carta sono:

“il risultato non solo dell'inadeguata attuazione della Legge n. 194/78 [...], ma in principio anche dell'impianto strutturale della legge del 1978 e, in particolare, [degli] articoli 4 e 5, che regolamentano il diritto delle donne all'aborto in un modo che è *incompatibile* con i requisiti dell'articolo 11 della Carta (corsivo aggiunto) [21]”.

Sebbene si possa pensare che la Legge 194/1978 abbia i limiti prevedibili di una legislazione ormai datata, la definizione dei confini tra ciò che è legale e ciò che è illegale in questo ambito era già inadeguata ai tempi della sua approvazione, alla luce della vasta conoscenza ed esperienza in materia di aborto maturata tra i gruppi femministi e radicali negli anni antecedenti il varo della Legge 194/1978 [4].

Oggi, le condizioni che classificano un aborto come un reato sembrano arbitrarie e difficili da giustificare, in particolare alla luce della crescente protezione della salute sessuale e riproduttiva nel diritto internazionale dei diritti umani [8], [44], [45], compresi i suoi sviluppi normativi [46], e a una rigorosa letteratura scientifica a sostegno della piena depenalizzazione dell'aborto [47]. Per dare attuazione alle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* dell'OMS che raccomandano la piena depenalizzazione dell'aborto e per ottemperare al diritto internazionale dei diritti umani che considera la criminalizzazione di procedure mediche che riguardano solo le donne come una violazione del loro diritto di uguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie [44] (paragrafo 14), i servizi di aborto devono essere regolamentati come un qualsiasi altro trattamento sanitario [46], [47], [11], [7] (p. 24).

In conclusione, la Legge 194/1978 presenta ostacoli significativi all'erogazione di un servizio di assistenza all'aborto di qualità in Italia. La consapevolezza di queste limitazioni dovrebbe spingere a una riflessione ampia riguardo al tipo di regolamentazione che possa dare piena attuazione ai diritti alla salute sessuale e riproduttiva delle persone in stato di gravidanza che vogliono abortire in Italia. Questo dibattito dovrebbe essere aperto alla società civile e informato dalle migliori evidenze scientifiche e conoscenze disponibili nel campo. Le modifiche alla regolamentazione dell'aborto dovrebbero mirare a superare il modello di iper-regolazione della Legge 194/1978 e quindi fondarsi sul principio dell'autodeterminazione in ambito riproduttivo, da realizzarsi attraverso la depenalizzazione, demedicalizzazione, deospedalizzazione e autogestione. Per creare un'agenda per tali cambiamenti, il ruolo delle e dei ginecologi italiani, attraverso le loro società scientifiche professionali come la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), può essere cruciale. Il personale medico, e la categoria delle e dei ginecologi in particolare, potrebbe positivamente contribuire alla discussione offrendo un'analisi basata sulle evidenze scientifiche, che sia conforme alle *Linee guida per l'assistenza all'aborto* [7].

Riconoscimenti

Sono estremamente grata alla dott.ssa Anna Pompili e alla prof.ssa Sally Sheldon per i generosi e attenti commenti alla bozza di questo articolo. Esprimo inoltre il mio sincero

ringraziamento alla prof.ssa Rebecca Cook per la sua guida durante tutto l'intero 'processo di lavorazione' di questo articolo. Si prega di notare che la revisione finale del testo in inglese si basa su alcuni suggerimenti stilistici della prof.ssa Sally Sheldon e di ChatGPT.

In relazione alla traduzione in italiano, desidero ringraziare Marta Di Grado, Marianna Golinucci e Stefania Arcara per i preziosi consigli.

Bibliografia

1. Tribunale di Catania sez. III penale (in composizione monocratica), sentenza 22/12/2022, n. 5772.
2. Amante A, Armellini A. Italy's privacy watchdog fines Rome council over aborted fetuses cemetery. *Reuters*. 22 giugno 2023. [https://www.reuters.com/world/europe/italys-privacy-watchdog-fines-rome-council-over-aborted-fetuses-cemetery-2023-06-22/#:~:text=ROME%2C%20June%202022%20\(Reuters\),the%20graves%20of%20aborted%20fetuses](https://www.reuters.com/world/europe/italys-privacy-watchdog-fines-rome-council-over-aborted-fetuses-cemetery-2023-06-22/#:~:text=ROME%2C%20June%202022%20(Reuters),the%20graves%20of%20aborted%20fetuses). Ultimo accesso 29 luglio 2023.
3. Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della Legge 194/78 sulla tutela sociale della maternità e interruzione volontaria di gravidanza – dati definitivi 2020. Pubblicata l' 8 giugno 2022. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3236. Ultimo accesso 29 luglio 2023.
4. Corvisieri S, Pinto D. Disposizioni sull'aborto. Atto n. 524. VII legislatura, Camera dei deputati; 6 ottobre 1976.
5. Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (GU Serie Generale n.140 del 22 maggio 1978).

