



Università degli Studi di Padova

**General Course Diritti Umani e Inclusione
A.A.2018/2019**

**DIRITTO ALL'ABORTO: ACCESSIBILITÀ E
PROBLEMATICHE DA UNA PROSPETTIVA DI
GENERE.**

Autrici:

Bianca Fusco – 1147261 – SRD

Maddalena Beldi – 1173045 – SRD



INDICE

Introduzione

1. Il corpo delle donne come laboratorio di controllo biopolitico, tra dinamiche di criminalizzazione e medicalizzazione. (a cura di Bianca Fusco)
2. “Le donne ricche abortiscono, quelle povere muoiono”: un diritto condizionato dalle diseguaglianze economiche. (a cura di Bianca Fusco)
3. La legge 194/78. (a cura di Bianca Fusco)
4. Obiezione di coscienza in Italia: alcuni dati. (a cura di Maddalena Beldì)
5. Perché così tanti medici si dichiarano obiettori? (a cura di Maddalena Beldì)
6. Consiglio d’Europa: l’Europa chiede all’Italia atti concreti. (a cura di Maddalena Beldì)
7. Donne migranti: l’accessibilità all’interruzione volontaria di gravidanza. (a cura di Maddalena Beldì)
8. Nel mondo: il diritto all’aborto sotto attacco. (a cura di Bianca Fusco)
 - 8.1 Gli Stati Uniti contro le donne.
 - 8.2 Ma perché tutte queste leggi contro l’aborto negli USA?
 - 8.3 Un problema globale.
 - 8.4 Le mozioni Anti-Aborto nei comuni italiani: il caso di Verona.
9. Cosa succede realmente quando un paese vieta l’aborto? (a cura di Bianca Fusco)

10. Pratiche mutualistiche e di solidarietà reciproca: autogestione e auto-organizzazione nei movimenti femministi (a cura di Maddalena Beldì)

11. Obiezione respinta: sui nostri corpi decidiamo noi! (a cura di Maddalena Beldì)

INTRODUZIONE

Il presente lavoro, realizzato durante il General Course Diritti Umani e Inclusione A.A.2018/2019, vuole approfondire la tematica del diritto all'interruzione volontaria di gravidanza dal punto di vista della sua accessibilità e problematiche, in una prospettiva di genere e inclusiva.

Come sappiamo bene i diritti non sono mai conquistati per sempre, poiché continuamente sotto attacco: in particolare in questo periodo storico assistiamo a una forte offensiva di governi e movimenti anti-abortisti contro i diritti civili e l'autodeterminazione delle donne.

Il diritto all'aborto, seppur formalmente garantito, presenta non poche criticità dal punto di vista della sua accessibilità e inclusività: la clausola dell'obiezione di coscienza prevista dalla legge italiana in materia, così come lo stigma ad esso attribuito, ha contribuito non poco al venir meno della sua efficacia e garanzia.

Partendo da un'analisi su come il corpo delle donne sia luogo privilegiato del controllo biopolitico esercitato dalla società patriarcale, passeremo ad analizzare la situazione italiana riguardo la normativa in materia di ivg e della problematica posta dall'obiezione di coscienza, evidenziando come in particolare le diseguaglianze economiche condizionino l'accesso a tale diritto, ancora più difficoltoso per le donne migranti. Successivamente passeremo in rassegna la situazione in vari Paesi del mondo per evidenziare come gli attacchi all'autodeterminazione delle donne e al diritto all'aborto rappresentino un grave problema a livello globale, soprattutto con la continua avanzata di governi conservatori e tradizionalisti. Citeremo infine alcuni esempi virtuosi di auto-organizzazione, mutualismo e pratiche di solidarietà reciproca di movimenti organizzati dal basso.

Lo scopo del presente lavoro è fornire alcuni dati e degli spunti di riflessione per provare a smontare quella retorica che vorrebbe criminalizzare il diritto all'aborto e negare alle donne la libertà di scelta, e che tramite una legislazione più restrittiva contribuisce unicamente a far aumentare la mortalità femminile per il ricorso ad aborti clandestini e insicuri.

Sono invece fattori quali una maggiore educazione sessuale nell'ambito della prevenzione di gravidanze indesiderate, l'accessibilità a metodi contraccettivi e a servizi sanitari sicuri che contribuirebbero a una maggiore tutela della salute donna e a rendere questo diritto realmente inclusivo.

1. IL CORPO DELLE DONNE COME LABORATORIO DI CONTROLLO BIOPOLITICO, TRA DINAMICHE DI CRIMINALIZZAZIONE E MEDICALIZZAZIONE

Il corpo delle donne è da sempre stato al centro di feroci battaglie, da una parte chi vorrebbe decidere su di esso, dall'altra chi lotta quotidianamente per diritti, i quali non sono mai conquistati per sempre perché continuamente sotto attacco. Proprio in virtù della sua funzione riproduttiva, il corpo femminile è da sempre il campo su cui la società tende a esercitare il suo dominio, facendone un laboratorio privilegiato di controllo biopolitico, tramite l'oppressione sessuale e la continua ridefinizione e riduzione degli spazi concessi.

Pensiamo per esempio allo stigma che colpisce la donna che decide di abortire: criminalizzata da medici e istituzioni, trattata come un'assassina che priva la "patria" di uno dei suoi figli. Ad oggi non siamo poi così lontani dall'interpretazione che veniva data dell'aborto in epoca fascista: il Codice Rocco puniva l'aborto come "reato contro l'integrità della stirpe". Un'interpretazione in base alla quale la donna viene de-soggettivata in quanto figura debole e fragile, ridotta a mero contenitore di embrioni, a corpo biologico che esiste solo attraverso l'attribuzione di norme e ruoli che le vengono cuciti addosso: moglie, madre, figlia.

In questo senso si può parlare di una vera e propria "medicalizzazione al femminile": dalla follia al parto, dalla maternità alla menopausa, dall'attribuzione del ruolo di moglie problematica a quello di madre inadeguata, la donna viene sottratta alla gestione del proprio pensiero e corpo e i momenti della sua vita vengono codificati attraverso saperi medici

esperti prevalentemente maschili, i quali tendono a spiegare ogni suo disagio in termini di capacità riproduttiva del corpo, riconnettendo ciò a una maggiore o minore propensione all'adattabilità rispetto alle strutture sociali del matrimonio e della famiglia. In questo senso si può parlare di una nuova funzione terapeutica del potere politico, sempre più ingerente rispetto alle condotte e agli stili di vita degli individui, nel tentativo di controllare, gestire, proteggere e riplasmare le loro capacità vitali.

L'istituzionalizzazione dell'aborto è stato uno tra i pochi atti di medicalizzazione del corpo femminile ad avere ripercussioni positive in termini di salute e protezione della donna, fermo restando le criticità riguardanti i presupposti normativi a fondamento della legge 194/78 (la donna che vuole abortire deve dimostrare l'esistenza di "giuste cause" come un serio pericolo per la sua salute, o difficoltà riguardanti le sue condizioni economiche, sociali e familiari).

D'altronde ogni proposta di legge incorpora specifiche rappresentazioni del corpo, dei suoi confini e della liceità di uso, tramite ordini discorsivi che costruiscono colpe al femminile: *"narrazioni sulle donne che servono, attraverso reiterazione di stereotipi e stigmi, a regolare il comportamento sociale, attraverso un apparato di burocrazia medica, che costruisce sua legittimità a partire dal processo di criminalizzazione dell'aborto"*.¹ Pensiamo ad esempio alla comune rappresentazione della donna "colpevole" di non pensare alla famiglia in nome del lavoro, o colpevole di non fare figli per lasciare spazio a studi e carriera: la famosa campagna "Fertility Day", promossa dall'ex ministra della salute Lorenzin, è stata duramente criticata proprio per aver tentato di aumentare i tassi di natalità del Paese facendo leva su un presunto istinto materno connaturato alla donna, senza parlare affatto di lavoro precario, di insicurezza economica e di tutti quei fattori che rendono estremamente più difficile pensare di fare figli e mettere su famiglia.

¹ AA. VV., *Sessismo democratico: l'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis Edizioni, Milano, 2012.

Ecco che nuovamente la donna viene considerata solo nella sua dimensione di madre, sottoposta in modo analitico a lettura e interpretazione solo in base alla sua funzione riproduttiva, e il suo corpo diviene luogo colonizzato in cui si compie un processo pubblico che riguarda lo Stato, la salute pubblica, la comunità, nonché la Chiesa e il marito. Lo stesso processo di gestione della salute pubblica delle donne è funzionale alla preservazione dell'ordine sociale precostituito, con la ridefinizione di politiche di *welfare state*: ad esempio i congedi parentali venivano inizialmente concessi soltanto alle donne, ma ancora ad oggi, pur essendo possibile richiederli da parte degli uomini, coloro che lo fanno vengono maggiormente stigmatizzati e più difficilmente gli vengono concessi, in quanto si ritiene ancora costitutivo il nesso donna=lavoro di cura. Ci troviamo qui di fronte a un paradosso: l'interno della donna, il feto, diventa luogo pubblico; mentre l'esterno, il corpo, viene privatizzato.

