

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Governo delle
amministrazioni



LA DEMONIZZAZIONE
DELL'ABORTO:
TRA OBIEZIONE DI
COSCIENZA, CIMITERI DEI
FETI E INVERNO
DEMOGRAFICO

Relatore: Prof. ssa Lorenza Perini

Laureando: Francis Casagrande
matricola N.1150416

A.A. 2021/2022

INDICE

INDICE	2
INTRODUZIONE	3
1. TRA ABORTO E OBIEZIONE	5
1.1. Il caso della Regione Umbria	12
2. CIMITERI DEI FETI	15
2.1. Il caso mediatico	15
2.2. La normativa nazionale	16
2.3. La normativa regionale in Veneto e Lombardia	18
2.4. Negli altri Stati	21
4. MOVIMENTI PRO VITA	23
5. INVERNO DEMOGRAFICO	27
5.1 Il caso della Cina	34
6. CONCLUSIONI	37
BIBLIOGRAFIA	39

Introduzione

Quando ho deciso di scrivere una tesi riguardo l'aborto, la prima domanda che mi sono posto è se valesse la pena affrontare un tema che sembrava ormai sorpassato e consolidato.

In realtà quello che mi ha spinto a trattare questo argomento non è stato tanto il fascino di una strada tortuosa che ha portato all'affermazione di questo fondamentale diritto, ma la notizia sentita per caso per radio dove una giornalista che riportava i fatti di cronaca del caso scoppiato al Cimitero Flaminio di Roma riguardo il seppellimento di alcuni feti all'oscuro delle loro madri, con l'apposizione di una croce con il loro nome scritto sopra.

Il fatto mi ha particolarmente colpito poiché riguarda varie tematiche, tra cui quelle relative al diritto all'aborto, al diritto funerario e al diritto alla privacy.

Il tema principale affrontato in questa sede è quello dell'autodeterminazione della donna che viene ostacolata sia per mezzo dell'obiezione di coscienza che attraverso la demonizzazione della scelta di abortire, tramite l'obbligo di seppellimento dei prodotti abortivi, in alcuni casi riportando il nome della madre sulla lapide.

Tutte azioni che si riducono ad una sorta di una serie di intimidazioni da parte dei movimenti pro-vita e dei vari partiti politici, al fine di evitare che la donna faccia una scelta libera e consapevole.

Inoltre, trovo doveroso approfondire in questa sede il fenomeno dell'inverno demografico e le sue conseguenze, un tema molto sentito in Europa e in Cina, il quale, come una spada di Damocle minaccia di mettere in discussione i diritti della donna.

1. Tra aborto e obiezione

L'aborto clandestino è stato per moltissimi anni una piaga sociale per tutti i popoli.

Dall'antichità, infatti, le maternità non desiderate erano spesso oggetto di pratiche abortive che spesso causavano la morte sia del feto sia della donna.

Con l'avanzare della scienza e della tecnologia, dopo la metà del Novecento, si è affermata la tesi che doveva essere lo Stato a tutelare la salute dei cittadini e a garantire alla donna di poter decidere se interrompere o meno la gravidanza.

Nel 1978 l'Italia fu uno degli ultimi stati europei a legalizzare l'aborto.

Prima di allora l'aborto clandestino era diffuso in tutta la penisola e veniva praticato dalle cosiddette "mammane" con metodi rozzi e cruenti.

Il metodo più sicuro ma anche quello più oneroso all'epoca era rivolgersi ad un "cucchiaio d'oro" ovvero ad un medico che praticava l'aborto nel suo ambulatorio privato ricorrendo all'utilizzo di un cucchiaio di ferro.

L'aborto è sostanzialmente la morte del feto prima della nascita, esso può essere di spontaneo oppure indotto.

L'aborto spontaneo, detto anche perdita della gravidanza è la morte del feto dovuto a fattori naturali o accidentali involontari.

L'aborto indotto invece può essere di due tipi; chirurgico o farmacologico.

L'aborto chirurgico detto anche aborto strumentale è l'unica possibilità per interrompere la gravidanza tra il cinquantesimo e novantesimo giorno, limite oltre il quale la pratica dell'aborto non è prevista nella legislazione italiana se non in due casi:

1. Nel caso la gravidanza o il parto determinato un grave ed immediato pericolo per la vita della donna
2. Nel caso possano essere presenti complicazioni che implicino una grave pericolo per la salute psichica e fisica del nascituro come ad esempio malattie e malformazioni

La tecnica più diffusa per praticare l'interruzione di gravidanza di tipo chirurgico è attraverso l'uso della pratica dell'isterosuzione, detta anche aspirazione;

Una sorta di cannula sottile viene inserita nell'utero e collegata a una pompa a vuoto, la quale aspira il feto assieme allo strato interno della mucosa uterina.

Un altro metodo ormai in disuso, detto raschiamento, consiste nella dilatazione del collo dell'utero e rimozione del materiale.

L'aborto farmacologico invece è una procedura per l'interruzione di gravidanza provocato dall'assunzione entro la settima settimana di gravidanza, contando dal primo giorno di mestruazione.

Il primo farmaco che viene assunto è il mifepristone, la quale blocca l'attività del progesterone, un ormone che permette lo stato di gravidanza nelle primissime settimane, in modo tale da indurre una interruzione della stessa.

Dopo l'assunzione di questo farmaco molto raramente ci sono sintomi significativi.

Il secondo farmaco che viene assunto dopo 48 ore dal primo è una prostaglandina che causa delle contrazioni uterine e una perdita ematica che può essere abbondante, durante il quale vengono espulsi i tessuti embrionali che durante questo primissimo stadio della gravidanza misurano dai 2mm agli 8 mm.

Il protocollo medico può prevedere a distanza di quattordici giorni dall'assunzione del primo farmaco un controllo clinico ed ecografico per escludere la necessità di ulteriori trattamenti di tipo medico o chirurgici.

A più di quarant'anni dalla legge 194 ci si aspetterebbe che l'aborto non sia più un privilegio per poche donne ma che sia accessibile a tutte.

Purtroppo, gli ostacoli per una donna che vuole avvalersi dell'interruzione della gravidanza sono molteplici.

Primo tra tutti, come verrà illustrato in seguito, è l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) a causa dell'alta percentuale dei medici obiettori di coscienza.

Un altro fattore fondamentale è la mancanza di informazione, risulta infatti carente sia l'educazione sessuale nel programma delle scuole medie e superiore, sia la divulgazione delle informazioni a tutela delle donne da parte dei consultori familiari.

La legge 22 maggio del 1978 n 194 è la legge disciplina l'aborto e le relative modalità di accesso alla prestazione. Infatti, tale normativa permette alla donna, nei casi previsti per legge che verranno dettagliatamente illustrati di seguito, di ricorrere alla Interruzione Volontaria della Gravidanza.

L'articolo n.1 sancisce che *“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.”

Si deduce quindi che lo Stato ha due doveri fondamentali da assolvere, il dovere di tutelare la vita fin “*dal suo inizio*” ma anche garantire una procreazione “*cosciente e responsabile*” e quindi di conseguenza una maternità che sia pienamente voluta dalla donna.

Purtroppo, è noto a tutti il problema relativo all’obiezione di coscienza, il quale molto spesso interferisce con la regolare fruizione di questo diritto da parte del cittadino.

Il problema dei medici obiettori in Italia appare sempre più presente e serio.

Le percentuali di obiettori di coscienza, secondo i dati del Ministero della Salute del 2017, sono del 68,4% tra i ginecologi e del 45,6% per gli anestesisti.

Nel dettaglio, come illustrato nella seguente tabella n.28, in allegato alla relazione del Ministero Della Salute, alcune regioni come ad esempio il Molise (96%), la Basilicata (88,1%), la Provincia Autonoma di Bolzano (85,2%) la Sicilia (83,2%) i medici ginecologi obiettori superano ampiamente 80% dei totali.

Per quanto riguarda i medici anestesisti, alcune regioni come la Calabria (76%), il Molise (71,9%), la Basilicata (71,%), l’Abruzzo (70,2%), la Sicilia (69%), la Campania (65,1%), il Lazio (62,7%), superano notevolmente la media nazionale.

Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2017

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1553	64.5	1539	38.8	3805	32.2
Piemonte	238	64.5	228	36.7	408	24.1
Valle d'Aosta	3	17.6	4	25.0	4	6.8
Lombardia	539	70.5	585	45.7	1670	48.2
Bolzano	75	85.2	81	63.3	261	74.8
Trento	34	56.7	32	29.9	321	11.8
Veneto	292	73.7	301	40.5	622	51.7
Friuli Venezia Giulia	61	51.7	34	26.6	114	25.3
Liguria	81	60.0	92	35.0	109	19.0
Emilia Romagna	230	49.8	182	26.9	296	22.8
ITALIA CENTRALE	607	65.6	607	43.8	1537	34.4
Toscana	214	59.4	135	24.9	337	23.2
Umbria	74	60.7	116	53.5	177	48.9
Marche	85	66.9	87	43.9	574	37.3
Lazio	234	74.1	269	62.7	449	40.2
ITALIA MERIDIONALE	617	79.6	614	63.5	1573	66.2
Abruzzo	74	80.4	87	70.2	203	69.8
Molise	27	96.4	23	71.9	99	90.8
Campania	153	77.3	170	65.1	354	70.4
Puglia	247	79.4	179	52.3	690	72.3
Basilicata	37	88.1	44	71.0	64	24.3
Calabria	79	76.0	111	76.0	163	64.2
ITALIA INSULARE	444	73.8	454	61.5	833	66.6
Sicilia	341	83.2	358	69.0	568	85.9
Sardegna	103	53.6	96	43.8	265	44.9
ITALIA	3221	68.4	3214	45.6	7748	38.9

Il Ministero della Salute, ben consapevole che una qualsiasi analisi di questi dati anche solo superficiale porterebbe a dedurre, soprattutto nelle regioni sopra elencate che il carico di lavoro del personale sanitario non obiettore di coscienza sia particolarmente elevato, ha inserito all'interno della propria relazione annuale il calcolo del carico di lavoro detto "Parametro 3" (di seguito riportato) ovvero "*Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore*" di seguito riportato.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2014-17 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore			
	dato 2014 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2015 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2016 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2017 - rilevazione ad hoc per struttura
Piemonte	1.7	1.3	1.3	1.1
Valle D'Aosta	0.4	0.3	0.3	0.2
Lombardia	1.7	2,7	n.d.	1.2
P.A. Bolzano	1.3	1.1	1.2	2.3
P.A. Trento	0.9	0.8	0.8	0.7
Veneto	1.5	1.2	1.2	1.2
Friuli Venezia Giulia	0.7	0.6	0.6	0.5
Liguria	1.3	1.2	1.3	1.0
Emilia-Romagna	1.0	0.8	0.7	0.7
Toscana	1.0	1.0	1.0	0.9
Umbria	1.2	1.0	1.1	1.1
Marche	0.9	0.8	0.8	0.9
Lazio	3.2	3.8	2.6	2.4
Abruzzo	3.0	2.4	2.4	2.1
Molise	4.7	8.1	9.0	8.6
Campania	2.3 (**)	0.0 (**)	1.4 (**)	3.6
Puglia	3.5	3.0	3.0	2.7
Basilicata	2.9	2.5	2.5	3.1
Calabria	2.2	1.9	1.9	1.7
Sicilia	3.8	2.1	1.7	1.9
Sardegna	0.5	0.6	0.6	0.5
TOTALE	1.6	1.3	1.6	1.2

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Il Ministero della salute commenta questi dati affermando che *“Il numero dei non obiettori a livello regionale, quindi, sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Quindi gli eventuali problemi nell’accesso al percorso IGV potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale”* e inoltre che *“Anche l’analisi del carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero rileva nel 2017, nelle 381 strutture IVG, solo 2 situazioni che si discostano molto dalla media regionale (outlier), superiori alle 9 IVG settimanali: una in Sicilia, con 18.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 2.4) e una in Campania, con un carico di lavoro settimanale per IVG pari a 13.6 (rispetto alla media regionale di 3.5) come si osserva nella seguente tabella che mostra i valori medi e massimi registrati a livello regionale, a partire dai dati a livello di singola struttura.”*

In estrema sintesi il Ministero della Salute sostiene che le alte percentuali degli Obiettori di coscienza non siano un problema tale che i medici non obiettori siano relegati solo al mero compito delle IVG.

Purtroppo, i dati dimostrano il contrario, se il dato medio nazionale è di 1,2 IGV a settimana trovo difficilmente giustificabile il dato di sette volte superiore (8,6) rilevato in Molise.

Come può svolgersi normalmente il lavoro di un medico o di un operatore non obiettore di coscienza in tutte quelle regioni in cui i loro colleghi Obiettori superano ampiamente il 60%?

Purtroppo, la Relazione del Ministero della Salute mette in evidenza solo le prestazioni di IVG eseguite e non se il servizio offerto soddisfi la domanda pienamente oppure solamente in parte.

Inoltre, i dati non mettono in evidenza se il personale preso in considerazione lavori in regime di part time o meno.

Nel 2016 è stato accolto dal Comitato Europeo il ricorso presentato dalla CGIL la quale nel 2013 aveva presentato reclamo denunciando la carenza di medici e operatori non obiettori di coscienza.

Il Comitato Europeo, infatti, dopo aver sentito anche la versione del Ministero della Salute, il quale sosteneva la tesi che le interruzioni di gravidanza fossero in calo e che l'obiezione di coscienza non fosse un problema, ha stabilito che "i medici non obiettori di coscienza siano discriminati" e inoltre che "le strutture sanitarie continuano a non adottare le misure necessario al fine di compensare le carenze nella fornitura dei servizi". Inoltre, il Comitato Europeo ha osservato che a seguito della mancanza di personale non obiettore. Le donne incinte in alcuni casi sono costrette a viaggiare in un'altra regione o addirittura all'estero per effettuare una IVG, in altre parole "le autorità pubbliche non riescono a garantire un'organizzazione efficiente per l'accesso ai servizi tenendo conto del "numero sproporzionato tra le richieste di IVG e il numero di personale sanitario a disposizione.

I disagi non ricadono solo sul cittadino che voglia effettuare la prestazione, purtroppo sono numerosi i casi di cronaca che denunciano mobbing nei confronti dei medici non Obiettori da parte dei colleghi.

Il Comitato Europe su questo punto ha evidenziato come nulla è stato fatto, lo Stato italiano quindi si è dimostrato incapace di prendere qualsiasi azione preventiva come, ad

esempio, la formazione o la sensibilizzazione per garantire la protezione dei medici non Obiettori.

Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2017

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
PIEMONTE	1.2	4.9
V. D'AOSTA	0.2	0.2
LOMBARDIA	1.3	4.7
P.A. BOLZANO	2.2	2.8
P.A. TRENTO	0.9	2.3
VENETO	1.5	6.0
F.V. GIULIA	0.8	2.5
LIGURIA	1.5	4.0
E. ROMAGNA	1.0	8.4
TOSCANA	0.9	2.8
UMBRIA	0.9	1.8
MARCHE	1.5	6.3
LAZIO	2.3	7.7
ABRUZZO	1.7	3.5
MOLISE	8.6	8.6
CAMPANIA	3.5	13.6
PUGLIA	3.3	7.5
BASILICATA	1.7	2.6
CALABRIA	1.9	5.2
SICILIA	2.4	18.2
SARDEGNA	0.6	2.6

1.1. Il caso della Regione Umbria

Mentre il Covid-19 dilagava in Italia ormai da qualche mese, la regione Umbria approvava tramite Deliberazione Giunta Regionale del 10 giugno 2020 n. 46, con oggetto “Linee guida di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3”.

Tale delibera, di fatto ripristina il ricovero ospedaliero della durata di tre giorni, per tutte le donne che ricorrono all’interruzione di gravidanza tramite metodo farmacologico RU486.

La RU486 o mifepristone, come illustrato nel primo capitolo, è un farmaco antiprogesterinico utilizzato per indurre l’interruzione di gravidanza farmacologica, ritenuto un valido sostituto della pratica chirurgica, la quale richiede di norma l’anestesia.

Questo farmaco si assume per via orale, il processo dura di norma tre giorni e non rende indispensabile il ricovero ospedaliero.

Questo metodo, rispetto alla pratica dell’aspirazione differisce dal fatto che mentre quest’ultimo generalmente viene eseguito dopo la settima settimana, la pillola RU486 può essere utilizzata nelle prime settimane della gravidanza.

In origine la legge 194 prevedeva che l’aborto doveva essere effettuato in regime di ricovero ospedaliero ma dal 2009 le regioni hanno il potere di disciplinare la materia autonomamente.

All’interno della delibera n.46 della regione Umbria, infatti, a pag.44 si legge *“Relativamente al metodo farmacologico RU486 si dispone il superamento delle indicazioni previste dalla DGR 1417 del 4 dicembre 2018 “interruzione volontaria di gravidanza con metodica farmacologica” relativamente all’opportunità di somministrare la RU486 in regime di ricovero in day hospital. Infatti, le indicazioni ministeriali del 24 giugno 2010 “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza” e i pareri del Consiglio Superiore di Sanità del 18 marzo 2004, del 20 dicembre 2005 e del 18 marzo 2010 ribadiscono la necessità di regime di ricovero ordinario”*.

Con un colpo di spugna la giunta di centro destra ha cancellato la DGR 1417 emanata appena due anni prima dalla precedente gestione.

La giunta ha giustificato questa decisione con la volontà di “prendersi cura” e di voler “sostenere la donna”.

In realtà un ricovero forzato e per nulla necessario, può comportare diversi disagi di vario genere.

Ad esempio, la donna a seconda dei casi, può vivere l'aborto come un momento più o meno drammatico, la distanza dai propri cari dovuti dalla forzata ospedalizzazione potrebbe ulteriormente incidere negativamente sulla sua situazione psicologica.

