

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Magistrale* in

SCIENZE DEL GOVERNO E POLITICHE PUBBLICHE



45 ANNI DALLA LEGGE 194/1978. DUE CASI
STUDIO: BOLOGNA E PADOVA

Relatore: Prof. LORENZA PERINI

Laureanda: CHIARA RODA

matricola N. 2053203

A.A. 2022/2023

INDICE

Introduzione	4
1.Excursus storico dal 1977 al 1981	
1.1 Dal caso Seveso alla discussione alle Camere	7
1.2 Nuovo iter parlamentare verso la legge 194	11
1.3 Approvazione della legge 194/1978	14
1.4 “Legge 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione di gravidanza”	16
1.5 Referendum: 17 maggio 1981	23
2. Relazione annuale sull’IVG	
2.1 Relazione del Ministero della Salute sull’attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194) – dati definitivi 2020	32
2.2 Classi di età	37
2.3 Stato civile	38
2.4 Titolo di Studio	39
2.5 Occupazione	41
2.6 Residenza	42
2.7 Cittadinanza	44
2.8 Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza	45
2.9 Obiezione di coscienza in Italia	49
2.10 Osservazioni in merito alla Relazione	51
3. Analisi di due casi studio: Bologna e Padova	56
3.1 Il caso studio di Bologna	57
3.2 Il caso studio di Padova	66
3.3 Riflessioni in merito ai risultati della ricerca effettuata	70

Conclusioni	73
Bibliografia	75
Sitografia	78
Allegati	79

INTRODUZIONE

In questo elaborato andrò ad analizzare e comprendere l'exkursus storico che ha portato la nascita e la messa in essere delle legge 194, la legge nasce in un periodo storico molto tumultuoso che è quello degli anni '70 essi sono caratterizzati da un forte terrorismo politico il quale in qualche modo influenzerà anche la nascita della legge stessa, in più gli anni '70 sono caratterizzati da forti mobilitazioni femministe che chiedono a gran voce più diritti per le donne per questo motivo in quegli anni verranno raggiunti grandi traguardi per le donne e uno tra tutti è proprio la legge sull'aborto, la legge però presentò già diverse faglie, ed è possibile osservarle facendo un'analisi storica della legge stessa, essa rappresentò un vero e proprio compromesso tra le forze in campo che erano presenti in quegli anni quindi la normativa come è possibile comprendere non da piena attuazione a quello che le donne chiedevano ma rappresenta solo la possibilità o forse per essere più chiari la finta possibilità di poter abortire in maniera libera, sicura e gratuita e questo ce lo confermano i dati che si possono osservare all'interno della relazione che viene stilata dal Ministero della Salute sulla base di diversi criteri utilizzati per comprendere l'applicabilità della legge, i numeri sugli obiettori di coscienza vertono su percentuali molto alte nella maggior parte delle regioni italiane e questo è un dato allarmante che deve farci riflettere, perché avere un ospedale con un 100% di medici obiettori porta alcune complicazioni nell'applicabilità della normativa e le donne sono costrette a dover migrare in altre regioni per effettuare un intervento che appunto dovrebbe esser garantito in tutte le regioni d'Italia ma così non è, la legge rappresentò un grande punto di svolta in quegli anni ma ora che ne sono passati 45 forse sarebbe necessario migliorarla e rendere veramente l'aborto libero, sicuro e gratuito. Cercando di voler comprendere con mano in quale situazione ci stessi trovando ho deciso di effettuare alcune interviste in due territori che sento molto vicini a me per motivazioni differenti e così ho intervistato figure che venivano da contesti diversificati sia nello scenario bolognese sia in quello padovano, quello che si è potuto osservare dalle interviste che ho effettuato e in base anche ai dati che sono riuscita a trovare il metodo di intervento su questa tematica è diametralmente opposto e questo è influenzato dalla tipologia di cultura amministrativa che è

presente all'interno delle due regioni, ad esempio la regione Veneto ha un'inclinazione più verso un'applicazione serrata della legge senza effettuare alcun tipo di migliorie o di aiuti concreti nei confronti delle donne cosa che viene fatta esclusivamente dalle associazioni, invece la regione Emilia Romagna non solo applica quello che è la legge ma ne comprende i forti punti critici che questa legge ha e attua cambiamenti che possono aiutare le donne.

Quello che risulta chiaro è che nonostante sia presente una normativa in merito questo non vuol dire che le donne abbiamo la possibilità al 100% di poter decidere sul loro corpo ma sembra sempre che questa loro scelta sia imputata da terze parti le quali non dovrebbe aver alcun diritto di decisione, ma la situazione in Italia è complessa e non per nulla semplice viviamo nel XXI secolo ma siamo in balia dei medici obiettori e dei movimenti pro vita.

CAPITOLO 1: EXCURSUS STORICO DAL 1977 AL 1981

1.1 Dal caso Seveso alla discussione alle Camere

Il dibattito sull'aborto iniziò in un modo molto forte durante gli anni Settanta, il tutto dovuto alla complessità politica e sociale di quegli anni, gli anni Settanta vengono anche denominati "Anni di Piombo".

Quegli anni furono influenzato dal contesto non solo nazionale ma anche internazionale, ci troviamo nel bel mezzo della Guerra Fredda.

Gli anni definiti "Anni di Piombo" vanno dal 1969 al 1982 dove furono feriti 1.100 persone e uccise 350, furono anni molti difficili per la comunità ma allo stesso tempo anni di grande cambiamento.¹

Il dibattito sull'aborto si sviluppò proprio in quegli anni e la legge sull'aborto che successivamente nacque rappresentò in definitiva la situazione politica e sociale del tempo.

La classe politica del tempo ebbe una grande pressione da parte dei movimenti femministi come ad esempio l'UDI (Unione Donne in Italia), questa Associazione nacque durante la seconda Guerra Mondiale e diventò un punto di riferimento per quanto concerne la ricostruzione del Paese nel dopoguerra e per le forti battaglie femministe degli anni '70.²

Oltre la forte pressione che la classe politica aveva da parte dei movimenti femministi i quali chiedevano a gran voce un cambiamento a livello culturale, ci fu un altro avvenimento che creò un grande vociferare all'interno dell'opinione pubblica, il caso di Seveso del 10 Luglio 1976³.

Quel giorno dallo stabilimento Icmesa fuoriuscì della diossina, la cui esposizione avrebbe potuto creare malformazioni ai feti e quindi tutta l'attenzione politica si concentrò su questa problematica mettendo in secondo piano i problemi legati all'esposizione della diossina per tutti i cittadini che si trovarono vicino

¹ <https://www.focus.it/cultura/storia/terrorismo-rosso-anni-di-piombo>

² <http://www.udiravenna.it/storia-dellunione-donne-in-italia/>

³ B. ZIGLIOLI, *Il disastro di Seveso tra ecologia e politica*, "Storia e Futuro", XVIII, Ottobre 2008

all'esplosione e alle future conseguenze sia sugli alimentari che in generale sull'ambiente stesso, il problema principale era: "Queste donne le facciamo abortire oppure no?"⁴.

Intorno al caso Seveso cominciarono ad esserci molte tensioni e disinformazione, sia per la forte presenza cristiana sul territorio, dove le donne raccontano di aver vissuto momenti di vero oblio in quanto, pur essendo stato aperto un Consultorio in paese, non vi accedevano per paura di essere riconosciute e quindi molte ricorsero nuovamente all'aborto clandestino che in quegli anni era all'ordine del giorno⁵, sia per il boom mediatico sulla questione Seveso che in quegli anni i giornali crearono titoli su titoli e che certamente non fornivano il giusto conforto e sostegno alle donne che dovevano prendere quella decisione, perché nella prima metà di agosto di quell'anno una commissione medica regionale decretò eleggibili per l'aborto terapeutico le donne incinte della zona di Seveso e l'assessore regionale dichiarò che "per quanto riguarda il problema delle gestanti, esse verranno esaminate presso la clinica Mangiagalli di Milano (...) in base ai risultati del controllo ogni decisione verrà lasciata alla libera determinazione delle gestanti"⁶.

Si dava la placida idea che fosse la donna a decidere sul proprio corpo e che non sarebbe stata influenzata in alcun modo, ma le cose non andarono esattamente così, come ci racconta una donna che descrisse la situazione:

"Siamo rimasti tramortiti dalla questione aborto, dalla campagna condotta in Chiesa dai nostri preti, dai movimenti legati alla chiesa che condannano a priori anche le visite ginecologiche e le informazioni che ci danno sulla contraccezione. Molte donne qui non sanno neppure cosa sia la vagina e hanno assoluto bisogno di aiuto per capire cosa sta accadendo e non avere bambini esposti al rischio diossina. Questo è il punto. In un paese qui vicino hanno aperto addirittura un consultorio privato in concorrenza a quello pubblico. Danno informazioni diverse.

⁴ L. CONTI, *Visto da Seveso*, Milano, Feltrinelli, 1977

⁵ PERINI, L (2011) *Il corpo della cittadina. La costruzione nel discorso pubblico sulla legge 194/1978 in Italia negli anni settanta*. Dottorato di ricerca, Alma Mater Studiorum. Università di Bologna. "L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta il numero di 1.200.000 aborti in Italia, una vera industria dell'aborto clandestino che frutterebbe come giro d'affari dai 60 ai 70 miliardi l'anno."

⁶ A. BONANNI, *Proposto l'aborto terapeutico per le gestanti della zona intossica*, "Il Corriere della Sera", 31 luglio 1976

Noi a quali dovremmo credere? Invece di aiutare le persone, queste iniziative ci stanno dividendo. Le donne cattoliche che però quel bambino non lo vogliono finiranno per ricorrere alle mammane, questo è certo.”⁷

Il caso di Seveso lasciò se vogliamo un'importante svolta positiva insieme ad altri eventi che fecero da catalizzatore in quegli anni, portando così al centro dell'attenzione pubblica il problema della mancanza di legislazione sul tema dell'aborto.

Per questi motivi, il 13 ottobre del 1976 ripartirono i lavori delle commissioni “Giustizia” e “Igiene e Sanità” per proporre un nuovo testo di legge da presentare alle due Camere del Parlamento⁸. Furono depositate diverse proposte prima tra tutte quella di Emma Bonino⁹ con tema cardine il disastro di Seveso e poi si susseguirono quella di Piero Oratesi del Pci e la proposta di Silverio Corvisieri e Mimmo Pinto del gruppo misto fungendo anche da portavoce di una parte del movimento femminista.¹⁰

Il caso Seveso ha smussato angoli ideologici presenti nella fazione della Democrazia Cristiana soprattutto nei confronti delle donne cattoliche che iniziarono ad interrogarsi sul loro corpo e allo stesso tempo rispondendo alla loro coscienza, ma il punto debole rimane il rapporto tra medico e donna, in quanto viene data parvenza di piena decisione finale da parte della donna e nei confronti del suo corpo ma spetta in seconda istanza al medico il compito di certificatore; infatti per la fazione della DC era necessario che nella legge fosse dato per assodato che i medici

⁷ Ivi, p. 57-58. Alla fine, le statistiche mostreranno che solo 28 aborti sono stati ufficialmente compiuti nelle apposite strutture della zona, tre donne sono volate a Londra dopo il rifiuto degli ospedali circostanti e tra i 2771 bambini nati nell'area nel 1977 almeno 38 erano malformati. Il tasso di mortalità dopo il disastro non è crollato ma è aumentato molto il tasso di aborti spontanei. Nel 1978 i bambini malformati nella stessa area furono 58 su 2746 nati. Altre statistiche mediche arrivarono a contarne però più di 100 (“La Repubblica”, 10 marzo 1979, “Il Corriere della Sera”, 6 febbraio 1979)

⁸ Camera dei Deputati, Commissioni riunite “Giustizia” e “igiene e Sanità”, *Bollettini delle commissioni*, 13 ottobre – 7 dicembre 1976.

⁹ Camera dei Deputati, *Provvedimenti per l'interruzione di gravidanza in casi di intossicazione dipendente dalla nube di gas fuoriuscita dalla ditta Icmesa nel comune di Seveso*, presentata dagli On. E BONNINO e altri, 2 agosto 1976

¹⁰ Camera dei Deputati, *Disposizioni sull'aborto*, Presentata dagli On S. CORVISIERI e M. PINTO, 3 ottobre 1976

potessero esprimere la loro obiezione di coscienza senza alcun passo indietro al riguardo.

Dopo mesi di forti discussioni all'interno del Parlamento fu necessario trovare un testo di legge che potesse rendere l'aborto legale e mettendo la salute della donna al primo posto evitando così i tanti aborti clandestini che hanno portato tante donne alla morte, oramai era diventato impossibile girare la testa dall'altro lato facendo finta di nulla; così il 21 gennaio del 1977 la Camera approvò il testo di legge, votarono a favore della legge i socialisti, i comunisti, sinistra indipendente, socialdemocratici, liberali e repubblicani. Votarono contro i democristiani, altoatesini, i missini, i rappresentanti di democrazia nazionale e i radicali; i radicali furono sempre a favore delle manifestazioni in piazza da parte delle donne e proprio perché considerarono questa legge una vera e propria limitazione nei confronti della libertà delle donne decisero di votare contro questa norma, quindi nonostante il no da parte del partito radicale la legge passò al vaglio del Senato.

I punti principali definiti da questa proposta di legge furono i seguenti:

- L'IVG (interruzione volontaria di gravidanza) fu permessa per i primi 90 giorni, dopo il seguente periodo è resa possibile solo nell'eventualità in cui sia a rischio la vita della donna
- L'obiezione di coscienza è garantita a tutti i medici ma le strutture sanitarie devono garantire il servizio
- Le sedicenni e le diciassetenni vengono equiparate alle diciottenni, mentre sotto i sedici anni è necessario il consenso da parte di entrambi i genitori per effettuare l'IVG
- Ruolo fondamentale dato ai consulti

Si susseguì un forte dibattito all'interno delle mura del Senato, il fronte della DC aveva il forte timore di perdere i suoi consensi nell'eventualità in cui la legge fosse passa, il Senatore la Valle sottolineò l'importanza da parte della collettività di farsi carico delle difficoltà socio-economiche che spingono le donne economicamente svantaggiate all'aborto¹¹, quello che affermò La Valle non era qualcosa di nuovo perché il coinvolgimento socio economico era già parte integrante del testo legiferato alla Camera come sottolineò la senatrice Giglia Tedesco, membro

¹¹ *Aborto: La Valle propone miglioramenti*, "La Stampa", 2 marzo 1977

dell'esecutivo dell'UDI “in ogni parte del Paese, ma direi anche del mondo è la società tutta che si interroga sull'aborto, sul suo manifestarsi, sulle dimensioni e le prospettive del fenomeno (...) la legge per cui ci si batte oggi non è che un tassello nello scenario di domani contro l'aborto clandestino e a favore delle donne”¹².

All'interno dei diversi interventi che si susseguirono nei mesi successivi di discussione non si parla mai di diritti e di libertà della donna sul proprio corpo, ogni senatrice e senatore che chiede di intervenire inizia il proprio discorso “in quanto madre o in quanto padre” cercando di dare un segno di autorevolezza su quello che dirà in un qualche modo giustificando quello che starà per dire.

Si iniziò a mettere in dubbio ad esempio il ruolo dei consultori, i quali vennero definiti dal senatore democristiano Luigi Carraro come consultori abortisti, “quelli in cui si convincono le donne a interrompere la maternità”¹³, venne rimessa in discussione anche la questione delle minorenni dove, da parte della DC, si richiese nuovamente l'inserimento della figura del giudice tutelare per richiedere il nulla osta all'intervento.

Attraverso queste premesse fu chiara la disfatta di trovare un accordo tra le forze politiche di quel tempo infatti il 7 giugno del 1977 il disegno di legge fu bocciato al Senato e sulla scia di quei giorni nacque il Movimento per la Vita.

1.2 Nuovo iter parlamentare verso la legge 194

Il 9 giugno del 1977 Balzamo, Bozzi, Gorla, Mammi, Natta, Preti e Spinelli proposero un altro disegno di legge e grazie a questo incominciò un nuovo iter parlamentare¹⁴.

In questo frangente la reazione delle donne e quindi dei movimenti femministi fu forte e immediata. Una delle prime manifestazioni che ci furono proprio in protesta contro questa decisione da parte dei poteri forti della politica fu la manifestazione del 10 giugno del 1977 a Roma, si trovarono tutte le donne che credevano nella

¹² G. TEDESCO, *Intervento*, Senato della Repubblica, 7 giugno 1977, p. 6156

¹³ L. CARRARO, *Intervento*, Senato della Repubblica, 7 giugno 1977

¹⁴ V. BALZAMO, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, Camera dei Deputati, 9 giugno 1977

necessità di avere una legge che tuteli la donna e la decisione sul suo corpo e allo stesso tempo si riunirono tutte le donne che ritenevano questa legge insufficiente. Nel mese di febbraio del 1978 si entrò nuovamente nel vivo del dibattito parlamentare in cui fu chiaro che non ci fossero sostanziali differenze tra il testo di legge licenziato precedentemente e quello che si stava proponendo alla votazione da parte dei due rami del Parlamento, sottolineando come questi mesi di attesa hanno portato solo alla procrastinazione di una legge necessaria per la società italiana, portando così più donne a decidere di abortire clandestinamente mettendo a rischio la loro vita.

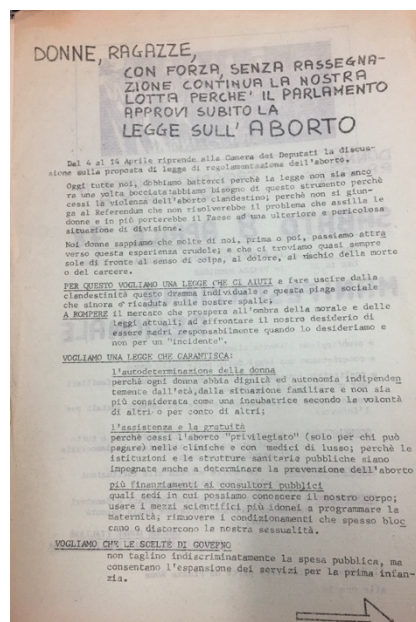
Uno dei problemi principali che fu alzato dall'ala della Democrazia Cristiana fu il dettame prettamente linguistico della legge, quindi si andò a disquisire sul titolo della legge o sulla necessità di vagliare la sintattica linguistica di tutti gli articoli della legge partendo ad esempio dall'articolo 1, il quale secondo Mario Gozzini doveva passare da "l'aborto è consentito" a "l'aborto non è oggetto di giustificazione penale", e questa discussione di tipo linguistico andava solo a distogliere il vero problema che la società doveva risolvere e il tutto faceva intendere quanto questa legge avrebbe rappresentato un vero e proprio compromesso tra le due forze politiche di quel tempo e se si parla di compromesso è necessario introdurre uno degli eventi che segnò la storia della nostra politica ma non solo, ha segnato anche la storia della nostra società e anche la legge sull'aborto: il rapimento del segretario della Democrazia Cristiana, Aldo Moro il 16 marzo del 1978.

Nei mesi a seguire la stampa era invasa da articoli che parlavano dell'aborto e di quelli che parlavano di Aldo Moro e molte volte il rapimento di Aldo Moro fu utilizzato dalle testate giornalistiche di matrice cattolica come capro espiatorio per associare il no alla legge sull'aborto alla figura di Aldo Moro, il tutto venne deliberatamente affermato da un articolo dell' "Osservatore Romano" scritto da Adriano Bompiani "anche Moro ha firmato la prima proposta di legge democristiana sull'aborto (...), anche Moro si disse contrario a che si parlasse di cittadino e non di uomo proprio in quanto il primo non esaurisce il secondo"¹⁵. Non

¹⁵ *Respinta al Senato la pregiudiziale contro la legge abortista*, "Osservatore Romano", 12 maggio 1978

solo si accostò la figura di Aldo Moro a quella del no all'aborto ma l'“Osservatore Romano” accostò la figura delle Br (Brigate Rosse) alle donne “assassine” che volevano abortire: “il profondo disagio registrato negli attentati di ogni giorno contro innocenti vite è culminato nel crudele e criminale assassinio dell'onorevole Moro e della sua scorta, dovrebbe essere egualmente avvertito quando si tratta della piaga dell'aborto, che sopprime inermi vite indifese.”

Il movimento per le donne continua a confrontarsi e discutere su questa legge con grandi perplessità in quanto il testo in esame in parlamento rappresenta un vero e proprio compromesso in cui la decisione della donna è messa in secondo piano quando in realtà dovrebbe essere il punto centrale della questione, e soprattutto per l'ala più estrema del movimento risulta insensato trovare un compromesso su questa questione. Questa spaccatura è dovuta al fatto che per la prima volta l'aborto ha messo le donne davanti alle istituzioni e con il relativo risultato di creare un dialogo politico necessario, dove non è possibile una solitaria lotta di piazza ma un confronto all'interno del Parlamento e per questa ragione una parte del movimento ha accettato questa condizione, invece vi è un'altra parte che considera questo confronto un retaggio del potere maschile.¹⁶ Nonostante questa nuova fase del movimento femminista le donne continuano a mobilitarsi nelle piazze.



¹⁶ L. PERINI, *Dopo la 194 Un tempo storico, un dibattito culturale, la geografica di un territorio*, Laboratorio di politica, 2014

Fonte: Archivio Storico UDI Bologna

1.3 Approvazione della legge 194/1978

Durante i giorni del sequestro di Aldo Moro l'aula della Camera risulta semi-vuota¹⁷, ed è presa d'assalto da parte del partito Radicale che monopolizzò la situazione, emerse la necessità di trovare una trattativa da parte del Pci con la Dc e questa cosa portò grandi dissapori e contrarietà da parte delle deputate.

Il 16 aprile del 1978 la Camera approvò la legge con 252 sì e 51 no (vale a dire i missini, i radicali, i demoproletari e – a titolo personale- la socialista Magnani Noya).

Il voto arrivò in Senato il 18 maggio del 1978 e nonostante una dura opposizione da parte dei democristiani la legge riuscirà a passare con 160 voti favorevoli (i comunisti, i socialisti, gli indipendenti di sinistra, i socialdemocratici, i repubblicani e i liberali) e 148 contrari (i democristiani, demonazionali, i missini e gli altoatesini), la legge entrò ufficialmente in vigore il 22 maggio 1978 con il nome di “legge 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza”.

La legge 194 rappresentò in fondo un'evidente mediazione e sconfitta soprattutto per le donne, in quanto impone forti limitazioni alla libertà delle donne sul proprio corpo e alla loro libertà decisionale. Per esempio, le ragazze sotto i diciotto anni non possono abortire per loro libera scelta, ma hanno bisogno del permesso di entrambi i genitori e un altro grande problema che si ripresenterà negli anni a seguire è sicuramente l'articolo 9 che prevede il diritto all'obiezione di coscienza per i medici; l'unica conquista che anche i movimenti femministi riconoscono è che l'aborto non sarà più considerato un reato.

Il presagio del referendum che aleggiava durante tutto l'iter legislativo continuò ad essere presente nel dibattito pubblico dei media nazionali, mentre il vento iniziava a cambiare anche all'interno del Partito Comunista.

¹⁷ *Si discute in un'aula vuota, mentre Pci e laici pensano di mercanteggiare voti con la Dc a prezzo dell'autodeterminazione*, “Il manifesto”, 8 aprile 1978

Durante il XV congresso del partito si cominciò a dare sempre più spazio alla voce delle donne alla necessità di avere donne ai vertici dell'assemblea, cosa a cui il partito fino a quel momento non aveva mai dato molta importanza; ma le cose mutarono proprio nel 1979 quando Nilde Iotti, comunista ma di educazione cattolica, fu eletta Presidente della Camera dei Deputati al posto di Pietro Ingrao¹⁸, ella fu la prima donna a ricoprire la terza carica più importante del Paese.

In occasione del giuramento, Nilde Iotti fu intervistata da Luisa Melograni su "L'Unità" dove in maniera molto diplomatica ma allo stesso tempo incisiva descrisse la sua visione sull'aborto: "Il problema è a monte dell'aborto, il quale è sempre e comunque una sconfitta della donna. Occorre dunque non far arrivare la donna alla necessità di abortire."¹⁹ Nilde Iotti sollevò una forte critica all'uso scriteriato dello strumento referendario e a come il problema dell'aborto rimanga non solo nella legge che viene rappresentata come un grande punto di arrivo, ma come sia stato necessario creare politiche di informazione per favorire la prevenzione attraverso ad esempio, la pillola contraccettiva.

"Non c'è dubbio sul fatto che il referendum sia lo strumento democratico per eccellenza, grande strumento appunto, ma eccezionale nel nostro ordinamento, nel pieno senso del termine. Il problema è che si è ricorso troppo a quello strumento eccezionale ... (...) la discussione su questo tema [dell'aborto] è stata viva, partecipata, esaustiva (...) per cui mi chiedo a cosa serva un referendum per una legge così recente. In questo caso a me pare chiaro che lo strumento referendario sia usato abusivamente rispetto ai dettami della Costituzione".²⁰

Le donne rappresentarono un punto focale per quanto concerne la 194 dopo l'ultima approvazione data dal Senato, ma quello che risultò chiaro a tutti fu la mancata vittoria per una parte del movimento femminista di una legge che non considerava la donna e le sue volontà sul suo corpo, ma questo non era il messaggio che i politici vollero far passare anzi tutto il contrario, si dava la parvenza che questa legge era

¹⁸ M. MAFAI, *E per caso sedette accanto a Togliatti*, "La Repubblica", 21 giugno 1979; G.F. PADELLARO, *Nilde Iotti presidente della Camera*, "L'Unità", 21 giugno 1979, C. MAGNANINI, F. IMPRETI (a cura di) *Nilde Iotti: presidente della Cattolica a Montecitorio*, Atti del Governo di studi, Rozzano, 20 febbraio 2009, prefazione di Giorgio Napolitano, Milano, Biblion, 2010

¹⁹ L. Melograni, *Una Comunista in trent'anni di storia italiana*, "L'Unità", 21 giugno 1979

²⁰ La registrazione audio di quel dibattito è tuttora disponibile sul sito web radio radicale: www.radioradicale.it

dalla parte delle donne e per le donne e che loro avrebbero avuto piena libertà decisionale sul loro corpo ma così non fu nella praticità perché era necessario avere l'autorizzazione da parte di un medico per effettuare un IVG, il quale tramite la legge ha la possibilità di rifarsi all'obiezione di coscienza e negare così l'intervento alla donna, per questo motivo la legge in realtà ha al suo interno tutti i dispositivi per far sì che la piena applicazione non avvenga, ed era quello che ci si poteva aspettare da una classe politica che era rappresentata dal 98% da uomini. Nonostante ciò le donne con i propri strumenti hanno cercato con forti battaglie di rendere l'aborto almeno non più un crimine.²¹

Diverse associazioni iniziarono a far sentire il loro disappunto una di queste fu l'UDI:

“La legge rappresenta tuttavia un primo, parziale riconoscimento. Essa infatti depenalizza l'aborto, garantisce la gratuità e l'assistenza nelle strutture sanitarie pubbliche, riconosce il diritto alla autodeterminazione dopo i diciotto anni. Tuttavia proprio sulla autonomia ruotano le principali modifiche peggiorative rispetto il testo bocciato al Senato lo scorso anno che tolgono molta parte del suo significato alla legge, poiché reintroducono il controllo dell'uomo e della famiglia, nel caso della minorenni, sulla procreazione e sulla sessualità, controllo che rappresenta uno dei nodi centrali su cui si fonda la nostra oppressione, e dal quale vengono le resistenze che abbiamo finora incontrato e che incontreremo nella applicazione della legge.”²²

1.4 “Legge 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza”

La legge entrò in vigore il 22 maggio del 1978 con il seguente titolo:

“Legge 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza.” Essa è composta da 22 articoli.