2. “LE DONNE RICCHE ABORTISCONO, QUELLE POVERE MUOIONO”: UN DIRITTO CONDIZIONATO DALLE DISEGUAGLIANZE ECONOMICHE

"Il 24% delle donne negli Stati Uniti avrà un aborto entro i 45 anni di età e 926mila aborti sono stati praticati negli Usa nel 2014. Le restrizioni colpiranno più duramente le donne di colore e quelle povere. Il fatto che questi divieti, la maggior parte dei quali è propagandato come 'nell'interesse della salute delle donne' senza avere nessuna base nelle ricerche scientifiche o di salute pubblica nel mondo, siano stati votati prevalentemente da contesti Repubblicani formati da uomini bianchi è un paradosso che non sfuggerà alle donne nel mondo".²

Come scrive la rivista medica Lancet, diversi studi hanno dimostrato come le leggi che garantiscono un aborto sicuro abbiano drasticamente ridotto la

² Tsvizzera.it, *Aborto, leggi restrittive discriminano le minoranze*, 24 maggio 2019.

mortalità femminile. Al contrario, leggi restrittive sull'aborto rischiano di penalizzare unicamente le donne più povere e appartenenti a minoranze etniche, le quali saranno più propense a ricorrere alla pratica clandestina e di conseguenza più esposte al rischio di mortalità femminile.

È evidente dunque come l'accesso all'aborto sia strettamente legato alle diseguaglianze economiche e alla distribuzione della ricchezza. Spesso sono soltanto le donne ricche che possono permettersi di abortire, pagando e corrompendo i medici, o pagandosi costosi viaggi all'estero, al contrario delle donne povere che si trovano costrette a ricorrere a pratiche "domestiche" pericolose. Vietare l'aborto non significa impedirlo, significa far aumentare gli aborti clandestini in cui il rischio di mortalità della donna è estremamente elevato.

3. LA LEGGE 194/78

In Italia fino al 1978 l'interruzione volontaria di gravidanza era regolata dal Codice Penale, considerata reato contro la stirpe e punibile con reclusione fino ai dodici anni, a seconda del caso. È impossibile rilevare il numero preciso di aborti praticati illegalmente prima dell'approvazione della legge 194/78, che garantisce l'accesso legale all'interruzione volontaria di gravidanza: le cifre presunte, oscillanti tra i 100.000 e i 3.000.000 annui, divergono a seconda degli interessi delle parti che le divulgano. Il Gruppo di lavoro Per una medicina delle donne stima nella seconda edizione di "Noi e il nostro corpo" (1978) una probabile cifra di 3-400.000 aborti annui. Al tempo vi erano tre principali modi per le donne in Italia di ricorrere all'aborto: tramite istituzioni private o medici privati, i cui nomi venivano trasmessi da donna a donna, oppure metodi empirici, quali lavande o pozioni erboristiche, l'uso di aghi da calza o medicinali; questi ultimi erano gli unici accessibili a donne senza sufficienti mezzi economici per potersi permettere le prime due opzioni, le stesse a essere meno informate sui metodi

contraccettivi (comunque legalizzati solo nel 1971) e per questo maggiormente esposte al problema dell'accesso all'aborto.

Il dibattito che precede la stesura della legge verte sul tema di liberalizzazione versus legalizzazione. Fondamento della liberalizzazione erano le teorie femministe che riconoscevano l'aborto come diritto civile in capo alla donna, la cui massima espressione è stata la sentenza Roe vs Wade della Corte suprema americana del 1973, che colloca il diritto di aborto all'interno del diritto alla privacy e nega lo statuto di "persona" al feto, sancendo il principio di libera scelta della donna sulla propria sfera di intimità. La legalizzazione consiste invece nel processo legislativo che prevedeva la depenalizzazione parziale e la regolazione di termini, procedure, requisiti, diritti e doveri per interrompere la gravidanza. Al dibattito non mancavano poi gruppi femministi che non si riconoscevano in una legge sull'aborto, che per loro restava pur sempre una legge maschile, nella quale pesava l'assenza di un pronunciamento sulla differenza tra i sessi.

Le proposte di legge che andarono a susseguirsi a partire dal 1973 dimostrano come una totale liberalizzazione dell'aborto e l'abrogazione dell'illecito penale non sarebbero mai state possibili. Inoltre era obiettivo comune sia della Democrazia Cristiana che del Partito Comunista Italiano, entrambi partiti di maggioranza, evitare il referendum sull'aborto anticipandolo con una legge in materia che, proprio per il bisogno di tempi rapidi di approvazione, non poteva che essere di forte compromesso tra le differenti parti politiche al governo. La legalità dell'aborto si vuole decretare secondo una casistica specifica, al di fuori di un dibattito di tipo morale e religioso, negando la concessione dell'aborto come atto di libera scelta della donna, insistendo piuttosto sulla necessità di istituire una commissione medica con potere di giudizio su di esso.

L'approvazione della legge 194, dal titolo "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", arriva prima del mese di giugno del 1978, ovvero la data prevista per il referendum promosso dal Partito radicale. L'impostazione normativa della legge risulta

di carattere sanitario e non riconosce formalmente l'autodeterminazione della donna. Il diritto di abortire in quanto tale non viene riconosciuto e il diritto all'interruzione di gravidanza viene subordinato a determinate condizioni: la donna può abortire solo se "accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito" (art.4). Il che significa che formalmente l'aborto resta un reato, tranne nei casi stabiliti dalla legge.

Al di là delle sue contraddizioni teoriche, una delle principali difficoltà nell'implementazione pratica della legge trova la sua causa nell'articolo 9, che riconosce espressamente il diritto all'obiezione di coscienza, ovvero la possibilità di rifiutarsi di ottemperare a un dovere imposto dall'ordinamento giuridico da parte di chi ritiene che gli effetti che deriverebbero dalla sua ottemperanza sarebbero contrari alle proprie convinzioni etiche, morali e religiose; applicata alla legge 194 l'obiezione di coscienza permette al personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie di non prendere parte a procedure ed interventi per l'interruzione volontaria di gravidanza, previa dichiarazione del proprio stato di obiettore.

4. OBIEZIONE DI COSCIENZA IN ITALIA: ALCUNI DATI

Secondo l'ultima ricerca ISTAT in materia, pubblicata a gennaio 2019 con dati risalenti al 2017, sono obiettori di coscienza il 68,4% delle ginecologhe e dei ginecologi e il 45,6% degli e delle anestetiste; negli ultimi dieci anni il numero è aumentato di più del dieci per cento. La percentuale di obiettori varia poi da regione a regione: tra le altre, in Molise si registrano il 96,4% di medici obiettori, nella Provincia Autonoma di Bolzano l'85,2%, in Sicilia l'83,2% e in Veneto il 73,7%. L'articolo 9 della legge 194 prevede inoltre che gli enti ospedalieri e le case di cura assicurino comunque il servizio di

interruzione volontaria di gravidanza, ma oltre il 40% delle strutture (dati ISTAT 2016) non lo erogano, risultando effettivamente “fuorilegge”. Dovrebbe essere la regione a controllare a garantire che questo accada, anche tramite la mobilità del personale.

In molti altri casi, poi, il servizio di interruzione volontaria della gravidanza è assicurato da una sola persona: nel caso in cui il medico non obietto sia in ferie, in malattia o vada in pensione il servizio scompare.

Il risultato di questo vero e proprio abuso dell'obiezione di coscienza è che le donne si ritrovano spesso costrette a spostarsi di regione, se non addirittura andare all'estero, per poter abortire, sempre e comunque se hanno i mezzi per farlo. Non solo, in molti casi l'unica soluzione è ricorrere a un aborto clandestino, che priva della sicurezza che un'istituzione ospedaliera può dare per esempio in caso di complicazioni. A favorire l'aborto clandestino è anche la possibilità di accesso ai metodi farmacologici, principalmente la pillola Ru486, messa in commercio nelle strutture ospedaliere italiane dal 2009, che legalmente può essere somministrata solo in ambito ospedaliero e con obbligo di ricovero (non contemplato invece nel caso di intervento medico-chirurgico), di cui vi è un fiorente commercio illegale, anche attraverso Internet. Il numero effettivo di aborti clandestini ad avvenire oggi può essere solo stimato in base a modelli matematici; negli ultimi due anni essi indicano valori instabili, ma compresi tra i 10.000 e i 13.000 casi. L'aborto clandestino quindi esiste ancora e ancora risulta pericoloso per coloro costrette a ricorrervi, che sono principalmente donne straniere prive di assistenza medica per le quali l'interruzione volontaria di gravidanza in ospedale costa 1200 euro, donne straniere vittime di tratta costrette a prostituirsi e fatte abortire di nascosto dai loro sfruttatori, donne italiane che di fronte a liste di attesa di settimane o che non potendo compiere il viaggio necessario per trovare un medico non obietto cercano qualcuno che faccia loro a pagamento ciò che lo Stato non riesce a garantire.