A riguardo è doveroso riportare il caso di "Marta" riportato nell'articolo di fanpage.it del 5/09/2020 a firma di Daniela Bucalossi;

Quando "Marta" ragazza di 19 anni di Perugia ha scoperto di essere in cinta e quindi di abortire ha scoperto non sarebbe stato facile; infatti, ed è stata costretta a suonare il campanello a più strutture ospedaliere prima di potersi sottoporre all'Igv. *"Ho parlato al telefono con le operatrici di un consultorio, che mi hanno consigliato di andare al Poliambulatorio Ponte San Giovanni per le analisi e l'ecografia. Ma in quell'ospedale mi hanno detto che non era possibile e sono stata mandata ad Assisi. Lì ho fatto l'ecografia e ho scoperto di essere incinta di sei settimane: mi rimanevano solo sette giorni per l'aborto farmacologico, evitando quello chirurgico. Anche all'ospedale di Assisi però mi hanno comunicato che non era possibile eseguirlo da loro e mi hanno mandato a quello di Umbertide, dove, dopo due giorni, sono stata ricoverata d'urgenza. Mi hanno caldamente consigliato di rimanere per 72 ore ma, se avessi voluto, avrei potuto firmare e andarmene dopo 48. Quando mi hanno somministrato la pillola abortiva Ru486 ho avuto qualche fitta ma niente perdite. Poi però è stato il momento della seconda pillola, quella di Cytotec, che induce le contrazioni. Allora sono stata malissimo: ho avuto vomito, dolori e molte perdite. Mi hanno dato solo un antidolorifico.*

Dopo 48 ore, ho firmato per andarmene dall'ospedale: non ce la facevo più a stare da sola in quella stanza. Avevo bisogno di andare a casa mia.

Avrei dovuto fare un'ecografia di controllo entro 15 giorni dall'aborto.

Ma al consultorio non le eseguivano, l'ospedale di Umbertide era chiuso e altre strutture avevano degli appuntamenti disponibili solo a distanza di un mese.

A quel punto, sono andata d'urgenza dalla mia ginecologa"

Un atro elemento di possibile disagio da tener conto è che l'allontanamento di più giorni dalla vita sociale, familiare e lavorativa, indubbiamente farebbe nascere sospetti e quindi lederebbe il diritto alla privacy della donna, basti pensare all'ipotetico caso di una giovane donna non ancora indipendente sotto l'aspetto

economico e che quindi viva ancora sotto il tetto dei genitori, in questo caso specifico, nascondere una gravidanza sarebbe praticamente impossibile.

Nell'agosto del 2020 il Ministero della Salute, accogliendo il parere del Consiglio superiore di Sanità, ha aggiornato le linee di indirizzo per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza che erano datate ancora al 2010, prevedendo finalmente per la pillola RU486 il regime ambulatoriale senza obbligo di ricovero.

Inoltre, è stato allungato il periodo in cui è possibile la somministrazione, precedentemente fissato entro la settima settimana, mentre ora è possibile fino alla nona settimana di gestazione.

Alla fine, la Regione Umbria pur con quattro mesi di ritardo ha dovuto adeguarsi alle indicazioni del Consiglio superiore di sanità e attraverso la deliberazione della Giunta Regionale n.1173 del 02/12/2020 sarà possibile per la donna scegliere IVG farmacologica senza il ricovero forzoso in ospedale fino alla nona settimana di gestazione.

2. Cimiteri dei Feti

2.1. Il caso mediatico

Il caso dei cimiteri dei feti in Italia ha avuto inizio sui media durante la pandemia, tra la fine di settembre e l'inizio di ottobre del 2020.

Il tutto nacque con un post sul social network Facebook in cui una cittadina romana, Marta Loi, denunciava con tanto di foto allegata di aver trovato presso il cimitero Flaminio una croce con il suo nome inciso sopra.

La signora che qualche mese prima aveva avuto un aborto era stata allarmata dal fatto di cronaca accaduto qualche mese prima nel Comune di Marsala in provincia di Trapani.

Nell'agosto dello stesso anno infatti a Marsala, dietro la proposta della consigliera del centrodestra Giusy Piccione era stato approvato in consiglio comunale un atto per modificare la dicitura "elenco prodotti abortivi", ovvero i feti partoriti prima della ventottesima settimana di concepimento, con l'espressione "Registro dei bimbi mai nati" sul regolamento cimiteriale comunale.

Inoltre, con tale atto si dà disposizione che nel registro vengano scritti nomi di fantasia da attribuire ai feti abortiti, in corrispondenza ad un numero assegnato presente nello spazio del cimitero destinato alla sepoltura.

La donna, residente nel Comune di Roma, specifica che mentre stava firmando i documenti per l'interruzione di gravidanza, l'operatore le chiese se volesse o meno occuparsi lei delle esequie del feto.

Quando lei rispose che per motivi personali non voleva procedere con la sepoltura del feto, nessuno ha avvisato la signora dell'eventualità che potessero seppellirlo con una croce recante il suo nome scritto sopra.

Da quel giorno, i casi di questo genere sulle testate giornalistiche si sono moltiplicati. Ad esempio, a Brescia, una donna che a seguito del caso di Roma si era informata sulla sorte del proprio prodotto abortivo, ha trovato presso il "cimitero degli angeli", ovvero una sezione del cimitero Vantiniano di Brescia, tra tante piccole lapidi con cognomi stranieri ha trovato anche il suo, con un nome di fantasia, Celeste, che lei non aveva scelto.

La donna che purtroppo aveva subito un aborto spontaneo nel 2015, all'interno di una clinica privata, riferisce che quando gli è stato chiesto di mettere il nome del feto sul modulo, l'operatore ha scritto di sua iniziativa il nome Celeste.

Al diniego della donna di celebrare un funerale, dell'intera procedura si è occupata l'associazione Movimento per la Vita, procedendo con la sepoltura e con l'incisione della lapide, il tutto all'oscuro della donna.

Questa notizia ha avuto un eco mediatico in tutto il mondo come testimonialo vari articoli della BBC o The Guardian e Aljazeera

2.2. La normativa nazionale

La normativa che si applica in assenza di un regolamento Regionale è il D.P.R. 285/90 ovvero il Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria.

L'articolo che regola la sepoltura dei prodotti abortivi e l'art. 7, comma 2 e 3.

Secondo l'art. 2 che riguarda invece i feti tra le venti e ventotto settimane di gestazione *“Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale.”*

Mentre l'art. 3 riguarda i feti con meno di venti settimane: *“Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale.”*

Il Movimento per la Vita, riguardo il caso del cimitero di Flaminio, tramite un post su Facebook si difende precisando che il loro diritto di applicare i commi 2, 3 e 4 dell'art. 7 del D.P.R. 285/90 (Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria), infatti secondo il Movimento per la Vita ripercorre la normativa nel seguente modo:

- il comma 2 che prevede che: " Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale”

- il comma 3 recita “A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane”
- Il comma 4 prevede infine che. “Nei casi previsti dai commi 2 e 3, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento alla unità sanitaria locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto”.

In poche parole, per i feti tra le 20 e 28 settimane di vita intrauterina e non dichiarati nati morti dall'ufficiale di stato civile, la sepoltura è obbligatoria; invece, per quanto riguarda i permessi per il trasporto e il seppellimento, a meno che le persone coinvolte non ne se ne facciano carico, se ne dovrà occupare l'ASL stessa.

I prodotti dal concepimento aventi meno di 20 settimane di età intrauterina, secondo la normativa precedente veniva smaltito direttamente dalla struttura ospedaliera come un qualsiasi rifiuto speciale sanitario.

Con l'introduzione del DPR 285/90, la sepoltura in questo caso è facoltativa e avviene su richiesta da parte dei genitori o “*chi per essi*”, proprio grazie a queste ultime tre parole ovvero “*chi per essi*” le associazioni pro-vita riescono a trovare lo spazio normativo per occuparsi del seppellimento del feto, in molti casi come dimostrato dalla cronaca recente, all'insaputa dei “genitori” o della madre.

Se da una parte questa normativa garantisce a chi il feto o il prodotto abortivo lo desidera seppellirle, dall'altra parte non tutela la libertà e il diritto di chi non lo vuole tumulare.

Il seppellimento del proprio feto o prodotto abortivo dovrebbe essere una scelta esclusiva della donna, la quale può elaborare l'aborto, sia esso desiderato o non desiderato secondo il proprio credo religioso.

Dalle varie testimonianze, in molti casi alla donna non viene dato una chiara comunicazione sul destino del proprio materiale abortivo, il quale viene puntualmente affidato dal servizio sanitario alla associazione cattolica di turno che si fa carico di tutta la procedura per il seppellito

Un anno dopo ai fatti del cimitero Flaminio di Roma è iniziato il processo che vede come imputati AMA e l'ASL di Roma, che sono accusati di aver usato prassi indebite e scorrette nella pratica di sepoltura del feto utilizzando nome e cognome della donna senza che quest'ultima ne fosse a conoscenza.

A Marsala invece l'atto presentato dalla consigliera comunale Giusy Piccione, la quale istituiva un registro in cui dare un nome di fantasia al feto abortito e la modifica del

regolamento cimiteriale comunale sostituendo la dicitura “prodotti abortivi” con “bambini mai nati”, è stata annullata dal consiglio comunale dopo che la CGIL e l’UDI avevano fatto ricorso al Tar in quanto discriminava chi sceglieva di abortire.

2.3. La normativa regionale in Veneto e Lombardia

La normativa che si applica a livello nazionale in materia funeraria è il D.P.R. 285/90. Alcune Regioni però si sono dotate di una disciplina organica interna, come previsto ai sensi dell’articolo 116 comma 6 della Costituzione così come modificato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n.3;

La Regione Veneto dispone della legge regionale 18/2010 e delle sue successive modifiche.

Inizialmente questa normativa prevedeva la tumulazione o cremazione dei feti abortiti solo dalle ventotto settimane di gestazione in poi, o dalla ventesima settimana su richiesta dei genitori.