²¹ D. GIACCHETTI, *nessuno ci può giudicare. Gli anni della raccolta femminile*, Roma DeriveApprodi, 2005; ID., *Generazione al femminile. Giovani donne negli anni della protesta, e politica in Italia dall'Ottocento ai nostri giorni*, Società Italiana delle Storiche, Milano, FrancoAngeli, 2007; M. GUADAGNINI, *LA politica senza le donne*, Torino, Il segnalibro, 1988

²² Comunicato stampa, Segreteria regionale UDI Emilia Romagna, 18 aprile 1978

La seguente legge rende possibile effettuare un aborto all'interno di una struttura pubblica eliminando così gli articoli che vanno dal 545 al 555 del codice penale, che resero per molti anni l'aborto un crimine portando così molte donne a ricorrere ad aborti non sicuri effettuati da mammane in cui perdevano la vita oppure venivano processate; ma allo stesso tempo lo Stato fino a quel momento non aveva fatto altro che considerare la donna come un omicida.

Andando nella praticità della legge essa riconosce la possibilità di effettuare un'IVG nei primi 90 giorni dalla gestazione e invece tra il quarto e il quinto mese vi è la possibilità di effettuare un aborto solo nell'eventualità in cui sia a rischio la salute sia fisica che psichica della donna come viene recitato nell'articolo 6 della legge.²³

La legge rende i consultori familiari²⁴ un punto di riferimento per quanto riguarda l'assistenza alle donne che decidono di ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza e allo stesso tempo hanno un ruolo di informatore e di supporto per quanto riguarda tutta la vita della donna in particolare durante i mesi di gravidanza.

Articolo 2

“I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n.405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stati di gravidanza:

- a) Informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;*
- b) Informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante*
- c) Attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la*

²³ “L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata;

- 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 determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.”*

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

²⁴ Legge 29 luglio 1975, n.405 “Istituzione dei consultori familiari”

gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a)

d) Contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono aiutare la maternità difficile dopo la nascita.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.”

All'interno della legge ci sono due articoli che hanno sicuramente reso la vita delle donne e le loro scelte sul loro corpo non così facili, uno di questi fa riferimento alle ragazze minorenni le quali non hanno la possibilità di decidere autonomamente ma la decisione deve essere presa da entrambi i genitori oppure da chi ha la tutela, nel caso in cui vi sia ad esempio un disaccordo tra i genitori è necessario l'intervento di un giudice tutelare del luogo in cui esso opera.

Articolo 12

“La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna. Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione

della gravidanza. Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.”

Il secondo problema che ha destato grande dissenso da parte sia dei movimenti femministi che di alcuni partiti all'interno del Parlamento è sicuramente relativo agli “obiettori di coscienza”, facendo riferimento al personale medico che ha la possibilità di scegliere se praticare o meno la procedura dell'aborto, il tutto viene stabilito dall'articolo 9 della legge.

Articolo 9²⁵

“Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività

²⁵ Legge 22 Maggio 1978, n. 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza”

specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.”

Quello che fu necessario sottolineare fu come tutte le testate giornalistiche disquisirono sulla legge e si iniziò a comprendere come questa normativa rappresentasse un netto compromesso tra le due fazioni di spicco in quegli anni e dove la Chiesa e tutto il precetto culturale dietro ad essa costituivano il tessuto sociale della nostra cultura, ma era già chiaro come una cultura di matrice bianca cattolica e come una cultura di matrice rossa avrebbero delineato e messo in essere la legge in maniera differente, perché ciò che è necessario ricordare è che la legge in quanto tema di tipo sanitario sarebbe stata legiferata dalle singole regioni e questo già può far intendere come era impossibile effettuare un'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale, e questo si può evincere da un articolo che uscì sulla Repubblica il 7 luglio 1978 dove le percentuali risultano essere diverse da regione a regione ma allo stesso tempo la trasparenza dei dati in maniera conforme a quanto richiesto venne data solo dalla regione Emilia Romagna.

Aborto, obiezioni meno del temuto

di VANNA BARENGHI

ROMA — La battaglia per l'aborto è arrivata al suo punto cruciale: è scaduta ieri la data di presentazione delle domande di « essero » dall'applicazione di una legge dello Stato, essero peraltro previsto dall'articolo 9 della stessa legge. Ai di là, evidentemente, delle previsioni dei legislatori, coloro che si sottraggono al rispetto di questa legge sono dovunque moltissimi: il loro numero, però, appare per il momento sensibilmente inferiore al temuto. Le domande si accostano negli uffici dei medici provinciali che, in moltissime province, sono ancora assai lontani dalla possibilità di presentare elenchi precisi. A Roma, per esempio, le domande sono circa cinquemila e, per ora, si sta lavorando alla loro catalogazione, dividendole per categorie: « Mi sono arrivate domande di tutti i tipi, persino da guardarobiere, dentisti, portantine, cuochi: noi non sappiamo

proprio come fare », ci ha detto Gaetano Di Stefano, medico provinciale: « ci limitiamo perciò a elencarle, poi le passeremo all'assessore alla Sanità, che ci pensi lui... ».

La legge non prevede alcuna modalità, nella presentazione delle domande che vengono, spesso, scritte su foglietti di carta senza intestazione, con una firma ovviamente non autenticata. La campagna terroristica messa in atto da preti, suore, vescovi, primari, direzioni sanitarie ha avuto effetto: il personale medico e quello paramedico si sono affrettati a obbedire al « costume imperante nelle sfere più alte. Hanno anche peccato per eccesso di zelo, com'è il caso di gente che nulla ha a che fare con l'aborto, ma che vuole comunque ingraziarsi primario e direzione.

Udi e femministe, intanto, stanno prepa-

rando liste di « cucchiai d'oro » obiettori dell'ultima ora, ma non è così facile come potrebbe sembrare. « Le donne si sono spaventate », ci ha detto Anna Grignola dell'Udi di Roma (dove si sta preparando un duro documento contro i medici obiettori impiegati nei consultori): « noi vogliamo dare i nomi degli obiettori-ossessi che nel timore di bruciarsi i ponti alle spalle, Vista la situazione, hanno il timore di dover di nuovo ricorrere alla loro opera "d'intere-sata": anzi, molte hanno abortito clandestinamente, proprio in questi giorni ».

Continuano intanto le pressioni. Al Policlinico Gemelli, i medici sono stati invitati dalla direzione a obiettare anche per quanto riguarda « attestati » e « certificazioni »: fuori tutti hanno ceduto, nel timore di ritorsioni, soltanto quindici su trecento hanno deciso di non accettare questo strisciante ricatto.

La mappa dei no, regione per regione

SOLTANTO una regione, l'Emilia-Romagna ha consegnato in tempo i dati definitivi sull'obiezione di coscienza dei medici direttamente interessati all'interruzione della gravidanza. Da altre regioni sono arrivati solo dati parziali, mentre alcune non sono ancora in grado di comunicare niente, neanche in modo approssimativo. Ecco comunque le cifre finora diffuse.

● Sono 142 i medici specializzati in ostetricia e ginecologia (e 105 gli anestesisti) che, in Emilia-Romagna non effettueranno aborti. Hanno obiettato 2400 « para-medici » su 40 mila, appartenenti a diversi settori. Aborti effettuati dall'entrata in vigore della legge: 700 su mille donne.

● Dal Veneto-Venezia Giulia sono arrivati questi dati: 220 gli ostetrici-ginecologi che hanno obiettato, 451 gli appartenenti al personale paramedico. Aborti effettuati dal 6 giugno scorso: 46.

● Per quanto riguarda la Lombardia, i pochi dati riguardano la provincia di Milano, ma, a quanto è da-

to sapere sembra che le percentuali siano più o meno le stesse anche nelle altre province: il 63 per cento dei ginecologi, il 45 per cento degli anestesisti ha deciso di obiettare.

● Anche in Liguria la percentuale è alta: 84 ostetrici-ginecologi su 141, 82 anestesisti su 141 e 146 paramedici su 497. Aborti effettuati finora: 291.

● Per il Veneto si hanno i dati della provincia di Padova: si prevede che la percentuale degli obiettori raggiungerà il 45 per cento. Attualmente si praticano, all'ospedale civile, 15 aborti al giorno.

● In Piemonte ha obiettato finora 141 paramedici. All'ospedale Sant'Anna, il più attrezzato della regione, sono stati effettuati 100 aborti.

● Nel Trentino-Alto Adige 111 medici (pari al 16,7 per cento) e 136 paramedici (pari al 23,6 per cento) obiettano.

● Nessun dato è stato fornito dal medico provinciale del Lazio: si sa soltanto che le domande (tra le quali

numerose quelle di elettricisti, dentisti, guardarobiere, cuochi eccetera)

● Per quanto riguarda il Molise, i medici che hanno presentato obiezione sono 129. Si sono invece dichiarati disponibili ad effettuare interruzioni di gravidanza 476 medici. Finora, nella regione è stato eseguito un solo aborto e tre sono le donne in attesa.

● In Calabria, 752 sono le richieste di obiezione da parte di medici e personale paramedico. Fino a ieri, 12 gli aborti effettuati.

● In Basilicata, nella provincia di Potenza la situazione è definita « assolutamente parziale »: per ora gli obiettori sono 83 e i para-medici sono 54. Otto gli aborti finora effettuati.

● Dalla Sicilia nessun dato ufficiale se non quelli di Palermo: 176 medici e 149 infermieri si oppongono agli aborti. A Caltanissetta, il medico provinciale Carniti ha affermato: « Vi sono moltissimi obiettori e in particolare, all'ospedale di Gela non un sa-

nitario è disposto a eseguire la legge ». All'ospedale di Cervulo tutti e sei gli anestesisti hanno obiettato. Un equipare non un ospedale « Santo barbone » di Catania potrà comunque essere spostata in varie zone dell'isola.

● In Puglia 583 medici e 900 paramedici si oppongono all'aborto. « Ho l'impressione che saranno ben pochi i posti nei quali sarà possibile interrompere la gravidanza », ha detto un funzionario dell'assessore Sanità.

Anche se è troppo presto per fare un computo preciso, sembra che le previsioni che davano l'obiezione di coscienza degli ospedalieri al 50 per cento siano da rivedere. Nei dati avuti finora il numero dovrebbe aggirarsi intorno al 20 per cento. Il ministero della Sanità ha intanto preso posizione, chiarendo che solo i medici direttamente coinvolti nella procedura per l'aborto dovranno eventualmente optare per l'obiezione e non, come è avvenuto quasi dovunque, anche dentisti e cardiologi.

Fonte: Archivio Storico UDI Bologna

In più è necessario ricordare come nonostante lo Stato italiano venga definito uno stato laico la Chiesa e tutta la sua struttura ha sempre avuto un pensiero molto netto per quanto concerne la tematica dell'aborto e lo vediamo nei tanti giornali dell'epoca dove ad esempio si sottolineava "Chiunque opera l'aborto o vi coopera in modo diretto, anche con il solo consiglio, commette peccato gravissimo che grida vendetta al cospetto di Dio e offende i valori fondamentali della convivenza umana"²⁶ questo venne inserito in un documento collegiale dei vescovi, il primo dalla messa in essere delle legge.

²⁶ "Appello di tutti i vescovi italiani contro l'applicazione della legge" – Avanti – 10 giugno 1978

Un documento sull'aborto è stato pubblicato dalla Conferenza episcopale italiana

Appello di tutti i vescovi italiani contro l'applicazione della legge

Tra critiche e reazioni negative, continua imperterrita la crociata antiabortista della gerarchia ecclesiastica. Dopo l'intervento del Papa e quello del cardinale Poletti, questa volta sono tutti i vescovi italiani nel loro insieme a sferrare l'ultimo (per ora) colpo a questa già tanto travagliata legge sull'aborto.

«Chiunque opera l'aborto o vi coopera in modo diretto, anche con il solo consiglio, commette peccato gravissimo che grida vendetta al cospetto di Dio e offende i valori fondamentali della convivenza umana». E' detto in un documento collegiale dei vescovi, il primo della entrata in vigore della legge sull'interruzione della gravidanza, pubblicato dalla Conferenza Episcopale italiana.

In dieci «serie riflessioni» destinate ad essere lette da oggi in tutte le chiese, si riassume il pensiero della gerarchia ecclesiastica, già peraltro noto, anche in vista di ulteriori doverosi interventi. Tra i prossimi interventi, previsti alla fine dell'estate, è in elaborazione un documento sull'obiezione di coscienza e su al-

tre questioni «pastorali» connesse all'aborto.

Il documento odierno non fa alcuna menzione di referendum a brogativo della recente legge e il portavoce della Conferenza episcopale, mons. Cerretti, ha dichiarato che «sarebbe errata» ogni interpretazione che chiamasse in ballo il referendum.

Questo il testo integrale del documento:

«La legislazione statale sull'aborto, entrata in vigore il 6 giugno 1978, obbliga tutti a serie riflessioni.

1) Nessuna legge può sopprimere la legge divina.

2) Ogni creatura umana, fin dal suo concepimento nel grembo materno, ha diritto a nascere.

3) L'aborto volontario e procurato, ora consentito dalla legge italiana, è in aperto contrasto con la legge naturale scritta nel cuore dell'uomo ed espressa nel comandamento: non uccidere!

4) Chiunque opera l'aborto, o vi coopera in modo diretto, anche con il solo consiglio, commette peccato gravissimo che grida vendetta al

cospetto di Dio e offende i valori fondamentali della convivenza umana.

5) Il personale sanitario, medico e paramedico, ha il grave obbligo morale dell'obiezione di coscienza, che è prevista pure dall'articolo 9 della legge in corso.

6) Il fedele che si macchia dell'abominevole delitto dell'aborto, si esclude immediatamente esso stesso dalla comunione con la chiesa ed è privato dei sacramenti.

7) Alla gestione in difficoltà si deve offrire l'aiuto effettivo della famiglia e nella comunità cristiana, e in particolare nei consultori e nei centri di accoglienza ispirati a sani orientamenti morali, centri di accoglienza ispirati a sani orientamenti morali.

8) Si impone con urgenza la necessità di un rinnovato impegno per l'educazione al rispetto della vita umana in ogni fase della sua esistenza, con il rifiuto di ogni forma di violenza morale, psicologica e fisica.

9) Petta alla coscienza dei laici, convenientemente formata, di adoperarsi senza posa, con tutti i mezzi

legittimi e opportuni, per scrivere la legge divina nella vita della società terrena.

10) E' necessario ricordare che l'adesione alla volontà del Signore, anche quando comporta difficoltà, richiede il coraggio di una testimonianza fedele».

SI ASSEGNA IL PREMIO TERAMO - OEE, alle ore 10, avrà luogo a Teramo la premiazione del premio letterario Teramo, per un racconto medio, giunto quest'anno alla sua ventesima edizione. La giuria, presieduta da Carlo Bo, ha già selezionato una prima rosa di nomi tra le innumerevoli opere presentate da scrittori già noti e dai giovani che si affacciano per la prima volta nell'agone narrativo. Oltre al «Premio Teramo» consistente in due milioni per un racconto medio, sono state inserite altre due categorie speciali: «Gruppo di scrittori abruzzesi» e «Gruppo di scrittori giovani».

Altre reazioni all'intervento ecclesiastico sull'aborto

Il segretario generale aggiunto della CGIL, Enti locali e sanità, compagno Carlo Marchese a proposito dell'avvio della legge sull'aborto ha rilasciato al settimanale della CGIL, rassegna sindacale una intervista dichiarando: «La legge sull'aborto sta scatenando una campagna politica promossa dalle più elevate gerarchie ecclesiastiche che non sempre colgono gli aspetti più nobili della fede religiosa né si fanno carico del dramma di tante donne. Ad alcune aperture «umanitarie» dei giorni scorsi ha fatto subito riscontro un ritorno all'oscurantismo dei tempi peggiori. Nonostante questi interventi e i atteggiamenti dei medici obiettori vanno apprezzati gli sforzi compiuti dalle amministrazioni ospedaliere e da moltissimi medici e operatori sanitari per consentire l'applicazione della legge per coloro che ne fanno richiesta.

Le strutture ospedaliere

Fonte: Archivio Storico UDI, Bologna

Non solo intervengono i vescovi ma è direttamente il Papa ha formulare un suo parere e intervenire direttamente sulla questione, infatti i 10 “principi di comportamento” varati dal cardinal Ugo Poletti sono stati deliberatamente approvati dal Papa Paolo VI.²⁷

Come si può evincere dall'articolo sopra pubblicato i 10 principi furono i seguenti:

- 1) Nessuna legge può sopprimere la legge divina
- 2) Ogni creatura umana, fin dal suo concepimento nel grembo materno ha diritto di nascere
- 3) L'aborto volontario e procurato ora consentito dalla legge italiana è in aperto contrasto con la legge naturale scritta nel cuore dell'uomo ed espressa nel comandamento: non uccidere!
- 4) Chiunque opera l'aborto o vi coopera in modo diretto anche con il solo consiglio commette peccato gravissimo che grida vendetta al cospetto di Dio e offende i valori fondamentali della convivenza umana.
- 5) Il personale sanitario, medico e paramedico ha il grave obbligo morale dell'obiezione di coscienza che è prevista pure dall'articolo 9 della legge in corso

²⁷ D. DEL RIO, “L'aborto in pericolo, Il papa ordina ai medici cattolici l'obiezione di coscienza di massa.”, “La Repubblica”, 7 giugno 1978

- 6) Il fedele che si macchia dell'abbominevole delitto dell'aborto, si esclude immediatamente esso stesso dalla comunione con la chiesa ed è privato dei sacramenti
- 7) Alla gestante in difficoltà si deve offrire l'aiuto effettivo della comprensione e della assistenza in famiglia e nella comunità cristiana, e in particolare nei consultori e nei centri di accoglienza ispirati a sani orientamenti morali
- 8) Si impone con congruenza la necessità di rinnovato impegno per l'educazione al rispetto della vita umana in ogni fase della sua esistenza, con il rifiuto di ogni forma di violenza morale, psicologica e fisica
- 9) Spetta alla coscienza dei laici convenientemente formata di adoperarsi senza posa con tutti i mezzi legittimi e opportuni per iscrivere la legge divina nella vita della società terrena
- 10) È necessario che l'adesione alla volontà del Signore anche quando comporta difficoltà richiede il coraggio di una testimonianza fedele

Non solo vengono inserite queste osservazioni per tutti i credenti ma nella praticità il mons. Fiorenzo Angelini ha annunciato ufficialmente:

“Dalle cliniche private in cui si praticino aborti volontari saranno ritirate tutte le suore da ogni settore, anche non ostetrico o di maternità, mentre per gli ospedali e le cliniche dipendenti da enti pubblici, come ad esempio le università o le Regioni, le suore lasceranno le sole sezioni di maternità in cui si praticino aborti, restando invece nelle altre sezioni ospedaliere.” Tutti i medici e sanitari che concorreranno alla “linea uccisiva” “cadranno automaticamente sotto la scomunica, che li allontana dai sacramenti e può essere tolta solo se, pentiti, verranno assolti dall'autorità ecclesiastica.”²⁸

Quindi su questo frangente la situazione era chiara, nonostante la legge fosse stata approvata dai due rami del Parlamento la sua applicazione non era scontata anzi era alquanto complessa proprio perché si aveva a che fare all'interno del nostro Stato con una componente che avrebbe influenzato in maniera fattuale le sorti delle donne e cioè il Vaticano, ma tornando all'ambito legislativo c'era un'altra minaccia che stava rischiando di compromettere la legge e cioè il referendum.

²⁸ “*Ordinato il ritiro delle suore dalle cliniche dove si abortisce, Il papa passa ai fatti*”, “La Repubblica” 9 giugno 1978

1.5 Referendum: 17 maggio 1981

Nonostante la legge fosse stata approvata da parte di entrambe le Camere già durante tutto l'iter legislativo aleggiava l'idea di disporre un referendum per far decidere le sorti di milioni di donne agli italiani e così già dal maggio del 1978 iniziò una forte e combattuta campagna elettorale che costruì una netta divisione per chi era a favore di questa legge e per chi invece non lo era.

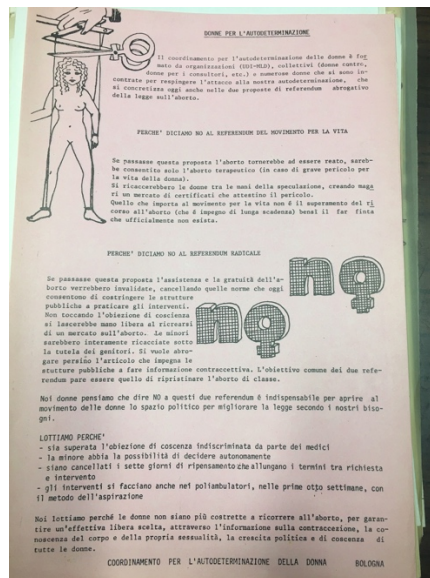
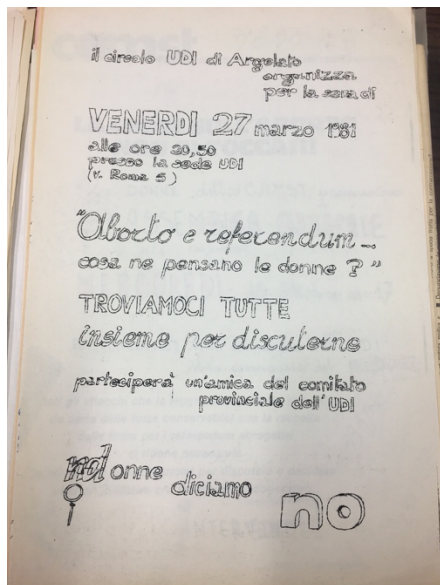
Per questo referendum si mosse tutta la stampa e anche i movimenti femministi, ma non solo, l'allora presidente della Camera Nilde Iotti sottolineò nuovamente la sua avversità per quanto concerne l'abuso dello strumento referendario, e allo stesso tempo affermò come la legge 194 sia la miglior legge che si potesse avere in questo momento storico, ha vinto così lo spirito di mediazione e di unità nazionale, conclude Iotti, "hanno vinto le donne non per aver ottenuto il diritto di abortire, ma per aver ottenuto la dignità di una legge che lo permette."

“Chi è Presidente della Camera non dovrebbe dire troppo la sua opinione personale, soprattutto quando poi si chiede [attraverso il voto referendario] ai cittadini di pronunciarsi, ma deve avere sempre la capacità di agire secondo coscienza ed esperienza per cui dico: se l'aborto è un diritto della donna da un lato, dall'altro c'è il diritto alla vita. Ebbene io credo che nessuna delle due affermazioni risponda veramente alla domanda “che cos'è l'aborto?”. In questa materia lo Stato ha fatto assunzione di responsabilità, soprattutto rispetto all'aborto clandestino, che è una vera piaga. Ma non ci si è mossi spinti dall'ideologia. Lo Stato ha affrontato l'aborto né come diritto né come questione morale. Risolvere questo punto è stato il compito dello Stato: assunzione di responsabilità e aiuto alle donne. In un momento difficile della loro vita, in una società molto complessa, in cui limitare le nascite è fondamentale ed è un problema primario delle persone, lo Stato viene incontro alle donne. Fino ad un certo punto però, poi sta a loro decidere (...).

Ecco perché penso che la legge 194 – non l’aborto – rappresenti una conquista di civiltà cancellare la legge ora o limitarne la portata vorrebbe dire riportare le donne nell’isolamento, indietro nel tempo, cancellarne tutte le conquiste.”

I referendum sulla legge 194 in cui le cittadine e i cittadini sono chiamati ad esprimere il proprio parere il 17 maggio 1981 sono di due tipi, il primo fu sollevato dal partito Radicale con a capo Pannella e Bonino che chiedevano un ampliamento delle libertà delle donne sul proprio corpo quindi in un’ottica di liberalizzazione, il secondo fu sollevato dal Movimento per la vita, e raccoglieva quasi la totalità del mondo cattolico per la piena abrogazione della legge. Quindi il NO definiva il voler mantenere la 194 invece il Si la sua abrogazione.

Tra i tanti attivisti di questa nuova campagna referendaria ci furono le donne, le donne che appartenevano ai movimenti femministi e le donne che appartenevano all’UDI che fecero una campagna porta a porta per consegnare sia le riviste di *Noi Donne* che i volantini per fare quanta più informazione possibile su questo tema di cui lo Stato non si è minimamente preoccupato, lasciando solo lo spazio alle fazioni politiche e agli indirizzi dati da parte dei singoli partiti. Non solo volantini di informazione, ma anche manifestazioni e incontri di assemblea per parlare e confrontarsi su queste tematiche.



Fonte: Archivio Storico UDI, Bologna

E così citava un documento della segreteria regionale dell'UDI (Emilia Romagna) del 12 maggio del 1981²⁹

“Solo noi donne sappiamo cos'è l'aborto e noi vogliamo sconfiggerlo: riuscirà questa verità elementare ad emergere in tutta la sua forza prima del 17 maggio? La mistificazione che fa risalire l'esistenza dell'aborto alla legge 194 continua ad essere un falso propagandato ogni giorno con mezzi e megafoni potenti. Si riversano sulle donne ignobili sentenza di colpevolizzazione, si riversa su di esse tutta la colpa della violenza di cui è colma la società costruita dagli uomini. Eppure nostro e solo nostro, è il progetto del superamento dell'aborto, questa pratica violenta e inumana cui la società ci condanna da secoli. Quando abbiamo scoperto che la colpa che ci veniva scaricata addosso era il frutto di una concezione secondo la quale la donna non ha il diritto di sessualità di per sé, ma solo dovere di procreazione, abbiamo rifiutato di vivere l'aborto come colpa solo nostra e come strumento di controllo delle nascite.

Abbiamo svelato un problema enorme che era nascosto e perciò lasciava tranquille le coscienze.

Il Movimento delle Donne affermando il diritto ad una maternità libera e consapevole, alla sessualità come gioia, ha compiuto un cammino che ha modificato anche le leggi: nel 1969 abbiamo ottenuto che fosse ammessa la propaganda dei mezzi anticoncezionali; nel 1975 una legge che, istituendo i consultori afferma per la prima volta il diritto alla procreazione responsabile e, sempre nel 1975, nella riforma del diritto di famiglia, il principio che tutti i bambini hanno diritto ad essere riconosciuti.

Nel 1978, infine, abbiamo conquistato una legge che, togliendoci dalla clandestinità e dalla morte, assistendo quelle di noi che sono costrette ad abortire, assicura la prevenzione contro l'aborto e quindi per la prima volta, la nostra logica femminile anti-abortista viene accolta in una legge dello stato.

È da tutto questo cammino che coloro che sono sempre stati contro di noi in questa strada difficile, vogliono farci tornare indietro: sono contro la contraccezione,

²⁹ Unione Donne Italiane, “*Il 17 maggio nessuna donna deve astenersi sul referendum sull'aborto; un no sulla scheda verde – un no sulla scheda arancione*” Modena, 12/05/1981

contro l'autodeterminazione rispetto alla maternità e all'aborto; sono nella pratica per l'aborto clandestino e per la sessualità vissuta come potere dell'uomo e subordinazione della donna.

Ognuna di noi sicuramente capirà prima del 17 maggio che il movimento delle donne sfida la società a misurarsi con una morale, contro l'ipocrisia e gli astratti ideologismi, contro la mercificazione delle sessualità e dell'aborto.”