5. PERCHÈ COSÌ TANTI MEDICI SI DICHIARANO OBIETTORI?

Alla luce di numeri così elevati, sorge spontaneo domandarsi perché ci sono così tanti obiettori di coscienza in un Paese dove secondo una ricerca dell'Eurispes (2011) l'82% dei cittadini è favorevole all'interruzione volontaria di gravidanza? È possibile che una maggioranza così alta di ginecologhe e ginecologi siano così legate e legati alla religione?

Maria Anna Sabelli, ginecologa non obiettrice che ha lavorato per quarant'anni alla Macedonio Melloni di Milano racconta: "Si diventa obiettori perché questo facilita la carriera, crea situazioni di consenso maggiori e condizioni lavorative più gradevoli. Certo, c'è una minoranza di persone che lo fa per convinimenti etici, ma saranno un dieci per cento. Firmare per l'obiezione di coscienza conviene per il consenso sociale, per la carriera e per la qualifica del lavoro svolto". Sabelli descrive come si fa immediatamente capire ai giovani medici che dichiararsi obiettori aumenta le loro possibilità di assunzione: "Agli specializzandi era proibito di assistere alle interruzioni volontarie di gravidanza, e quelli che insistevano per assistere erano redarguiti, così cominciavano a capire che aria tirava, e poi alla fine sono stati assunti solo gli obiettori". Sottolinea anche come la qualità del lavoro svolto può essere facilmente compromessa dalla situazione in cui ci si trova: "Nel mio ospedale nel 1998 i non obiettori erano 14 su 28 medici, dieci anni dopo eravamo rimasti in cinque; tutto questo nell'ambito di un trend nazionale in cui si sono ridotti notevolmente i numeri di non obiettori presenti in ospedale. Il risultato è che ci veniva richiesto di praticare un numero di interventi giornalieri nettamente più alto di quello suggerito dalle società internazionali, il che aumentava il rischio di complicanze".

La dottoressa Monica Rossi ha confessato in una sua testimonianza di essere diventata obiettrice per una scelta forzata e paradossalmente contraria alla sua coscienza. Nonostante fosse una sostenitrice del diritto all'aborto, che ha praticato per anni, non reggeva più i turni massacranti: "Volevo aiutare le donne, ma quella era una catena di montaggio, il reparto

era, ed è ancora, in sottoscala, non avevi il tempo di respirare, di avere un contatto con le pazienti. Eravamo quelli del "lavoro sporco", da tenere il più lontano possibile dagli altri padiglioni. L'aborto era soltanto chirurgico, c'era ancora molta clandestinità, le donne si presentavano con emorragie da aborti casalinghi. Erano spaventate, avevano dolori tremendi." dice riguardo ai sei anni di lavoro al San Camillo di Roma. Viene poi spostata al Regina Elena, e lì crolla: "Non ne potevo più di fare aborti. Incatenata a quel reparto dove eravamo soltanto in due per centinaia di interventi. Senza ferie, senza riposi, ogni giorno a contatto con il dolore delle donne. Ero a pezzi. Per sopravvivere ho fatto obiezione di coscienza: proprio io che tanto avevo difeso la legge".

Silvia de Zordo, antropologa e ricercatrice postdottorale all'Università di Barcellona, ha effettuato, nel periodo 2012-2013, una ricerca antropologica sui motivi dell'obiezione di coscienza di ginecologi e ginecologhe in quattro ospedali pubblici (due a Milano e due a Roma), ottenendo risultati che sintetizzano efficacemente la situazione italiana.

Risulta, come prevedibile, che la religiosità individuale non spiega totalmente l'obiezione di coscienza: tra i non obiettori vi sono infatti anche medici religiosi e molti obiettori e obiettrici spiegano la loro scelta con motivazioni diverse da essa.

Come già portato alla luce dall'intervista a Maria Anna Sabelli, vi è una forte discriminazione sul posto di lavoro da parte sia di colleghe e colleghi che del primario obiettore, il che frena in particolare i giovani specializzandi dal non dichiararsi obiettori, per paura di ripercussioni su assunzione e carriera. Manca la formazione per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza negli ospedali dove studiano e fanno tirocinio i futuri/giovani medici, principalmente nei casi in cui il primario di reparto è obiettore.

Da un punto di vista tecnico, l'interruzione volontaria di gravidanza, in particolare nel primo trimestre, è un'operazione molto semplice e considerata dal personale medico "monotona"; appurato che nella maggioranza dei casi i medici non obiettori si ritrovano costretti a effettuare quasi esclusivamente procedure di aborto, dichiarare l'obiezione di

coscienza significa per loro riuscire a prendere parte anche a procedure più complicate, il che favorirebbe anche il loro avanzamento di carriera.

In Italia l'interruzione volontaria di gravidanza è l'unica procedura medica che non offerta anche in "intramoenia", ovvero in quanto prestazione erogata al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa; l'importanza dell'aspetto monetario, ovvero della gratificazione economica è dimostrata dai vari casi di ginecologi che si dichiarano obiettori, o che lavorano in ospedali che non offrono IVG, che praticano invece IVG a pagamento nelle loro cliniche private.

La stigmatizzazione, sia nei confronti dell'aborto stesso che delle gravidanze indesiderate ha grande rilevanza nella decisione di dichiararsi obiettori. Molti, anche tra gli operatori e operatrici della 194, definiscono l'aborto come un lavoro "sporco", a dimostrazione del forte stigma sociale che lo riguarda ancora presente nella mentalità tradizionale italiana, che influenza non solo coloro che lavorano nei reparti di ginecologia-ostetrica, ma anche le donne stesse. L'altro stigma riguarda le gravidanze indesiderate: dati i molti metodi contraccettivi disponibili per prevenirle e quindi prevenire l'aborto, i medici si chiedono: "Perché le donne non li usano?" e vedono nelle richieste di IVG un "fallimento" della sanità italiana. Tuttavia in pochi prendono in considerazione che il problema è spesso economico: non tutte le donne possono permettersi la pillola mensile o altri metodi; inoltre manca educazione sessuale a livello scolastico e rispetto ad altri paesi europei gli uomini partecipano meno alla contraccezione "sicura", facendone ricadere quasi interamente la responsabilità sulle donne.

Siccome nell'ultimo periodo la medicina sta diventando difensiva, con l'aumento di denunce da parte di pazienti, la tendenza è di evitare pratiche che potrebbero essere considerate "problematiche"; tra queste figura senz'altro l'IVG, oggetto di contestazione o denuncia da parte di colleghi obiettori.

Tematica di grande discussione è anche l'interruzione volontaria di gravidanza nel secondo semestre, regolamentata dall'articolo 6 della legge

194: è possibile ricorrervi "a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna". Tuttavia la legge non esplicita le malformazioni da considerarsi "rilevanti", lasciandole alla valutazione caso per caso del medico insieme alla donna. Siccome tra screening pre-natali ed ecografie, l'attenzione del ginecologo o della ginecologa si focalizza quasi esclusivamente sul feto, mentre la donna è sempre meno in primo piano, e data la mancanza, in Italia, di aggiornamento e formazione tecnica in questo campo (dalla sedicesima settimana le donne vengono sottoposte ad un travaglio abortivo indotto, in sostanza un parto in tutto e per tutto), anche questa problematica diventa ragione per dichiarare l'obiezione di coscienza. In conclusione, le motivazioni per cui ginecologi e ginecologhe decidono di dichiararsi obiettori sono molte e disparate, ma senza dubbio alla base della maggioranza di esse vi è un problema di cultura, legato alla tradizionale cultura patriarcale e in parte dovuto alla forte influenza che la Chiesa ha e ha sempre avuto in Italia. È probabile che se la legge 194 fosse fatta veramente rispettare in tutte le sue parti (ritornando al problema che in più del 40% delle strutture non si pratica l'interruzione volontaria di gravidanza), o magari, come in Svezia, vi fosse una specie di selezione a monte tra gli specializzandi in ginecologia-ostetricia, dove viene loro consigliato di scegliere un'altra specialità se contrari all'aborto, la situazione potrebbe migliorare, ma ciò che forse permetterebbe davvero un cambiamento significativo è il superamento degli ostacoli culturali posti dalla mentalità conservatrice e tradizionalista italiana.