Dal dicembre del 2017 è stato introdotto un nuovo emendamento per cui il seppellimento per tutti i prodotti abortivi, infatti l’Art. 34 “Diritti di Sepoltura” lettera “e” dispone che nel cimitero devono essere ricevuti anche “i prodotti di concepimento e i prodotti abortivi di cui all’articolo 25”.

L’articolo 25 infatti definisce come sia competenza dell’ULSS territoriale rilasciare il nulla osta per il trasporto al fine del seppellimento o cremazione dei prodotti del concepimento o dei prodotti abortivi non dichiarati come nati morti dall’ufficiale dello stato civile.

Questo provvedimento proposto da Forza Italia è stato votato con il sostegno dei democratici e della Lega e dai consiglieri della lista Zaia.

L’assessore Elena Donazzan di Forza Italia spiega appunto che se i genitori non fanno richiesta per il seppellimento *“il bambino viene comunque tumulato a spese dell’Azienda in un luogo pubblico, dove la gente può andare a pregare. In questo modo, i piccoli bambini non nati vengono riaccolti nella comunità, che è come una famiglia allargata. I genitori, se lo vorranno, sapranno poi dove andare a trovarli.”*

Se all’interno del Consiglio Regionale questa scelta è stata quasi unanime, al di fuori dei palazzi ci sono state delle voci di contrasto, una di queste da parte della Cgil che

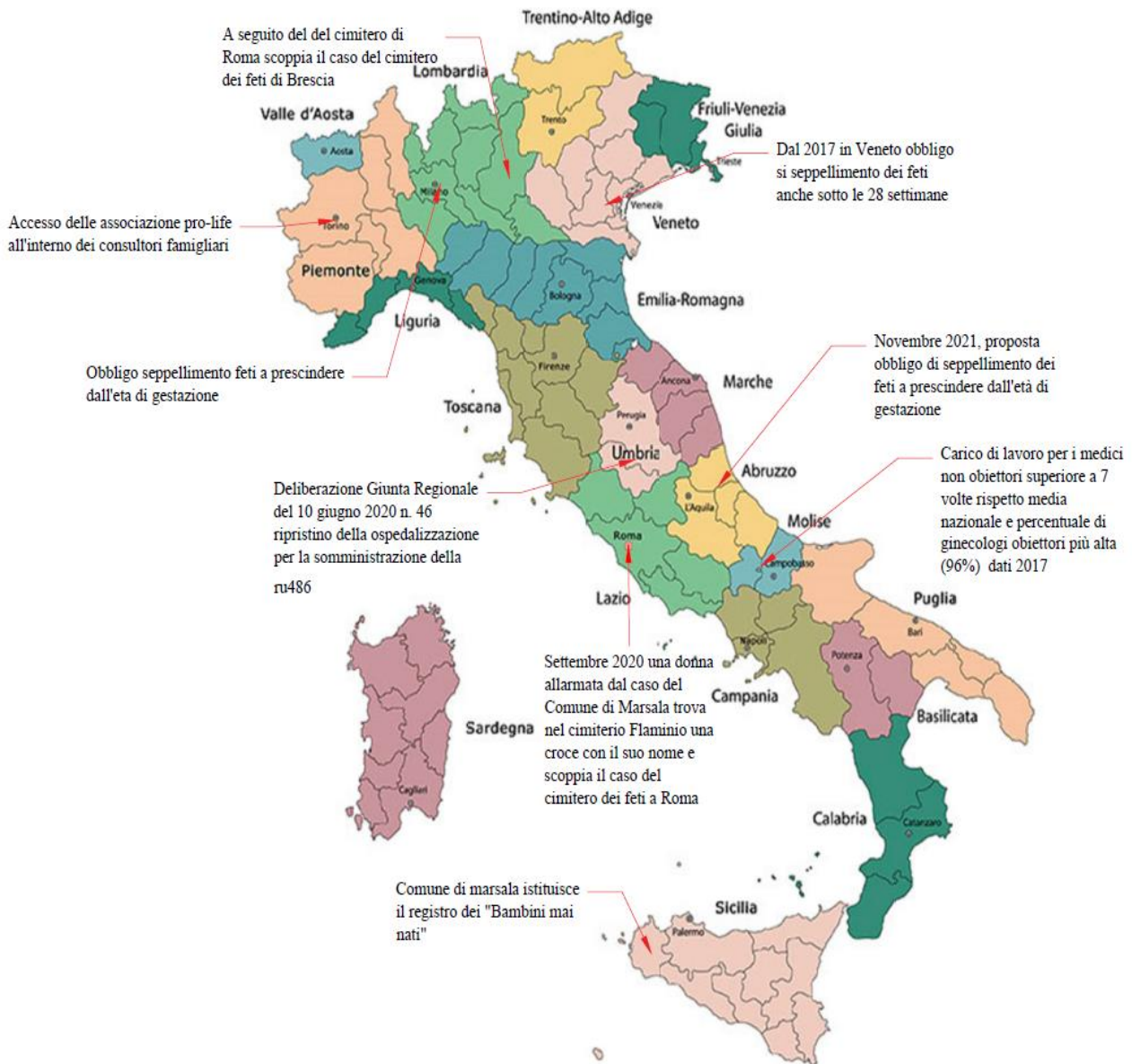
come nel caso del registro dei bambini mai nati di Marsala, ha commentato questo fatto come “grave, oltre che sbagliato” riferendosi alla procedura di inumazione, tumulazione o cremazione, in una specifica area cimiteriale dedicata, anche per i ‘prodotti abortivi o del concepimento” inferiori alle 28 settimane, a prescindere dalla volontà delle donne che hanno scelto o subito un’interruzione di gravidanza.

In Lombardia vige il Regolamento regionale 9 novembre 2004, N. 6 in materia di attività funebri e cimiteriali, modificato nel 2007 dalla giunta Formigoni.

La stessa Giunta Regionale che nel 2010 pagherà 4500 euro le donne per non abortite, nel 2007 ha introdotto l’obbligo di seppellimento dei feti a prescindere dall’età di gestazione.

Tale obbligo è rimasto in vigore fino al 2019 anno in cui il Consiglio Regionale ha votato all’unanimità l’emendamento presentato dal PD per procedere alla sepoltura dei prodotti abortivi “solo su esplicita richiesta della donna”.

Nell’immagine seguente viene illustrata una sintesi su base regionale dei casi finora trattati tra cui il fenomeno dei cimiteri dei feti, varie disposizioni comunali e regionali e alto tasso di medici obiettori di coscienza, tutte cause che comportano un impedimento alla donna di esercitare liberamente il diritto di abortire.



2.4. Negli altri Stati

Nello stato del Tennessee è dai primi mesi del 2021 che il dibattito politico è incendiato sul tema del seppellimento dei prodotti abortivi.

È stata presentata infatti dai repubblicani, una proposta di legge che richiede la cremazione o la sepoltura dei feti abortiti, la quale è stata successivamente approvata in aprile dalla sottocommissione della Camera di Stato.

Questa misura è stata firmata dal Governatore repubblicano Bill Lee.

Negli Stati Uniti d'America, altri dieci Stati tra cui Texas, Ohio, Louisiana, Georgia, tutti a guida repubblicana, hanno emanato leggi molto simili, malgrado le proteste dei sostenitori dei diritti abortivi che anche in questo caso sottolineano che questa norma stigmatizza una scelta che rimane personale e perfettamente legale.

Nello specifico con questa legge, le donne che utilizzeranno la pratica dell'aborto di tipo chirurgico, saranno obbligate a seppellire o a cremare i resti fetali oppure lasciare la decisione di queste due opzioni alla clinica di cui si sono avvalse del servizio.

Inoltre, quest'ultime saranno sostenute a sostenerne i costi, ad eccezione che non sia la donna a scegliere un posto diverso da quello indicato dalla clinica, in questo caso i costi saranno a sue spese.

I costi medio per la sepoltura si aggira sui 300-400 dollari mentre per la cremazione sui 100-200 dollari, nel caso non ci si possa permettere il costo potrebbe essere aiutata da vari enti di beneficenza pro-life, una sorta quindi di forche caudine per la donna.

In Germania la legge che riguarda il diritto funerario è in vigore del 1970.

Il testo tedesco rispetto a quello italiano, per quanto riguarda la sepoltura dei feti, non si basa tanto sull'età di gestazione ma su un altro fattore oggettivo, ovvero il peso del feto.

La legge tedesca, infatti, prevede che se il nato morto pesa almeno 500 grammi si deve applicare le stesse disposizioni relative ai cadaveri in generale, quindi rende obbligatorio il seppellimento o la cremazione.

Invece in caso di aborto se il peso risulta minore di 500 grammi la sepoltura del feto è facoltativa.

In Austria invece, viene fatta una distinzione fondamentale tra un parto silenzioso (nato morto), un aborto spontaneo e un curettage.

A seconda dei casi cambia il diritto al nome, ovvero l'iscrizione nell'anagrafe civile.

In caso di nascita di un bambino morto, viene dato solo un nome che viene registrato sul certificato di nascita morto, all'interno del registro dei morti.

Tuttavia, non viene rilasciato alcun certificato di nascita ufficiale.

Se un bambino pesa meno di 500 grammi, si parla invece di aborto spontaneo.

Per molto tempo non era previsto che tali nascite fossero iscritte nel registro di stato civile; tale norma era denominata anche limite di 500 grammi.