Anche la rivista “Noi Donne” nel mese di Ottobre del 1980 fece un'edizione speciale per l'aborto³⁰ e la scrittrice Mirella Alloisio diede un quadro molto chiaro sulla questione legge ed aborto e già dal titolo dell'articolo si poteva comprendere in maniera netta quale fosse la sua posizione. Il referendum poteva destare la paura di una perdita di terreno che le donne avevano raggiunto nonostante la legge non rappresentasse a pieno la volontà di esse, ma riusciva sicuramente ad essere più che un punto di partenza un punto di arrivo e la minaccia del referendum avrebbe potuto distruggere tutto il lavoro che i movimenti femministi e l'UDI avevano fatto in quegli anni difficili, è importante sottolineare come la sessualità e la maternità sono valori che non devono essere subordinati l'uno all'altro o per essere più chiari non è necessario che lo siano ma questo fatto molte volte non è chiaro neanche a noi donne che siamo cresciute in una società patriarcale e che ci ha imposto anche inconsapevolmente di dover affiancare la sessualità alla maternità (e purtroppo questa è una problematica non solo degli anni 70/80 ma la continuiamo a vivere anche ai giorni nostri) e questa è una delle parti carenti di questa legge, in quanto non fa alcun riferimento ai mezzi anticoncezionali e non parla di informazione su questo tema, allo stesso tempo il ruolo dei consultori è messo in secondo piano in quanto dovevano essere istituiti sul territorio nazionale facendo informazione su tutta la tematica della sessualità e invece l'apparato statale ha deciso di rimanere in silenzio sulla sessualità nascondendo la testa sotto la sabbia facendo finta che questo problema non ci fosse. Non solo nacque un problema legato alla cecità dello Stato ma manca il suo ruolo di laicità in questa vicenda, perché nei casi in cui alcuni insegnanti hanno avuto il coraggio di spendere alcune lezioni non di tradizionale educazione ma di inserire ore di educazione sessuale sono invece grandi scandali

³⁰ M.ALLOISIO “*Contro papi, padri e padroni*”, “Noi Donne”, 31 ottobre 1980

all'interno del Parlamento, oppure quando si è lasciato far circolare dépliant nelle scuole dell'obbligo di Lecco e Como per "spiegare" l'aborto con immagini di bambini fatti a pezzi, qui la Politica è stata tutta tranne che laica.

Quello che è chiaro è che il clima di campagna referendaria fu molto forte ed ostile, da una parte abbiamo associazioni come l'UDI che non solo sottolineano l'importanza della legge e della necessità di mantenerla per riuscire con quel poco a tutelare le donne, e qui si iniziano a vedere i bagliori di una lotta che le donne avranno la necessità di continuare anche dopo il risultato referendario; per cercare di rendere le donne davvero libere di poter praticare la loro sessualità come meglio credono senza sentirsi sbagliate o in soggezione davanti all'uomo padrone.

Poi abbiamo la Chiesa che riesce ad intervenire nelle leggi dello Stato parlando di scomunica e alto tradimento non solo per chi compie un aborto ma anche per chi ne è complice e infine abbiamo gli indirizzi dati dai partiti.

Gli schieramenti dei partiti non risultarono essere troppo chiari o per lo meno di alcuni partiti per una formazione di alleanza politica che si era creata, il pentapartito.

All'interno del pentapartito abbiamo la Dc, i Socialisti, i Socialdemocratici, i liberali e i Repubblicani³¹ e quindi la Democrazia Cristiana in questa situazione di alleanza insieme ai partiti laici non poteva certo effettuare una forte politicizzazione nei riguardi del referendum, allo stesso tempo il movimento promotore di uno dei referendum, il Movimento per la Vita, scarseggiava convinzione nei riguardi della buona riuscita dell'esito elettorale, il tutto marcato dal fatto che molti sondaggi di opinione sottolineavano come la cittadinanza sentiva la necessità di una depenalizzazione dell'aborto.³² Parallelamente invece i partiti di sinistra cercarono di raccogliere i voti da parte del mondo cattolico.

Il risultato di voto fu il seguente per quanto concerne il referendum proposto dai radicali abbiamo un'affluenza del 79,41% con l'11,58% di SI e l'88,42% di NO, invece per quanto riguarda il quesito proposto dal Movimento per la Vita l'affluenza è stata del 79,43% con il 32% di SI e il 68% di NO.

³¹ <https://it.wikipedia.org/wiki/Pentapartito>

³² K. J. KOHL, *Italy's opinion revolution*, cit. p. 289 - 303

Il comportamento di voto degli elettori non ha seguito a pieno gli indirizzi dati dai partiti come ad esempio risulterebbe ingannevole accostare chi vota alle amministrative Dc voti poi contro l'aborto al referendum, questa equazione funziona solo in alcune zone specifiche, come sottolinea il politologo Roberto Cartocci³³, ad esempio in zone rosse chi vota Dc è allo stesso tempo cattolico e praticante e quindi vota a favore dell'abrogazione della legge, invece nelle zone bianche vi sono diverse sfumature per quanto riguarda l'essere sia cattolico che praticante quindi risulta più facile la defezione e il voto disgiunto.

Quello che risulta necessario sottolineare è che il vero vincitore di questo referendum non è alcun partito politico bensì l'unico vero vincitore è il movimento femminista, il quale è riuscito a stare al fianco di tutte le donne cercando di far avere a tutte una propria opinione ma senza alcuna leva di tipo etico/religiosa ma è riuscito a dare tutte le informazioni possibili per cercare di avere un quadro generale sulla questione, cosa che invece lo Stato non ha mai fatto, parallelamente lo scenario in cui il movimento si è trovato era totalmente diverso da quelli precedenti, le donne facevano principalmente parte di una generazione nuova, donne che avevano compiuto vent'anni negli anni Settanta e quindi non avevano mai vissuto la guerra e allo stesso tempo sono le prime che hanno vissuto l'istruzione obbligatoria e questo ha portato sempre ad una diminuzione dell'analfabetismo e avendo una capacità di comunicazione più elevata rispetto agli anni precedenti indipendentemente dalla zona in cui ci si trova, e questo ai giorni nostri può sembrare scontato ma per quei tempi non lo era, quindi tutti questi fattori hanno contribuito al confronto tra le donne e allo stesso tempo a volersi emancipare soprattutto dal punto di vista sessuale smettendo di essere viste come le sole progenitrici di prole.

Quello che sottolineano Maria Luisa Boccia ed Ida Dominijanni all'indomani del referendum³⁴ è come il movimento sia riuscito a unire tutte le donne indipendentemente dal proprio credo politico o religioso attraverso una vera e propria campagna sia di ascolto che di confronto di cui l'unico obiettivo ultimo era

³³ R. CARTOCCI, *Il referendum sull'aborto e il voto democristiano*, Firenze, Mimeo edizioni, 1988

³⁴ M. L. BOCCIA – I. DOMINIJANNI, *La vita sommersa di un movimento contro: il movimento per la vita*, "Orsaminore", n.0 (estate 1981)

mettere al centro di tutto la donna, “L’intensissimo lavoro di informazione e di discussione a tu per tu è stato il vero nerbo della campagna” quello che sostengono le scrittrici è molto importante per comprendere a pieno come le vere vincitrici sono le donne:

“Il lavoro che abbiamo fatto è stato porta a porta, il solo che consenta di parlare con le altre donne (...) non ci siamo sedute dietro un tavolo, ma ad ogni iniziativa dei partiti del No e del Mpv³⁵ siamo andate e siamo intervenute (...), niente azioni eclatanti, poche manifestazioni. Abbiamo lavorato nelle fabbriche, nei condomini, in piccoli gruppi, con la pratica del partire da sé, lontano dai partiti, fuori dalle istituzioni.”

Qui viene chiaro come il punto forte del movimento è stato quello di essere al fianco delle donne di essere presenti nella loro vita quotidiana per renderle partecipi e allo stesso tempo genitrici di intelletto, questione di cui lo Stato molte volte se n’è dimenticato o, per essere più chiari, disinteressato.

Le autrici fanno un’altra riflessione molto attenta e interessante per quanto concerne il comportamento delle donne cattoliche:

“Se le donne del Movimento per la vita si sono presentate dietro gli uomini in conformità all’ideologia della coppia che è il loro cavallo di battaglia (...) le altre donne legate all’area cattolica hanno mostrato in realtà disagio in questa campagna referendaria – disagio e conflitto anche con le posizioni del Si. Lo hanno dimostrato in silenzio. Poche sono state le voci di donne dell’Azione Cattolica ad esempio.”

Quello che risultò inevitabile agli occhi di tutti era come, soprattutto per le donne cattoliche, fosse improbabile riuscire a prendere una posizione netta sul Si e sul No di questo referendum, proprio perché la questione aborto non può essere definita come uno scontro tra laici e cattolici, ma quanto più uno scontro tra generazioni e questo scontro si evince poi dal risultato che si è avuto con questa legge.

³⁵ Movimento per la vita

Il no all'abrogazione delle legge è chiaro da parte della maggioranza degli italiani che mano a mano stanno costruendo una società sempre più distante dalla fede religiosa e gli anni Settanta ne sono un esempio grazie alle diverse leggi che sono state sancite, perché non abbiamo solo la legge sull'aborto del 1978, ma anche quella del divorzio del 1974 che anche in questo caso nonostante sia stato fatto un referendum gli italiani hanno voluto dare la possibilità alle coppie di scegliere per la loro vita privata, poi abbiamo la legge sulla pillola anticoncezionale nel 1971, l'istituzione dei Consultori nel 1975 e un grande cambiamento per quanto riguarda il diritto di famiglia sempre nel 1975.

Il referendum sull'aborto rappresentò per molti il filone di cambiamento che gli anni Settanta portarono nello scenario comune italiano. Un'Italia che voleva cambiare, un'Italia più istruita e questo portò alla costruzione di un pensiero non influenzato da terzi ma dalla conoscenza di argomenti che prima di allora erano considerati dei tabù soprattutto nello scenario femminile.

La legge 194 è il risultato di questo cambiamento ma allo stesso tempo come ho sottolineato più volte in queste righe rappresentò un vero e proprio compromesso politico e ancora una volta le donne venivano messe da parte da questa società e venivano considerate solo come genitrici di prole, all'interno della legge si dava molta libertà ai medici di poter decidere sulle donne e parallelamente non si faceva alcun accenno a come si poteva evitare che una donna giungesse a una decisione così difficile, quindi quello che fu chiaro per il movimento femminista è che quella legge rappresentò una punto di partenza per mobilitarsi e far sì che questa norma venisse applicata sul territorio italiano, perché ora era necessario garantire alle donne di poter abortire, questo la legge non lo garantiva al 100% e riuscire a fare quanta più informazione possibile per cercare di dare quanti più strumenti la donna possa avere per scegliere su se stessa.

CAPITOLO 2: RELAZIONE ANNUALE SULL'IVG

2.1 Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194) – dati definitivi 2020

Quando fu fatta la stesura della legge 194 risultò chiaro come per i legislatori fosse importante avere un riscontro per quanto concerne la buona riuscita della legge e se la seguente norma avrebbe dato i risultati sperati e cioè una diminuzione dei casi di aborto clandestino con un controllo su ogni aborto effettuato, il tutto venne sancito dall'articolo 16 della normativa che così cita:

«Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.

Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.»

Il sistema di sorveglianza venne istituito nel 1980, il quale ha il compito centrale del monitoraggio dell'IVG ma il lavoro viene svolto in associazione al Ministero della Salute, all'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), alle Regioni e alle Province autonome. Il monitoraggio viene effettuato attraverso la compilazione del modulo D12, noto come Dichiarazione di interruzione volontaria di gravidanza il seguente modello che viene elaborato direttamente dall'ISTAT si compone di due parti in una vengono inseriti i dati anagrafici della paziente, nell'altra i dati relativi all'interruzione di gravidanza, è fondamentale che il seguente modello venga redatto dal medico che svolge l'intervento, qui di seguito ho elencato le voci all'interno del modello³⁶:

³⁶ <https://www.istat.it/ws/fascicoloSidi/263/Modello%20D12.pdf>

- Data di nascita
- Comune di nascita
- Comune di residenza
- Cittadinanza
- Stato civile
- Titolo di studio
- Condizione professionale/non professionale
- Numero di gravidanze precedenti
- Età gestionale
- Presenza di malformazioni fetali
- Data dell'interruzione
- Data della certificazione
- Certificato rilasciato da
- Urgenza
- Assenso per la minore
- Luogo
- Tipo di intervento
- Terapia antalgica
- Regime di ricovero
- Complicazioni

I seguenti modelli di conseguenza vengono poi inviati alla Regione di riferimento, la quale ha il compito di analizzarli in maniera minuziosa e alla fine dovrà redigere un questionario trimestrale e annuale, che viene predisposto dall'ISS, dove vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12.³⁷ L'ISS e l'ISTAT svolgono un ruolo di controllo per quanto concerne la qualità dei dati e allo stesso tempo hanno il compito di redigere le tabelle per ogni Regione e per l'Italia; infine viene poi redatta la bozza da parte del Ministero della Salute che verrà presentata in Parlamento per la sua approvazione.

³⁷ M. GRANDOLFO, A. SPINELLI, M. PEDICONI, F. TIMPERI, S. ANDREOZZI, M. BUCCIARELLI, *“Il sistema di sorveglianza epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza”*, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute ISS

Alla fine la relazione viene ripresentata alle Regioni per la necessaria diffusione presso i servizi che vengono in maniera diretta o indiretta coinvolti nel tema. Dal 2018 sono cambiate le disposizioni per quanto concerne la raccolta dei dati, costruendo un'unica piattaforma di inserimento dati, la seguente piattaforma elaborata dall'ISTAT si chiama "GINO++"; questo procedimento ha l'intento di rendere la raccolta dei dati più semplice, in quanto i medici hanno la possibilità di inserire il modello D12 direttamente sulla piattaforma con l'annesso download del questionario trimestrale dell'ISS, di conseguenza il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno la possibilità di accedere in autonomia alla piattaforma per l'accesso diretto ai dati e alla sua consulenza. La relazione del 2022, facendo riferimento ai dati del 2020, rappresenta un anno di vera e propria transizione, nello stesso frangente è necessario sottolineare come questo cambiamento è coinciso con la pandemia da COVID-19 che oltre a colpire il mondo ha colpito con gravi conseguenze tutte l'Italia, mettendo in ginocchio tutto il sistema sanitario. Partendo dal presupposto che inserire nuovi approcci tecnologici richiede tempo, sicuramente tale introduzione in un periodo di difficoltà come il 2020 non ha reso il tutto semplice, e di questo ne rende noto anche il Ministero della Salute che nella relazione del 2022 sottolinea come si siano riscontrati dei problemi per quanto riguarda la raccolta dei dati relativi all'anno 2020 sia a causa della pandemia che a causa della mancata completezza dei dati registrati sulla piattaforma GINO++; per i motivi sopra elencati la raccolta dei dati e il suo successivo controllo è stata prorogata a novembre 2021, il tutto aiutandosi con un sistema incrociato di raccolta dati sia tra quelli che si avevano grazie alla pubblicazione sulla piattaforma GINO++ sia grazie alle schede che vengono utilizzate durante le dimissioni ospedaliere.

Avendo fatto una breve introduzione per quanto concerne la rilevazione dei dati relativi alle IVG, ora andrò ad analizzare l'ultima relazione di cui siamo a disposizione e cioè la "*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)*" del 2022 contenente i dati relativi al 2020.

La prima cosa che mi colpì della seguente relazione furono le tempistiche e cioè in

quanto siamo ormai verso la fine del 2023 e ancora non abbiamo alcuna relazione più recente se non quella riferita all'anno 2020 e come è possibile osservare la presenza di un'attenta relazione sia a livello regionale che nazionale ma non vi è alcun dato che riguardi i singoli ospedali più precisamente per quanto riguarda la percentuale di obiettori di coscienza. Quello che è chiaro dall'analisi della Relazione è come le IVG effettuate sul territorio italiano sono state 66.413 confermando il trend in diminuzione anche in riferimento all'anno 2019 (-9,3%)³⁸, una diminuzione in generale in tutte le aree geografiche del nostro paese, con variazioni di percentuale soprattutto per quanto riguarda Valle d'Aosta (-23,2%) e Basilicata (-17,6%).

IVG per trimestre – anno 2020 e confronti con il 2019

	N. IVG per trimestre (2020)				TOTALE	TOTALE	VAR. %
	I	II	III	IV	2020	2019	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.318	7.194	7.076	7.437	31.025	34.217	-9,3
Piemonte	1.709	1.319	1.260	1.349	5.637	6.119	-7,9
Valle d'Aosta	38	24	25	29	116	151	-23,2
Lombardia	3.219	2.508	2.456	2.537	10.720	12.367	-13,3
Bolzano	145	135	126	126	532	517	-2,9
Trento	148	124	141	146	559	626	-10,7
Veneto	1.222	996	898	1.013	4.129	4.351	-5,1
Friuli Venezia Giulia	344	297	305	305	1.251	1.330	-5,9
Liguria	661	444	480	471	2.056	2.244	-8,4
Emilia Romagna	1.832	1.347	1.385	1.461	6.025	6.512	-7,5
ITALIA CENTRALE	4.344	3.328	3.514	3.332	14.518	15.288	-5,0
Toscana	1.496	1.096	1.141	1.164	4.897	5.264	-7,0
Umbria	217	192	266	149	824	899	-8,3
Marche	398	321	325	307	1.351	1.389	-2,7
Lazio	2.233	1.719	1.782	1.712	7.446	7.736	-3,7
ITALIA MERIDIONALE	4.662	3.626	3.513	3.158	14.959	16.833	-11,1
Abruzzo	386	346	328	298	1.358	1.517	-10,5
Molise	80	60	57	61	258	288	-10,4
Campania	1.842	1.466	1.408	1.227	5.943	6.617	-10,2
Puglia	1.615	1.305	1.276	1.129	5.325	6.162	-13,6
Basilicata	133	90	94	113	430	522	-17,6
Calabria	606	359	350	330	1.645	1.727	-4,7
ITALIA INSULARE	1.749	1.452	1.415	1.295	5.911	6.869	-13,9
Sicilia	1.316	1.104	1.100	998	4.518	5.281	-14,4
Sardegna	433	348	315	297	1.393	1.588	-12,3
ITALIA	20.073	15.600	15.518	15.222	66.413	73.207	-9,3

³⁸ "Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza, dati definitivi 2020"

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

Andando ad analizzare le IVG per area geografica possiamo verificare come nell'area settentrionale del nostro paese nel 2020 sono state registrate 31.025 IVG con un decremento del 9,3% rispetto al 2019, nel Centro sono state effettuate 14.518 IVG (-5,0%), al Sud 14.959 IVG (11,1%) e infine nelle isole le IVG sono state 5.911(-13,9%).

N° IVG per area geografica – anni 1983-2020

	1983	1991	2015	2016	2018	2019	2020	VARIAZIONE %	
								2020/2019	2020/1983
NORD	105.430	67.619	39.728	39.170	35.739	34.217	31.025	-9,3	-70,6
CENTRO	52.423	34.178	18.770	17.863	16.204	15.288	14.518	-5,0	-72,3
SUD	57.441	44.353	20.746	19.835	17.321	16.833	14.959	-11,1	-74,0
ISOLE	18.682	14.344	8.395	8.058	7.064	6.869	5.911	-13,9	-68,4
ITALIA	233.976	160.494	87.639	84.926	76.328	73.207	66.413	-9,3	-71,6

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

Quello che si può evincere dalla tabella sovrastante è come il numero di IVG sia diminuito in modo drastico e che ogni anno si verifichi una diminuzione, questo viene citato all'interno della Relazione:

“La considerevole riduzione delle IVG rilevata negli ultimi anni si inserisce nel trend registrato a partire dal 1983, anno rispetto al quale nel 2020 si registra una riduzione pari al 71,6% sull'intero territorio nazionale. Si tratta di un dato meritevole di attenzione che conferma come, secondo gli auspici della legge n. 194/78, le donne italiane abbiano saputo prevenire quasi due terzi dell'abortività volontaria che caratterizzava l'Italia alla fine degli anni '70. Un successo in termini di salute pubblica ascrivibile, prevalentemente, all'accesso alla contraccezione che ha favorito un migliore controllo della fecondità da parte delle donne in età riproduttiva, comprese quelle di cittadinanza straniera che nell'ultimo anno hanno registrato una riduzione del numero di IVG maggiore (-11,1%) rispetto a quella rilevata tra le italiane (- 8,5%).”

Ora andrò ad analizzare grazie alla Relazione citata finora le caratteristiche delle donne che decidono di ricorrere ad un'interruzione volontaria di gravidanza, facendo riferimento alle modalità utilizzate per avere un quadro più approfondito.

2.2 Classi di età:

Quello che si può dedurre dalla tabella sottostante è come il trend rimane quasi invariato negli ultimi anni. Si può osservare un aumento in termini di percentuale per quanto riguarda la fascia di età 35-39 anni e invece una diminuzione per le classi di età 20-24 in riferimento all'anno 2019, facendo riferimento alla classe d'età 30-34 riscontriamo la percentuale più elevata (23,0%). Andando ad analizzare il quadro regionale è possibile osservare come nell'Italia Settentrionale la percentuale più alta di donne che decidono di ricorrere a questo tipo di intervento sono quelle nella fascia d'età 30-34 con un 23,5% e in questa fascia la Regione con la percentuale più alta è l'Emilia Romagna con un 25,0%; per quanto riguarda l'Italia Centrale la percentuale più alta la troviamo sempre nel range di età 30-34 con un 22,9% e in questo caso la regione di riferimento con il valore più alto è l'Umbria con il 24,4%, per l'Italia Meridionale la percentuale più alta è sempre nel range di età 30-34 con un 22,6% (Molise 26,0%).

Tabella 6 - IVG per classi di età, 2020

REGIONE	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		NON RIL.	TOTALE	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**			
ITALIA SETTENTRIONALE	56	0,2	1906	6,1	5157	16,6	6354	20,5	7278	23,5	6568	21,2	3309	10,7	373	1,2	24	0,1	31025
Piemonte	12	0,2	342	6,1	956	17,0	1175	20,9	1295	23,0	1186	21,1	589	10,5	70	1,2	12	0,2	5637
Valle d'Aosta	0	0,0	7	6,0	15	12,9	24	20,7	28	24,1	28	24,1	13	11,2	1	0,9	0	0,0	116
Lombardia	19	0,2	704	6,6	1751	16,3	2183	20,4	2531	23,6	2287	21,3	1108	10,3	134	1,3	3	0,0	10720
Bolzano	1	0,2	33	6,2	93	17,5	117	22,0	119	22,4	120	22,6	39	7,3	10	1,9	0	0,0	532
Trento	0	0,0	41	7,3	96	17,2	122	21,8	124	22,2	111	19,9	59	10,6	6	1,1	0	0,0	559
Veneto	8	0,2	227	5,5	729	17,7	802	19,4	956	23,2	873	21,2	490	11,9	41	1,0	3	0,1	4129
Friuli Venezia Giulia	1	0,1	83	6,6	217	17,3	238	19,0	282	22,5	292	23,3	115	9,2	23	1,8	0	0,0	1251
Liguria	6	0,3	136	6,6	377	18,4	471	23,0	437	21,3	397	19,4	202	9,9	24	1,2	6	0,3	2056
Emilia Romagna	9	0,1	333	5,5	923	15,3	1222	20,3	1506	25,0	1274	21,1	694	11,5	64	1,1	0	0,0	6025
ITALIA CENTRALE	26	0,2	857	6,1	2198	15,7	2834	20,2	3201	22,9	3100	22,1	1598	11,4	182	1,3	522	3,6	14518
Toscana	12	0,3	277	5,8	730	15,3	924	19,3	1140	23,8	1047	21,9	574	12,0	77	1,6	116	2,4	4897
Umbria	1	0,1	58	7,1	116	14,3	137	16,9	198	24,4	194	23,9	101	12,4	7	0,9	12	1,5	824
Marche	2	0,1	68	5,0	233	17,2	274	20,3	280	20,7	323	23,9	154	11,4	17	1,3	0	0,0	1351
Lazio	11	0,2	454	6,4	1119	15,9	1499	21,3	1583	22,4	1536	21,8	769	10,9	81	1,1	394	5,3	7446
ITALIA MERIDIONALE	31	0,2	948	6,4	2439	16,4	2921	19,6	3354	22,6	3265	22,0	1697	11,4	214	1,4	90	0,6	14959
Abruzzo	1	0,1	90	6,6	210	15,5	268	19,8	296	21,8	303	22,3	167	12,3	21	1,5	2	0,1	1358
Molise	0	0,0	14	5,4	47	18,2	46	17,8	67	26,0	50	19,4	30	11,6	4	1,6	0	0,0	258
Campania	10	0,2	348	5,9	1018	17,3	1179	20,0	1336	22,7	1265	21,5	654	11,1	81	1,4	52	0,9	5943
Puglia	13	0,2	369	6,9	880	16,5	1017	19,1	1158	21,8	1193	22,4	610	11,5	79	1,5	6	0,1	5325
Basilicata	1	0,2	26	6,0	56	13,0	89	20,7	104	24,2	99	23,0	49	11,4	6	1,4	0	0,0	430
Calabria	6	0,4	101	6,3	228	14,1	322	19,9	393	24,3	355	22,0	187	11,6	23	1,4	30	1,8	1645
ITALIA INSULARE	12	0,2	448	7,7	947	16,2	1169	20,0	1307	22,3	1272	21,8	625	10,7	68	1,2	63	1,1	5911
Sicilia	10	0,2	352	7,9	714	16,0	918	20,6	1020	22,9	930	20,9	463	10,4	49	1,1	62	1,4	4518
Sardegna	2	0,1	96	6,9	233	16,7	251	18,0	287	20,6	342	24,6	162	11,6	19	1,4	1	0,1	1393
ITALIA	125	0,2	4159	6,3	10741	16,3	13278	20,2	15140	23,0	14205	21,6	7229	11,0	837	1,3	699	1,1	66413

* calcolata sulla somma delle prime otto colonne

** calcolata sul totale

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

Un metodo migliore per confrontare le classi di età e le regioni delle donne che decidono di effettuare un'IVG sono i tassi di abortività (Numero di IVG per 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia); Per quanto concerne le regioni viene utilizzato il tasso grezzo. Mettendo in relazione gli anni che vanno dal 1983 al 2020 è possibile osservare come ad esempio dal 2019 al 2020 vi è un decremento dei tassi di abortività (osservabili nella tabella sottostante) in tutte le classi di età soprattutto nelle donne con meno di 20 anni (-18,3%)

Tassi di abortività per età – anni 1983-2020

Classi di età	Anni								VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2020/2019	2020/1983
< 20	8,0	5,5	5,2	4,7	4,6	3,9	3,7	3,0	-18,3	-62,1
20-24	23,6	13,4	11,0	10,2	10,0	9,4	8,8	7,7	-12,0	-67,3
25-29	27,6	15,7	12,0	11,1	10,8	9,8	9,6	8,8	-8,4	-68,1
30-34	25,2	17,1	11,3	10,5	10,3	10,0	9,8	9,4	-3,6	-62,6
35-39	23,6	15,1	9,3	8,6	8,7	8,1	8,2	8,1	-2,1	-65,8
40-44	9,8	7,2	4,2	3,9	3,9	3,8	3,6	3,5	-3,3	-64,5
45-49	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,0	-70,8

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.3 Stato civile

Vi è un netto cambiamento per quanto concerne la percentuale di IVG effettuate da donne nubili o da quelle coniugate, nel primo decennio dell'attuazione della legge 194 prevale nettamente una percentuale maggiore nelle donne coniugate, poi negli anni è avvenuta una quasi parità di percentuali e infine dal 2014-2015 vi è una prevalenza delle donne nubili rispetto a quelle coniugate, questo dipende fortemente dal cambiamento avvenuto all'interno della nostra società in quanto il matrimonio non è più visto come il punto di partenza della vita riproduttiva, le

persone che scelgono di intraprendere il percorso coniugale sono sempre meno e lo fanno sempre più tardi³⁹, per questo motivo nella Relazione del 2022 è possibile osservare come la percentuale delle donne coniugate si aggiri al 36,3% invece le donne nubili sono il 58,0%. Altro elemento da considerare sono le percentuali in riferimento alle donne straniere e alle donne italiane sempre inerente al loro stato civile, infatti come è possibile osservare dalla seguente tabella per quanto riguarda le donne coniugate c'è una netta differenza per area geografica, al Nord e al Centro la differenza percentuale è molto più elevata tra donne italiane e straniere e questa differenza si assottiglia sempre di più via via che ci spostiamo verso il Sud Italia, invece facendo riferimento alla modalità “nubili” risultano essere più le donne italiane a differenze di quelle straniere su tutta l'area geografica italiana.