6. CONSIGLIO D'EUROPA: L'EUROPA CHIEDE ALL'ITALIA ATTI CONCRETI

Dopo l'indagine sullo stato dei diritti delle cittadine, partita a seguito della denuncia da parte della Cgil e dall'International Planned Parenthood Federation European Network per la mancata applicazione della legge 194 quarant'anni dopo la sua promulgazione, e la conseguente violazione della Carta sociale europea (1996, ratificata dall'Italia nel 1999) e in particolare il diritto alla salute delle donne da essa sancito, il Comitato europeo per i diritti sociali di Strasburgo richiama l'Italia a fine gennaio 2019. Viene sottolineato come anche se la situazione possa sembrare migliorata, persistono grandi disparità per quanto riguarda l'accesso all'interruzione di gravidanza a livello locale, dovuta alla mancanza di una distribuzione omogenea di medici non obiettori sul territorio nazionale. Viene anche evidenziata una "discriminazione nei confronti dei medici non obiettori", vittime di mobbing (molestie morali) contro cui il governo italiano non ha intrapreso alcuna azione, né preventiva né di sensibilizzazione al problema.

Strasburgo richiede quindi all'Italia atti concreti; il governo dovrà presentare le misure prese per assicurare la completa applicazione della legge entro ottobre 2019.

7. DONNE MIGRANTI: L'ACCESSIBILITÀ ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Parte integrante di un'analisi sull'accesso al diritto all'aborto in tempi recenti in Italia non può che essere la possibilità di accedere ad esso da parte delle donne migranti. Questo in particolare perché i flussi migratori recenti sono caratterizzati da una forte presenza femminile, donne giovani, prevalentemente in età fertile e con tassi di natalità maggiori rispetto a quelli italiani ed europei.

Il primo problema che le donne migranti si trovano a dover affrontare è la mancanza di informazione. Da alcune analisi risulta che un terzo delle donne straniere che si sono rivolte ai servizi per l'interruzione volontaria di gravidanza non era precedentemente consapevole dell'esistenza di una legge in Italia che garantisce alle donne di abortire gratuitamente. Questo dato viene confermato esaminando l'iter che queste donne affrontano da quando decidono di interrompere la gravidanza fino all'intervento: l'effettiva conoscenza dei servizi offerti dal sistema sanitario italiano è fortemente limitata, solitamente vengono in contatto con queste informazioni soprattutto grazie al passaparola con conoscenti e amiche.

Oltre al grave deficit per quanto riguarda le informazioni sull'accesso all'aborto, a mancare tra le donne migranti è anche l'educazione sessuale, in particolare in tema di prevenzione delle gravidanze indesiderate. Infatti il 50% delle intervistate dichiara di essere rimasta incinta nonostante l'uso di metodi contraccettivi sicuri: questo significa che probabilmente sono stati usati erroneamente. Inoltre la maggioranza di queste donne utilizzano il metodo del "coito interrotto", la cui inefficacia contraccettiva è stimata tra il 10-18%, in confronto alla pillola anticoncezionale la cui percentuale di insuccesso è tra lo 0.02-0.8%.

Analizzando i dati risultano due principali differenze tra donne straniere e donne italiane che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza: il tasso di abortività delle donne migranti risulta circa 2-3 volte più alto rispetto alle italiane (media che si alza a 3.5 volte per le donne di età compresa tra i 20 e 24 anni), e mentre le italiane che hanno praticato un aborto volontario tendono a non ripetere l'esperienza, le straniere vi fanno ricorso più volte, in media una volta e mezza a testa nell'arco della vita, media che si alza a più di due volte nel caso di alcune nazionalità, tra cui quella nigeriana. Pur essendo il fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza ripetute preoccupante, bisogna tener conto del fatto che queste donne provengono da Paesi in cui i tassi di abortività sono più alti rispetto all'Italia, ed è quindi conseguenza naturale il fatto che vi facciano ricorso frequentemente anche una volta che si sono spostate.

Più significativo è il fatto che l'aver o meno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza in precedenza per la gran parte dei casi non ha condizionato il ricorso alla contraccezione per prevenire la gravidanza successiva. Tuttavia, le donne che hanno effettuato almeno un aborto in Italia hanno mostrato una tendenza inversa e utilizzano metodi più efficaci, il che sottolinea l'importante ruolo che l'entrata in contatto con i consultori e altri servizi possono avere nella diffusione di informazioni riguardanti la prevenzione delle gravidanze indesiderate. Infatti per molte donne migranti l'interruzione volontaria di gravidanza è il primo accesso ai servizi sanitari italiani, e quindi l'occasione per informarle relativamente a prevenzione e pianificazione delle nascite.

Forte tendenza tra le donne migranti è il prevalente affidamento a consultori, a cui secondo i dati nazionali del 2003 fa affidamento circa il 50% di straniere, contro il 29% delle italiane; dato che non stupisce data la minore presenza di barriere socio-economiche all'accesso a essi e alla presenza di mediatrici culturali.

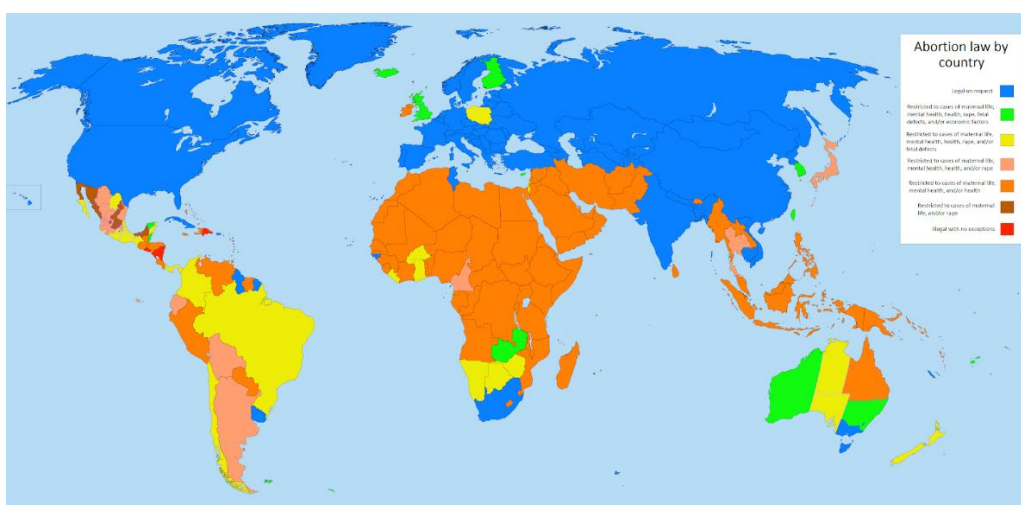
I dati sopracitati sono comunque parzialmente limitati, essendo essi ricavati da interviste a donne straniere che hanno innanzitutto avuto accesso all'aborto in strutture sanitarie italiane e di conseguenza in possesso di documenti che regolarizzano la loro permanenza sul territorio nazionale.

Si rende quindi necessario tener conto di diverse variabili che condizionano la possibilità dell'accesso a cure mediche da parte delle donne; come primo punto la sussistenza del diritto all'accesso, ovvero l'esistenza e l'effettiva applicazione di disposizioni di legge che permettano l'accesso ai servizi sanitari per donne migranti regolari e irregolari, per esempio la Regione Emilia Romagna dichiara con l'articolo 13 della Legge Regionale numero 4 del 24 marzo 2004 "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati": *"Alle donne immigrate è garantita la parità di trattamento con le cittadine italiane e la tutela sociale ai sensi della legislazione sui consultori familiari, promuovendo e sostenendo servizi socio-sanitari attenti alle differenze culturali"*. Seconda variabile è la consapevolezza di avere tale diritto, di cui si è già discusso precedentemente. Ultima variabile è l'effettivo

esercizio del diritto, in particolare nei riguardi della fruibilità reale di tali servizi, in relazione alle differenze linguistico/culturali, quindi alla presenza o mancanza di una mediazione culturale e di un'adeguata formazione di operatrici e operatori al lavoro interculturale e infine alla disomogeneità nell'applicazione delle normative di accesso al Servizio Sanitario Nazionale specie per le utenti irregolari.

La mancata o difficoltosa applicazione della legge 194 nelle strutture pubbliche tende a colpire soprattutto le donne migranti, che si ritrovano quindi costrette a ricorrere all'aborto clandestino. La stima degli aborti clandestini tra donne straniere, rilevata per la prima volta nella relazione del ministero della Salute dell'ex ministra Lorenzin con informazioni risalenti al 2016, risulta compresa tra i 3000 e i 5000. Se si mette in relazione questo dato al fatto che il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne straniere, corrispondente, sempre nel 2016, al 30% del dato nazionale, è in diminuzione rispetto agli anni precedenti (circa il 31% nel 2015 e il 33% nel 2014), è plausibile supporre che sia invece cresciuta la percentuale di donne ritrovatesi costrette ad abortire clandestinamente poiché senza documenti.