6. La 7. Giletti intervista Giorgia Meloni sull'aborto: "Non intendo abolire o modificare la legge 194". Canale YouTube. Pubblicato il 22 settembre 2022. https://www.youtube.com/watch?v=bcpNEh_4mZk. Ultimo accesso 29 luglio 2023.
7. World Health Organization. *Abortion care guideline* [trad. italiana: *Linee guida per l'assistenza all'aborto*]. World Health Organization; 2022.
8. World Health Organization. *Abortion care guideline. Web Annex A. Key international human rights standards on abortion*. World Health Organization; 2022.
9. De Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Lavelanet A. Integrating rights and evidence: a technical advance in abortion guideline development. *BMJ Global Health*. 2021;6(2):e004141.
10. Cassazione penale sez. I, sentenza 25/05/2023, n. 22711.
11. Tongue ZL. Telemedical and Self-Managed Abortion: A Human Rights Imperative? *Eur J Health Law*. 2022;30(2):158-181.
12. Cassazione penale sez. VI, sentenza 2/04/2013, n. 14979.
13. Cassazione penale sez. VI, sentenza 13/05/2021, n. 18901.
14. Dickens BM. Conscientious objection and the duty to refer. *IJGO*. 2021; 155(3), 556-560.
15. FIGO Committee on Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Guideline 014: Conscientious objection. In: Chervenak FA, McCullough

LB, eds. *FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology*. London: FIGO; 2021: 45–47.

16. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the fifth periodic report of Italy, UN Doc. E/C.12/ITA/CO/5. 2015.

17. UN Human Rights Committee. Concluding observations on the sixth periodic report of Italy, UN Doc. CCPR/C/ITA/CO/6. 2017.

18. UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Concluding observations on the seventh periodic report of Italy, UN Doc. CEDAW/C/ITA/CO/7. 2017.

19. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the sixth periodic report of Italy, UN Doc. E/C.12/ITA/CO/6. 2022.

20. Human Rights Watch. Italy: Covid-19 exacerbates obstacles to legal abortion. Pubblicato il 30 luglio 2020. <https://www.hrw.org/news/2020/07/30/italy-covid-19-exacerbates-obstacles-legal-abortion>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

21. European Committee of Social Rights. *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) v. Italy*. (Complaint No. 87/2012). 2013.

22. European Committee of Social Rights. *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy*. Complaint No. 91/2013. 2015.

23. Lukas K, Ó Cinnéide C. Gender Equality within the Framework of the European Social Charter In: Cook R, ed. *Frontiers of Gender Equality Transnational Legal Perspectives*. Philadelphia, Pennsylvania, USA: University of Pennsylvania Press; 2023: 219 – 236.
24. Committee of Ministers. Resolution Res/CM ChS (2014)6. 2014.
25. Committee of Ministers. Resolution Res/CM ChS (2016)3. 2016.
26. European Committee of Social Rights. Follow-up to Decisions on the Merits of Collective Complaints in the follow-up. Findings 2018.
27. European Committee of Social Rights. Follow-up to Decisions on the Merits of Collective Complaints in the follow-up. Findings 2021.
28. European Committee of Social Rights. Follow-up to Decisions on the Merits of Collective Complaints in the follow-up. Findings 2022.
29. Regione Toscana. Protocollo operativo per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza farmacologica. Pubblicato il 29 giugno 2020. <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2020DG00000000925>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.
30. Regione Lazio. Protocollo operativo per la interruzione volontaria della gravidanza del primo trimestre con mifepristone e prostaglandine, in regime ambulatoriale o di DH. Pubblicato il 26 gennaio 2021. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3578209.pdf>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

31. Regione Emilia-Romagna. DPG/2021/23066 del 18/11/2021 – aggiornamento dei profili di assistenza per le donne che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e applicazione delle indicazioni ministeriali del 12 agosto 2020 per l'IVG farmacologica. Pubblicato il 10 dicembre 2021. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/applicazioni/ig/documentazione/normativa>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

32. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Pubblicato il 16 luglio 2010. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1302_allegato.pdf. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

33. Ministero della Salute. Aggiornamento linee di indirizzo sull'interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Pubblicato il 12 agosto 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

34. Comitato nazionale per la bioetica. I grandi prematuri. Note bioetiche. Pubblicato il 29 febbraio 2008. https://bioetica.governo.it/media/3122/p80_2008_grandi_prematuri_it.pdf. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

35. Cassazione penale sez. I, sentenza 2/12/2004, n. 46945.

36. Cassazione penale sez. VI, sentenza 27/03/2019, n. 13411.

37. Al femminile. Aborto privato. Pubblicato il 6 ottobre 2013. Ultimo aggiornamento 16 ottobre 2013. <https://gravidanza.alfemminile.com/forum/aborto-privato-fd3726577>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.

38. Moseson H, Herold S, Filippa S, Barr-Walker J, Baum SE, Gerds C. Self-managed abortion: a systematic scoping review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020; 63: 87- 110.
39. Non una di Meno – Milano. Il Discorso dell’Ancella. Facebook. Pubblicato il 22 maggio 2018. <https://www.facebook.com/watch/?v=604815543211751>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.
40. Non Una di Meno. Comunicato Stampa 6M: Manifestazione Nazionale “Interruzione Volontaria Di Patriarcato”. Pubblicato il 17 aprile 2023. <https://nonunadimeno.wordpress.com/2023/04/>. Ultimo accesso 29 luglio 2023.
41. By Dr. Rebecca Gomperts from Women on Web. In: Settembrini C, *Objection Rejected! Health Rights and Reproductive Justice*. Novate Milanese: Prospero Editore, 2020; 175-182.
42. Brandell K, Vanbenschoten H, Parachini M, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine as an alternative way to access abortion in Italy and characteristics of requests during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(4):252-258.
43. De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler AK, Gerds C. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. *BJOG*. 2021;128(5):838-845.
44. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health). UN Doc. A/54/38/Rev.1. 1990.

45. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). UN Doc. E/C.12/GC/22. 2016

46. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Inquiry concerning the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland under article 8 of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. UN Doc. CEDAW/C/OP.8/GBR/1. 2018.

47. Erdman J, Cook R. Decriminalization of Abortion – a human rights imperative. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020; 62: 11- 24.