IVG (%) per stato civile. cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	25,3	50,0	6,0	5,5	68,7	44,5
CENTRO	27,2	48,1	4,5	5,0	68,3	46,9
SUD	40,9	47,1	6,0	7,1	53,1	45,8
ISOLE	36,7	46,9	6,6	3,7	56,7	49,4
ITALIA	31,1	49,1	5,8	5,4	63,1	45,4

*Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove*

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.4 Titolo di Studio

Per l'Italia il titolo di studio viene associato come importante indicatore di condizione socio-economica. Nella tabella sottostante è possibile osservare la percentuale di donne che hanno effettuato un IVG nel 2020 in base al loro titolo di studio e anche in base alla Regione di riferimento, quello che è chiaro e visibile è che c'è una prevalenza di donne che effettuano un IVG in possesso di licenza media superiore (46,2%), queste variazioni di percentuali che si instaurano nei

³⁹ https://www.istat.it/it/files/2021/02/Report-matrimoni-unioni-civili-separazioni-divorzi_anno-2019.pdf

diversi anni di analisi seguono il trend della nostra società in cui vi è un aumento della scolarizzazione e del raggiungimento dei livelli più alti di istruzione; questo definisce anche una diminuzione delle percentuali di IVG nelle classi di istruzione superiore; questo può dipendere anche dalla maggior conoscenza da parte delle donne nei confronti dei mezzi anticoncezionali. Andando ad analizzare il quadro geografico è possibile osservare come nell'Italia Settentrionale la percentuale più alta (47,3%) fa riferimento alla licenza media superiore seguendo così il trend a livello nazionale di cui la Provincia Autonoma di Bolzano è quella con il numero più alto (64,3%), per quanto riguarda l'Italia Centrale la percentuale più alta fa riferimento sempre alla licenza media superiore con un 48,5% con il valore più alto all'interno della regione Umbria (54,1%), relativamente all'Italia Meridionale il numero più alto è sempre in linea con l'indirizzo nazionale è cioè all'interno della licenza media superiore con un 44,9% (Abruzzo 53,4%).

Tabella 9 - IVG e titolo di studio, 2020

REGIONE	NESSUNO O LIC. ELEMENTARE		LICENZA MEDIA INFERIORE		LICENZA MEDIA SUPERIORE		LAUREA O ALTRO		NON RILEV.		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	1028	3,4	10243	33,8	14336	47,3	4697	15,5	721	2,3	31025
Piemonte	198	3,6	1963	36,2	2537	46,8	728	13,4	211	3,7	5637
Valle d'Aosta	5	4,3	36	31,3	60	52,2	14	12,2	1	0,9	116
Lombardia	287	2,8	3749	36,2	4756	45,9	1578	15,2	350	3,3	10720
Bolzano	22	4,2	121	22,8	341	64,3	46	8,7	2	0,4	532
Trento	15	2,7	139	24,9	303	54,2	102	18,2	0	0,0	559
Veneto	162	3,9	1194	28,9	2097	50,8	676	16,4	0	0,0	4129
Friuli Venezia Giulia	26	2,1	364	29,8	604	49,5	227	18,6	30	2,4	1251
Liguria	54	2,8	758	39,3	845	43,8	272	14,1	127	6,2	2056
Emilia Romagna	259	4,3	1919	31,9	2793	46,4	1054	17,5	0	0,0	6025
ITALIA CENTRALE	822	6,1	3732	27,7	6546	48,5	2384	17,7	1034	7,1	14518
Toscana	260	6,0	1472	34,0	1994	46,1	600	13,9	571	11,7	4897
Umbria	23	2,9	232	29,0	432	54,1	112	14,0	25	3,0	824
Marche	56	4,2	404	30,2	682	51,0	196	14,6	13	1,0	1351
Lazio	483	6,9	1624	23,1	3438	49,0	1476	21,0	425	5,7	7446
ITALIA MERIDIONALE	504	3,7	5238	38,3	6150	44,9	1795	13,1	1272	8,5	14959
Abruzzo	40	3,1	364	27,9	696	53,4	204	15,6	54	4,0	1358
Molise	12	4,7	77	29,8	124	48,1	45	17,4	0	0,0	258
Campania	168	3,5	1867	38,4	2229	45,8	600	12,3	1079	18,2	5943
Puglia	153	2,9	2283	43,5	2144	40,9	664	12,7	81	1,5	5325
Basilicata	19	4,6	139	33,4	205	49,3	53	12,7	14	3,3	430
Calabria	112	7,0	508	31,7	752	47,0	229	14,3	44	2,7	1645
ITALIA INSULARE	234	4,0	2805	48,3	2210	38,0	562	9,7	100	1,7	5911
Sicilia	184	4,2	2216	50,0	1615	36,5	415	9,4	88	1,9	4518
Sardegna	50	3,6	589	42,7	595	43,1	147	10,6	12	0,9	1393
ITALIA	2588	4,1	22018	34,8	29242	46,2	9438	14,9	3127	4,7	66413

* calcolata sulla somma delle prime quattro colonne

** calcolata sul totale

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.5 Occupazione

La tabella mostra le percentuali di distribuzione delle IVG effettuate in base allo stato occupazionale delle donne, risulta che il 46,5% delle donne hanno un'occupazione, il 20,1% è casalinga e il 9,3% studentessa. L'aumento delle donne disoccupate che ricorrono all'IVG può essere accostato al periodo storico in cui è stata fatta la seguente analisi, purtroppo la pandemia da COVID-19 ha portato nel nostro paese una forte accentuazione della crisi economica già esistente e chi ne ha sofferto di più sono state le donne. Le donne che hanno perso il lavoro nel 2020 risultano essere il doppio rispetto agli uomini⁴⁰, come è possibile osservare vi è sempre un forte gap occupazionale tra uomini e donne il quale ha aumentato il suo divario nel 2020 passando 17,8 punti a 18,3 punti percentuale. Nella tabella è possibile osservare non solo la situazione a livello nazionale ma anche regionale, e questo ci da un quadro più completo del fenomeno preso in esame, in riferimento all'Italia Settentrionale la modalità con la percentuale più alta è "occupata" con un 54,0% e la regione all'interno della seguente modalità con il valore più alto è la Valle D'Aosta con un 59,6%, per quanto invece riguarda l'Italia Centrale il valore più alto viene registrato sempre nella modalità "occupata" con un 47,9% e il valore più elevato viene elaborato dalla regione Toscana con un 50,5%, infine analizzando l'Italia Meridionale è possibile osservare una cosa molto interessante che non vi era nelle altre fasce regionali, anche in questo caso il valore più alto viene registrato nella modalità "occupata" con un 35,5% ma se si va ad osservare il valore percentuale della modalità "casalinga" la differenza è veramente esigua perché in questa modalità la percentuale è del 32,4% a differenza dei valori nell'Italia Settentrionale e quella Centrale che erano rispettivamente 13,8% e 16,1%.

⁴⁰ <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2021/03/16/limpatto-covid-19-sul-lavoro-delle-donne-cinque-punti/>

Tabella 10 - IVG e occupazione, 2020

REGIONE	OCCUPATA		DISOCCUPATA		IN CERCA DI PRIMA OCCUP.		CASALINGA		STUDENTESSA		ALTRA CONDIZIONE		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	16453	54,0	6941	22,8	273	0,9	4202	13,8	2515	8,2	104	0,3	537	1,7	31025
Piemonte	2972	54,0	1431	26,0	44	0,8	571	10,4	475	8,6	6	0,1	138	2,4	5637
Valle d'Aosta	68	59,6	22	19,3	3	2,6	15	13,2	5	4,4	1	0,9	2	1,7	116
Lombardia	5792	54,8	2382	22,5	79	0,7	1472	13,9	812	7,7	37	0,3	146	1,4	10720
Bolzano	299	56,2	64	12,0	8	1,5	111	20,9	37	7,0	13	2,4	0	0,0	532
Trento	309	55,3	106	19,0	6	1,1	89	15,9	48	8,6	1	0,2	0	0,0	559
Veneto	2189	53,0	812	19,7	42	1,0	711	17,2	348	8,4	27	0,7	0	0,0	4129
Friuli Venezia Giulia	704	56,9	217	17,5	7	0,6	191	15,4	115	9,3	4	0,3	13	1,0	1251
Liguria	979	51,0	543	28,3	30	1,6	208	10,8	155	8,1	4	0,2	137	6,7	2056
Emilia Romagna	3141	53,0	1364	23,0	54	0,9	834	14,1	520	8,8	11	0,2	101	1,7	6025
ITALIA CENTRALE	6564	47,9	2937	21,5	239	1,7	2200	16,1	1515	11,1	236	1,7	827	5,7	14518
Toscana	2281	50,5	966	21,4	45	1,0	625	13,8	461	10,2	141	3,1	378	7,7	4897
Umbria	380	47,4	173	21,6	30	3,7	131	16,3	87	10,8	1	0,1	22	2,7	824
Marche	601	45,3	272	20,5	27	2,0	222	16,7	130	9,8	75	5,7	24	1,8	1351
Lazio	3302	46,9	1526	21,7	137	1,9	1222	17,4	837	11,9	19	0,3	403	5,4	7446
ITALIA MERIDIONALE	4858	35,5	2892	21,1	177	1,3	4440	32,4	1303	9,5	27	0,2	1262	8,4	14959
Abruzzo	512	41,2	276	22,2	7	0,6	313	25,2	134	10,8	0	0,0	116	8,5	1358
Molise	95	36,8	30	11,6	3	1,2	94	36,4	36	14,0	0	0,0	0	0,0	258
Campania	1560	31,7	960	19,5	105	2,1	1837	37,3	452	9,2	10	0,2	1019	17,1	5943
Puglia	1999	38,2	921	17,6	17	0,3	1775	33,9	510	9,7	15	0,3	88	1,7	5325
Basilicata	167	39,5	129	30,5	6	1,4	80	18,9	41	9,7	0	0,0	7	1,6	430
Calabria	525	32,5	576	35,7	39	2,4	341	21,1	130	8,1	2	0,1	32	1,9	1645
ITALIA INSULARE	1751	30,1	1464	25,1	47	0,8	1972	33,9	581	10,0	9	0,2	87	1,5	5911
Sicilia	1142	25,7	1101	24,8	37	0,8	1707	38,4	446	10,0	8	0,2	77	1,7	4518
Sardegna	609	44,0	363	26,2	10	0,7	265	19,2	135	9,8	1	0,1	10	0,7	1393
ITALIA	29626	46,5	14234	22,3	736	1,2	12814	20,1	5914	9,3	376	0,6	2713	4,1	66413

* calcolata sulla somma delle prime sei colonne

** calcolata sul totale

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.6 Residenza

La Relazione del 2022 sottolinea come nella maggior parte dei casi le donne che effettuano un'IVG lo fanno nella loro Regione di residenza. Osservando la tabella è possibile comprendere come questa caratteristica ha riguardato il 93,5%, di cui l'87,1% nella provincia di intervento e il 12,9% fuori dalla provincia di intervento. Per quanto concerne il restante abbiamo un 4,7% che ha effettuato un'IVG fuori dalla regione di residenza e un 1,8% effettuate all'estero. Così viene scritto all'interno della Relazione per giustificare le percentuali di donne che ricorrono ad un'IVG in un'altra regione o all'estero:

“Occorre sempre tenere presente che alcuni spostamenti possono rispondere a criteri di convenienza per vicinanza dei servizi (per esempio donne che vivono ai confini tra due Regioni) o rappresentare migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università). L'altra limitazione nell'utilizzo dei dati per Regione di residenza è la difficoltà di

ottenere l'informazione completa da tutte le Regioni in tempi rapidi e compatibili con la preparazione della relazione del Ministro della Salute.”

È possibile osservare dalla tabella che il trend rimane quasi invariato dalle percentuali nazionali anche nelle singole regioni, è possibile osservare come le donne scelgono di effettuare un'IVG all'interno della regione di riferimento nella maggior parte dei casi anche se risulta necessario sottolineare come vi sono donne che decidono di effettuare IVG anche fuori dalla propria regione di residenza e questo può dire diverse cose che andrò ad analizzare alla fine del capitolo.

Tabella 11 - IVG e luogo di residenza, 2020

REGIONE	IVG EFFETTUATA DA RESIDENTI NELLA REGIONE						IVG EFF. DA RES. FUORI REGIONE		IVG EFF. DA RES. ALL'ESTERO		NON RILEVATO		TOTALE
	NELLA PROVINCIA DI INTERVENTO		FUORI PROVINCIA DI INTERVENTO		TOTALE		N	%**	N	%**	N	%***	
	N	%*	N	%*	N	%**							
ITALIA SETTENTRIONALE	25829	90,7	2640	9,3	28469	92,8	1577	5,1	648	2,1	331	1,1	31025
Piemonte	4732	91,6	433	8,4	5165	94,4	226	4,1	78	1,4	168	3,0	5657
Valle d'Aosta	106	100,0	0	0,0	106	91,4	8	6,9	2	1,7	0	0,0	116
Lombardia	8515	86,0	1384	14,0	9899	92,7	512	4,8	269	2,5	40	0,4	10720
Bolzano	505	100,0	0	0,0	505	94,9	18	3,4	9	1,7	0	0,0	532
Trento	498	100,0	0	0,0	498	89,1	52	9,3	9	1,6	0	0,0	559
Veneto	3516	90,5	368	9,5	3884	94,1	151	3,7	91	2,2	3	0,1	4129
Friuli Venezia Giulia	906	87,2	133	12,8	1039	90,2	101	8,8	10	0,9	101	8,1	1251
Liguria	1846	97,2	53	2,8	1899	93,2	112	5,5	27	1,3	18	0,9	2056
Emilia Romagna	5205	95,1	269	4,9	5474	90,9	397	6,6	153	2,5	1	0,0	6025
ITALIA CENTRALE	11329	89,8	1285	10,2	12614	91,3	804	5,8	402	2,9	698	4,8	14518
Toscana	3449	84,4	636	15,6	4085	88,2	313	6,8	234	5,1	265	5,4	4897
Umbria	678	93,6	46	6,4	724	88,8	89	10,9	2	0,2	9	1,1	824
Marche	993	81,6	224	18,4	1217	90,1	109	8,1	25	1,9	0	0,0	1351
Lazio	6209	94,2	379	5,8	6588	93,8	293	4,2	141	2,0	424	5,7	7446
ITALIA MERIDIONALE	10671	78,7	2894	21,3	13565	95,3	590	4,1	83	0,6	721	4,8	14959
Abruzzo	961	78,3	266	21,7	1227	90,4	127	9,4	4	0,3	0	0,0	1358
Molise	165	75,3	54	24,7	219	84,9	39	15,1	0	0,0	0	0,0	238
Campania	4118	73,1	1516	26,9	5634	96,4	144	2,5	68	1,2	97	1,6	5943
Puglia	4265	84,2	799	15,8	5064	96,7	163	3,1	9	0,2	89	1,7	5325
Basilicata	325	92,6	26	7,4	351	82,0	77	18,0	0	0,0	2	0,5	430
Calabria	837	78,2	233	21,8	1070	96,2	40	3,6	2	0,2	533	32,4	1645
ITALIA INSULARE	4733	82,6	1000	17,4	5733	98,3	72	1,2	30	0,5	76	1,3	5911
Sicilia	3661	83,3	736	16,7	4397	98,6	43	1,0	18	0,4	60	1,3	4518
Sardegna	1072	80,2	264	19,8	1336	97,0	29	2,1	12	0,9	16	1,1	1393
ITALIA	52562	87,1	7819	12,9	60381	93,5	3043	4,7	1163	1,8	1826	2,7	66413

* calcolata sulla somma delle prime due colonne

** calcolata sulla somma delle colonne tre, quattro e cinque

*** calcolata sul totale

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.7 Cittadinanza

Si è iniziato a raccogliere dati sulla cittadinanza delle donne che ricorrevano all'IVG nel 1995, in quell'anno si registrarono 8.967 cittadine straniere che avevano effettuato l'intervento in Italia, il seguente valore è aumentato negli anni, le cause possono essere correlate all'aumento delle immigrazioni avvenute nel nostro paese infatti raggiungiamo il picco di IVG effettuate nel nostro paese da donne straniere nel 2007 con 40.224 IVG. Nel 2020 in base ai dati che siamo riusciti ad analizzare sono state svolte 18.632 interventi effettuati appunto da donne straniere, i raggruppamenti vengono fatti nella seguente maniera: Europa dell'Est, Altri Paesi dell'Europa, Africa, America del Nord, America del Centro-Sud, Asia e Oceania. Il maggior numero di donne che effettuano un'IVG nel nostro paese, senza contare quelle che hanno la cittadinanza italiana che sono 46.817, sono quelle che vengono dall'Europa dell'Est (7773) e al secondo posto abbiamo le donne che vengono dall'Africa (4030). Per avere un quadro più dettagliato per quanto concerne la cittadinanza è fondamentale andare ad analizzare i tassi di abortività, in questo viene in aiuto l'ISTAT dato che fornisce i dati disponibili per quanto riguarda le donne straniere in Italia e quindi grazie ai seguenti dati è possibile calcolare i tassi di abortività per le donne residenti sia italiane che straniere. È possibile osservare una forte diminuzione dei tassi di abortività tra le donne italiane e parallelamente un forte decremento tra le donne straniere soprattutto tra quelle che vengono da paesi con una grande pressione migratoria (paesi africani, America centro-meridionale, Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele) e Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Per quanto riguarda la fascia d'età, le donne straniere presentano un tasso di abortività 2-3 volte superiore rispetto a quello delle donne italiane. Per le donne straniere la classe di età con il tasso più alto è quella compresa tra i 25 e i 29 anni invece per le italiane è nel range 30-34 anni.

Tabella 12 - IVG e cittadinanza, 2020

REGIONE	CITTADINANZA ITALIANA	CITTADINANZA STRANIERA							NON RILEVATO	TOTALE		
		Europa dell'Est	Altri Paesi dell'Europa	Africa	America del Nord	America del Centro Sud	Asia	Oceania			TOTALE IVG N %*	
ITALIA SETTENTRIONALE	19468	4432	149	2699	31	1942	2068	11	11332	36,8	225	31025
Piemonte	3671	843	16	545	3	330	198	4	1939	34,6	27	5637
Valle d'Aosta	90	13	0	9	0	3	1	0	26	22,4	0	116
Lombardia	6589	1278	47	831	5	1016	891	3	4071	38,2	60	10720
Bolzano	323	90	6	52	0	19	42	0	209	39,3	0	532
Trento	392	80	3	45	0	24	15	0	167	29,9	0	559
Veneto	2626	707	11	343	11	92	333	3	1500	36,4	3	4129
Friuli Venezia Giulia	804	199	7	66	9	35	65	1	382	32,2	65	1251
Liguria	1302	216	19	138	1	250	62	0	686	34,5	68	2056
Emilia Romagna	3671	1006	40	670	2	173	461	0	2352	39,1	2	6025
ITALIA CENTRALE	9348	1974	80	716	25	685	1157	1	4638	33,2	532	14518
Toscana	2964	707	27	231	15	231	589	0	1800	37,8	133	4897
Umbria	518	151	5	77	0	45	24	0	302	36,8	4	824
Marche	835	216	8	127	0	73	92	0	516	38,2	0	1351
Lazio	5031	900	40	281	10	336	452	1	2020	28,6	395	7446
ITALIA MERIDIONALE	12909	1097	43	375	12	133	254	0	1914	12,9	130	14959
Abruzzo	1075	165	7	60	0	19	31	0	282	20,8	1	1358
Molise	211	17	0	20	0	4	6	0	47	18,2	0	258
Campania	5242	321	21	91	11	60	112	0	616	10,5	79	5943
Puglia	4762	330	12	112	1	32	60	0	547	10,3	16	5325
Basilicata	378	31	1	10	0	4	4	0	50	11,7	2	430
Calabria	1241	233	2	82	0	14	41	0	372	23,1	32	1645
ITALIA INSULARE	5092	270	79	240	3	48	108	0	748	12,8	71	5911
Sicilia	3898	236	22	177	2	29	85	0	551	12,4	69	4518
Sardegna	1194	34	57	63	1	19	23	0	197	14,2	2	1393
ITALIA	46817	7773	351	4030	71	2808	3587	12	18632	28,5	958	66413

* Calcolata sul totale dei rilevati

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.8 Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza

Oltre ai dati elencati precedentemente all'interno della relazione vi è un paragrafo che fa riferimento all'offerta del servizio IVG e l'obiezione di coscienza. Il Sistema di Sorveglianza ISS raccoglie ogni anno i dati relativi all'obiezione di coscienza per ogni regione del nostro paese, facendo riferimento all'obiezione di coscienza e alle percentuali per quanto riguarda i medici, gli anestesisti e le professioni sanitarie non mediche. Allo stesso tempo il Ministero della Salute, per comprendere le conseguenze che il personale medico obiettore può avere nei riguardi della corretta applicazione della legge 194, effettua un monitoraggio grazie ai dati che le singole Regioni inviano per singola struttura per comprendere il carico di lavoro settimanale che ciascun ginecologo non obiettore ha.

All'interno del tavolo di lavoro che si è tenuto all'interno del Ministero della Salute furono chiamati anche i rappresentanti di tutte le regioni dove vennero concordati tre parametri che sarebbero stati utili per comprendere la corretta applicabilità della legge.

Il primo parametro fu così definito: *Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili: percentuale di stabilimenti con reparto di ostetricia e/o ginecologia in cui si pratica IVG*. Quello che sorse attraverso i dati che furono analizzati è che nel 2020 il numero di strutture con all'interno i reparti di ostetricia e/o ginecologia risulta pari a 560, invece il numero totale delle strutture che effettuano IVG nel 2020 risultano essere 357, cioè il 63,8% del totale. Dalla tabella sottostante è possibile osservare le varie strutture che contengono al loro interno reparti di ostetricia e/o ginecologia e i punti IVG per ogni regione; quello che è possibile osservare dalla tabella è che solo in due casi e cioè la provincia autonoma di Bolzano (28,6%) e la regione Campania (27,9%) abbiamo una percentuale sotto al 30% di strutture che svolgono IVG, in 9 regioni risultano esserci percentuali oltre il 70% e cioè Piemonte (79,4%), Valle d'Aosta (100%), Lombardia (72,0%), Veneto (86,5%), Liguria (87,5%), Toscana (75,0%), Umbria (83,3%), Marche (92,9%), Puglia (71,0%); nelle restanti Regioni e Province Autonome il valore è compreso tra il 30% e il 70%.

Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili – anno 2020

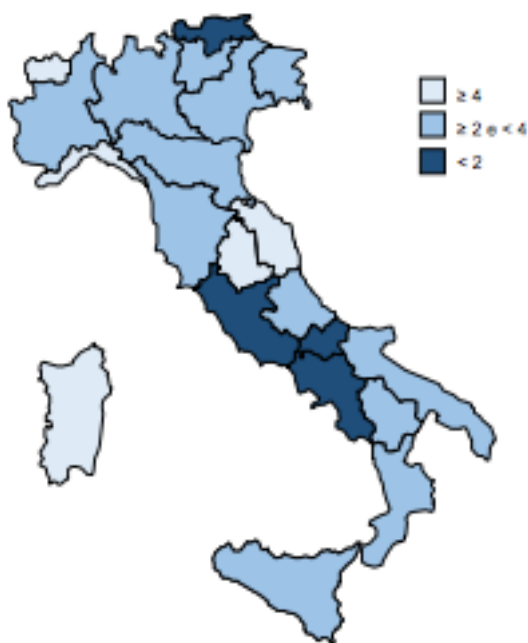
Regione	Stabilimenti* con reparto di ostetricia e/o ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Percentuale di stabilimenti in cui si pratica IVG (Par.1)	Stabilimenti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49) (Par.2)
Piemonte	34	27	79,4%	3,2
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	4,1
Lombardia	75	54	72,0%	2,6
P.A. Bolzano	7	2	28,6%	1,8
P.A. Trento	6	3	50,0%	2,7
Veneto	37	32	86,5%	3,3
Friuli-Venezia Giulia	14	9	64,3%	3,9
Liguria	16	14	87,5%	5,1
Emilia-Romagna	50	34	68,0%	3,8
Toscana	36	27	75,0%	3,7
Umbria	12	10	83,3%	5,8
Marche	14	13	92,9%	4,3
Lazio	40	23	57,5%	1,9
Abruzzo	15	9	60,0%	3,5
Molise	3	1	33,3%	1,7
Campania	68	19	27,9%	1,5
Puglia	31	22	71,0%	2,6
Basilicata	7	4	57,1%	3,5
Calabria	15	8	53,3%	2,0
Sicilia	57	31	54,4%	3,0
Sardegna	22	14	63,6%	4,4
ITALIA	560	357	63,8%	2,9

* Sono state escluse le seguenti strutture: Policlinici universitari privati, IRCCS privati, IRCCS fondazione, Ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'articolo 1, ultimo comma, della Legge 132/1968 (enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera), Case di cura private non accreditate, Istituti qualificati presidio della U.S.L., Enti di ricerca e Strutture Private accreditate per le quali le Regioni abbiano esplicitamente dichiarato di non essere autorizzate ad effettuare IVG.

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

Il secondo parametro fu definito: *Offerta del servizio IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile: punti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49 anni)*. Quello che fu considerato essenziale valutare per comprendere la piena applicabilità della legge fu mettere in relazione il numero delle strutture preposte ad effettuare IVG e in numero delle donne in età fertile nel nostro paese. All'interno della nostra Nazione si individuano ogni 100.000 donne in età fertile (età compresa tra i 15 e i 49 anni) 2,9 punti di IVG con grande variabilità a livello regionale come è possibile osservare dalla mappa sottostante; di cui i livelli più bassi si registrano in Campania (1,5 punti IVG per 100.000 donne in età fertile), Molise (1,7) e Provincia Autonoma di Bolzano (1,8) invece il valore più alto viene registrato nella Regione Umbria con 5,8 punti IVG.

Figura 23 – Stabilimenti IVG per 100.000 donne in età 15-49 anni (Parametro 2) – anno 2020



Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

Il terzo ed ultimo parametro venne definito: *Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore*, come mostra la tabella il numero medio di IVG settimanali svolto dal personale non obiettore non ha grandi variazioni negli anni, facendo riferimento all'anno 2020 è possibile osservare come mettendo in considerazione 44 settimane lavorative in un anno ogni ginecologo non obiettore deve effettuare 1,0 IVG alla settimana. Il livello più basso di cui siamo a conoscenza è quello della Valle D'Aosta con un 0,3 IVG settimanali, invece il valore più alto si osserva in Molise con una media di 2,9 IVG alla settimana.