8. NEL MONDO: IL DIRITTO ALL'ABORTO SOTTO ATTACCO



Il diritto all'aborto è sotto attacco ovunque nel mondo, specialmente dopo l'avanzata delle destre al governo. Attacchi al corpo e all'autodeterminazione delle donne vengono portati avanti da fazioni e politici di estrema destra, reazionari, ultra-cattolici e omofobi.

8.1 Gli Stati Uniti contro le donne.

Dall'elezione di Trump, la situazione negli Stati Uniti è particolarmente drammatica. Uno tra i casi recenti e che hanno fatto più scalpore, è stato quello relativo alla risoluzione del Consiglio di Sicurezza dell'ONU contro lo stupro come arma di guerra. Trump aveva minacciato il veto sul testo finale a causa di supposte "questioni etiche" inerenti il linguaggio del documento, il quale parlava di "assistenza alla salute sessuale e riproduttiva" delle vittime di violenza sessuale in contesti bellici e faceva riferimento a "questioni di genere".

Secondo Trump, l'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva avrebbe implicato l'assistenza alle vittime presso cliniche e consultori, di fatto consentendo e sostenendo l'aborto, mentre il riferimento al "genere" sarebbe stato un lasciapassare per la fantomatica quanto inesistente "ideologia gender" e avrebbe comportato maggiori diritti per le persone transgender.

La risoluzione, pur condannando la violenza sessuale nel contesto bellico, è stata infine approvata cancellando questi riferimenti per evitare il veto USA, di fatto annacquando il testo e il senso originali.

Stephanie Johanssen, della Women's Refugee Commission, ha definito la risoluzione "un passo indietro" per via dello stralcio del passaggio sulla salute riproduttiva.

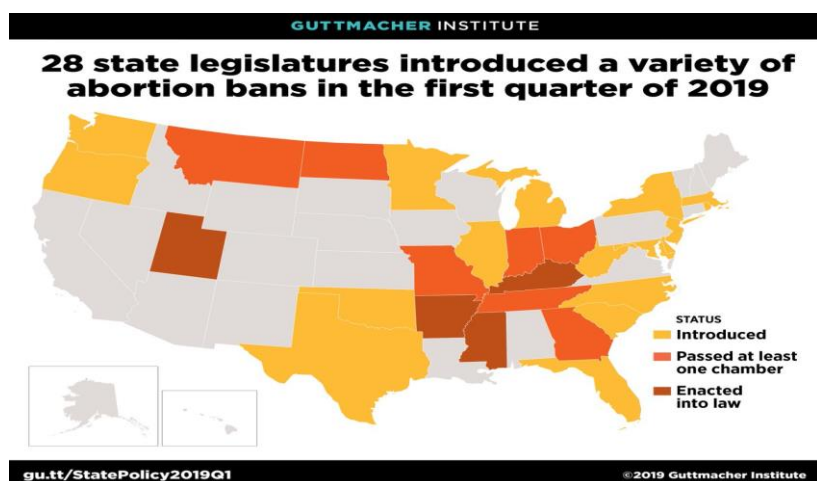
Già nel 2017 l'amministrazione Trump aveva bloccato i finanziamenti del governo federale degli Stati Uniti alle ONG internazionali che lavorano per la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare, l'interruzione volontaria di gravidanza, la contraccezione e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Questa decisione è stata fermata da un giudice

federale nel gennaio 2019.

Ad oggi, su cinquanta stati americani, oltre una dozzina hanno tentato di mettere fuori legge gli aborti dopo sei settimane di gestazione (prima che molte persone si rendano conto di essere incinte), sedici hanno introdotto delle misure per restringere l'accesso all'aborto, sei hanno lasciato una sola clinica per aborti.

In Kentucky, Mississippi, Ohio e Georgia, con i cosiddetti *"heartbeat bill"*, l'aborto è vietato da quando è possibile rilevare il battito cardiaco del feto, cioè dopo le sei settimane. Gli heartbeat bill sono in vigore già dal 2013 in Iowa e North Dakota. L'espressione "battito cardiaco", considerata strumentale dagli oppositori della legge, è poi impropria: a sei settimane l'embrione pulsa, ma non ha un organo cardiaco vero e proprio.

8.2 Ma perché tutte queste leggi contro l'aborto negli USA?



Nonostante l'approvazione di queste leggi contro l'aborto (non ancora in vigore perché bloccate dai tribunali o al centro di azioni legali), esso resta legale a livello federale, come stabilito dalla sentenza della Corte Suprema *Roe vs Wade* del 1973, che ha sancito il diritto di aborto dichiarando incostituzionali le leggi che lo proibivano.

Tuttavia, il fatto che l'aborto sia reso legale da una sentenza e non da una legge ha comportato alcune problematiche: non esiste una legge univoca che ne regoli le modalità in tutti gli Stati Uniti, cosicché ogni Stato ha le proprie norme che stabiliscono criteri e limiti entro i quali poter interrompere

una gravidanza.

La speranza degli anti-choice americani è parte di una strategia complessiva organizzata dei movimenti anti-abortisti: arrivare di fronte alla Corte Suprema per contestare il precedente stabilito dalla sentenza Roe vs Wade. Se infatti molti Stati cominceranno a mettere in discussione tale sentenza, la Corte Suprema dovrà intervenire per risolvere la controversia e potrebbe anche rivedere la sua precedente decisione a favore dell'aborto, cosa non improbabile vista l'attuale maggioranza di giudici supremi conservatori e repubblicani.

Eppure i dati parlano chiaro: secondo i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie, attualmente gli aborti negli USA sono ai minimi storici: tra il 2006 e il 2015 il tasso è diminuito del 26 per cento. Ma la ragione non è una legislazione più restrittiva in materia, bensì un migliore accesso alla contraccezione: quando i contraccettivi sono maggiormente disponibili, il ricorso all'aborto diminuisce.

Inoltre, mentre gli antiabortisti esaltano la genitorialità di contro al ricorso all'aborto, i dati del Guttmacher Institute (che si occupa di politiche sull'aborto negli USA), mostrano che il 59% delle donne che decide di abortire ha già dei figli.

8.3 Un problema globale

Per dare un'idea di quanto gli attacchi al diritto all'aborto rappresentino una problematica a livello globale, citeremo alcuni Paesi che recentemente hanno introdotto misure fortemente restrittive al riguardo, spesso divisi tra battaglie legislative anti-choice e mobilitazioni della società civile a sostegno dell'autodeterminazione delle donne.

- **MISSOURI:** il governatore repubblicano Parson ha firmato la legge che vieta l'aborto dopo 8 settimane di gravidanza (il limite precedente era di 22 settimane). La legge, che entrerà in vigore ad agosto, consente di abortire solo in caso di emergenza medica e non fa eccezione in caso di stupro o incesto. I medici che praticano l'aborto

dopo le 8 settimane potranno essere condannati a 15 anni di carcere, le donne che lo ricevono non verranno invece perseguite. Recentemente, il dipartimento statale della sanità aveva deciso di non rinnovare la licenza all'unica clinica che pratica l'aborto in Missouri per vari problemi sanitari contestati durante un controllo (a cui erano sottesi chiari motivi politici, sull'onda delle restrizioni legislative), ma un giudice ha concesso alla clinica di continuare provvisoriamente la sua attività: questa decisione, qualora attuata, avrebbe reso il Missouri il primo stato del Paese senza accesso ai servizi di aborto dal 1974.

- **ALABAMA:** il Senato ha approvato una legge severissima contro l'aborto, dichiarato illegale anche in caso di stupri o incesti, possibile solo in caso di rischio di vita per la donna o di "anomalia letale" del feto. Prevede pene carcerarie pesantissime (da 10 a 99 anni) per i medici che praticano l'aborto o che solo tentano di praticarlo. 10 anche solo se tentano di praticare.
- **LOUISIANA:** il 29 maggio 2019 la Louisiana si unisce al gruppo di Stati americani conservatori che hanno adottato misure restrittive sull'aborto. Con 79 voti a favore e 23 contrari viene votata la legge che vieta l'aborto oltre la sesta settimana (da quando è possibile rilevare il primo battito cardiaco del feto). Non è prevista nessuna eccezione neanche in caso di stupro o incesto, e i medici che praticano l'interruzione volontaria di gravidanza rischiano due anni di carcere. Già prima di questa legge, in Louisiana il diritto all'aborto ha subito un grave colpo: delle 17 cliniche che esistevano a inizio anni '90, ne sono rimaste attive solo tre.
- **IRLANDA:** nel 2018 si svolge il referendum per l'abrogazione dell'articolo 8 della Costituzione sulla tutela del nascituro del 1983, il quale vietava l'aborto (punito con 14 anni di carcere) tranne in circostanze eccezionali di pericolo di vita per la madre. Al referendum trionfa il "sì" con il 66,4% di voti favorevoli: un voto storico in un paese di secolari tradizioni cattoliche. Il voto è stato

oggetto di forti e diffuse contrapposizioni: fra aree urbane tendenzialmente 'pro-choice', donne in testa, e zone rurali a impronta antiabortista; ma anche fra generi, fra establishment e outsider, nonché fra una generazione e l'altra, con gli anziani più inclini verso il no, i giovani e l'età di mezzo verso il sì, e uno zoccolo duro non irrilevante di giovanissimi di nuovo attratto dagli argomenti pro-life.