Da una modifica del testo della legge nel 2014, è anche possibile su richiesta della madre iscrivere i nati morti sotto i 500 grammi di peso al parto su un registro nominativo ufficiale.

Il curettage, chiamato anche raschiamento, è una procedura chirurgica in cui l'utero viene raschiato con un coltello da "curette."

Durante questa procedura, i genitori non ricevono alcun documento sul loro bambino e quindi non c'è un nome ufficiale.

In sintesi, in Austria i nati morti, cioè i feti che pesano più di 500 grammi alla nascita, sono soggetti a sepoltura obbligatoria.

A Vienna, Bassa Austria, Burgenland, Salisburgo, Stiria e Vorarlberg, questo vale anche per gli aborti spontanei, cioè feti che pesano meno di 500 grammi al momento della nascita.

In Carinzia, Alta Austria e Tirolo non c'è l'obbligo di celebrare un funerale per i bambini abortiti, ma a seconda della volontà dei genitori, c'è il diritto di essere sepolti. Se i genitori non pianificano da soli il funerale, se ne deve occupare l'ospedale.

4. Movimenti Pro Vita

I movimenti pro-vita sono uno degli attori principali che intervengono nel processo di tumulazione dei feti e dei prodotti abortivi.

Questi movimenti sono quindi un insieme di organizzazioni e movimenti sociali che possono gravitare attorno a partiti politici o associazioni religiose sia a livello nazionale che internazionale.

Essi possono avere punti di vista differenti sulle varie tematiche sociali, ma sono tutti accumulati nel ripudiare la pratica dell'aborto e dell'eutanasia.

In Italia il Movimento per la Vita è l'associazione di questo tipo più nota.

Si è guadagnata tale fama già dal 1975 quando era presente nelle strade di Firenze per contrastare l'introduzione della legalizzazione dell'interruzione di gravidanza, all'epoca ancora praticata nell'illegalità e ha avuto come presidente onoraria Madre Teresa di Calcutta.

Un'altra associazione di rilievo in Italia è "Difendere la vita con Maria" che da quando è nata nel 1998, secondo i loro dati, conta quasi 3000 associati e ha provveduto alla sepoltura di circa 300 000 feti.

I fondi per le pratiche di sepoltura provengono principalmente dalle donazioni, come riportano nel sito ufficiale dell'associazione, con soli 20 euro è possibile sostenere il costo del seppellimento di un bambino non nato.

Invece per quanto riguarda l'atto della sepoltura il presidente Don Maurizio Gagliardini attraverso una intervista del Fatto Quotidiano, spiega che avviene con "Una piccola cerimonia nella quale si possono esprimere dei pensieri, attraverso anche delle letture di brani della letteratura internazionale, di cui fa parte anche la sacra scrittura che da questo punto di vista non è un testo puramente confessionale, ma è un testo universale."

Il problema è che gran parte di queste cerimonie, come testimoniano i numerosi fatti di cronaca, avvengono all'oscuro della donna poiché, chi fa parte di queste associazioni pro-life come Don Maurizio Gagliardini sa bene che se la famiglia non esercita i propri diritti entro le ventiquattro ore, l'Azienda Sanitaria Locale può disporre che tali associazioni provvedano al seppellimento, molte delle quali senza discriminazione sull'età di gestazione del feto.

In Italia, la Regione Piemonte ha provveduto ad emanare un bando alle Aziende Sanitarie Locali per reclutare organizzazioni con le quali collaborare, purché nello statuto fossero presenti esplicite «finalità di tutela della vita fin dal concepimento».

Secondo questo provvedimento le associazioni pro vita avranno accesso all'interno dei consultori al fine di far desistere le donne ad abortire.

La proposta dell'assessore regionale agli Affari Legali Maurizio Morrone (Fratelli d'Italia) riprende con qualche leggera modifica un vecchio testo che a suo tempo era stato respinto dal TAR.

Infatti, il vecchio testo del bando aveva tra i requisiti utili a partecipare alla gara quella di possedere una sede, personale qualificato e una operatività di minimo due anni sul territorio, ma sopra ogni altra cosa avere la “presenza nello statuto della finalità di tutela della vita fin dal concepimento”.

Il TAR dal canto suo sentenziò che proprio quest'ultimo criterio violava l'articolo 3 della Costituzione ovvero il principio di uguaglianza in quanto permetteva solo a quella tipologia di associazioni di partecipare al bando.

Al nuovo testo invece è stato aggiunto un escamotage, ovvero è stata inserita la frase «e/o di attività specifiche che riguardino il sostegno alla maternità e alla tutela del neonato» permettendo almeno temporaneamente di aggirare l'ostacolo.

In attesa che una nuova sentenza del TAR blocchi questo nuovo bando, le associazioni pro vita otterranno finalmente la possibilità di entrare nei consultori familiari.

In realtà, l'azione di lobbying che esercitano le associazioni pro vita in tutto il mondo è piuttosto forte ed in grado di interagire efficacemente nelle decisioni politiche.

Un esempio concreto di questo sono le parole pronunciate da Donald Trump, mentre era in carica come presidente degli Stati Uniti, durante la March for Life.

In quell'occasione ha infatti minacciato lo Stato della California governato dai democratici; Se lo Stato della California avrebbe continuato ad imporre alle assicurazioni private la copertura per le donne che decidono di abortire, Washington sarebbe stata pronta a interrompere i finanziamenti federali.

Il Dipartimento della Sanità e dei Servizi umani aveva annunciato che avrebbe concesso alla California trenta giorni per impegnarsi a bloccare le sue richieste nei confronti delle società assicurative, se non adempierà a queste precise condizioni, l'amministrazione avrebbe intrapreso provvedimenti per tagliare i fondi federali destinati alla Salute.

“La gente non dovrebbe essere costretta a partecipare, a pagare o a coprire l’aborto di altre persone”, si leggeva in una nota del Dipartimento.

Solo recentemente attraverso l’elezione del democratico Biden ha segnato un cambio di rotta.

Il Segretario di Stato Blinken, infatti, ha sconfessato il lavoro della precedente Commissione degli Stati Uniti sui diritti inalienabili, fondata dall'ex segretario Pompeo e dalla Harvard Mary Ann Glendon, la professoressa di legge e diplomatica repubblicana che tra le altre cose era stata ambasciatrice degli Stati Uniti presso la Santa Sede. Inoltre, attraverso il rapporto annuale sui diritti umani pubblicato dal Dipartimento di Stato, Blinken ha promesso che sosterrà i "diritti sessuali e riproduttivi" per tutti, facendo rientrare in queste categorie anche coloro che fanno uso della contraccezione e l’aborto. Si tratta, anche in questo caso, di un passo in avanti rispetto all'amministrazione Trump, che aveva fatto rimuovere l'aborto dal rapporto annuale perché non era riconosciuto come un "diritto umano".

5. Inverno demografico

Per inverno demografico si intende l'incremento dell'età media di una data popolazione.

L'aumento dell'età media è un fenomeno che può essere causato da due fattori:

1. Il primo è dovuto all'incremento della longevità media della popolazione oggetto dello studio.
2. Il secondo fattore è riconducibile ad un calo della fertilità media.

Soffermandoci su quest'ultimo fattore, secondo l'Eurostat *“L'indicatore di fertilità più utilizzato è il tasso di fertilità totale: questo è il numero medio di bambini che nascerebbero vivi da una donna durante la sua vita se questa dovesse passare gli anni della gravidanza in conformità ai tassi di fertilità specifici per età di un dato anno. Un tasso di fertilità totale di circa 2,1 nati vivi per donna è considerato il livello di sostituzione nei paesi sviluppati: in altre parole, il numero medio di nati vivi per donna necessario per mantenere costante la dimensione della popolazione in assenza di migrazione. Un tasso di fertilità totale inferiore a 1,3 nati vivi per donna viene spesso definito "fertilità minima-bassa". Il tasso di fertilità totale è comparabile tra i paesi poiché tiene conto dei cambiamenti nelle dimensioni e nella struttura della popolazione.”*

L'inverno demografico che sta attraversando l'Europa è un tema molto importante.

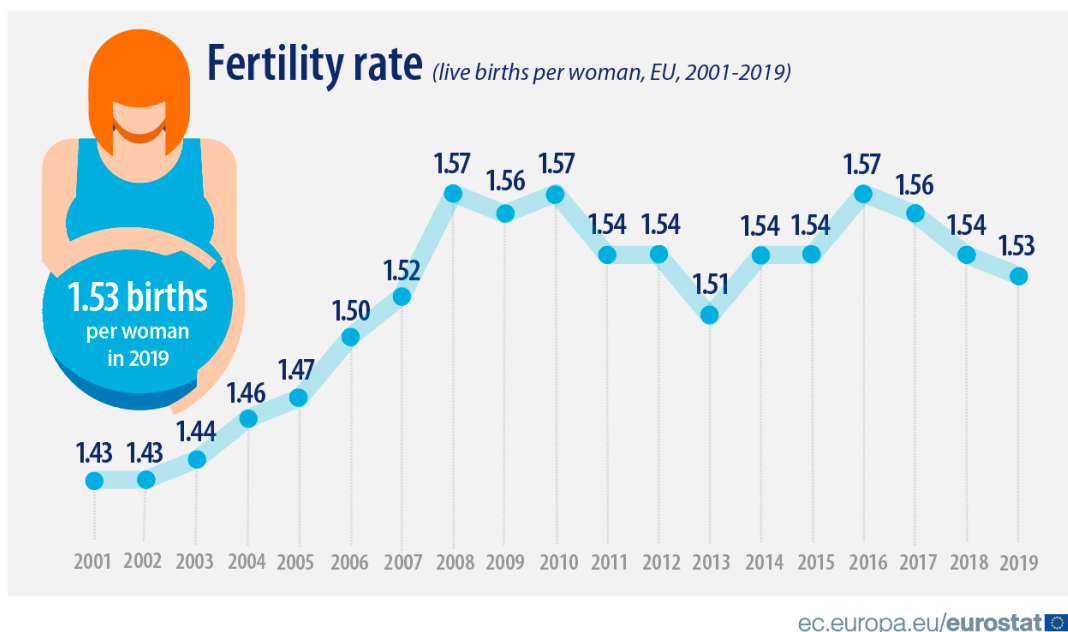
A maggio del 2021 Papa Francesco, assieme al Presidente del Consiglio Mario Draghi, ha aperto i Stati Generali della Natalità.