Parametro 3: Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – anni 2016-2020 e valore massimo per singola struttura IVG nel 2020

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore					Valore massimo per singola struttura IVG 2020
	2016	2017	2018	2019	2020	
Piemonte	1,3	1,1	1,1	1,1	1,0	5,9
Valle D'Aosta	0,3	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3
Lombardia	N.P.	1,2	1,1	1,1	0,8	5,6
P.A. Bolzano	1,2	2,3	2,4	1,5	1,1	1,4
P.A. Trento	0,8	0,7	0,9	0,8	0,5	0,8
Veneto	1,2	1,2	1,2	1,1	0,8	5,5
Friuli-Venezia Giulia	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
Liguria	1,3	1,0	1,0	0,8	1,0	2,6
Emilia-Romagna	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	5,2
Toscana	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	2,3
Umbria	1,1	1,1	0,8	0,8	0,8	3,2
Marche	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8	2,2
Lazio	2,6	2,4	2,0	2,1	1,4	7,3
Abruzzo	2,4	2,1	1,7	1,9	1,5	9,7
Molise	9,0	8,6	3,8	6,6	2,9	2,9
Campania	1,4 (*)	3,6	N.P.	2,6	1,9	9,9
Puglia	3,0	2,7	2,0	2,6	2,0	8,5
Basilicata	2,5	3,1	1,5	1,3	1,2	3,1
Calabria	1,9	1,7	1,6	1,4	1,1	5,7
Sicilia	1,7	1,9	1,2	1,9	1,5	16,1
Sardegna	0,6	0,5	0,4	0,6	0,4	1,2
ITALIA	1,6	1,2	1,2	1,1	1,0	

Fonti dati: Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194/78; numerosità delle IVG per singolo presidio ospedaliero rilevata dalla piattaforma web Istat "GINO++"

() dato pervenuto in maniera parziale*

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.9 Obiezione di coscienza in Italia

La Relazione in riferimento ai dati del 2020 non fa nessuna analisi per quanto concerne le percentuali degli obiettori di coscienza nel nostro territorio, l'unica cosa che viene elencata è la seguente tabella che andrò ad analizzare per comprendere se gli obiettori di coscienza possono essere un problema per la piena applicazione della legge. Facendo riferimento alla tabella sottostante è possibile osservare come a livello nazionale vi è il 64,6% di ginecologi obiettori, il 44,6% di anestesisti obiettori e infine il 36,2% del personale non medico obiettore. Andando a fare un'analisi a livello geografico è possibile osservare come nell'Italia Settentrionale la percentuale di ginecologi obiettori si aggira al 58,2%, 36,0% di anestesisti obiettori e 30,5% di personale non medico obiettore cioè significa che c'è un leggero calo a differenza della media nazionale; la Provincia Autonoma di Bolzano però ha dati molto elevati confronto la media sia nazionale che dell'Italia Settentrionale infatti ci sono 84,5% di ginecologi obiettori, poi abbiamo altre Regioni dove la percentuale di ginecologi obiettori superano il 50% (Piemonte 61,3%, Lombardia 60,7%, Veneto 66,6%), spostandoci lungo lo stivale la situazione va via via peggiorando. Nell'Italia Centrale la percentuale dei ginecologi obiettori è del 63,3%, degli anestesisti obiettori è pari al 44,3% e infine la percentuale del personale non medico obiettore è del 24,5%, in questo caso tutte le regioni del centro Italia hanno percentuali di ginecologi obiettori al di sopra del 50% (Toscana 54,5%, Umbria 70,4%, Marche 70,0%, Lazio 67,7%). Nell'Italia Meridionale purtroppo la situazione è in peggioramento in quanto abbiamo un 76,9% di ginecologi obiettori, un 61,4% di anestesisti obiettori e il 70,6% di personale non medico obiettore; in questo contesto geografico nessuna regione ha percentuali di ginecologi obiettori al di sotto del 60%, unica che comunque si avvicina a questo numero è la Calabria con il 67,7% le regioni restanti sono tutte sopra il 70% (Abruzzo 83,8%, Molise 82,8%, Campania 73,5%, Puglia 79,1%, Basilicata 81,4%). Per quanto riguarda le Isole abbiamo una media del 73,2% di ginecologi obiettori e c'è una netta differenza tra la Sardegna (55,6%) e la Sicilia (81,6%); per quanto riguarda gli anestesisti obiettori la media è del 66,4% ma anche in questo caso le due regioni sono molto diverse tra di loro perché la Sardegna ha

una percentuale del 49,7% e quindi anche al di sotto del 50% invece per quanto riguarda la Sicilia il numero si aggira intorno al 73,1%, infine per quanto riguarda il personale non medico la media percentuale è del 67,9% e qui si nota la differenza maggiore delle tre categorie perché la Sardegna ha una percentuale del 35,7% invece la Sicilia ha un'altissima percentuale del 86,1%.

Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2020

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1292	58,2	1319	36,0	3318	30,5
Piemonte	214	61,3	169	29,4	297	18,4
Valle d'Aosta	3	25,0	2	20,0	4	13,3
Lombardia	451	60,7	546	44,5	1406	43,2
Bolzano	60	84,5	63	62,4	389	73,5
Trento	14	35,9	26	27,1	290	14,7
Veneto	241	66,6	240	37,3	474	38,6
Friuli Venezia Giulia	59	50,9	33	21,4	127	24,4
Liguria	63	56,8	60	28,2	88	19,8
Emilia Romagna	187	45,0	180	28,1	243	18,8
ITALIA CENTRALE	584	63,3	661	44,3	1571	24,5
Toscana	189	54,5	151	29,2	305	18,8
Umbria	57	70,4	111	55,2	146	54,5
Marche	91	70,0	89	42,6	689	22,5
Lazio	247	67,7	310	54,8	431	29,2
ITALIA MERIDIONALE	675	76,9	648	61,4	1946	70,6
Abruzzo	109	83,8	164	71,3	377	69,3
Molise	24	82,8	17	60,7	99	90,0
Campania	202	73,5	91	50,6	320	73,4
Puglia	234	79,1	265	56,6	909	71,6
Basilicata	35	81,4	48	71,6	72	56,7
Calabria	71	67,6	63	75,9	169	63,1
ITALIA INSULARE	407	73,2	421	66,4	897	67,9
Sicilia	307	81,6	331	73,1	726	86,1
Sardegna	100	55,6	90	49,7	171	35,7
ITALIA	2958	64,6	3049	44,6	7732	36,2

Fonte: Ultima relazione annuale del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, pubblicata nel 2022 contenente i dati definitivi del 2020

2.10 Osservazioni in merito alla Relazione

La relazione sicuramente è per noi utile in quanto ci lascia ogni anno un quadro generale sulla situazione all'interno del nostro paese e delle nostre regioni, ma ci dà solo un quadro generale e non specifico facendo passare che la situazione è sotto controllo e che la legge sia pienamente applicata ma purtroppo la situazione non è questa.

Grazie all'analisi che ho potuto effettuare attraverso le tabelle sopraelencate è chiaro comprendere come in diversi ambiti i dati riferiti non possono aiutare a comprendere appieno la nostra situazione; partendo dal fatto che ad esempio la legge fa riferimento alla necessità di stilare un documento annuale in relazione all'anno precedente e anche in questo caso la legge non viene applicata perché ad esempio ad oggi gli unici dati ministeriali che abbiamo sono quelli relativi al 2020 nonostante ormai ci troviamo alla fine del 2023, dove da parte del Ministero non è ancora stata posta in essere alcuna relazione quindi siamo indietro di 3 anni dove in questo arco di tempo possono esser successe tante cose che possono aver portato ad una modifica dei dati che abbiamo fino a questo momento. Una delle grandi mancanze presenti in questa relazione è riferita ai dati relativi agli obiettori di coscienza, perché questi numeri danno un quadro approssimativo della piena applicabilità della legge, all'interno della relazione non si fa quasi cenno a questa problematica si lascia solo spazio all'elaborazione di una tabella senza alcun commento o analisi della stessa, cosa che io sono riuscita a fare e i dati non sono di grande conforto, allo stesso tempo non vi è alcun dato per quanto riguarda ad esempio la percentuale di ginecologi obiettori all'interno delle singole strutture sanitarie si parla solo ed esclusivamente di regioni e per questo motivo i dati che abbiamo dalla relazione ministeriale non sono esaustivi, ma grazie a uno studio più approfondito effettuato dall'associazione Luca Coscioni, con un progetto nominato "Legge 194. Mai dati" in cui le ideatrici Chiara Lalli e Sonia Montegiove hanno mandato una richiesta di accesso civico generalizzato alle singole ASL e ai presidi ospedalieri per chiedere i numeri specifici di ogni struttura, è stato possibile apprendere con più minuziosità la situazione all'interno del nostro territorio, la ricerca per le scrittrici non è stata facile anzi molto complessa nonostante i dati

dovrebbero essere dati aperti e di libero accesso ma così non è riscontrabile nella maggior parte dei casi.⁴¹

Dalla raccolta pubblicata dall'associazione è possibile osservare come “72 ospedali hanno percentuali che oscillano tra l'80% e il 100% di obiettori di coscienza, sono presenti 22 ospedali e 4 consultori con il 100% tra cui medici ginecologi, anestesisti, personale infermieristico e OSS, 18 ospedali con il 100% di ginecologi obiettori, 46 strutture che hanno una percentuale di obiettori superiore all'80%. Sono 11 le regioni in cui c'è almeno un ospedale con il 100% di obiettori”:

- Abruzzo → Ospedale di S. Omero – Ente ASL Teramo – n. ginecologi 10 – numero ginecologi obiettori 10, totale 100%
- Basilicata
- Campania:
 - Polo Ospedaliero Ariano Irpinio - Ente ASL Avellino – n. ginecologi 8 – n. ginecologi obiettori 8 – totale 100%
 - Polo Ospedaliero Battipaglia – Ente ASL Salerno – n. ginecologi 11 – n. ginecologi obiettori 11 – totale 100%
 - Polo Ospedaliero San Giovanni Bosco – Ente ASL Napoli 1 Centro – n. ginecologi 15 – n. ginecologi obiettori 15 – totale 100%
- Lombardia:
 - Presidio di Montichiari – Ente ASST degli Spedali Civili di Brescia – n. ginecologi 3 – n. ginecologi obiettori 3 – totale 100%
 - Consultori – Ente ASST di Lecco – n. ginecologi 1 – n. ginecologi obiettori 1 – totale 100%
 - Area Distrettuale Busto Arsizio – Ente ASST della Valle Olona – n. ginecologi 1 – ginecologi obiettori 1 – totale 100%
 - Polo Ospedaliero Saronno – Ente ASST della Valle Olona – n. ginecologi 3 – n. ginecologi obiettori 3 – n. OSS 7 – n. OSS obiettori 7 – n. OSS obiettori 7. (Dal 20/03/2020 sospeso punto nascita)

⁴¹ <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>

- Area Distrettuale Saronno – Ente ASST della Valle Olona – n. ginecologi 2 – ginecologi obiettori 2 – totale 100%
- Marche → Polo Ospedaliero Jesi – Ente ASUR Area Vasta 2 Marche – n. ginecologi 10 – n. ginecologi obiettori 10 – totale 100%
- Piemonte → Ospedali Riuniti Ciriè-Lanzo – Ente ASL TO4 – n. ginecologi 9 – n. ginecologi obiettori 9 – totale 100%
- Puglia:
 - Presidio Ospedaliero Andria – Ente ASL Barletta, Andria, Trani – n. ginecologi 10 – n. ginecologi obiettori 10 – n. infermieri 52 – n. infermieri obiettori 52 – n. ostetriche 14 – n. ostetriche obiettori 14 – n. OSS 8 – n. OSS obiettori 8 – totale 100%
 - Presidio Ospedaliero di Bisceglie – Ente ASL Barletta, Andria, Trani – n. OSS 28 – n. OSS obiettori 28 – totale 100%
- Sicilia → Polo Ospedaliero S. Cimino Termini Imerese – Ente Azienda Sanitaria di Palermo – n. OSS 10 – n. OSS obiettori 10 – totale 100%
- Toscana → Consultorio Lunigiana – Ente USL Toscana Nord Ovest – n. ginecologi 2 – n. ginecologi obiettori 2 – totale 100%
- Umbria → Stab. Ospedaliero Castiglione del Lago – Ente ASL Umbria 1 – n. ginecologi 1 – n. ginecologi obiettori 1 – totale 100%
- Veneto:
 - Consultorio Thiene – Ente ULLS 7 Pedemontana – n. ginecologi 1 – n. ginecologi obiettori 1 – totale 100%
 - Consultorio Schio – Ente ULSS 7 Pedemontana – n. ginecologi 1 – n. ginecologi obiettori 1 – totale 100%⁴²

Quello che si può evincere dai dati che si è riusciti a trovare è che è necessario un cambiamento nella mentalità della pubblica amministrazione perché come sottolineano le scrittrici Chiara Lalli e Sonia Montegiove nel loro libro “Mai Dati, Dati aperti sulla 194. Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere”⁴³ in molti

⁴² Questi dati sono aggiornati alle risposte ricevute entro il 20 novembre 2021

⁴³ C. LALLI, S. MONTEGIOVE, *Mai Dati, Dati aperti sulla 194. Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Fandango Libri, 2022

casi è risultato ostile da parte delle pubbliche amministrazioni la condivisione dei dati pubblici nonostante grazie al Codice delle pubbliche amministrazioni è possibile avere dati aperti. Quindi anche i dati riscontrati dalla ricerca effettuata risultano obsoleti perché ad oggi possono essere già diversi, oppure non si ha un quadro completo della situazione in essere in cui presidi ospedalieri hanno precedentemente condiviso solo su richiesta attraverso accesso civico generalizzato le informazioni sollecitate, ma magari lo hanno fatto in tempi molto lunghi oppure non volutamente condivisi l'anno successivo.

Quindi è comprensibile come la Relazione non sia sufficiente per aiutare le donne ad esempio a comprendere in quale ospedale possono effettuare un aborto, perché del dato regionale alle donne cosa interessa? E anche qui c'è una forte falla nel sistema nazionale e ci fa comprendere come sia necessario effettuare delle modifiche nella Relazione per comprendere a pieno se la legge 194 abbia una corretta applicabilità oppure no. Insomma quello che risulta chiaro è come la Relazione crei solo ed esclusivamente dati chiusi e non rappresentativi della realtà sociale dando solo così una foto sfuocata del complesso ambito di cui sto argomentando in questa mia tesi.

Altro argomento che poco viene trattato all'interno della relazione o per lo meno vengono date poche risposte in merito è quello riferito al luogo in cui le donne scelgono o sono costrette a scegliere per effettuare un'IVG e la Relazione ci dice che il 4,7% delle donne residenti effettua un'IVG in un'altra regione ⁴⁴e il 1,8% all'estero; la giustificazione che viene rilasciata è che molte donne residenti in una determinata regione, per motivi di studio o di lavoro si spostano e quindi per questo si sottopongono ad un'IVG nel luogo in cui hanno ad esempio il domicilio e non la residenza. Però quello di cui la Relazione sembra dimenticarsi è la relazione tra gli i medici obiettori di coscienza in una determinata regione o più precisamente in un determinato presidio ospedaliero, il cui aspetto influisce in maniera dirompente nella scelta della donna, perché se vivo in una regione in cui ho valori di obiezione sopra all'80% la scelta che mi porta a fare la mia regione è quella di spostarmi altrove per poter effettuare un aborto e in alcuni casi questo spostamento può

⁴⁴ Dalla relazione risulta che il 18,0% di donne residenti in Basilicata effettua un'IVG in un'altra regione e il 15,15% di donne Residenti in Molise effettua un'IVG in un'altra regione.

avvenire anche addirittura all'estero, soprattutto perché i tempi di attesa sono molto lunghi il che porta poi successivamente ad una mancanza di effettività della legge⁴⁵. Questa precisazione porta alla luce un altro problema della mancata applicabilità della legge e cioè la condizione economica, perché se io donna non ho le condizioni economiche per potermi spostare in un'altra provincia o addirittura in un'altra regione sarò costretta a non poter esercitare un mio diritto sancito appunto dalla legge 194. Il fenomeno dell'obiezione di coscienza ha subito comunque un incremento negli ultimi anni e prova a darci alcune risposte un articolo di Minerva del 2015⁴⁶, in cui l'autrice sviluppa un quadro più specifico che va oltre all'attaccamento etico/religioso dei medici, sottolineando anche fini prettamente economici, in cui medici obiettori decidono di definirsi tali all'interno delle strutture pubbliche in cui svolgono il loro lavoro ma li eseguano in maniera illegale nelle cliniche private, oppure viene messo in campo l'ambito lavorativo e le problematiche di discriminazione e quindi mancanza di prospettive di carriera nell'eventualità in cui ci si trovi a lavorare in una struttura diretta da obiettori di coscienza oppure viceversa. Insomma quello che è chiaro comprendere è che la situazione è veramente molto complessa e che ad oggi non trova una piena applicabilità a differenza dalle prospettive ottimistiche che la Relazione ci lascia in quanto non è sempre ottimale avere magari bassi livelli di IVG perché è necessario effettuare ricerche più specifiche per comprendere effettivamente i motivi per cui abbiamo ogni anno sempre livelli minori di interventi di IVG.

⁴⁵ B. MURA, L. PERINI, "Libere davvero? L'effettività della legge n. 194/1978 alla prova: un caso studio nel veronese", *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue 1/2023

⁴⁶ F. MINERVA, *Conscientious objection in Italy*, in *Journal of Medical Ethics*, 41, 2 February 2015

CAPITOLO 3: ANALISI DI DUE CASI STUDIO: BOLOGNA E PADOVA

Attraverso i dati che sono riuscita a reperire con le ricerche che ho effettuato per costruire questi primi capitoli mi sono incuriosita nel voler comprendere se effettivamente vi è un'applicazione della legge a macchia di leopardo oppure invece vi è un'uniformità della stessa. Come si evince già dal secondo capitolo ci sono molte differenze da una regione all'altra, ma ho voluto interrogarmi non più a livello nazionale ma andare più nel profondo per comprendere meglio questa questione e per questo motivo ho deciso di analizzare con più precisione due realtà che in un qualche modo mi sono vicine; una è quella di Bologna proprio perché è la città in cui vivo e Padova che è la città che mi ha ospitato in questi due anni di università per capire se intercorrono delle differenze nonostante le due città si trovino molto vicine geograficamente e nell'eventualità in cui queste differenze ci fossero andare ad analizzarne i motivi.

Per questo motivo ho effettuato alcune interviste per avere un quadro più specifico e diretto sul territorio, non nego che siano stati mesi complessi in quanto trovare persone competenti sul campo e che abbiano avuto la voglia di esporsi su questo tema sono poche soprattutto se ricoprono ruoli di un certo tipo. Quindi sono andata ad intervistare sia persone che fanno parte di associazioni sia quelle che hanno un ruolo diretto e pubblico su questa tematica. È stata sicuramente un'esperienza che mi ha dato la possibilità di comprendere anche le sfaccettature dietro alle parole che venivano dette o quelle che non venivano dette proprio perché mi sono resa conto che ancora oggi il tema dell'aborto è un tema complicato e di approccio molto differente.

L'analisi verterà su queste due città che hanno sicuramente storie politiche differenti e allo stesso tempo gestioni amministrative molto diverse tra di loro, questa forte ossatura che accomuna entrambe porta però ad avere approcci e vedute diverse di questa legge.

3.1 Il caso studio di Bologna

Bologna è il capoluogo della regione Emilia Romagna è sicuramente conosciuta per una cultura di associazionismo diversificato molto forte per questo motivo ho deciso di effettuare il mio tirocinio curriculare presso l'UDI (Unione Donne In Italia), è stata un'esperienza molto lungimirante che mi ha dato la possibilità di arricchire la mia conoscenza e di sfogliare con mano atti, documenti e foto degli anni '70 perché l'associazione dispone di un archivio storico in cui io ho passato la maggior parte del mio tempo e qui sono riuscita attraverso vere e proprie testimonianze ad avere un quadro storico e non solo dell'impegno costante che l'associazione ha avuto sia negli anni '70, i quali furono caratterizzati da un forte fermento, sia nei giorni nostri attraverso ad esempio la presenza costante dell'associazione presso i comitati consultivi misti della regione Emilia Romagna, essi sono veri e propri tavoli di confronto in cui si incontrano i rappresentanti dell'Azienda sanitaria e i rappresentanti dei cittadini attraverso le associazioni di volontariato e il compito principale di questi incontri è la verifica, il supporto, la funzione propositiva all'Azienda sanitaria per cercare sempre un miglioramento nella qualità dei servizi; e in questo l'associazione UDI è molto presente per sollevare tutti i problemi relativi alla salute della donna cercando appunto di mettere la donna al centro della questione e questo fa già comprendere il forte tessuto di reti che la regione crea all'interno del suo territorio con i cittadini, per avere un quadro sempre più dettagliato sui problemi che vivono per cercare soluzioni comuni. Quello che ho potuto analizzare attraverso le interviste svolte all'interno del mio progetto è che la regione si muove in maniera molto consona per quanto riguarda l'applicabilità della 194 ma allo stesso tempo cerca di creare strategie migliorative per le donne.

Ci sono diverse politiche pubbliche che sono state applicate all'interno del processo inerente l'IVG che credo che tutte le altre regioni italiane dovrebbero seguire una tra tutte è la decisione da parte della regione Emilia Romagna di rendere la contraccezione gratuita sia per gli uomini e per le donne, quindi la regione rende possibile la somministrazione all'interno dei consultori del preservativo maschile e di quello femminile, i farmaci ormonali per la donna (sotto forma di pillola

anticoncezionale, di cerotto da mettere sulla pelle e di anello da inserire all'interno della vagina oppure di un impianto da inserire sottocute) e infine le spirali, è importante ricordare che è resa gratuita anche la contraccezione di emergenza quale ad esempio la pillola del giorno dopo.

La contraccezione è offerta gratuitamente a coloro che sono iscritti al Servizio Sanitario e sono residenti ed assistiti all'interno della regione allo stesso tempo devono avere anche le seguenti caratteristiche:

- Avere meno di 26 anni di età (sia per gli uomini che per le donne)
- Per le donne: età compresa tra i 26 e i 45 anni entro 24 mesi dall'interruzione di gravidanza che hanno un'esenzione di disoccupazione (E02) o per lavoratrici colpite dalla crisi (E99)
- Per le donne: età compresa tra i 26 e i 45 anni entro i 12 mesi dal parto se hanno anche in questo caso le esenzioni E02 e E99⁴⁷

Il tutto viene gestito all'interno del consultorio e questo secondo me è un punto fondamentale per sottolineare l'importanza che i consultori hanno sia per quanto riguarda l'informazione sia per quanto riguarda tutto l'accompagnamento della donna e questo l'Emilia Romagna lo ha capito da tanti anni ormai.

Altra politica pubblica molto importante è quella inerente all'aborto farmacologico e quindi è necessario fare una breve specifica. In Italia vi è la possibilità di abortire attraverso due metodologie una è quella chirurgica e l'altra farmacologica.

Per quanto riguarda l'aborto farmacologico vengono utilizzati due farmaci il mifepristone, più noto come RU486, e una prostaglandina, il misoprostolo, l'introduzione dell'aborto farmacologico in Italia ha subito, come tutto l'iter dell'aborto, diverse complicazioni perché nei primi anni duemila e più precisamente nel 2002 si iniziò a dibattere sul seguente tema soprattutto perché alcuni sollevarono il problema in associazione alla violazione della legge 194, nel 2009 la RU486 venne approvata dall'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) e da quei primi anni 2000 le cose sono molto cambiate perché dal 2020 grazie

⁴⁷ DGR 1722 del 06/11/2017: *“Indicazioni operative alle Aziende sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti”*

all'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sull'interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine" è possibile effettuare un'IVG farmacologica in tutte le regioni d'Italia fino a nove settimane compiute di età gestionale (in precedenza erano 7) e in regime di day hospital (prima era necessario effettuare un ricovero fino alla completo ciclo di assunzione del farmaco), in più il Ministero sottolinea le metodologie di intervento affermando che fino al 49° giorno di amenorrea: il mifepristone è assunto in un'unica dose orale da 600 mg seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo prostaglandine: misoprostolo 400 µg per via orale oppure gemeprost 1 mg per via vaginale invece tra il 50° e il 63° giorno di amenorrea il mifepristone è assunto in un'unica dose orale da 600 mg seguita a 36-48 ore di distanza dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine, gemeprost 1 mg per via vaginale.⁴⁸

La regione Emilia Romagna ha quindi deciso di seguire le linee guida che sono state messe in atto dal Ministero ma allo stesso tempo ha voluto costruire un piano ancora più all'avanguardia proprio perché ci si è resi conto che il numero delle IVG effettuate con il farmaco erano in continua crescita a discapito di quelle effettuate chirurgicamente, infatti all'interno della regione il 62% delle IVG effettuate nel 2021 sono state fatte attraverso il ricorso della pillola RU486.

Per questo motivo per quanto riguarda il bacino bolognese il consultorio che è stato scelto è quello di San Giovanni in Persiceto, l'iter che viene svolto all'interno del consultorio è molto specifico e dettagliato questo è quello che ho potuto apprendere dall'intervista svolta insieme alla dottoressa Mariamaddalena Scala, la quale da ginecologa vede in prima persona il riscontro positivo che sta avendo questa sperimentazione. La procedura va dalla presa in carico della paziente la quale decide di rivolgersi presso il consultorio ed entro 3 giorni viene fissato il primo colloquio, esso verrà effettuato insieme all'ostetrica e al medico ginecologo i quali raccolgono un'accurata anamnesi e vengono sottoscritte tutte le informazioni utili sulla gravidanza, in seconda istanza viene compilato il certificato urgente o meno in base alla situazione della paziente, a questo punto viene fissato un appuntamento per la I somministrazione del farmaco IVG presso

⁴⁸ <https://www.aogoi.it/iniziative/aborto-farmacologico/aborto-farmacologico-linee-ministeriali/>

il consultorio se ci troviamo entro la 7 settimana di gravidanza e se sono soddisfatti tutti i criteri, oppure si illustrano alla paziente i diversi presidi provinciali adibiti a tale procedura; nell'eventualità in cui ci si trova all'interno delle 7 settimane alla prima somministrazione la paziente viene accolta dall'ostetrica e dal medico e si effettua un'ecografia di datazione e controllo e si valuta lo stato di salute della paziente, dopo aver somministrato il primo farmaco la paziente deve rimanere in attesa 30 minuti in un'apposita stanza riservata, se il tutto procede secondo norma si invita la paziente a ritornare solitamente dopo 48 ore, allo stesso tempo la paziente ha la possibilità di contattare l'ostetrica ad un numero di cellulare dedicato per qualsiasi bisogno in caso però di forti dolori o perdite ematiche vaginale importanti si prescrive alla paziente di recarsi presso il Pronto soccorso ginecologico dell'ospedale Maggiore o Sant'Orsola. Il giorno della II somministrazione si procede nel continuo della procedura e dopo 3 ore dalla somministrazione viene effettuata una prima valutazione e in caso in cui si verificano perdite vaginali da ciclo mestruale e di espulsione della camera gestazione al controllo ecografico, la paziente può andare a casa purché non rimanga da sola nelle successive 48 ore, però prima dell'invio a domicilio sarà dato appuntamento alla donna per un controllo a distanza di 7 o 14 giorni e cosa fondamentale, che anche la dottoressa ha sottolineato, è l'importanza che viene data nell'informare la donna della contraccezione che potrebbe utilizzare e quindi costruire un quadro specifico di contraccezione per evitare così di trovarsi nuovamente in una situazione simile.

Il consultorio di San Giovanni Persiceto è uno dei 28 consultori che sono presenti all'interno della città metropolitana di Bologna. In Emilia Romagna risulta chiaro l'importanza che i consultori hanno sia per la cittadinanza che per le istituzioni e questo si evince all'interno dell'indagine che è stata condotta dall'Istituto Superiore di Sanità sui consultori familiari nel 2018-2019⁴⁹, dal documento rilasciato è possibile osservare tutte le tipologie di prestazione usufruibili all'interno dei consultori della regione sia in maniera gratuita che a pagamento, infatti risultano gratuite le prestazioni relative allo screening del tumore della

⁴⁹ <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+1+web.pdf/649d7a13-4202-8500-fe0f-4ac181f823c8?t=1657692836837>

cervice uterina, le prestazioni relative al percorso IVG, il counselling preconcezionale, le visite in gravidanza, gli incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN), le prestazioni per l'assistenza in puerperio, le attività degli spazi giovani e la consulenza psicosociale. La contraccezione come ho detto precedentemente è gratuita fino ai 26 anni di età e per determinate fasce di popolazione in alcune condizioni specifiche, per quanto concerne la consulenza psicologica e sessuologica e la psicoterapia sono gratuite all'interno del percorso nascita, mentre al di fuori di questo contesto sono a pagamento tramite un ticket.