- **ARGENTINA:** nel 2018 il Senato respinge la legge sull'ivg approvata dalla Camera. La normativa attuale autorizza l'aborto solo se la gravidanza è causata da uno stupro o se costituisce un pericolo di vita per la madre. Secondo la legge, un "no" del Senato significa che per un anno non si può ripresentare una proposta di legge sullo stesso tema. L'Argentina, Paese di numerose morti per aborti clandestini, a partire dal 2016 ha visto l'emergere del movimento femminista transnazionale Ni Una Menos, diffusosi poi in tutto il mondo.
- **EL SALVADOR:** è lo Stato con la legge più restrittiva. Le donne che abortiscono, anche se subiscono un aborto spontaneo, rischiano fino a 30 anni di carcere.

*"Il codice penale prevede la condanna da due a otto anni di reclusione per le donne che abortiscono, ma in realtà i giudici considerano spesso l'interruzione di gravidanza come un omicidio aggravato punito dunque con pene che vanno dai 30 ai 50 anni di prigione: anche nei casi di aborto spontaneo."*³

- **POLONIA:** dal 1993, la legge approva l'interruzione volontaria di gravidanza entro la 24esima settimana, ma solo in specifiche circostanze: quando la gravidanza mette a repentaglio la vita o la salute della donna, quando esami prenatali e analisi indicano la presenza di una grave malformazione del feto o il rischio di una malattia incurabile che ne minaccia la vita, nel caso in cui il feto sia stato concepito a seguito di un abuso. La donna che desidera

³ ilPost, *In El Salvador un'altra donna rischia il carcere per la terribile legge sull'aborto*, 13 novembre 2018.

abortire necessita comunque di un certificato rilasciato da un medico o da un pubblico ministero. Nella realtà dei fatti, l'accesso all'aborto è ancora più limitato a causa di procedure arbitrarie e illegali degli ospedali, esecuzione abusiva dell'obiezione di coscienza, mancanza di informazioni adeguate per i pazienti, criminalizzazione dell'aborto, ambiente stigmatizzante e un forte "effetto intimidatorio" sui medici. Secondo alcuni studi, ogni anno nel paese avvengono tra gli 80mila e i 200mila aborti clandestini e molte donne sono costrette ad andare in Germania o in Repubblica Ceca per interrompere la gravidanza. A inizio del 2018, il Parlamento ha respinto l'ennesima proposta per la liberalizzazione dell'aborto: la cosiddetta "legge Salva donne", la quale avrebbe consentito di abortire senza restrizioni fino alla dodicesima settimana di gravidanza, offrendo un migliore accesso alla contraccezione d'emergenza, alle cure mediche e all'educazione sessuale. In contemporanea, il partito polacco di destra Diritto e Giustizia ha presentato la proposta di legge "Stop Abortion" volta a vietare l'aborto anche nel caso in cui il feto sia colpito da malattia incurabile o grave malformazione. Già nel 2016 la Polonia era stata scossa da forti proteste (le cosiddette "proteste in nero"), a causa dell'approvazione di un disegno di legge - poi respinto - volto a vietare l'aborto in qualsiasi circostanza.

- **CILE:** uno dei sei paesi al mondo che proibiva l'aborto in qualsiasi caso, ma nel 2017 viene approvata una legge che in parte lo depenalizza e lo rende praticabile in tre circostanze: in caso di rischio per la vita della donna, di difetti congeniti del feto che portano alla morte e in caso di stupro. In realtà, il Cile aveva legalizzato l'aborto per motivi medici nel 1931, 18 anni prima che venisse permesso alle donne di votare. Ma durante la dittatura del generale Augusto Pinochet l'interruzione di gravidanza era stata vietata in tutte le circostanze e questa posizione è stata ed è tuttora sostenuta dalla chiesa cattolica, che ha nel paese una grande influenza. Fino al 2017, le donne cilene che abortivano potevano essere punite

con il carcere fino a cinque anni, ma l'aborto veniva comunque praticato in modo illegale. Le donne che potevano permettersi di viaggiare andavano ad abortire nella vicina Argentina o altrove. Quando gli aborti illegali fallivano o c'erano delle complicazioni, le donne cilene spesso sceglievano di non rivolgersi alle strutture ospedaliere poiché la legge obbligava i medici a denunciare le pazienti e a chiamare la polizia. Si stima che in Cile vengano eseguiti 120 mila aborti clandestini ogni anno: la maggior parte dei quali con il misoprostolo, farmaco che viene acquistato sul mercato nero.

8.4 Le mozioni Anti-Aborto nei comuni italiani: il caso di Verona.

Il 5 ottobre viene approvata dal consiglio comunale di Verona la mozione 434 che la dichiara "città a favore della vita", e adotta alcune iniziative "per la prevenzione dell'aborto e il sostegno alla maternità". Il via libera alla mozione è stato dato in concomitanza con il 40esimo anniversario della legge 194 del 1978. Con tale mozione, il consiglio impegna il sindaco e la giunta su tre obiettivi specifici: il finanziamento ad associazioni abortiste, la promozione del progetto "Culla segreta", la proclamazione ufficiale di Verona come "città a favore della vita".

"Culla segreta" è un progetto della Regione Veneto che consiste in un manifesto da collocare all'interno dei consultori per segnalare la possibilità di partorire in modo sicuro e anonimo negli ospedali.

Nel documento approvato dal Comune vengono espresse posizioni molto conservatrici sull'interruzione di gravidanza: si parla ad esempio di "uccisioni nascoste" in riferimento a "pillole abortive", ossia la contraccezione d'emergenza. Mozioni analoghe sono state proposte anche in altre città italiane, come Roma, incontrando la forte opposizione del movimento Non Una di Meno.

9. COSA SUCCEDA REALMENTE QUANDO UN PAESE VIETA L'ABORTO?

Ma quali sono le reali conseguenze di una legislazione restrittiva sull'aborto? Cosa accade quando uno Stato tenta di controllare i diritti riproduttivi?

A titolo esemplificativo possiamo ripercorrere brevemente la storia della Romania, che per decenni ha costituito un vero e proprio banco di prova di ciò che può accadere quando un Paese decide di vietare l'aborto. Nel 1966 Ceaucescu bandì l'accesso all'aborto e alla contraccezione, nel tentativo di accrescere la popolazione del Paese.

Inizialmente la strategia sembrò funzionare: l'anno successivo, il numero medio di bambini nati passò da 1,9 a 3,7. Tuttavia le donne rumene trovarono ben presto il modo di aggirare il divieto e i tassi di natalità tornarono a calare: erano soprattutto le donne ricche a potersi permettere di abortire corrompendo i medici, mentre le donne con un basso reddito e appartenenti a gruppi sociali svantaggiati si ritrovarono costrette a ricorrere ad aborti domestici, non sicuri e illegali. La mortalità materna salì alle stelle, raddoppiando tra il 1965 e il 1989: si contano circa 10.000 donne morte a seguito di procedure abortive non sicure.

La legge rumena voluta da Ceaucescu non portò al raggiungimento dell'obiettivo sperato di aumentare drasticamente la popolazione. Un'altra conseguenza del divieto di abortire in Romania fu la consegna di centinaia di migliaia di bambini agli orfanotrofi statali.

Charles Nelson, professore di pediatria alla Harvard Medical School e autore di *Romania Abandoned Children*, ha esaminato l'impatto che gli orfanotrofi della Romania hanno avuto sui bambini nella Romania post-comunista e ha scoperto che molti sono stati lasciati con gravi problemi di sviluppo e problemi di salute mentale. Per alcuni, il loro confinamento negli orfanotrofi aveva avuto anche un impatto fisico sulle dimensioni del loro cervello.

In conclusione, la storia della Romania funge da ammonimento: rendere

illegale l'aborto non impedisce che ciò accada. Nelle nazioni in cui l'accesso all'aborto è limitato, non si avrà necessariamente un aumento delle nascite, ma si avranno sicuramente molte più morti femminili. In tutto il mondo, il 5-13% della mortalità materna deriva da un aborto non sicuro.