Durante il suo discorso il Papa ha infatti affermato che «la mancanza di figli, che provoca un invecchiamento della popolazione, afferma implicitamente che tutto finisce con noi, che contano solo i nostri interessi individuali».

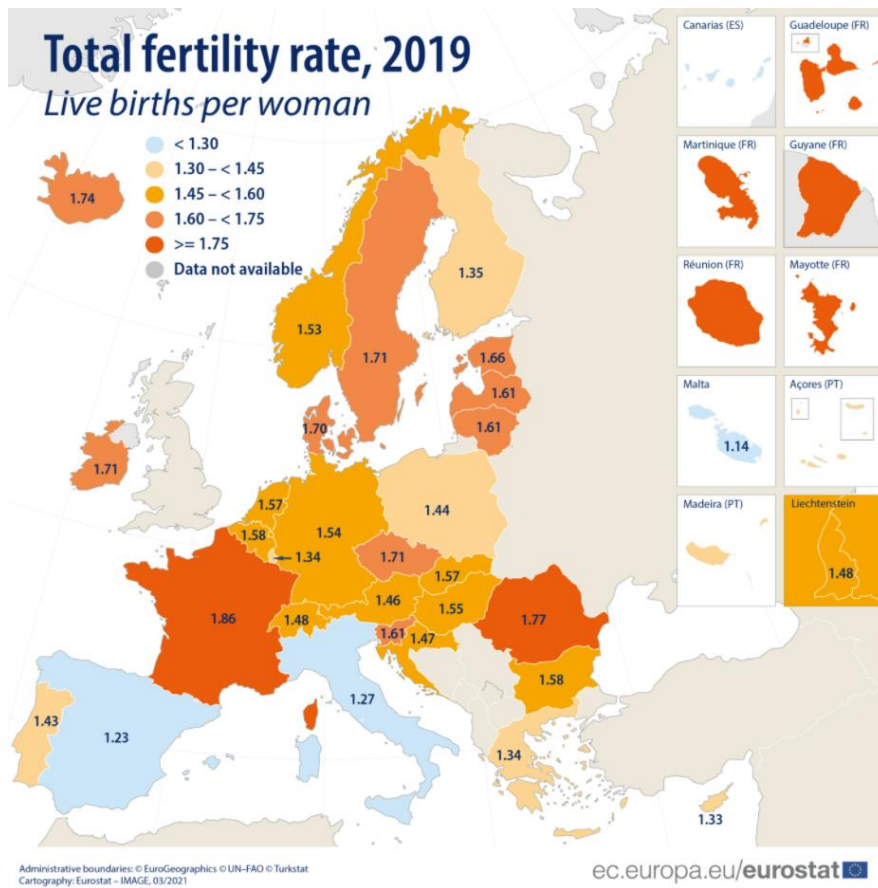
L'annuncio della partecipazione di Papa Francesco non a caso era arrivato in concomitanza con i nuovi dati dell'ISTAT riguardo il tasso di fecondità attualmente sceso a 1,24 figli per donna.

L'Italia non è stato l'unico tra gli stati europei ad avere un brusco crollo, l'esempio più eclatante è quello della Francia, la quale è passata da un tasso pari a 2,03 del 2010 ad appena 1,86 figli per donna nel 2019.

Se in Italia e Francia le donne fanno meno figli rispetto al 2010 non è un fenomeno che comprende tutti gli stati europei, ad esempio, in Romania si è passati dal 1,59 a 1,77, Slovacchia da 1,43 a 1,53 e Germania a 1,39 a 1,54 (dati dal 2010 al 2019). Nell'immagine seguente viene illustrata la media su base europea del tasso di tasso di fertilità dal 2001 al 2019.

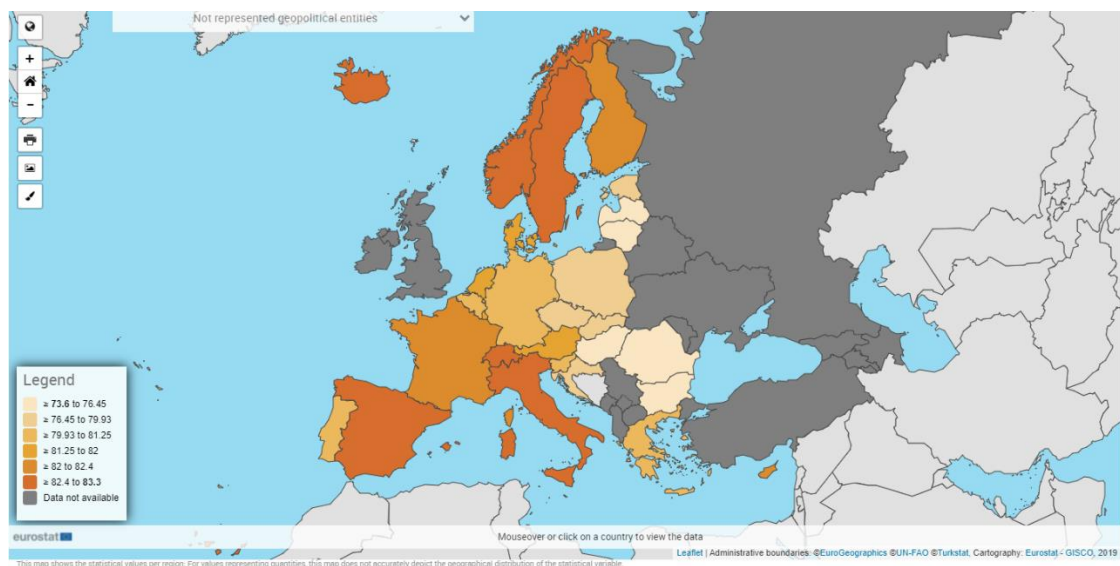


Come si nota dal grafico in realtà dal 2001 al 2007 vi è stato un forte incremento per poi stabilizzarsi fino al 2019.



Attualmente lo scenario in Europa occidentale consiste sia in una tendenza all'aumento della speranza di vita sia in una diminuzione della natalità.

Secondo i dati del 2016 dell'Eurostat in Europa la speranza di vita media è di 81 anni mentre in Italia la media è superiore a quella europea (82,4 anni).



Il seguente grafico a piramide illustra il cambiamento della popolazione maschile e femminile tra il 2019 e il 2100.

Attualmente lo scenario in Europa occidentale consiste sia in una tendenza all'aumento della speranza di vita sia in una diminuzione della natalità.

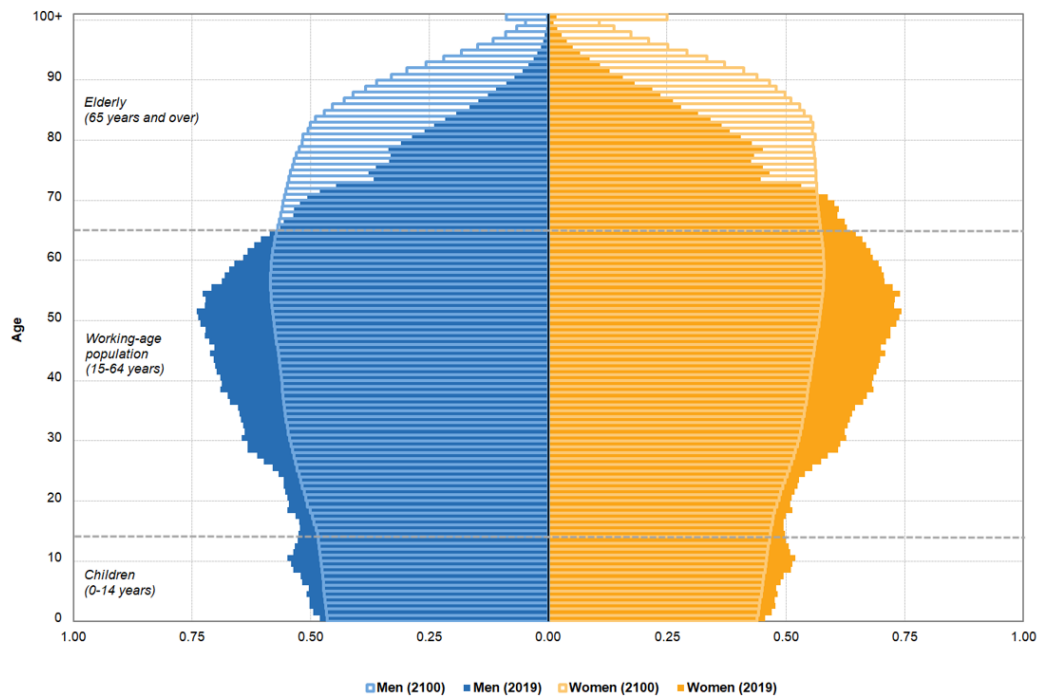
Secondo i dati del 2028 dell'Eurostat, in Europa la speranza di vita media è di circa 81 anni mentre in Italia la media è superiore (82,4 anni).