Come è possibile osservare dal grafico sottostante la diffusione dei consultori sul territorio è capillare e i numeri risultano superiori alla media nazionale, con una sede ogni 22.937 residenti.

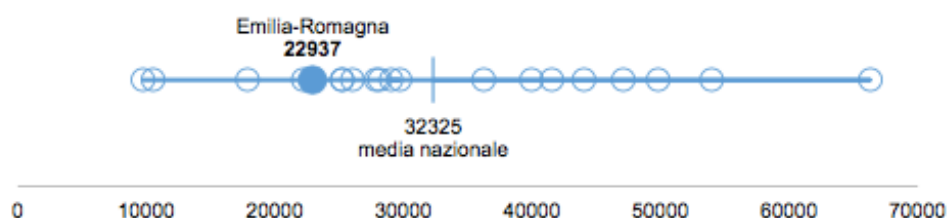


Figura 2. Numero medio di residenti per sede consultoriale, ogni cerchio rappresenta una regione

Fonte: Relazione ISS per i consulti

I consulti all'interno della regione non risultano essere soltanto un numero ma hanno una forte capacità attrattiva sia per quanto riguarda la popolazione residente, infatti la percentuale di attrattività risulta essere del 9,9% e questo valore risulta il doppio rispetto al valore medio nazionale che si aggira intorno al 5,2% e allo stesso tempo i consultori hanno un buon livello di attrattività anche nei confronti degli adolescenti e dei giovani nella fascia di età compresa tra i 14 e i 19 anni con una percentuale che si aggira intorno al 6,7% a differenza di quella nazionale che è del 5,9%.

Quello che si può osservare da questa ricerca è che i consultori emiliano-romagnoli adempiono al loro ruolo indicato sia nella legge che li ha creati (legge 405/1975) sia al loro ruolo di accompagnamento e accostamento alla legge 194, i consultori in

Emilia Romagna svolto un ruolo di accompagnamento per quanto concerne tutto l'arco di vita della donna.

Per questo motivo si è ritenuto opportuno condividere anche all'interno dei consultori la possibilità di effettuare un'IVG farmacologica, il tutto ovviamente con dei criteri molto minuziosi infatti è così che spiega la responsabile dei consultori del territorio bolognese Marcella Falcieri sulle motivazioni che hanno spinto a scegliere il consultorio di San Giovanni in Persiceto per iniziare la sperimentazione:

“Esso ci dava la possibilità di avere spazi idonei, perché fare questa attività sul territorio presuppone l'identificazione di spazi che siano molto vicini ad un presidio ospedaliero perché potrebbe esserci bisogno e allo stesso tempo che diano garanzia di riservatezza per le donne che aspettano e che non devono condividere le sale d'attesa con donne in gravidanza.”

Quindi si è compreso come fosse necessario distribuire la pillola all'interno dei consultori per far sì che le donne si potessero sentire in una situazione di sicurezza e di accompagnamento verso una decisione che può essere molto difficile da compiere ma in totale sicurezza, nell'eventualità in cui potesse sopraggiungere qualche complicanza l'ospedale si trova nelle vicinanze e nel caso del consultorio di San Giovanni in Persiceto l'ospedale è adiacente ad esso.

Quello che mi hanno potuto raccontare sulle problematiche inerenti alla procedura sono sicuramente i problemi inerenti ai tagli effettuati sulla sanità pubblica che purtroppo stanno colpendo tutto il territorio nazionale e questo porta a gravi problematiche sull'organizzazione sanitaria, infatti nel caso della distribuzione della pillola abortiva nei consultori, c'era la volontà di distribuire il farmaco all'interno di altri consultori del territorio bolognese ma questo non è stato possibile a causa delle problematiche inerenti alle strutture in cui sono collocati i consultori. Molte volte quando si parla di un argomento così delicato come l'aborto è difficile prendere posizioni nette o comunque molte persone si trovano nel mezzo per diverse motivazioni, quello che mi colpisce e su cui verte sempre una mia riflessione sono le mancanze di soluzioni che non vengono messe in campo da chi è categoricamente contrario all'aborto, magari affermano di essere assolutamente contrari ma non espongono soluzioni per cercare di arginare il problema oppure l'unica soluzione che viene messa in campo è quella di eliminare l'aborto come

diritto. In questo la regione Emilia Romagna ha cercato in qualche modo da un lato di sostenere il diritto all'aborto e dall'altro di costruire delle politiche per fare quanta più informazione possibile attraverso i consultori e allo stesso tempo dare aiuti concreti per le donne che invece questo bambino lo vogliono tenere e per questo motivo nasce il progetto "Percorso Nascita". Questo percorso nasce una decina di anni fa ed è un percorso di sostegno rivolto alle donne in gravidanza per accompagnarle durante tutto il percorso che va dall'inizio della stessa fino ai primi mesi di vita del bambino o della bambina, esso è un programma del consultorio pubblico in stretta collaborazione con i reparti di ginecologia ed ostetricia degli ospedali. I servizi che vengono offerti sono i seguenti:

- "Visita e colloqui con l'ostetrica per gravidanza in Consultorio: primo colloquio e controlli successivi effettuati dall'ostetrica, durante il decorso della gravidanza, per verificare il benessere materno e fetale; fornire informazioni utili sull'igiene, l'alimentazione, la sessualità in gravidanza, sulla legislazione a tutela della gravida, sulla diagnosi prenatale, sulle modalità dell'assistenza al parto, compreso quello a domicilio; programmare i controlli previsti dal protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica e le eventuali consulenze con lo specialista
- Colloquio e visita del genetista: una consulenza genetica pre-concezionale e prenatale presso i Consultori per la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie genetiche prima della gravidanza e all'inizio della stessa; viene, inoltre, effettuata la diagnosi alla nascita di un bambino con patologie genetiche
- Corso di preparazione alla nascita, training prenatale e training psico-fisico per il parto naturale
- Incontri informativi e di apprendimento di tecniche di rilassamento e ginnastica per la gravidanza, il parto e il periodo post parto. Gli incontri sono rivolti a gruppi di donne in gravidanza e sono condotti da personale ostetrico, psicologi e pediatri
- Parto a domicilio: nei casi di gravidanze a "basso rischio" definite sulla base di linee guida condivise da tutti gli operatori. Con la legge regionale 26/98 è stato riconosciuto il diritto di scegliere di partorire oltre che negli

ospedali anche nella propria abitazione o nelle case di maternità. Per partorire a domicilio (se le condizioni di sicurezza lo consentono) è necessario informare l'Azienda USL di residenza entro e non oltre l'ottavo mese di gravidanza. Con certificati sanitari bisogna presentare la "dichiarazione di presa in carico" con cui l'ostetrica (o il medico ginecologo) di fiducia si assume la responsabilità dell'assistenza. Il parto a domicilio si svolge in collegamento con i servizi dell'Ospedale, pronti ad intervenire in casi di emergenza.

- Visita e consulenza dell'ostetrica in Consultorio e a domicilio dopo il parto, sostegno dell'allattamento al seno
- Assistenza alle mamme e ai neonati sia a domicilio sia nell'ambulatorio del Consultorio, assicurata dall'Ostetrica dello stesso. Prevede la verifica del decorso post-parto sia del neonato/a sia della mamma; eventuale rimozione dei punti di sutura; il sostegno e la consulenza alla neomamma e al padre per la cura del neonato/a; il sostegno dell'allattamento al seno; l'informazione e la consulenza contraccettiva; la possibilità di rivolgersi ai servizi sociali per eventuali situazioni di disagio psico-sociale.⁵⁰

Il risultato di questo progetto è che prima ne usufruivano principalmente le donne straniere perché quelle italiane volevano essere seguite dalle loro ginecologhe private ma ad oggi i numeri sono alla parità il percorso nascita è un progetto molto richiesto e di cui molte donne risultano soddisfatte; viene dato pieno sostegno alla donna anche dal punto di vista psicologico perché per tutte le donne in gravidanza viene effettuato lo screening del disagio psicologico in quanto non per tutte le donne la gravidanza è un percorso semplice e per questo motivo attraverso il percorso nascita viene offerto sia durante la gravidanza che a maggior ragione al rientro a casa dopo il parto un supporto psicologico nell'eventualità in cui ne sentano il bisogno, è necessario che la sanità e le istituzioni si rendano conto, e non ne facciano più un tabù, che la gravidanza rappresenta un grande cambiamento per la donna sia dal punto di vista fisico che psicologico e per questo motivo le donne non devono mai sentirsi sole in questo percorso e perciò la regione offre tutti i mezzi

⁵⁰ <https://www.informafamiglie.it/valle-del-marecchia/prima-e-dopo-la-nascita/corsi-di-preparazione-alla-nascita/percorso-nascita>

necessari per far sì la donna abbia la piena libertà decisionale sul suo corpo, che abbia tutti gli strumenti informativi necessari e che nell'eventualità in cui decida di portare a termine la gravidanza avrà un sostegno da parte di tutto il personale medico e sanitario.

Allo stesso tempo è necessario sottolineare, in base alla mia esperienza di ricerca e studi, che la legge 194/1978 è applicata all'interno della regione ma ci troviamo ad un livello a mio avviso successivo, la decisione di rendere la contraccezione maschile e femminile gratuita sotto i 26 anni è sicuramente una decisione lungimirante perché allo stesso tempo porta le ragazze e i ragazzi ad avere quanta più informazione possibile sul tema della sessualità che è strettamente legata al tema dell'aborto e renderla gratuita porta le giovani generazioni a farne uso e non trovarsi a dover compiere una decisione molto difficile, per quanto riguarda la somministrazione della RU486 all'interno dei consultori rende la procedura più semplice senza creare un blocco all'interno degli ospedali perché molto spesso è lì che si trovano le maggiori difficoltà, anche per quanto concerne le liste di attesa lunghe che portano così le donne a dover migrare in un'altra regione, molte donne decidono ad esempio di andare in Emilia Romagna per effettuare un'IVG e questo ce lo confermano i dati; su 5.671 casi di IVG 418 di questi sono stati effettuati da donne residenti in altre regioni e quindi corrisponde ad un 7,4% sul totale⁵¹ e non è un numero da sottovalutare perché nell'eventualità in cui la donna si trovi in una condizione economica svantaggiata come possono permettersi di potersi muovere ed andare in un'altra regione? Per effettuare una procedura che tramite la legge dovrebbe essere garantita in tutte le regioni d'Italia, quindi è importante ricordare come ci siano ancora condizioni molto difficili in cui l'aborto non è così libero come spesso vogliono farci credere.

⁵¹ Relazione sull'interruzione volontaria di gravidanza in Emilia-Romagna nel 2021, Novembre 2022

3.2 Il caso studio di Padova

Ho scelto di andare ad analizzare la città di Padova perché è il luogo in cui ho svolto la mia magistrale e in cui ho vissuto per questi mesi, avevo l'intenzione di comprendere se ci fossero delle differenze di applicazione della legge o se non ce ne fossero in quanto geograficamente le due città sono molto vicine tra di loro e le due regioni confinano e si trovano entrambe nel nord della nostra penisola.

Non nego che le prime difficoltà si sono verificate proprio nell'aver un riscontro da parte delle persone che avrei voluto intervistare e anche problematiche di tipo organizzativo mi hanno accompagnato nella stesura e nella messa in essere delle interviste, però nonostante questi primi momenti sono riuscita ad intervistare le persone che avevo in mente per riuscire ad avere un quadro quanto meno completo della situazione in cui si trova la città di Padova e anche della regione Veneto.

Come nel caso studio precedente ho voluto avere un quadro sia per quanto riguarda il mondo dell'associazionismo e anche quello più diretto alle tematiche legate all'aborto per comprendere come viene applicata la legge 194 e se la regione effettua delle politiche per incrementare la legge.

La prima cosa che emerge dalle interviste che ho effettuato è che ci troviamo in un contesto diametralmente opposto a quello precedente, prima di tutto anche per quanto riguarda il rapporto tra le associazioni e le istituzioni; all'interno della regione Veneto non è presente sul territorio l'associazione UDI che invece è presente all'interno delle regioni italiane e anche con più sedi; quello che si evince dall'intervista che ho effettuato è sicuramente presente sul territorio un forte associazionismo spesso di matrice cattolica e il tutto è fortemente collegato alla cultura della regione che va poi ad influenzare anche l'organizzazione amministrativa e le scelte che vengono preposte; in medesima istanza è critico il ruolo che hanno i consultori sulla vita delle donne anche effettuando una veloce ricerca online è quasi impossibile comprendere quali siano i consultori presenti e se effettivamente svolgono il servizio di tutela e supporto nei confronti delle donne e questo si può evincere anche nella relazione effettuata dal ISS. Per quanto riguarda l'erogazione di servizi ci sono alcune differenze rispetto alla regione Emilia Romagna, ad esempio non risulta gratuita la contraccezione short e long acting quindi nessun tipo di contraccezione è resa gratuita né quella a breve termine

come ad esempio la pillola né a lungo termine come ad esempio le spirali, e i consultori familiari non eseguono screening del tumore della cervice uterina né vaccinazioni.

Come è possibile osservare dal grafico nella regione Veneto è presente un consultorio ogni 49.817 residenti, un valore molto più alto rispetto alla media nazionale e ciò definisce il Veneto tra le tre realtà con la più bassa diffusione di consultori familiari sul territorio regionale



Figura 2. Numero medio di residenti per sede consultoriale, ogni cerchio rappresenta una regione

Fonte: Relazione ISS sui consultori familiari

Questa poca diffusione dei consultori familiari porta anche ad avere una poca attrattiva verso la popolazione residente, infatti l'indice di attrattività è solo del 1,9% rispetto alla media nazionale che è 5,2%; con questa bassa percentuale il Veneto si colloca fra le due regioni con la più bassa percentuale di attrattività, gli stessi numeri risultano anche per quanto riguarda l'attrattività negli adolescenti e nei giovani di età compresa tra i 14 e i 19 anni qui la percentuale di attrattività è del 3,2% sempre al di sotto della media nazionale (5,9%). Quindi possiamo osservare grazie ai dati riscontrati dalla relazione che i consultori purtroppo sul territorio regionale non hanno una grande attrattività e allo stesso tempo ce ne sono molti meno rispetto ai numeri di residenti e questo comporta una mancanza di sostegno durante tutta la vita della donna, i consultori risultano avere un ruolo importante per quanto concerne l'applicabilità della legge 194 come già più volte ho osservato in questo mio scritto e già attraverso questa analisi si possono vedere le complessità di questo tema in questa regione.

Quello che ho potuto comprendere dalle interviste che ho fatto è che in linea di massima le mie intervistatrici hanno sempre sottolineato come secondo la loro esperienza la legge 194 fosse applicata in maniera corretta all'interno della regione ma forse è proprio questo il punto su cui dobbiamo soffermarci è proprio la legge che permette un grande margine di movimento da parte dell'amministrazione

competente e questo è quello che succede all'interno della regione Veneto ad esempio è presente un numero di obiettori di coscienza molto elevato e questo comporta diverse problematiche nell'applicazione della legge, problema di cui non sembra preoccuparsene chi lavora a stretto contatto con questa tematica, sottolineando come nonostante si abbia la consapevolezza dei numeri alti di obiettori la situazione sia ben sotto controllo e che il servizio secondo il loro punto di vista sia offerto in maniera conforme a quanto disposto dalla legge; queste affermazioni pongono in me alcune riflessioni che mi sono servite a cercare di comprendere come sia strutturata la cultura amministrativa veneta.

Il Veneto è noto per una forte presenza di associazionismo di matrice cattolica, questa matrice è intrinsecamente impregnata nel tessuto sociale e territoriale della regione e per questo motivo mancano quelle politiche di cui invece la regione Emilia Romagna si è fatta carico di costruire, possiamo partire dalla mancanza di tavoli di confronto con le associazioni quale ad esempio la Casa delle Donne, sono le singole associazioni che danno aiuti alle donne che scelgono ad esempio di tenere il bambino, questo è quello che mi è stato detto dalla presidente dell'associazione "Casa delle Donne di Padova" Laura Bettini in quanto i percorsi per le neo-mamme sono dei servizi di volontariato che sono svolti dall'associazione e non c'è alcun progetto messo in campo dalla regione, un progetto la regione lo aveva messo in campo però vent'anni fa, si intitolava "Benvenuto bambino" e consisteva nella presa in carico della puerpera dopo il parto e veniva offerto un sostegno psicologico a tutte le mamme attraverso incontri domiciliari a un mese, a tre mesi e ad un anno di vita del bambino e allo stesso tempo andavano ostetriche e infermiere a casa della donna; questo è quello che mi è stato detto dalla Dottoressa Anna Aprile sottolineando come il progetto non fu più finanziato; quindi manca un sostegno non tanto di tipo economico, su cui invece si focalizzano in molti, ma quanto più di tipo psicologico e assistenziale della donna e del bambino durante i primi mesi di vita del nascituro.

Parallelamente non viene minimamente accennato ad alcuna contraccezione gratuita per le donne con certi standard o per lo meno per la dottoressa Paola Veronese (ginecologa responsabile del servizio IVG nell'azienda ospedaliera di Padova) fornire la contraccezione gratuita non risolverebbe il problema degli aborti

in quanto se una ragazza si vuole informare i mezzi per informarsi ci sono anche all'interno dei consultori, però non tutti la pensano allo stesso modo ad esempio la dottoressa Emanuela Busa (Presidente dell'ordine della professione ostetrica) sottolinea invece come secondo lei sia importante avere una contraccezione gratuita con dei criteri ben specifici da rispettare. Insomma, anche in questo ci sono visioni contrastanti e diverse, però in questo caso la regione non da alcun tipo di contraccezione gratuita né di tipo femminile né di tipo maschile e questo può sicuramente inficiare sulla mancata applicabilità della legge.

Altro tema su cui ho avuto pareri discordanti riguarda il movimento pro vita, il quale ha un forte seguito all'interno della regione; è da sottolineare come ogni anno viene organizzata una manifestazione contro la Legge 194 proprio a Padova, dove arrivano pullman soprattutto da zone come Vicenza e Verona quali sono saldamente impregnate da un forte cattolicesimo integralista, il corteo arriva fino alla basilica di Sant'Antonio portando con sé grandi crocifissi e dando pubblicamente delle assassine alle donne che abortiscono, allo stesso tempo l'associazione Non Una Di Meno effettua contromanifestazioni per sottolineare invece la libertà dell'aborto.

I movimenti per la vita si trovano anche all'interno degli ospedali e sembra non destare troppo dissenso la loro presenza e le loro scelte di intervento, in quanto mi è stato sottolineato come non ci siano problemi nell'eventualità in cui aiutino economicamente le donne che decidono di tenere il bambino e che è necessario che ci sia sempre rispetto delle idee degli altri.

L'idea che mi sono costruita in base alle interviste che ho effettuato e alle ricerche che ho svolto è che all'interno della regione mancano meccanismi di informazione e politiche pubbliche per cercare di non portar la donna a dover effettuare la decisione di voler abortire o meno, allo stesso tempo la cultura di matrice fortemente cattolica influenza anche le scelte personali degli stessi medici i quali per legge hanno la possibilità di effettuare obiezione di coscienza e quindi di non praticare alcune IVG, simultaneamente però non vengono stanziati, né pensati, mezzi per cercare di aiutare (e non parlo di aiuti economici) le donne che invece decidono di tenere il bambino; sicuramente i tagli alla sanità pubblica hanno creato diversi problemi ma quando sorge la possibilità di alleggerire il peso sugli ospedali garantendo comunque il servizio, e mi riferisco all'aborto farmacologico il quale

riscontra un grande consenso nelle donne alle quali viene proposto perché è necessario ricordare che è il personale sanitario che prendendo in carico la donna ha il diritto di esporre le possibilità di IVG che ha a disposizione, poi infine sarà lei a decidere se è più propensa ad un aborto chirurgico o farmacologico sempre se le condizioni lo permettono, la regione comunque non ritiene necessario inserirlo nelle sue prassi mediche di intervento.

3.3 Riflessioni in merito ai risultati della ricerca effettuata

Le ricerche che ho svolto e le interviste da me compiute mi hanno dato la possibilità di avere una panoramica per quanto concerne l'applicabilità della legge 194/78, ci troviamo in due realtà molto diverse nonostante geograficamente i territori siano limitrofi.

La regione Emilia Romagna non solo applica la legge ma sottolinea come sia necessario rendere la legge al passo con i tempi, dobbiamo sempre ricordare che la legge 194 è stata scritta 45 anni fa e in un contesto politico e storico molto specifico come ho sottolineato nel primo capitolo e questo ha portato ad alcune lacune che è possibile osservare all'interno proprio della stessa, la regione Emilia Romagna fa un salto di applicabilità della legge perché non solo la applica ma la migliora e la rendere più giusta per le donne, ciò non significa che la regione sia il fiore all'occhiello perché comunque abbiamo lo stesso una percentuale abbastanza alta di ginecologici obiettori di coscienza (45%) e questo è un numero che sempre più si deve abbassare, ci sono stati casi in cui alcuni farmacisti si sono avvalsi all'obiezione di coscienza per evitare di consegnare alle ragazze la pillola del giorno dopo e in questo caso l'associazione UDI è sempre intervenuta; insomma possiamo dire che la perfezione non esiste ma sicuramente la regione potrebbe essere un buon modello da seguire anche da parte delle altre regioni perché rendere la contraccezione gratuita con alcune condizioni e con la conseguente informazione sul tema porta ad una consapevolezza maggiore per non dover arrivare ad una scelta quanto meno complessa che la donna deve compiere, oppure non arrivarci perché implementare l'informazione e allo stesso costruire un'educazione sessuale per i più giovani porta ad avere maggiori consapevolezze, ma se la nostra società vive

un continuo tabù per quanto riguarda il mondo della sessualità questo non porta ad alcun aiuto per quanto concerne il tema dell'aborto.

La realtà veneta è diametralmente opposta a quella emiliano-romagnola, all'interno della regione gli obiettori di coscienza rappresentano un numero fortemente elevato e questo comporta a delle problematiche inerenti all'applicabilità della legge perché se in un ospedale ho la maggior parte dei medici obiettori ed esempio solo uno dell'organico non è obiettore e nel momento in cui si ammala o è in ferie o per altri mille motivi non si può recare al lavoro come viene garantito il servizio, e questa a mio avviso è una delle grandi falle della legge perché non è possibile che non si possa stabilire una percentuale di medici obiettori che i reparti debbano avere, perché così facendo può risultare che chi decide di effettuare IVG sia l'unico procedimento che svolge perché l'unico a poterlo fare, e diciamo che la regione in questo non si fa tanti scrupoli forse perché non ritiene che vi sia un gran problema se ci siano o meno molto medici obiettori, allo stesso tempo non viene applicata alcuna politica pubblica di sostegno alla nascita perché si è facile dire di essere contrari all'aborto ma cosa si fa per non arrivarci a questa scelta? Ecco la regione Veneto non ha politiche di aiuto per le donne che vogliono tenere il bambino, esse vengono aiutate solo ed esclusivamente dalle associazioni e non dalle istituzioni cosa che invece in Emilia Romagna accade con il progetto " Percorso Nascita" quindi anche in questo caso si sceglie di intervenire in modo differente da un lato delegando le associazioni a fare quello che l'amministrazione di competenza dovrebbe fare, invece nell'altro caso l'amministrazione mette in campo finanziamenti per progetti con il sostegno anche delle associazioni ma sono le istituzioni in prima istanza che pongono in essere soluzioni ai problemi che vengono sollevati dalla cittadinanza; perché anche quando si parla di aborto farmacologico il quale è stato approvato dall'AIFA quindi si parla di una questione a livello nazionale la regione Emilia Romagna non solo segue le linee guida del ministero ma crea dei miglioramenti per il benessere non solo della donna ma per snellire le procedure, proprio quello che ha deciso di fare nel somministrare la pillola abortiva all'interno dei consultori, non solo perché i consultori per le donne sono un vero e proprio punto di riferimento ma anche per snellire il peso sugli ospedali in Veneto la procedura non è nemmeno presa in considerazione, viene

anche sottolineato come in realtà probabilmente non vi sia questa tipologia di cultura sul territorio in cui le donne prediligono la pillola abortiva all'intervento e anche perché si presentano per effettuare un aborto dopo la 9 settimana e che comunque se vogliono informarsi hanno tutti i mezzi a disposizione per farlo, su questo devo dissentire perché è un dovere del personale sanitario esporre alla donna tutte le possibilità che ha e sarà lei a decidere se effettuare un aborto farmacologico o chirurgico (ovviamente nelle condizioni in cui è possibile effettuare una decisione), quindi forse in realtà non si vuole costruire quel tipo di cultura non solo amministrativa ma anche sociale; per quanto riguarda invece le informazioni non è possibile affermare che le donne hanno tutti i mezzi per informarsi se non si ha una distribuzione capillare sul territorio dei consultori familiari i quali hanno tra i loro compiti fornire informazioni alle donne e di cui anche la legge 194 ne sottolinea la sua importanza e di cui la regione Veneto non è adempiente.

Insomma quello che è possibile osservare è che ci troviamo in due realtà completamente diverse in cui da un lato vi è la mancanza di creare reti territoriali e di fornire un ampliamento sostanziale delle politiche pubbliche di supporto alla legge 194 e forse proprio per una volontà di voler lasciare così una situazione di cui non vi è il desiderio di fare migliorie per aiutare le donne in una delle scelte più difficili che dovranno fare nella loro vita, la subcultura bianca della regione offre un terreno fertile di comprensione del fenomeno in essere diciamo che è come se ci trovassimo non solo in due regioni diverse ma sembra di essere in due epoche storiche differenti, l'Emilia Romagna è come se fosse in una perfetta bolla fuori dalle condizioni in cui si trovano non solo la regione Veneto ma anche tante altre regioni del nostro paese, io credo che l'Emilia Romagna possa essere un buon esempio di attuazione di politiche in aggiunta e in accostamento alla legge 194, essa crea condizioni di aiuto e sostegno nei confronti delle donne e attua diverse tipologie di informazione per rendere la donna quanto più cosciente in una situazione comunque complessa, in quanto vige in prima istanza la libertà della donna di decidere sul proprio corpo e di avere allo stesso tempo la libertà di attuare le scelte per lei più congeniali alla sua persona.

Conclusioni

L'aborto è una questione che ancora oggi desta grandi dubbi e problematiche mettendo in campo non solo la componente di libertà decisionale dell'individuo ma anche quella che riguarda l'etica.

L'iter legislativo è stato molto lungo e intensamente dibattuto dalle forze politiche in campo, il dibattito non è avvenuto solamente dentro le mura parlamentari ma ha mobilitato le masse e proprio grazie a queste mobilitazioni di massa effettuate soprattutto dalle donne, il dibattito è stato imposto anche in parlamento proprio perché per tanti anni si è fatto finta di nulla, girandosi dall'altro lato e facendo finta di non vedere tutte quelle donne che sono morte dopo aver effettuato un aborto illegale, quindi è grazie alle mobilitazioni dei movimenti femministi che siamo riusciti ad avere una legge che sancisca la possibilità per le donne di abortire senza che venga riconosciuto in loro una condanna penale e negli settanta questo rappresentò un grande traguardo, ma molte femministe capirono che non stavano vincendo la guerra ma solo una piccola battaglia, perché la legge dispone di grandi lacune come ad esempio non vi è alcuna percentuale di riferimento sugli obiettori di coscienza quindi è possibile che in alcuni reparti di ostetricia-ginecologia la percentuale di obiettori di coscienza sia del 100% e in questi casi come è possibile stabile che la legge sia applicata? E che le donne abbiamo la possibilità di scegliere sul loro corpo? Insomma questa legge ormai ha 45 anni e come è chiaro rappresentò un vero e proprio compromesso tra le forze politiche dell'epoca e non solo tra di esse ma il Vaticano ha sempre espresso il suo dissenso e nonostante all'interno della nostra carta costituzionale sia inequivocabile la laicità del nostro stato in molte questioni questa laicità è solo un pro forma.