10. PRATICHE MUTUALISTICHE E DI SOLIDARIETÀ RECIPROCA: AUTOGESTIONE E AUTO-ORGANIZZAZIONE NEI MOVIMENTI FEMMINISTI

Mentre battaglie giuridiche e legislative vengono combattute sui loro corpi, le donne si mobilitano. Con gli anni Settanta, il corpo delle donne è al centro della problematica sociale e del dibattito nei movimenti femministi, in particolare per quanto riguarda l'autodeterminazione e i diritti riproduttivi. Una delle basi del discorso è la salute sessuale e riproduttiva: le donne realizzano di non avere informazioni sui loro corpi e su come essi funzionano, a conseguenza di una maggioranza di medici accomodanti e paternalistici che si limitano a dar loro giudizi, senza offrire una anche minima educazione e condivisione di saperi. Le donne si ritrovano in cui parlare e confrontare esperienze, in particolare sotto forma dei gruppi femministi di *self-help* (auto-assistenza) dove ci si riappropria della propria corporeità sessuata tramite diverse modalità di auto-visita e auto-cura, per mezzo dell'osservazione del proprio corpo, di sperimentazioni di cure alternative e naturali ai farmaci, nonché tramite la raccolta e la diffusione di informazioni sulla salute delle donne, in un clima di autogestione. Uno dei più importanti testi sul tema della salute femminile a livello mondiale è “*Our Bodies, Ourselves*” (1971), originariamente pubblicato da The Boston Women's Health Book Collective; inizialmente un corso di lezioni per le donne, nato dall'approfondimento di argomenti che coloro che facevano parte del collettivo ritenevano più necessari per conoscere al meglio il proprio corpo in un'epoca di totale disinformazione, e successivamente pubblicato in forma di libro in modo da renderlo disponibile a un pubblico di donne più ampio. Nel volume vengono trattati temi quali la sessualità

femminile, le malattie veneree, la violenza carnale, l'aborto, la maternità in quanto scelta, l'omosessualità femminile, la menopausa, ampliati anche grazie alle testimonianze di molte donne che hanno condiviso con il collettivo le proprie esperienze; con la traduzione in diverse lingue (la sua seconda edizione, risalente al 1978, è stata pubblicata in Giappone, Italia, Francia, Svezia, Olanda, Danimarca, Grecia, Gran Bretagna, ma ha successivamente raggiunto vari altri Stati) venivano apportate modifiche per quanto riguardava riferimenti alla situazione negli Stati Uniti che sarebbero risultati poco significativi per le donne di altri Paesi e aggiungendo invece informazioni sulle diverse situazioni a seconda dello Stato; per esempio, nella versione italiana, il Gruppo di lavoro Per una medicina delle donne ha aggiunto parti riguardanti l'aborto e l'assistenza sanitaria in Italia, in cui viene tra l'altro commentata proprio una delle ipotesi di legge in tema di aborto risalente al 1977, e si cominciano già a riscontrare criticità sulla stessa.

Per quanto riguarda l'aborto, prima della sua parziale depenalizzazione con la legge 194, molti movimenti e gruppi femministi, riconoscendolo in quanto diritto fondamentale della donna, si organizzano. Ci si muove in due principali direzioni: quella dell'informazione e quella dell'autogestione. Per quanto riguarda l'informazione, lo scopo è far sì che le donne che si recano da un abortista illegale siano a conoscenza dei metodi abortivi a disposizione in modo da essere in grado di accorgersi se la pratica proposta le metterebbe in pericolo di vita e avere il coraggio di andarsene e rivolgersi ad altri. I metodi che mettono a rischio la vita della donna vengono elencati in *"Our Bodies, Ourselves"*: il raschiamento non asettico, il metodo del catetere, l'irrigazione violenta, aria pompata nell'utero. A muoversi su questo fronte in Italia sono il Movimento di liberazione della donna (MLD) e il Centro d'informazione sulla sterilizzazione e sull'aborto (CISA), col libro *"Aborto: facciamolo da noi"* (1975). L'aborto diventa anche pratica autogestita e pratica politica. Molte femministe appartenenti al CISA e al MLD fanno mesi di tirocinio, assistendo medici del CISA o imparando tecniche all'estero, soprattutto in Francia, in modo da poter praticare il

metodo Karman (ovvero l'aborto per aspirazione) in sicurezza, senza scopo di lucro come buona parte degli abortisti illegali, ma con uno scopo politico. Questo aspetto viene sottolineato in un'intervista del 1975 ad alcune donne dell'MLD: "Sia chiaro che non siamo né vogliamo essere un'associazione di beneficenza ma facciamo questo con uno scopo politico, chiedere alle donne un contributo politico, indicando quanto al gruppo tra strumenti, viaggi, telefonate ecc., costa in media un intervento, lasciando poi libere le donne di decidere quello che ci vogliono dare, secondo le loro possibilità"¹. Lo stesso accade negli Stati Uniti con il "Jane" (ufficialmente denominato The Abortion Counseling Service of Women's Liberation), nato come gruppo clandestino di riferimento a Chicago, su base telefonica, che indicava alle donne da chi recarsi per abortire in sicurezza, i cui membri decidono poi di imparare ad eseguire loro stessi gli aborti. Viene inoltre sempre sottolineato che "l'abortista più inesperta di tutti è la donna stessa", in modo da scoraggiare l'aborto autoindotto, poiché solitamente compiuto senza le conoscenze necessarie e utilizzando metodi pericolosi, quali traumi al basso addome e strumenti affilati di vario tipo per mutilare (spesso un appendicite, che diventa simbolo della disperazione delle donne), che si rivelano inutili.

11. OBIEZIONE RESPINTA: SUI NOSTRI CORPI DECIDIAMO NOI!

Con l'evoluzione della legislatura, della società e delle necessità delle donne, evolvono e allo stesso tempo continuano anche le pratiche di autogestione nei gruppi femministi; in particolare saranno analizzate esperienze in ambito italiano.

La Queersultoria, nata dal percorso politico del collettivo Fuxia Block (estintosi nel 2016) a Padova, è stata una consultoria queer autogestita. Ha operato su un piano informativo, mettendo a disposizione libri, riviste e materiali sulle tematiche di genere e ha creato uno spazio per la costruzione di percorsi di autogestione dei corpi, della sessualità e della salute con "un approccio che superi il binarismo eteronormativo", con l'obiettivo di

comprendere come riformulare in particolare il concetto di salute e benessere sulla base dei bisogni delle diverse soggettività partecipanti al collettivo. Ha quindi agito su un piano tendenzialmente teoretico.

Simile a quella della Queersultoria padovana è l'esperienza della MALA Consilia, consultoria autogestita universitaria costruita da un gruppo di studentesse e studenti di Bologna. Le principali attività che essa tutt'oggi propone sono di sensibilizzazione, tramite incontri e seminari, sportellistica autorganizzata, mutuoaiuto, nonché condivisione di pratiche e analisi partendo dai propri corpi.

Per quanto riguarda la problematica dell'obiezione di coscienza, è da ritenersi particolarmente significativo il lavoro di mappatura degli obiettori di Obiezione Respinta. Nata come piattaforma autogestita dall'esperienza del percorso nazionale Non Una Di Meno come risposta concreta e dal basso alla situazione italiana, essa ha lo scopo di segnalare e mappare i luoghi dove viene esercitata l'obiezione di coscienza su scala nazionale e dove invece è possibile per le donne trovare aiuto e supporto. Tramite la pagina Facebook o il sito web di Obiezione Respinta è possibile segnalare la propria esperienza in ospedali, consultori e farmacie; le segnalazioni vengono poi condivise sia su Facebook sia su una mappa interattiva, in cui sono presenti segnali con simboli diversi a seconda dei luoghi e della presenza o meno di obiettori o obiettrici di coscienza. Fondamentale per il funzionamento della mappatura è quindi la condivisione di esperienze tra donne e persone di tutta Italia, in modo da permettere ad altre di non vivere una stessa esperienza negativa e al contrario indirizzarle verso luoghi dove trovare sostegno. È da sottolineare come una mappatura di questo genere può aiutare in particolare le studentesse fuorisede, che si ritrovano a vivere una città differente rispetto alla propria, dove probabilmente sapevano a chi rivolgersi in tema della propria salute sessuale e riproduttiva.

Il lavoro di mappatura di Obiezione Respinta ha portato alla luce un'ulteriore problematica che concerne l'obiezione di coscienza per quanto riguarda i farmacisti e le farmaciste. Numerose donne hanno reso noto il rifiuto da parte di alcuni farmacisti di vendere loro i contraccettivi di emergenza,

ovvero le cosiddette pillole del giorno dopo o dei cinque giorni dopo, in nome dell'etica professionale; tuttavia il loro richiamarsi al diritto all'obiezione di coscienza è illegittimo, in quanto queste pillole non sono definibili farmaci abortivi, poiché essi semplicemente impediscono la fecondazione ritardando l'ovulazione. Questo comportamento non viene riconosciuto nei dati raccolti dal Ministero della Salute italiano, il che implica una mancanza di azione nei confronti dello stesso e la mancanza di mezzi per contrastare il fenomeno.