Per quanto riguarda la parte alta del grafico per il futuro si prevede un suo allargamento che corrisponde ad un invecchiamento della popolazione; infatti, secondo le previsioni entro il 2100 la fascia di età che comprende la popolazione con età superiore ad 80 anni aumenterà del 14%.

Il restringimento alla base del grafico invece è causato dal minor numero di nascite, questo processo è chiamato "invecchiamento alla base".

Dal grafico si nota come la parte più alta, ovvero quella che riguarda la fascia di persone over 65 anni, dal 2021 al 2100 andrà ad incrementarsi notevolmente a causa del basso tasso di mortalità.

Population pyramids, EU-27, 2019 and 2100 (% of total population)



Source: Eurostat (online data code: proj_19np)

eurostat 

Le teorie che si basano sul calo della fertilità come principale causa dell'inverno demografico e che vorrebbero delle leggi più restrittive per quanto riguarda l'utilizzo della pratica dell'aborto non sono corrette.

Pensare infatti che solo il raggiungimento del tasso di fertilità prefissato a 2,1 per scongiurare una qualsiasi catastrofe economica con conseguente crollo della società civile ha solo un valore di tipo puramente teorico.

Per sua stessa definizione il tasso di fertilità prende in considerazione il numero medio di figli per donna in età feconda quindi solamente dai 15 fino ai 49 anni escludendo quindi tutte le altre fasce di età.

Inoltre, non contempla minimamente altri fattori decisivi che potrebbero incidere sulla proiezione della popolazione in termini numerici come ad esempio l'immigrazione, l'adozione di bambini o il concepimento di bambini da parte di persone dello stesso sesso.

Ma quindi cosa ha realmente causato questo calo delle nascite?

Lasciando da parte le scelte personali sull'aver o meno dei figli, quello che incide maggiormente sono gli ostacoli dovuti alla precarietà del lavoro; mancanza di asili

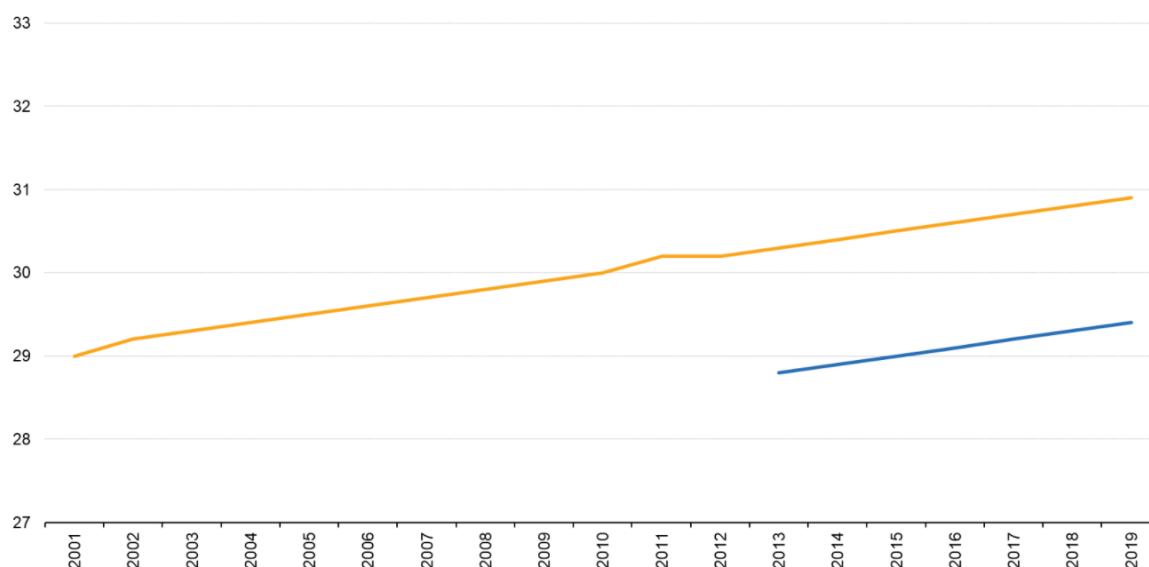
nido, poca flessibilità dell'orario lavorativo e pochi congedi parentali (per entrambi i genitori).

Anche la prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine, dovuto sempre alle difficoltà nell'ingresso nel mondo del lavoro, gioca un ruolo importante nella scelta di avere figli.

Il grafico successivo mostra come in Europa l'età media delle donne che giungono al parto, è in costante aumento dal 2001 al 2019, passando da una media di 29,0 anni a quella di 30,9 anni, quasi due anni in più.

Dallo stesso grafico si evince che la media dell'età delle donne che partorisce il primo figlio sia passata da 28,8 anni a 29,4 tenendo in considerazione lo stesso arco di tempo

Mean age of women at childbirth and at birth of first child, EU, 2001–2019

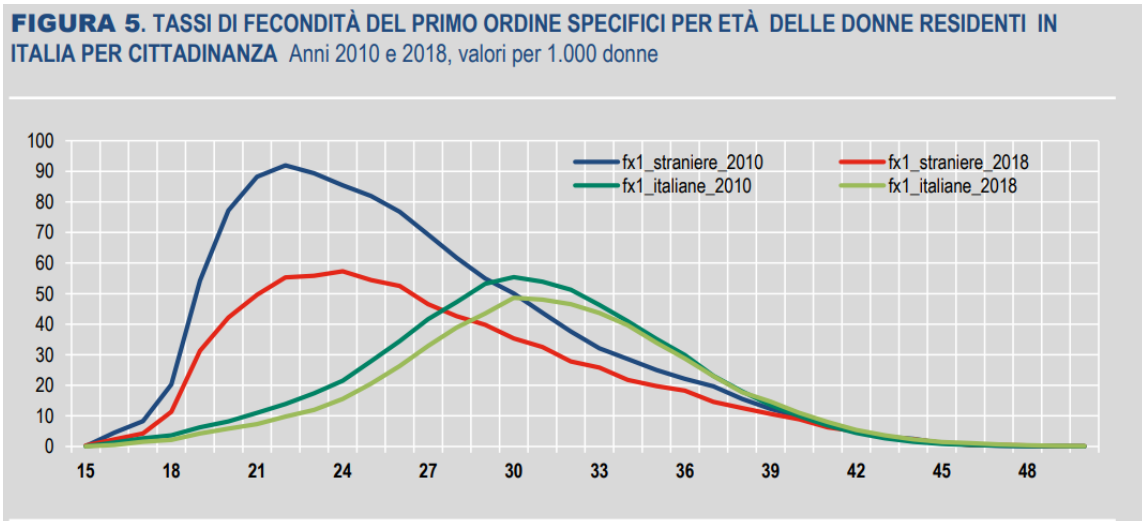


L'aumento dell'età media delle donne che partoriscono può essere dovuto alla scelta del rinvio dell'esperienza riproduttiva, ovvero il fenomeno secondo la quale le donne rinviando il parto programmando più avanti nel tempo, in una età sempre più avanzata, con una minor probabilità di successo e una maggiore propensione ai rischi relativi alla salute, come ampiamente documentato da diversi studi.

In Italia dove la crisi economica è stata più marcata l'età media alla nascita del primo figlio, secondo le fonti Istat, si attesta nel 2018 a 31,2 anni, addirittura tre anni in più rispetto al 1995, mentre l'età media del parto risulta di 32 anni, 1,1 anni sopra la media europea.

Un altro fattore che incide sia sull'età media del parto sia sulla fecondità e senz'altro la cultura di appartenenza.

Nel seguente grafico prodotto dell'Istat, infatti si può facilmente notare come il livello di fecondità delle donne straniere sia particolarmente alto rispetto a quelle italiane, specialmente riguardo i dati del 2010 e come l'età media del parto si attesti tra i 22 e i 24 anni.



Interessante anche notare come ci sia un recupero della posticipazione del parto da parte delle donne italiane a partire dal quarantesimo anno di età.

Sempre dallo stesso grafico, grazie i dati del 2018 si può notare il cambiamento del trend verso il basso (meno figli) e con la curva spostata più a destra (figli in età più avanzata) che interessa sia le donne straniere che quelle cittadine italiane.

Nei prossimi anni sarà fondamentale sia per l'Europa e in particolare per l'Italia attuare politiche di sostegno alla natalità che non siano dirette alla limitazione all'accesso dell'aborto, ma piuttosto investimenti sostanziali sugli asili nido come si è fatto in Germania oppure introdurre una tassazione agevolata per le famiglie e magari aumentando i congedi parentali per entrambi i genitori.

5.1 Il caso della Cina

Il pericolo di limitare il diritto di abortire, attraverso normative molto più stringenti è un pericolo tutt'altro che remoto.