Si fa spesso riferimento a dati di cui disponiamo grazie alla relazione annuale che il Ministero della Salute deve consegnare al Parlamento, ma nonostante questi dati non diano un quadro specifico della situazione attuale in cui si trova il nostro paese siamo comunque in ritardo perché l'ultima relazione che abbiamo a disposizione è quella riferita all'anno 2020 e quindi sono già passati 3 anni di cui non abbiamo alcun dato generale sulla questione IVG; anche in questo caso la situazione non è chiara e sempre in arretrato, e in base ai pochi dati che abbiamo si comprende già come una situazione così delicata come l'aborto abbia una dislocazione e diffusione

a macchia di leopardo sul territorio nazionale, quindi a causa di ciò è impossibile dare un servizio uniforme su tutto il territorio nazionale e questa è una grossa falla all'interno del sistema perché ho la possibilità di esercitare il mio diritto ad abortire solo se ho la fortuna di nascere in una certa regione d'Italia e questo non è possibile in uno stato che si definisce moderno e che rispetta la salute della donna e qui ne abbiamo un esempio facendo riferimento ai due casi studio presi in esame, due realtà completamente diverse facendo riferimento a due città che si trovano in due regioni confinanti al nord d'Italia ma nonostante questo considerano la legge 194 in maniera differente, proprio perché la legge nonostante sia di carattere nazionale da libertà di manovra alle singole amministrazioni pubbliche quindi o hai la fortuna di vivere in una regione che considera te donna come colei che ha piena decisione sul suo corpo oppure hai la sfortuna di vivere in una regione in cui la percentuale di obiettori di coscienza è così alta che ti porta a dover migrare in un'altra regione per abortire.

Quello che mi ha portato ad una grande riflessione in questi mesi è come il tema dell'aborto venga sempre di più dimenticato pensando che dato che c'è la legge le donne hanno la piena possibilità di abortire ma purtroppo non è così e purtroppo la situazione sta sempre peggiorando ad esempio si stanno mobilitando in tanti per far sì che la donna prima di abortire senta il battito del feto, questa è la proposta di iniziativa popolare chiamata "un cuore che batte"⁵² e ci sono già molti firmatari e questo fa intendere come la situazione sia ancora molto critica ed è necessaria una forte mobilitazione da parte di tutta la società, perché se ci sono ancora gruppi di persone che credono in questi metodi non solo la legge 194 è a rischio ma anche la possibilità di migliorare una legge che è stata fatta 45 anni fa in un certo contesto storico, è necessario tenere l'attenzione molto alta perché purtroppo le donne non hanno ancora piene libertà sul loro corpo e la mancata mobilitazione porta a far sì che altre frange non solo politiche ma anche cittadine prendano il sopravvento con la possibilità di tornare agli anni prima della legge e questo non dovrà mai accadere e siamo solo noi che grazie all'informazione e alla conoscenza abbiamo il diritto di parlarne con le persone che ci circondano per creare un passaparola per rendere l'aborto veramente libero, sicuro e gratuito.

⁵² <https://www.uncuorechebatte.eu/>

BIBLIOGRAFIA

ALLOISIO M., *“Contro papi, padri e padroni”*, “Noi Donne”, 31 ottobre 1980

-Aborto: La Valle propone miglioramenti, “La Stampa”, 2 marzo 1977

- “Appello di tutti i vescovi italiani contro l’applicazione della legge” – Avanti –
10 giugno 1978

BALZAMO V., *Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza*, Camera dei Deputati, 9 giugno 1977

BOCCIA M.L – DOMINIJANNI I., *La vita sommersa di un movimento contro: il movimento per la vita*, “Orsaminore”, n.0 (estate 1981)

BONANNI A., *Proposto l’aborto terapeutico per le gestanti della zona intossica*, “Il Corriere della Sera”, 31 luglio 1976

CARRARO L., *Intervento*, Senato della Repubblica, 7 giugno 1977

-Camera dei Deputati, Commissioni riunite “Giustizia” e “igiene e Sanità”,
Bollettini delle commissioni, 13 ottobre – 7 dicembre 1976

-Camera dei Deputati, *Disposizioni sull’aborto*, Presentata dagli On S.
CORVISIERI e M. PINTO, 3 ottobre 1976

-Camera dei Deputati, *Provvedimenti per l’interruzione di gravidanza in casi di intossicazione dipendente dalla nube di gas fuoriuscita dalla ditta Icmesa nel comune di Seveso*, presentata dagli On. E BONNINO e altri, 2 agosto 1976

-Comunicato stampa, Segreteria regionale UDI Emilia Romagna, 18 aprile 1978

CARTOCCI R., *Il referendum sull’aborto e il voto democristiano*, Firenze,
Mimeo edizioni, 1988

CONTI L., *Visto da Seveso*, Milano, Feltrinelli, 1977

DEL RIO D., *“L’aborto in pericolo, Il papa ordina ai medici cattolici l’obiezione di coscienza di massa.”*, “La Repubblica”, 7 giugno 1978

GIACCHETTI D., *nessuno ci può giudicare. Gli anni della ricolta femminile*, Roma DeriveApprodi, 2005; ID., *Generazione al femminile. Giovani donne negli*

anni della protesta, e politica in Italia dall'Ottocento ai nostri giorni, Società Italiana delle Storiche, Milano, FrancoAngeli, 2007;

M. GUADAGNINI, *La politica senza le donne*, Torino, Il segnalibro, 1988

GRANDOLFO M., SPINELLI A., PEDICONI M., TIMPERI F., ANDREOZZI S., BUCCIARELLI M., *“Il sistema di sorveglianza epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza”*, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute ISS

KOHL K.J., *Italy's opinion revolution*, cit. p. 289 – 303

LALLI C., MONTEGIOVE S., *Mai Dati, Dati aperti sulla 194. Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere*, Fandango Libri, 2022

MAFAI M., *E per caso sedette accanto a Togliatti*, “La Repubblica”, 21 giugno 1979; G.F PADELLARO, *Nilde Iotti presidente della Camera*, “L'Unità”, 21 giugno 1979, MAGNANINI C., IMPRETI F. (a cura di) *Nilde Iotti: presidente della Cattolica a Montecitorio*, Atti del Governo di studi, Rozzano, 20 febbraio 2009, prefazione di Giorgio Napolitano, Milano, Biblion, 2010

MELOGRANI L., *Una Comunista in trent'anni di storia italiana*, “L'Unità”, 21 giugno 1979

MINERVA F., *Conscientious objection in Italy*, in *Journal of Medical Ethics*, 41, 2 February 2015

MURA B., PERINI L., *“Libere davvero? L'effettività della legge n. 194/1978 alla prova: un caso studio nel veronese”*, BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, Special Issue 1/2023

-Ordinato il ritiro delle suore dalle cliniche dove si abortisce, Il papa passa ai fatti”, “La Repubblica” 9 giugno 1978

PERINI L., *Dopo la 194 Un tempo storico, un dibattito culturale, la geografia di un territorio*, Laboratorio di politica, 2014

PERINI L., *Il corpo della cittadina. La costruzione nel discorso pubblico sulla legge 194/1978 in Italia negli anni settanta*. Dottorato di ricerca, Alma Mater Studiorum. Università di Bologna. *“L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta il numero di 1.200.000 aborti in Italia, una vera industria dell'aborto clandestino che frutterebbe come giro d'affari dai 60 ai 70 miliardi l'anno.”* (2011)

-Respinta al Senato la pregiudiziale contro la legge abortista, “Osservatore Romano”, 12 maggio 1978

-Si discute in un'aula vuota, mentre Pci e laici pensano di mercanteggiare voti con la Dc a prezzo dell'autodeterminazione, "Il manifesto", 8 aprile 1978

TEDESCO G., *Intervento*, Senato della Repubblica, 7 giugno 1977, p. 6156
Unione Donne Italiane, "Il 17 maggio nessuna donna deve astenersi sul referendum sull'aborto; un no sulla scheda verde – un no sulla scheda arancione" Modena, 12/05/1981

ZIGLIOLI B., *Il disastro di Seveso tra ecologia e politica*, "Storia e Futuro", XVIII, Ottobre 2008

RIFERIMENTI NORMATIVI

Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza, dati definitivi 2020

DGR 1722 del 06/11/2017: "Indicazioni operative alle Aziende sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti"

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

Legge 29 luglio 1975, n.405 "Istituzione dei consultori familiari"

Relazione sull'interruzione volontaria di gravidanza in Emilia-Romagna nel 2021, Novembre 2022

SITOGRAFIA

<https://www.focus.it/cultura/storia/terrorismo-rosso-anni-di-piombo>

<http://www.udiravenna.it/storia-dellunione-donne-in-italia/>

<https://it.wikipedia.org/wiki/Pentapartito>

<https://www.istat.it/ws/fascicoloSidi/263/Modello%20D12.pdf>

https://www.istat.it/it/files/2021/02/Report-matrimoni-unioni-civili-separazioni-divorzi_anno-2019.pdf

<https://www.infodata.ilsole24ore.com/2021/03/16/limpatto-covid-19-sul-lavoro-delle-donne-cinque-punti/>

<https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>

<https://www.aogoi.it/iniziative/aborto-farmacologico/aborto-farmacologico-linee-ministeriali/>

<https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+1+web.pdf/649d7a13-4202-8500-fe0f-4ac181f823c8?t=1657692836837>

<https://www.informafamiglie.it/valle-del-marecchia/prima-e-dopo-la-nascita/corsi-di-preparazione-alla-nascita/percorso-nascita>

<https://www.uncuorechebatte.eu/>

ALLEGATI

INTERVISTA A KATIA GRAZIOSI (PRESIDENTE ASSOCIAZIONE UDI DI BOLOGNA)

Katia Graziosi: Qui in Emilia Romagna era nata l'abitudine un po' di anni fa (10 anni fa) di portare le nostre istanze relative all'applicazione della 194 come UDI alla regione Emilia Romagna.

Siamo presenti a Bologna a Ferrara a Ravenna a Forlì a Modena a Carpi, quindi diciamo una buona rete delle UDI regionali si incontrava con la responsabile dei consultori della regione Emilia Romagna per dare il nostro punto di vista sull'applicazione della 194.

Poi ci confrontavamo anche a livello nazionale per capire come nelle altre regioni stava andando con situazioni anche abbastanza preoccupanti come nel Lazio e nel meridione. Chi aveva un rapporto abbastanza stretto con gli organismi regionali erano le UDI dell'ER, probabilmente quelle che sono riuscite a mettere insieme una propria rete di collegamenti tra di loro. Arrivammo a livello nazionale a verificare che c'erano sempre dati più preoccupanti sull'obiezione di coscienza e fu fatta una richiesta all'allora ministra Lorenzin che era Ministra della Salute, mi sembra, sulla questione dell'applicazione della 194 con una lettera aperta con scritto "UDI interroga", ponemmo 10 punti su cui volevamo delle risposte non avvenne mai un incontro ufficiale ma poi le cose hanno continuato ad andare verso un'applicazione a macchia di leopardo di questa legge, allora decidemmo di fare una campagna nazionale intitolata "adesso basta" con queste parole chiedevamo più informazione, più consultori meno obiezione e più prevenzione quindi tutta una serie di cose che sono previste nella 194 e quindi su un discorso di salute donna.

Con questa istanza che è diventata importante anche a livello nazionale, ci organizzammo per una giornata specifica dove tutte le UDI andavano sotto i palazzi della propria regione con cartelli con scritto ADESSO BASTA. (questo discorso riferito a 7/8 anni fa)

Erano con noi donne lavoratrici, donne del sindacato quindi non eravamo solo noi UDI e fummo ricevute dall'assessore regionale Venturi e lui si dimostrò abbastanza disponibile, comprese che l'obiezione c'era anche in ER e diede disponibilità a dare continuità a questo rapporto con le UDI su l'applicazione di questa legge e in generale sulla salute della donna.

Seguirono dei nostri incontri tra di noi e quindi la cosa interessante era che noi come associazione UDI ci trovammo con la rete regionale delle UDI raccontando cosa stesse accadendo sul territorio e come la regione si muovesse territorialmente; questo è interessante perché rappresenta una modalità di essere sempre in relazione tra noi donne, anche se siamo della stessa associazione ma ci sono sempre differenze nonostante ci sia una governance unica della regione.

Abbiamo aperto con la regione un tavolo di confronto per cui tutte le volte che chiediamo alla regione di confrontarci su queste tematiche normalmente veniamo

ricevute, con l'assessore Venturi iniziammo a spingere per un'applicazione dell'aborto farmacologico più incisivo perché era ancora poco utilizzato e noi dicevamo che era necessario utilizzare maggiormente questa possibilità per dare alle donne maggiori informazioni sul tema e per evitare questa cosa traumatica del ricovero, quindi abbiamo visto che nel tempo è pian piano aumentato questo utilizzo e ha cominciato a funzionare, prima avevamo percentuali del 6/7% oggi invece a Bologna città ha già superato quello chirurgico e quindi vuole dire che ha avuto un impulso e che l'informazione ha girato ed è una cosa molto positiva. Poi lo scorso novembre abbiamo incontrato l'assessore Donini sempre per fare il punto dell'applicazione della 194 e anche per sollevare questioni che hanno a che fare con il benessere delle donne perché è chiaro che per noi non è solo una questione di applicazione della 194 ma di come una donna sta bene e che abbia risposte adeguate rispetto alla prevenzione ad esempio (tumori del seno, pap test) tutte pratiche di prevenzione che con il covid hanno avuto rallentamenti notevoli e certe patologie si sono anche scatenate.

Abbiamo chiesto, anche prima del covid, di fare un piano per l'applicazione dell'IVG farmacologica nei consultori, l'assessore Venturi ci disse che noi abbiamo bisogno dell'autorizzazione da parte dell'agenzia del farmaco e quindi servivano diversi passaggi e noi dicemmo: "fate questi passaggi e non nascondetevi dietro a questo, è necessario che questa pratica avvenga nei consultori perché sono molto più vicini al vivere delle donne perché sono distribuiti sul territorio, la donna non deve far chilometri per andare a prendere delle pillole."

Dopo la responsabile dei consultori del bolognese ci informò che avevano fatto la formazione interna del personale che era necessario occorsi dell'IVG farmacologica, perché è necessario che prima avvenga una formazione interna e poi controllare i locali, perché noi dobbiamo ricevere delle donne che devono fare un day hospital e quindi è necessario che ci sia un'accoglienza adeguata, il problema dei locali era diventato uno dei problemi emergenti.

Altra questione è avere delle attrezzature aggiornate e lo abbiamo chiesto varie volte che i consultori fossero dotati di attrezzature adeguate e moderne, non dovendo ricorrere ad ambulatori privati o convenzionati perché ultimamente ci sono liste d'attesa molto lunghe.

C'è sicuramente un peggioramento vuoi per carenza di personale, vuoi perché le attrezzature non sono state rinnovate e così la sanità è stata molto penalizzata nell'ultimo periodo in questo paese pur essendo in una regione in cui ci siano formidabili eccellenze e su questo non ci sono dubbi ma questo va constatato.

Il trattamento farmacologico ad oggi è già stato avviato in forma sperimentale in alcuni consultori di azienda AUSL, noi sappiamo che la sperimentazione doveva partire a San Giovanni in Persiceto a Bologna il farmacologico lo danno all'ospedale maggiore ma in forma ambulatoriale e cioè c'è un settore che cura questi aspetti che vengono fatti come se fossero consultoriali.

Poi per quanto riguarda l'obiezione di coscienza, i dati che ci ha fornito la regione dicono che c'è stata una riduzione negli ultimi anni tra i medici, ostetrici e ginecologi c'è circa un 45,6% a livello regionale e quindi non è comunque così poco, a Bologna abbiamo anche punte altissime come all'ospedale Sant'Orsola che sfiorano il 70%, poi ci sono anche gli anestesisti con un 27% più o meno quindi c'è una variabilità e quindi una macchia di leopardo anche per quanto riguarda l'obiezione perché se la regione ci dice che ad esempio all'AUSL di Piacenza per medici e ginecologi obiettori la percentuale è del 77,3% e 28,6% AUSL di Modena; mentre medici anestesisti obiettori sono sempre un po' più bassi Piacenza 56,7% e a Parma non ce ne sono (documento dati a Katia Graziosi dall'UDI).

Per la sperimentazione della pillola abortiva la regione ha deciso che voleva farla però o in ospedale vedi caso Bologna o avere comunque un ospedale ad almeno 30 minuti dal luogo in cui viene fatta, il problema della regione è di garantire la sicurezza nel caso in cui succeda qualcosa di imprevisto e quindi di non farla in un consultorio che è lontano più di 30 minuti dall'ospedale.

L'obiezione di coscienza viene valutata su base aziendale e non sul singolo punto di IVG.

Quando abbiamo avuto l'incontro con l'assessore abbiamo sollevato tutta la questione dell'assistenza psicologica che a volte può essere necessaria per i casi di IVG, ma noi abbiamo riscontrato che una donna che va a fare un IVG è molto decisa ed ha preso le sue decisioni, sulla propria responsabilità individuale perché nessuno si mette mai a ragionare su cosa significhi per una donna una gravidanza perché c'è una trasformazione del fisico talmente importante, sia fisica che psicologica, che sentire persone giudicare le donne che decidono di abortire continua ad essere oggi molto avvilente perché quando una gravidanza non è diciamo accolta, una dell'UDI disse una cosa molto bella: "devi fare posto nel tuo corpo a qualcun altro" io in questo momento non mi sento di far posto allora come la mettiamo e questo continuo giudicare le donne e mettere dei giudizi sempre morali insomma è veramente terribile perché con una distanza di oltre 40 anni dalla legge ancora assistiamo a questa modalità e cioè ad esempio i preganti davanti ai reparti di ostetricia e ginecologia.

Chiara Roda: ma anche a Bologna è così?

Katia Graziosi: È stato così fino a poco tempo fa, io è da un po' che non vado davanti, al martedì, al Sant'Orsola. E devo dire che abbiamo avuto un incontro con il personale del Sant'Orsola e ci dicevano che veramente diventa imbarazzante anche per una persona credente. Entrare nel luogo di lavoro e trovarsi davanti questi con le croci, le madonne, con le immagini sacre lì a pregare. È un qualche cosa che ti violenta quasi, se vuoi pregare ci sono i luoghi di culto non è con una preghiera che risolve il problema di una maternità indesiderata. Noi continuiamo a dire che dobbiamo lavorare sull'informazione, bisogna dare tutte le opportunità alle donne, perché se una donna la maternità la desidera ma trova 10000 difficoltà allora come

viene aiutata non può andare né dai parenti, né dai movimenti per la vita, se una donna vuole un figlio e non ha le possibilità è lo Stato che deve darle le possibilità e tutto un insieme di servizi.

Mai che si sente una voce che dica: “ma il padre di quel bambino che responsabilità si è assunta?” poi questa maternità dov’è nata, ci sono tante situazioni di violenze che non arrivano nelle aule dei tribunali né delle denunce e quindi questo voler sempre giudicare è qualcosa di terribile e siamo proprio un paese moralistico veniamo da una storia che per scrollarsi di dosso qualcosa ci abbiamo messo dei secoli, questa mia divagazione perché ti viene rabbia, perché siamo sempre a quel punto e quindi noi diciamo se vogliamo creiamo quelle condizioni per far sì che la maternità diventi un valore sociale come da tanti anni che lo si invoca. Allora se vogliamo che sia un valore sociale creiamo tutte le condizioni perché esso lo diventi poi comunque lasciamo sempre la libertà della donna di poter decidere se vuole essere madre o non vuole essere madre.

Noi con la regione e con la campagna “Adesso Basta”, abbiamo chiesto più contraccezione e l’abbiamo chiesta gratuita. La regione ci ha messo del tempo più di un anno poi è uscita una delibera dove finalmente andava a stabilire che vi erano delle fasce di persone che avevano diritto alla contraccezione gratuita fino ai 26 anni, per noi doveva essere una cosa più fluida perché si deve andare al consultorio per prendere le pillole e ti danno tutte le informazioni ed è importante avere questo contatto, però una volta che tu hai già visto che la cosa funziona potrebbe essere interessante avere una distribuzione anche a livello delle farmacie senza doversi recare al consultorio quindi diciamo che c’è ancora questo aspetto di controllo, io posso capire per i minorenni per cui è necessario dare informazioni ma poi quando le cose sono avviate una ragazza potrebbe andare anche in farmacia quindi diciamo che c’è ancora questo cappello sopra.

Però capisco che è un’opportunità che ti viene data ed è necessario coglierla, se ci sono 28 consultori dell’area bolognese bene che tutti abbiamo la pillola contraccettiva sempre da distribuire e io dico di più soprattutto dato che l’IVG è molto utilizzata dalle donne migranti che evidentemente hanno meno informazioni sarebbe addirittura una cosa da medico di base, tu entri in Italia e ti viene data subito un’informazione su dove sono i consultori la regione dice che hanno fatto dépliant informativi (è vero) anche qui a Bologna l’AUSL ha fatto dépliant informativi sulla contraccezione distribuiti un po’ nei quartieri, nei consultori, secondo me dovrebbero essere distribuiti anche nei supermercati c’è ci sono delle informazioni che dovrebbero arrivare con una tranquillità senza porsi il problema, è un fatto di civiltà. I dépliant fatti in diverse lingue che spiegano alla donna che ci sono vari metodi utilizzabili e ci sono luoghi dove ti spiegano come utilizzarli è un fatto di civiltà non è un fatto di moralismo, e che qui queste cose sono state fatte, e hanno anche funzionato perché si può osservare che ad esempio soprattutto nelle donne

straniere sta calando l'IVG quindi vuol dire che l'informazione sta cominciando a camminare e rimane un po' alta il numero di IVG soprattutto per loro.

È importante far camminare l'informazione ancora di più e anche nelle scuole e dato che l'educazione sessuale non fa parte delle materie di insegnamento almeno non so evitare che le ragazze vadano solo su internet o solo con passaparola ma dobbiamo dire che l'AUSL e la responsabile dei consultori bolognesi si è sempre resa disponibile ad andare nelle scuole, lei ha sempre detto che tutte le volte che una scuola chiede all'AUSL di avere delle informazioni o di poter ad esempio avere un'ostetrica in aula loro ci sono sempre andati anche con la difficoltà di personale perché lo ritengono un compito importante quello di fornire informazione e questo è molto importante.

Quando noi parliamo di salute donna, vedi maternità. Quella voluta funziona? Come funziona? Perché noi ci confrontiamo con la regione anche su questi aspetti. Quando parlo di salute donna e decido di fare un figlio che tipi di servizi posso avere in questa regione? Diciamo che la regione da un po' di anni che ha attivato questo percorso nascita che è molto interessante secondo noi perché lo scopo è di far sì che una donna ha in quel luogo tutte le informazioni necessarie e tutti i momenti di controllo già programmati non dovendo così correre in un ambulatorio o in un cup ogni due mesi per prenotare visite e controlli. L'obiettivo è stato di agevolare le donne e quindi già dal primo controllo con ostetrica e ginecologa viene stabilito un programma, c'è una scaletta, ti vengono fissati gli appuntamenti e quindi c'è un prendersi in carico della persona. E questo secondo noi è molto positivo e dal momento che sai che sei incinta hai tutto già programmato in base a questo percorso e ti chiedono anche in quale ospedale vorresti partorire. In questi anni hanno chiuso i centri nascita in alcuni ospedali di provincia perché ci sono standard nazionali per cui se non c'è un certo numero di bambini nati in quel reparto deve chiudere e quindi tu devi andare a partorire a 70 km, noi abbiamo chiesto alla regione di poter modificare questi standard nazionali.

Ci sono zone ad esempio più disagiate come l'appennino dove non mi interessa se non nascono 500 bambini, ma anche se ne nascono 300 lascio lo stesso il reparto, però noi abbiamo detto in sicurezza e non lasciando attrezzature vecchie perché se nasce un bambino che necessita di assistenza particolare non deve essere mandato chissà dove ma curato lì.

Se vogliamo parlare del benessere delle donne dobbiamo prendere in considerazione tutto, dall'informazione alla contraccezione fino alla nascita del bambino e le pediatrie. È un discorso complessivo e non a macchia, perché prendere in carico una donna in gravidanza vuol dire accompagnarla verso la gravidanza e anche dopo.

Il punto debole rimane chi abita in appennino, ci sono problematiche legate a quei famosi standard; la regione ha intenzione di riaprirli per agevolare le donne ma noi abbiamo detto che devono essere riaperti in sicurezza.

Chiara Roda: Ricontrate problematiche di donne che dicono di far fatica ad abortire nel territorio bolognese?

Katia Graziosi: No questo non è capitato, se dovesse venire fuori qualcosa noi ci mobilitiamo subito. In questa regione noi sappiamo che vengono delle donne anche da altre regioni, sono un po' calate ma non sappiamo il motivo. Purtroppo c'è chi compra le pillole su internet.

Loretta partecipa per l'UDI ai comitati misti che sono dei comitati che ha solo la regione ER, la quale decise parecchi anni fa di istituire questi tavoli misti dove c'è l'AUSL e associazioni di malati e non solo. Noi UDI portiamo le nostre istanze come salute donna ad esempio.

INTERVISTA A LORETTA SERRA (DIRETTIVO DELL'UDI DI BOLOGNA)

Chiara Roda: Come mai ha scelto di entrare in UDI e quale ruolo ha all'interno dell'associazione?

Loretta Serra: Io sono entrata in UDI tanti anni fa, oggi sono nel direttivo dell'UDI bolognese e in particolare coordino l'attività dell'UDI delle terre d'acqua e in particolare Persiceto dove c'è il punto d'ascolto e 6 comuni, sono entrata in UDI perché negli anni '70 ero Assessore alla PA e alla cultura nel comune di Persiceto e avevo già interesse perché ho fatto il '68 e ho fatto l'università e mi interessavano i temi legati alle donne, gli anni 70 sono stati anni di grandi riforme tra cui i consultori familiari e quindi ho cominciato a partecipare anche come assessore alla vita di UDI in particolare per quanto riguarda gli asili nido che è la legge del '71 e ho costruito un asilo nido a Persiceto nel '73 pochi mesi prima che nascesse mia figlia e in particolare per quanto riguarda il consultorio ho visto che a Persiceto c'era un punto nascita che poi è stato chiuso e in quegli anni c'era un bel fermento per quanto riguardava i consultori, poi è arrivata la legge dei consultori nel '75 e poi ho sempre partecipato a tutte le attività, io lavoravo nell'AUSL di questo territorio come amministrativa. Ho partecipato alla costruzione dei servizi territoriali, materna infantile all'ora si chiamava di igiene mentale e tossicodipendenza e servizio sociale e quindi mi sono sempre interessata, quando sono andata in pensione mi sono dedicata all'UDI, essendo prima una dipendente partecipavo all'UDI ma non come nessun organismo perché non era corretto, e dopo ho cominciato a vivere la vita dell'UDI e in particolare mi sono interessata in quanto era la mia materia di lavoro mi sono interessata a tutti i temi della sanità e io faccio parte dei comitati consultivi misti che ci sono in ER non ci sono in molte regioni, e questi comitati si chiamano misti perché sono tra le associazioni che vogliono aderire e l'AUSL e quindi c'è la direzione a livello locale e si parla di tutte le attività che ci sono sul territorio e quindi su questi temi mi batto sempre perché ci sia una conoscenza ma anche per conoscere meglio noi le attività che sono dei consultori

che riguardano la salute donna in particolare poi partecipo insieme a Katia per Bologna agli incontri regionali con l'assessore regionale per conoscenza specifica sulla sanità.