Ovviamente vi sono alcuni limiti al lavoro di Obiezione Respinta, innanzitutto la sua esistenza puramente online, che non permette la condivisione di informazioni con donne senza accesso a Internet, oltre che al fatto che per il momento la mappatura non è completa; per esempio la città di Padova presenta solo due segnalazioni (una farmacia e un'azienda ospedaliera) che risalgono al 2015, ma il progetto rimane pur sempre una presa di posizione chiara da parte delle centinaia di donne che vi aderiscono e partecipano.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

AA. VV., *Sessismo democratico: l'uso strumentale delle donne nel neoliberalismo*, Mimesis Edizioni, Milano, 2012.

Adnkronos, *Louisiana approva legge anti-aborto*, 30 maggio 2019. https://www.adnkronos.com/fatti/esteri/2019/05/30/louisiana-approva-legge-anti-aborto_Bzn1dZmIEZvlqralh7NYGJ.html

ARS Toscana, *Donne immigrate in Toscana, migliora l'assistenza nel percorso nascita*, 13 febbraio 2013. <https://www.ars.toscana.it/aree-dintervento/la-salute-di/genere/salute-riproduttiva-delle-donne->

[straniere/news/1560-donne-immigrate-in-toscana-migliora-lassistenza-nel-percorso-nascita.html](http://www.straniere/news/1560-donne-immigrate-in-toscana-migliora-lassistenza-nel-percorso-nascita.html)

Bourdieu P., *Ragioni Pratiche*, Il Mulino, Bologna, 2009

The Boston Women's Health Book Collective, *Noi e il nostro corpo*, Giangiaco Feltrinelli Editore, Milano, 1978.

Donati, S., Spinelli A., *La salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate in Italia*, "Gyneco Aogoi", 2, pp. 9-10, 2007.

Donnawomanfemme, *Queersultoria: esperimenti di welfare dal basso per un nuovo diritto alla salute e alla vivibilità*, 19 febbraio 2017.
<http://www.dwf.it/queersultoria-esperimenti-di-welfare-dal-basso-per-un-nuovo-diritto-alla-salute-e-alla-vivibilita/>

Effe Rivista Femminista, *Aborto: l'alternativa dell'autogestione*, luglio 1975, online gennaio 2015.
<http://efferivistafemminista.it/2015/01/lalternativa-dellautogestione/>

GLOBAL DOCTORS FOR CHOICE and collaborators, *Conscientious refusal of reproductive health care. A White Paper examining prevalence, health consequences and policy responses*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2013, vol. 123, Supplement 3 (Special Issue). Adattamento di E. Cirant disponibile su <https://abortoinchiesta.wordpress.com/2015/05/23/obiezione-coscienza-aborto-ricerca-antropologica/>

Internazionale, *La battaglia femminista per il diritto all'aborto in Polonia*, 8 marzo 2019.
<https://www.internazionale.it/video/2019/03/08/battaglia-femminista-aborto-polonia>

Internazionale, *Quarant'anni della legge sull'aborto, in quattro grafici*, 8 marzo 2018.

<https://www.internazionale.it/bloc-notes/2018/03/08/aborto-legge-194-ivg>

Istituto Superiore di Sanità, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, 2006.

IVG, ho abortito e sto benissimo, *Che cosa succede quando un Paese vieta l'aborto*, 21 maggio 2019.

<https://hoabortitoestobenissimo.blogspot.com/2019/05/che-cosa-succede-realmente-quando-un.html?m=1>

il Fatto Quotidiano, *Aborto, il report (in ritardo) sull'applicazione della 194: "Casi diminuiscono del 5%. Ginecologi obiettori restano al 68%"*, 18 gennaio 2019. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2019/01/18/aborto-il-report-in-ritardo-sullapplicazione-della-194-casi-diminuiscono-del-5-ginecologi-obiettori-restano-al-68/4907496/>

Legge 22 maggio 1978, n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*.

La MALA Educaciòn, Facebook.

La medicina in uno scatto, *L'aborto nel 2018: giro del mondo in 1500 parole.*, 22 maggio 2018. <https://lamedicinainunoscatto.it/2018/05/laborto-nel-2018-giro-del-mondo-in-1500-parole/>

Il Manifesto, *Strasburgo boccia l'Italia: «Aborto, discriminati donne e medici non obiettori»*, 25 gennaio 2019. <https://ilmanifesto.it/strasburgo-boccia-litalia-aborto-discriminati-donne-e-medici-non-obiettori/>

Ministero della salute, *Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), Dati definitivi 2016*, Roma, 22 dicembre 2017.

Ministero della salute, *Relazione del Ministro della salute sulla attuazione delle legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), Dati definitivi 2017*, Roma, 31 dicembre 2018.

Obiezione Respinta, sito ufficiale <https://obiezionerespinta.info/>

OggiScienza, *Polonia: nuove ombre e limitazioni sul diritto all'aborto*, 25 gennaio 2018. <https://oggiscienza.it/2018/01/25/polonia-diritto-aborto-kacpura/>

Piuculture, *Legge 194 un diritto delle donne, italiane e straniere, da difendere*, giugno 2018. <https://www.piuculture.it/2018/06/legge-194-un-diritto-delle-donne-da-difendere/>

ilPost, *Il Cile ha parzialmente depenalizzato l'aborto*, 4 agosto 2017. <https://www.ilpost.it/2017/08/04/il-cile-ha-parzialmente-depenalizzato-laborto/>

ilPost, *In El Salvador un'altra donna rischia il carcere per la terribile legge sull'aborto*, 13 novembre 2018. <https://www.ilpost.it/2018/11/13/imelda-cortez-salvador-aborto/>

ilPost, *Il governatore del Missouri ha firmato la legge che vieta l'aborto dopo 8 settimane di gravidanza*, 24 maggio 2019. <https://www.ilpost.it/2019/05/24/il-governatore-del-missouri-ha-firmato-la-legge-che-vieta-laborto-dopo-8-settimane-di->

[gravidanza/?fbclid=IwAR104b5_sPQIPw5en59cAi9ctuQga1sDCB8DJAemqRaZDeKDQ28aTM62k-l](https://www.ilpost.it/2019/06/02/leggi-contro-aborto-stati-uniti/?fbclid=IwAR104b5_sPQIPw5en59cAi9ctuQga1sDCB8DJAemqRaZDeKDQ28aTM62k-l)

ilPost, *Perché queste leggi contro l'aborto negli Stati Uniti*, 2 giugno 2019. <https://www.ilpost.it/2019/06/02/leggi-contro-aborto-stati-uniti/?fbclid=IwAR2kY6rkgj4VIsY97cx12DDtwMRF3QYgVLQSONP5inEmvUWPcMI5VCRnng>

Repubblica, *Aborto, storie di medici nella trincea della 194, Intervista a Monica Rossi, obiettrice di coscienza*, 16 aprile 2016. <http://de-luca.blogautore.repubblica.it/2016/04/16/aborto-storie-di-medici-e-pazienti/>

Rivistastudio, *L'obiezione è davvero una questione di coscienza?*, 25 ottobre 2016. <https://www.rivistastudio.com/aborto-medici-obiettori-di-coscienza/>

TPI, *Come funziona il diritto all'aborto nei vari paesi del mondo*, 18 aprile 2019. <https://www.tpi.it/2019/02/19/diritto-aborto-mondo/>

TPI, *Mozione anti-aborto a Verona: cosa significa e che succede adesso?*, 6 ottobre 2018. <https://www.tpi.it/2018/10/06/verona-mozione-aborto-significato/>

The New York Times, *Missouri's last abortion clinic can keep providing the procedure, for now*, 31 maggio 2019. <https://www.nytimes.com/2019/05/31/us/missouri-abortion-clinic.html>

The Vision, *Perché l'Europa potrebbe diventare la nuova Alabama per il diritto all'aborto*, 22 maggio 2019. <https://thevision.com/attualita/agenda-europe-aborto/>

Tvsvizzera.it, Aborto, leggi restrittive discriminano le minoranze, 24 maggio 2019. https://www.tvsvizzera.it/tvs/aborto--leggi-restrittive-discriminano-le-minoranze/44986480?fbclid=IwAR3ITCNcDvCv-FDmFAKhRGyYzwJv2nELOttaLbjijY4AEXM_cOZf70VtMnE

WHO Regional Office for Europe, *Salute materno-infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure.*, World Health Organization, 2016.

Wired.it, *Breve analisi della mozione anti-aborto del comune di Verona*, 26 luglio 2018. https://www.wired.it/attualita/politica/2018/07/26/aborto-comune-verona/?refresh_ce=

Womenews, *Aborto: la violazione e la non applicazione della legge costringono le donne a scegliere la clandestinità: si parla di almeno il 20%*, 24 gennaio 2019. <http://www.womenews.net/aborto-la-violazione-e-la-non-applicazione-della-legge-costringono-le-donne-a-scegliere-la-clandestinita-si-parla-di-almeno-il-20/>

FILMOGRAFIA

Reversing Roe – La questione dell'aborto negli Stati Uniti, Netflix, 2018.

She's beautiful when she's angry, dir. Mary Dore, Netflix, 2014.