Nella Repubblica Popolare Cinese, dove a causa degli effetti della politica inumana di controllo delle nascite che dal 1979 al 2016 imponeva di poter avere solo un figlio, le nuove linee guida diffuse dal Consiglio di Stato cinese a fine settembre 2021, inducono a pensare che a breve ci sarà una possibile limitazione del diritto di aborto

Se nel 1979 la Cina, lo stato attualmente più popoloso al mondo, aveva la necessità di ridurre drasticamente il sovrappopolamento, ora invece si ritrova con un'emergenza diametralmente opposta; l'invecchiamento inesorabile della sua popolazione.

La causa di tutto questo è imputabile a vari fattori, primo tra tutti l'obbligo durato per anni di avere un solo figlio.

Un altro fattore decisivo senza dubbio è l'aborto selettivo, virtualmente illegale in Cina ma ancora diffusissimo.

Questa pratica che dipende da ragioni di tipo economiche, culturali e sociali si basa sulla scelta della famiglia di abortire nel caso in cui l'ecografica riveli una figlia femmina.

In questo modo si è creato una sorta di sbilanciamento di genere, i maschi risultano essere 30-40 milioni in più delle donne e causerebbe dei problemi demografici anche nella prossima generazione.

Questi fattori hanno portato ad un calo del tasso di fertilità al di sotto del 1,3.

Se questo valore sembra la linea con quelli europei, specialmente con quello italiano, in Cina risulta un numero molto preoccupante.

Il tasso di industrializzazione nel paese è ancora molto basso e questo comporta un grave squilibrio.

Se in Europa si sono raggiunti tali livelli ma in un contesto di relativo benessere economico, in Cina il tasso di industrializzazione e l'economia del paese in generale risultano ancora troppo carenti per sostenere questo calo della fertilità.

In una realtà come la Cina, che dispone di scarsi servizi assistenziali e ancora vaste aree del paese hanno un'economia di sostentamento basato sull'agricoltura, la numerosità della prole risulta ancora necessaria.

Il pericolo infatti è quello di avere una generazione di pensionati a rischio di povertà, senza avere un numero necessario di lavoratori giovani che sostenga il sistema previdenziale.

Secondo il centro studi internazionali “Nei prossimi 15-20 anni si stima che la Cina avrà circa 150 milioni di nuovi anziani, mentre la popolazione potrebbe perdere quasi 100 milioni di individui, portando così il numero degli over 65 ad una cifra che oscilla tra 1/4 ed il 30% del totale della popolazione.”

Tutto questo porterebbe ad avere delle divergenze interne e formare profonde spaccature nel sistema creato dal Partito Comunista Cinese.

In sintesi, è auspicabile che il processo normativo prenda in considerazione il miglioramento delle condizioni della donna, punendo ovviamente chi pratica l’aborto di tipo selettivo.

Questo tipo di aborto risulta essere doppiamente discriminatorio; in primo luogo, nel voler costringere la madre a ricorrere alla pratica dell’aborto, in secondo luogo a rifiute di avere una progenie di sesso femminile, non comprendendo come questa scelta non sia solo disdicevole dal punto di vista etico, ma anche dannosa per l’avvenire dell’intera comunità.

6. Conclusioni

In conclusione, al termine di questa indagine, si può affermare che esiste una demonizzazione della pratica di abortire?

Chiaramente la risposta è affermativa, risulta infatti essere un obiettivo principale delle associazioni pro vita, le quali giocano un ruolo chiave nella pratica di seppellimento dei prodotti abortivi.

Sfruttando una falla nel regolamento di Polizia Mortuaria e grazie alle donazioni, queste associazioni seppelliscono i prodotti abortivi in alcuni casi sia senza il consenso sia senza informare i genitori sia installando una croce sulla lapide con inciso il nome della donna che ha avuto l'aborto.

Le associazioni pro vita, grazie alla loro attività di lobbying, cercano di influenzare i policy-makers a livello governativo, parlamentare ma soprattutto a livello istituzioni territoriali e di amministrazioni pubbliche.

Molti esempi riportati in questo lavoro riguardavano infatti Regioni ed enti locali che avevano emanato atti con il chiaro scopo di rendere più difficoltosa e dolorosa la scelta di una donna di abortire.

Un'altra tematica di importanza rilevante è senz'altro il problema delle obiezioni di coscienza tra il personale sanitario, il quale come dimostrato dai dati riportati, risulta essere ancora molto presente in Italia.

Alte percentuali di personale obiettore di coscienza si traduce sia in una difficoltà di fruizione della prestazione da parte del cittadino sia un carico di lavoro eccessivo per il personale non obiettore.

L'inverso demografico, infine, è un problema i cui fattori sono noti ma le cause più profonde che influenzano essi sono ancora oggetto di discussione e speculazione politica.

Le ricadute di questo fenomeno che sia l'Unione Europea sia altri stati dovranno affrontare con urgenza nel prossimo futuro sono molteplici.

Quest'ultime spaziano dall'ambito economico a quello sociale e se non saranno gestite con attenzione andranno a creare attriti che metteranno a dura prova i futuri governi.

In questa sede si è infatti sollevato il dubbio che in nome di una necessaria ripresa demografica si venga limitare il diritto all'aborto, come pare si stia muovendo in

questo senso il governo cinese invece di agire con diverse politiche di sostegno alla natalità.

Bibliografia

- legge 194/78
- Eleonora Cirant, 21/05/200, “Obiettori di coscienza, così ne fanno carta straccia”
- Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza - dati 2017.
- “Nota informativa per la donna che richiede l’ivg medica” Regione Emilia Romagna
- “Come avviene l’aborto” Wired 28/04/2014
- QuodidianoSanita.it, 2016, Aborto. Consiglio d’Europa boccia l’Italia: “Notevoli difficoltà di accesso. Non rispetta diritto salute”.
- “Decision on admissibility and the merits” European committee of social rights, , Publication: 11 April 2016.
- Deliberazione Giunta Regionale del 10 giugno 2020, n. 46 Regione Umbria
- Luigi Mastrodonato “Qualcuno spieghi alla giunta di centrodestra dell’Umbria che l’aborto non è una pena da espiare” del 16/ 06/2020, wired.it, url: <https://www.wired.it/lifestyle/salute/2020/06/16/aborto-umbria-pillola-ricovero/>
- Daniela Bucalossi “Umbria, solo sei ospedali danno la pillola abortiva e niente day hospital: l’incubo di Marta” del 05/10/2020, fanpage.it, url: <https://www.fanpage.it/attualita/umbria-solo-tre-ospedali-danno-la-pillola-abortiva-e-niente-day-hospital-lincubo-di-marta/>
- Francesco Mezzapelle “Marsala, continua il dibattito sul Registro dei bambini mai nati. La replica del consigliere Giusi Piccione proponente della delibera” del 20/08/2020, PrimapaginaSalemi, url: <https://www.primapaginasalemi.it/marsala-continua-il-dibattito-sul-registro-dei-bambini-mai-nati-la-replica-del-consigliere-giusi-piccione-proponente-della-delibera>
- Marina De Ghantuz Cubbe Roma, “feti sepolti col nome di chi ha abortito. Emergono altri casi, le donne si ribellano” del 01/10/2020, La Repubblica, url: <https://roma.repubblica.it/cronaca/2020/10/01/news/feti-269073919/>
- D.P.R. 285/90, “Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria.
- Marta Silvestre “Marsala, eliminato il registro dei bambini mai nati “Discriminante per le donne che decidono di abortire”, 04/08/2021, Meridionews

url:<https://meridionews.it/articolo/95210/marsala-eliminato-il-registro-dei-bambini-mai-nati-discriminante-per-donne-che-decidono-di-abortire/>

- Legge Regionale 18/2010, Regione Veneto.
- -Giulia Tanel, “Seppellire i feti abortiti, l'esempio del Veneto” 26/12/2017, La Nuova Bussola, url: <https://lanuovabq.it/it/seppellire-i-feti-abortiti-lesempio-del-veneto>
- Jonathan Mattise, “Tennessee governor signs, court blocks 6-week abortion ban” 13/07/2020, The Washington Post
- Alessandro Madron, “Riti religiosi per bimbi mai nati, dopo 24 ore i genitori non hanno più diritti”, 27/06/2013 Il Fatto Quotidiano, url: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/06/27/riti-religiosi-per-bimbi-mai-nati-dopo-24-ore-genitori-non-hanno-piu-alcun-diritto/633347/>
- “EU births: decline continues, but not from foreign-born women” Eurostat, 23/03/2021
- Fausto Gasparoni “Papa: il 14 maggio aprirà Stati generali della Natalità”, ANSA, 03/05/2021, url: https://www.ansa.it/oltrevere/notizie/2021/05/03/papa-il-14-maggio-aprira-stati-general-della-natalita_3d880e86-3924-4f2c-8e93-825c6b527b97.html
- “Natalità e fecondità della popolazione residente | anno 2018” ISTAT
- Gabriele Battaglia, “Cina, l'esecutivo diffonde un “Programma per lo sviluppo di donne e bambini” fino al 2030: si teme una limitazione del diritto all'aborto”, Il Fatto Quotidiano, 30/09/2021 url: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/09/30/cina-lesecutivo-diffonde-un-programma-per-lo-sviluppo-di-donne-e-bambini-fino-al-2030-si-teme-una-limitazione-del-diritto-allaborto/6337038/>
- “Proiezione demografica UE”, Eurostat, 20/09/2020