Chiara Roda: Quindi c'è un rapporto stretto tra le istituzioni regionali e le associazioni?

Loretta Serra: Ad esempio c'è però in particolare con UDI perché noi alcuni anni fa, c'era ancora l'assessore Venturi quindi prima del covid, nella giornata internazionale per la contraccezione facemmo come UDI regionale una piccola dimostrazione davanti alla regione chiedendo un appuntamento all'assessore, l'assessore regionale ha ricevuto una delegazione delle UDI regionali e lì si è aperto un contatto che ha portato poi a una legge regionale importante sulla contraccezione (la numero 19) che è quella che definisce la contraccezione gratuita nei consultori giovani, per i giovani fino a 26 anni, per le donne che hanno partorito fino ad un anno, per le donne che hanno abortito fino a un anno e per quelle che hanno problemi economici, questa legge in Italia non c'è invece in ER abbiamo questa legge che ce la siamo appuntate come UDI e certamente la regione ha fatto del suo e ha accettato e da allora abbiamo aperto questo tavolo con la sanità e l'abbiamo continuata anche se in maniera online anche durante il covid ci siamo interessate perché volevamo che fossero garantite per le donne, comunque in particolare sia il parto e tutto il discorso del percorso nascita e dell'aborto in sicurezza, poi abbiamo sempre monitorato il fatto che sui territori ci fosse la possibilità per i giovani, in quanto il consultorio giovani era aperto senza prenotazione ma durante il covid è diventato prenotabile. In tutto il periodo abbiamo sempre monitorato, io in particolare su Persiceto e su Bologna che l'attività fosse garantita per le donne, ad esempio sul nostro territorio le donne venivano mandate a fare ecografie a Poretta e quindi siamo intervenute perché non tutte avevano la possibilità di spostarsi per cui all'utilizzo dell'ecografo che è di nuova generazione a Crevalcore e la situazione è che purtroppo ci sono poche ginecologhe che lo sanno usare e quindi manca la formazione, tra l'altro un problema è la mancanza di personale medico e quindi le ginecologhe che vanno in pensione rischiano di non essere sostituite subito.

Chiara Roda: Lei che ha vissuto gli anni '70/'80 e ad oggi che siamo nel 2023 sul tema aborto è cambiato qualcosa? La situazione poteva andare meglio?

Loretta Serra: Devo dire, mi fermo all'Emilia Romagna e mi fermo a Bologna la situazione va bene perché per le donne l'aborto è sempre garantito, lo diciamo per Bologna ma lo diciamo anche per la ER, poi ci sono anche zone d'ombra ma a Bologna va bene è diminuita la richiesta, speriamo che sia grazie alla contraccezione. Noi abbiamo sempre monitorato che fosse garantito alla donna che voleva abortire di farlo nei luoghi in cui si fa e l'altra cosa che è migliorata a Bologna è che la maggioranza utilizza aborto farmacologico e non chirurgico e

l'altra cosa è che a Parma dal 2021 si fa anche nei consultori famigliari e questa è una grande vittoria e Bologna si fa nel consultorio di Persiceto e ho chiesto direttamente alla direttrice del distretto di Persiceto, che è cominciato da 2/3 mesi, e mi ha detto che ci sono già state le prime richieste per effettuare un aborto farmacologico, viene fatto dal personale del consultorio familiare dentro all'ospedale.

Chiara Roda: Quindi non all'interno del consultorio?

Loretta Serra: No, perché il problema è che a Bologna, ma in molti perché lo abbiamo anche verificato con l'assessore regionale, purtroppo il personale dei consultori è già formato il problema sono gli spazi che non ci sono come anche a Persiceto perché per fare l'aborto farmacologico in consultorio occorre lo spazio dove la donna attende, dove viene presa in carico dal personale medico e poi serve uno spazio dove la donna rimane per alcune ore per verificare che non ci siano complicanze quindi questi spazi nei consultori non ci sono e quindi anche a Bologna hanno cercato spazi nei consultori ma l'unico che in qualche modo dava garanzie era Persiceto anche come personale che ovviamente ci vuole personale dedicato, quindi la sperimentazione sull'AUSL di Bologna si fa a Persiceto. La prima sperimentazione è stata fatta e ora via via si vuole aprire dappertutto come a Reggio Emilia, Modena però sono sperimentazioni sui consultori.

Il problema più grosso oltre il personale è anche lo spazio.

A Parma lo hanno fatto all'interno del consultorio, e dipende dallo spazio dei consultori se permettono di avere le giuste condizioni.

Mentre l'aborto lo puoi fare entro le 9 settimane, quello farmacologico fino alla 6 settimana nel consultorio.

Chiara Roda: Uno dei problemi della 194 sono gli obiettori di coscienza, dato che non c'è una percentuale riferita al numero di essi all'interno dei reparti. Ha avuto diversi confronti con i movimenti per la vita, loro come si pongono sul territorio bolognese? Sono molto presenti oppure no?

Loretta Serra: Cercano di essere presenti ma non c'è la possibilità, c'erano diversi manifesti in giro per Bologna. Sono già anni che non si vedono. L'ultima cosa che hanno tentato era una manifestazione davanti al Maggiore che gliel'abbiamo bloccata io e la Katia con la direzione dell'AUSL. Loro hanno tentato in più occasioni di entrare nei consultori ma non c'è mai stata la possibilità perché gli stessi operatori dei consultori bolognesi, ora mi fermo a Bologna ma credo che sia in tutta l'ER, non credo neanche a Ferrara dove ci sono i sindaci di centro destra, a Persiceto a parte che c'è anche qui e non è un problema perché facciamo l'IVG farmacologica qui, quindi non c'è correlazione; ha tentato il sindaco di Sant'Agata anni fa, insieme al movimento per la vita ha fatto un'assemblea cittadina con il sindaco e siamo arrivate in massa come UDI, questo prima del Covid forse nel 2017 nel suo primo mandato. Siamo arrivate perché voleva fare l'assessorato per la Vita

non si è più saputo niente, l'idea della serata era fare l'assessorato per la Vita, credo che l'esperienza degli anni 70 ci dica che o c'è una presenza sul territorio costante delle associazioni, non dico dei movimenti perché negli anni 70 era un'altra cosa ma un'osservazione è che vedo che serve molto avere associazionismo sul territorio, ad esempio durante il covid abbiamo monitorato la situazione, la prima cosa che abbiamo fatto quando c'era il momento di ripresa era capire come far riprendere tutto e che le donne ricominciassero a fare ad esempio il pap test e anche la prevenzione e devo dire che monitorare questo sul territorio è importante e quindi quello che abbiamo capito è che se vogliamo tenere delle cose dobbiamo essere presenti, ad esempio il Movimento della Vita ci sarebbe stato volentieri anche a Bologna se non c'era una costante osservazione da parte dell'UDI, ad esempio nei comitati consultivi misti c'è solo l'UDI tutte le altre associazioni sono o di minori, o di persone con problematiche o di anziani e quindi avere anche monitorato e avere una costante sempre presente sui consultori è importante; si era cominciato con 32 consultori sul territorio bolognese ora sono 28 comunque il numero è diminuito e poi perché sono state costruite le case di comunità e molte in alcune case di comunità ci sono anche alcune attività sul consultorio, e comunque 28 consultori sulla città metropolitana di bologna è un bel numero e quindi tutto è sempre monitorato e presente.

Ad esempio a Persiceto ci sono tutte le funzioni, nella casa di comunità di Crevalcore c'è ad esempio la psicologa e ci vanno anche una volta alla settimana la ginecologa e l'ostetrica e alcune funzioni non sono solo nella sede principale ma anche sul territorio.

Chiara Roda: Da quello che ho capito grazie a queste due interviste l'importante è la rete di associazionismo come in questo caso dell'UDI all'interno della regione.

Loretta Serra: Esatto, all'interno della regione non c'è solo l'UDI. Però l'UDI su queste cose a livello regionale e a livello bolognese, diciamo di città metropolitana perché a Bologna ci sono più associazioni ma nella città metropolita non ci sono c'è solo l'UDI.

Ad esempio a Persiceto io lavoro con Mondo Donna che però è bolognese.

Credo che UDI Veneto non esista proprio.

Chiara Roda: Sta funzionando bene il progetto "Percorso Nascita"?

Loretta Serra: Devo dire che il percorso nascita, funziona bene. Io avevo comunicato anni fa, e la maggioranza delle donne che facevano il percorso della nascita erano straniere perché le donne italiane andavano dal proprio ginecologo e poi andavano a partorire nell'ospedale pubblico. Da quando hanno fatto il percorso nascita che ormai è stato fatto 10 anni fa, non ci sono più differenze tra straniere e italiane perché il percorso ti permette di avere tutta una serie di garanzie, come analisi e visite già programmate e con il dopo covid anche la presa in carico della donna quando ha partorito, poi ci sono le gravidanze a rischio e quelle normali,

alcune donne le stiamo seguendo a livello di UDI dove donne hanno partorito con situazioni già difficili per cui sono venute da noi per questione di separazione, o gli hanno tolto il figlio. Ma la cosa importante è che la priorità adesso della psicologia consultoriale è su 0 anni, nel senso che c'è una donna che partorisce e si capisce che ci sono dei problemi viene seguita a casa dalla psicologa e dall'ostetrica, ora c'è un percorso di presa in carico della donna da parte della psicologa se c'è una gravidanza a rischio per evitare che ci siano problemi sul bimbo. I parti durante il covid sono stati pesanti, a livello emotivo per la paura e questo fa capire perché ci sono state poche nascite.

Le gravidanze sono state considerate più a rischio quelle durante il covid.

Il percorso nascita nasce nel consultorio ma in collegamento con l'ospedale dove la donna decide di abortire, per noi di solito è il Maggiore ma la donna può scegliere dove vuole andare lei.

La fragilità della donna dopo il parto c'è e quindi la parte psicologica è molta importante.

Il percorso nascita è molto migliorato perché si è notato questa differenza tra le donne straniere che lo sceglievano e le donne diciamo locali no, quindi è stato migliorato.

Percorso della gravidanza dove tu non devi fare nulla perché ti seguono passo passo durante tutta la gravidanza e anche dopo.

L'ER ha un grosso buco a livello economico per quanto riguarda la sanità però ci hanno detto che tutti i servizi saranno mantenuti e noi monitoriamo con attenzione.

INTERVISTA A MARCELLA FALCIERI (RESPONSABILE DEI CONSULTORI DEL TERRITORIO BOLOGNESE)

Chiara Roda: In cosa consiste il suo lavoro come responsabile dei consultori nel territorio bolognese?

Marcella Falcieri: Io sono la direttrice dell'unità complessa dei consultori familiari dell'azienda AUSL di Bologna, questo significa che coordino circa 30 medici specialisti ginecologi che si occupano di tutta l'attività territoriale inerente al percorso nascita, l'assistenza ginecologica, lo spazio giovani, lo spazio giovani adulti, lo screening e tante attività di base.

Chiara Roda: Sul territorio bolognese ci sono 28 consultori attualmente?

Marcella Falcieri: Sì, è così

Chiara Roda: Ancora oggi rappresentano un punto di riferimento per le donne? O magari è cambiato il ruolo che hanno?

Marcella Falcieri: Io credo che in ER i consultori siano un grosso punto di riferimento per le donne, per quanto riguarda tutto il ciclo di vita delle donne dalla pubertà in avanti, e abbiamo anche gli spazi dedicati alla menopausa, tutta la gravidanza, l'allattamento, ecografie ginecologiche. Quindi secondo me sì.

Se vuole informazioni su questo argomento l'istituto superiore di sanità ha pubblicato un'indagine due anni fa dopo aver intervistato tutti i consultori esistenti sul territorio nazionale e lì ci sono tutte le differenze tra regioni e quindi viene evidenziato come funzionano i consultori e dove funzionano e dove no.

Altro documento interessante quello della regione ER sul rapporto della 194 che viene pubblicato tutti gli anni.

Chiara Roda: Attualmente per l'IVG farmacologica c'è la sperimentazione sul consultorio di San Giovanni in Persiceto, come sta funzionando? Ci sono adesioni?

Marcella Falcieri: Sì, sta funzionando benissimo. Le persone vengono, viene somministrato il farmaco attraverso una procedura interna che stabilisce chi deve fare cosa entro quale tempo in linea con le disposizioni della regione e devo dire che sta funzionando molto bene. Ci sono brave professioniste che se ne occupano e la regione sta distribuendo alle donne un questionario per rilevare la soddisfazione, quindi un'indagine sulla qualità percepita ma ad oggi non abbiamo ancora risultati perché è appena cominciato.

Chiara Roda: Come mai si è scelto il consultorio di San Giovanni in Persiceto?

Marcella Falcieri: Perché ci dava la possibilità di avere spazi idonei, perché fare questa attività sul territorio presuppone l'identificazione di spazi che siano molto vicini ad un presidio ospedaliero perché potrebbe esserci bisogno e allo stesso tempo che diano garanzia di riservatezza per le donne che aspettano e che non devono condividere le sale d'attesa con donne in gravidanza

Chiara Roda: Quindi è un fattore di strutture?

Marcella Falcieri: Sì, è soprattutto un discorso di strutture per noi. C'è noi saremmo stati disponibili a farlo in altre sedi ma è stato più difficile trovare uno spazio adatto, c'è anche da dire che però non c'è così tanto bisogno nel senso che la richiesta di IVG in generale ma anche quello farmacologico nel territorio dell'azienda AUSL di Bologna viene pienamente e velocemente soddisfatta, se c'è un allungamento dei tempi è dovuta alla decisione della donna che è una cosa che va garantita.

Sia noi che l'ospedale Sant'Orsola che il Maggiore prendiamo in carico le richieste, che sono anche diminuite negli anni, molto velocemente non c'è lista d'attesa ecco.

Chiara Roda: Secondo lei c'è una diminuzione negli anni?

Marcella Falcieri: Sì questo è avallato anche dal documento della regione che lo dice chiaramente

Chiara Roda: Secondo lei perché c'è questa diminuzione? Perché la regione utilizza metodologie di informazione come ad esempio la contraccezione?

Marcella Falcieri: Esatto, l'analisi di questo fenomeno è complessa. In parte legata ad un fattore strettamente demografico cioè che la classe di età delle donne che

attualmente sono fertili è meno popolosa delle donne che potevano esserlo 30 anni fa e questa è la prima cosa da tenere presente la seconda cosa è che indubbiamente una politica come quella della regione di presidio territoriale con spazi giovani e spazi giovani adulti fino al 26esimo anno di età con la contraccezione gratuita è possibile che abbia contribuito all'arginare il fenomeno.

Chiara Roda: Dato che uno dei problemi della 194 sono gli obiettori di coscienza in ER la percentuale non è altissima a differenza di altre regioni, questo porta a delle problematiche per le donne che vogliono abortire o non è così nella nostra regione?

Marella Falcieri: Al momento non è così, la presa in carico è presa molto velocemente sia in consultorio che in ospedale e questo significa che l'obiettore di coscienza in questo momento all'interno dell'azienda AUSL di Bologna non costituisce un problema poi in futuro non lo saprò.

Chiara Roda: Negli anni la percentuale è diminuita oppure o no?

Marcella Falcieri: Per quanto riguarda il consultorio familiare la percentuale è del 10% quindi molto poco, per quanto riguarda l'ospedale bisogna parlare con la dottoressa Marinella Lenzi il mio pari all'ospedale Maggiore.

Chiara Roda: Quindi i consultori funzionano molto bene?

Marcella Falcieri: Molto bene è una parola grossa, abbiamo liste di attesa ma il percorso nascita e quello per l'IVG funzionano sull'area della ginecologia magari ci sono periodi di affanno e quindi abbiamo liste di attesa. Però il meccanismo funziona, come funziona lo screening del collo dell'utero in concomitanza delle problematiche che ci sono per la carenza di medici, alla difficoltà nelle strutture.

Chiara Roda: Una delle cose su cui la regione dovrebbe lavorare è sul personale?

Marcella Falcieri: Più sui medici, perché le ostetriche in regione ci sono. Magari in problema per le ostetriche è di tipo economico invece per i medici effettivamente c'è una difficoltà nel reperire i medici questo è un fatto noto.

Chiara Roda: Il "percorso nascita" c'è da dieci anni?

Marcella Falcieri: Sì, percorso molto richiesto che prende in carico le donne dall'inizio della gravidanza. Percorso garantito in cui le donne vengono seguite dal consultorio, il consultorio garantisce le ecografie di base i controlli periodici, la prenotazione degli esami che servono poi c'è un collegamento con l'ospedale e quindi vengono inviate agli ambulatori ospedalieri e tornano in consultorio per il dopo, esempio per percorsi di accompagnamento alla nascita. Direi che è un percorso molto gradito dalle donne, le quali vengono seguite dall'ostetrica o dalla ginecologa.

Chiara Roda: Nel percorso nascita è presente anche un sostegno psicologico per la madre?

Marcella Falcieri: Da qualche anno facciamo sistematicamente per tutte le donne in gravidanza lo screening del disagio psicologico perché ci sono donne per le quali la gravidanza non è sempre un percorso semplice e quindi a queste donne viene offerto sia durante la gravidanza che a maggior ragione a rientro a casa dopo il parto se ne hanno bisogno un supporto psicologico.

INTERVISTA A MARIAMADDALENA SCALA (GINECOLOGA)

Chiara Roda: In cosa consiste il suo lavoro presso il consultorio di San Giovanni in Persiceto? E come viene svolta tutta la procedura?

Mariamaddalena Scala: Alle donne che avanzano richiesta di IVG in consultorio, entro 3 giorni lavorativi viene dato appuntamento per un colloquio.

In questo colloquio, prima l'ostetrica e poi il medico ginecologo, raccolgono un'accurata anamnesi e chiedono informazioni riguardo tutto l'iter della gravidanza in corso fino a quel momento, oltre che notizie riguardo la decisione presa. Si forniscono le informative e i moduli necessari che riassumono ciò che è stato detto nel counselling.

Si compila il certificato urgente o meno in base alla situazione specifica.

A questo punto, o le viene dato appuntamento per la I somministrazione del farmaco per l'IVG presso il consultorio (se ci troviamo entro la 7 settimana di gravidanza e sono soddisfatti tutti i criteri per l'ammissione a tale percorso stabiliti dal protocollo aziendale) oppure si illustra alla paziente come rivolgersi ai diversi presidi provinciali adibiti a tale procedura telefonicamente o di persona (nelle informative c'è l'elenco dettagliato delle strutture e i contatti).

Al primo appuntamento per la I somministrazione la paziente è accolta dall'ostetrica e dal medico, si effettua un'ecografia di datazione e controllo, si valuta lo stato di salute della paziente e se tutto nella norma, dopo firma del consenso informato, si procede alla prima somministrazione (Mifepristone 600 mg, 1 cpr per os).

Dopo 30 minuti di osservazione, in apposita stanza riservata, se non ci sono reazioni o complicanze si invia la paziente a domicilio con il prossimo appuntamento (di norma dopo 48 ore).

La paziente potrà contattare l'ostetrica ad un numero di cellulare dedicato per qualsiasi bisogno non urgente, in caso di forti dolori, malessere o importanti perdite ematiche vaginali si prescrive alla paziente di recarsi presso il Pronto soccorso ginecologico dell'ospedale Maggiore o Sant'Orsola.

Il giorno della II somministrazione, in caso di perdite vaginali ematiche viene effettuata un'altra ecografia, oppure se non si sono verificate perdite si procede a continuare la procedura.

Viene dunque somministrato un antidolorifico, e dopo 30 minuti il misoprostolo alla dose di 400 mcg per via sub linguale o buccale.

Dopo 3 ore viene fatta una prima valutazione.

In caso di perdite vaginali come da ciclo mestruale e di espulsione della camera gestazionale al controllo ecografico, la paziente può andare a casa, purché non rimanga sola le successive 48 h.

In caso di perdite vaginali scarse o mancata espulsione della camera all'ecografia, viene somministrata nuovamente la prostaglandina al dosaggio di 200 o 400 mcg a seconda dei casi. Dopo un'osservazione di altre 2 ore si rivaluterà la situazione. Se l'aborto sarà avvenuto la paziente potrà andare a casa, in caso contrario si programma controllo a 7 gg o invio in PS Maggiore o Sant'Orsola se ci sono complicanze o sanguinamento eccessivo.

Prima dell'invio a domicilio, sarà dato l'appuntamento per controllo a distanza di 7 o 14 gg.

In ogni occasione si parlerà di contraccezione, programmando l'inizio della terapia, in modo da evitare il ripetersi della situazione.

Chiara Roda: Come sta procedendo la sperimentazione della pillola abortiva all'interno del consultorio?

Mariamaddalena Scala: La sperimentazione si evolve bene, stiamo perfezionando la procedura tenendo conto di ogni variabile che talvolta incontriamo, discutendo e creando percorsi appositi. La maggior parte delle pazienti accoglie con piacere la possibilità del consultorio perché avvertita come più riservata, in una realtà più piccola e familiare.

Chiara Roda: Ci sono delle differenze tra le donne che decidono di effettuare un aborto farmacologico? E come si trovano le donne con questa procedura?

Mariamaddalena Scala: Le donne che giungono in consultorio sono di varia cultura, età e nazionalità. In generale riscontro maggiori accessi da parte di donne straniere che hanno una minore conoscenza della contraccezione e dei percorsi che la Regione fornisce sotto forma di informazioni e visite, oltre che la contraccezione gratuita fino a 26 anni. Le pazienti preferiscono nella maggior parte dei casi l'approccio farmacologico perché meno invasivo, seppur qualche perplessità la hanno circa il tempo della procedura, con i diversi controlli e vari accessi; talvolta mi è capitato che alcune scelgano l'aborto chirurgico per poter effettuare il tutto in un'unica giornata, o magari perché (per varie ragioni, logistiche, organizzative o familiari) non possono effettuare tutti gli accessi previsti con la farmacologica

INTERVISTA A LAURA BETTINI (PRESIDENTE ASSOCIAZIONE “CASA DELLE DONNE DI PADOVA”)

Chiara Roda: L’associazione ha un ruolo di aiuto nei confronti delle donne che hanno problematiche

relative all’aborto nel territorio padovano?

Laura Bettini: L’associazione “La Casa delle donne di Padova” si è costituita nel novembre 2020, ma abbiamo avuto in gestione l’edificio di via Bettella 38C nella primavera del 2022 e le diverse

attività, servizi gratuiti e iniziative di cultura femminista, sono iniziate nel gennaio del 2023 perché prima ci sono stati una serie di problemi logistici. Per quanto riguarda la 194, noi non abbiamo promosso finora alcuna iniziativa specifica, partecipiamo però a tutte le iniziative e manifestazioni promosse collettivamente dai diversi gruppi organizzati di donne della città. Sappiamo che il Veneto ospita vaste zone di cattolicesimo integralista e tutti gli anni, a Padova, viene organizzata da queste frange di cattolicesimo che definirei medioevale una manifestazione contro la Legge 194. Arrivano dei pullman soprattutto da fuori città, da zone come Vicenza e Verona, e danno vita a un corteo che termina alla basilica di Sant’Antonio portando a spalla grandi crocefissi e dando pubblicamente delle assassine alle donne che abortiscono. Non sono in molti e l’età media è parecchio alta. Qualche anno addietro, prima della pandemia, la città ha visto una grande contro-manifestazione indetta dal gruppo Non Una Di Meno e la polizia ha avuto il suo daffare a tenere i due cortei separati.

L’idea di fondo, come Casa delle donne, è che si debba fare moltissima prevenzione. Anche se il diritto all’aborto deve essere assolutamente garantito, nessuna donna abortisce con leggerezza e un aborto è sempre un’esperienza negativa, che segna nel corpo e soprattutto a livello psichico.

L’aborto è una soluzione ma non è LA soluzione. È necessario mettere in atto una campagna perché i consultori siano nuovamente presenti su tutto il territorio.

Chiara Roda: I consultori esistono? E quanti sono?

Laura Bettini: A Padova molti sono stati chiusi e attualmente ce ne sono pochissimi, se non erro due. I consultori che sono stati aperti in passato, soprattutto in seguito alla forte pressione del movimento delle donne, davano indicazione alle ragazze giovani sui metodi contraccettivi, che sono il presidio più importante per la prevenzione, ma ora, mi dicono alcune giovani, non è facile nemmeno conoscere la dislocazione dei pochi consultori presenti, purtroppo non c’è più informazione sui consultori e, tra l’altro, non ci sono nemmeno delle strutture pubbliche di sostegno per le donne che decidono di avere un figlio, soprattutto nei primi tempi dopo il parto.

Questo, ad esempio, è uno dei servizi gratuiti della Casa delle donne: gruppi di condivisione fra le neo-mamme che si trovano disorientate o in difficoltà dopo il

parto. Negli anni in cui si lottava per la legalizzazione dell'aborto, nei primi anni '70, io abitavo in Francia e mi sono adoperata come volontaria per gli aborti clandestini e a me stessa ne è stato praticato uno. Mi sono rimasti dei grandi punti di domanda.

Chiara Roda: Quindi sull'aborto secondo lei entra in campo anche una componente etica?

Laura Bettini: Penso che il diritto di abortire e la legislazione che lo rende possibile e anche sicuro, in ospedale, con tutte le tutele per la salute della donna e garantendo l'anonimato sia un diritto fondamentale. Ma certamente una donna, specialmente se giovane, quando rimane incinta e non può tenere un figlio, incontra un grande spaesamento riguardo alla decisione da prendere. Per questo è necessario promuovere l'informazione e la contraccezione, fare in modo che tutte vi possano ricorrere e ottengano il sostegno e l'informazione esauriente in questo campo.

L'aborto non può essere usato come contraccettivo, ma se manca l'informazione e il sostegno a livello sanitario, lo diventa automaticamente. Senza contare il sostegno della maternità, l'esistenza di asili nido, l'aiuto economico da parte dello Stato, tanto sbandierati da tutti gli schieramenti politici ma poi notevolmente scarsi.

Ciò che spinge le giovani ad abortire, a prescindere da problemi economici, di salute o di violenza, è principalmente la vita che cambia radicalmente con l'arrivo di un figlio e la giovinezza che sembra finire. In questi casi, solo per fare un esempio, se ci fosse una seria informazione sulla contraccezione – anche sulla contraccezione che può essere attuata dai maschi – ci sarebbero molti meno aborti perché ci sarebbero molte meno gravidanze.

Una donna ha il diritto di dire che i figli non li vuole ma bisogna mettere in atto dei presidi per far sì che possa non averne senza dover ricorrere all'aborto.

Chiara Roda: I movimenti pro vita ci sono? Creano problemi?

Laura Bettini: Ci sono, certo. Purtroppo hanno il diritto di organizzare dei presidi negli ospedali che, invece di informare le donne in modo neutrale, come dovrebbe essere fatto, e lasciare a loro la libera scelta, hanno l'abitudine di fare pressioni di tipo morale e di colpevolizzarle per convincerle in ogni modo a diventare madri.

D'altra parte io personalmente provo un grande disagio rispetto alla tematica dell'aborto, perché sembra sempre che si debba schierarsi senza se e senza ma da una parte o dall'altra, o l'aborto è un assassinio o l'aborto è la soluzione veloce del problema. Io vorrei potermi muovere su di un terreno più riflessivo e dubitativo, credo che anche il movimento delle donne dovrebbe riaprire un dibattito su questo tema liberandosi sia dei legacci del moralismo tradizionalista, sia da qualsiasi posizione "politicamente corretta" dall'altra parte.

Spesso non si riesce ad avere una posizione di dialogo, interlocutoria, che si ponga delle domande e anche di dubbi.

Chiara Roda: Lei ha fatto il '68, e allora c'era tanta mobilitazione. Come mai poi sul territorio

Veneto/Padovano non c'è più stata un'associazione di riferimento?

Laura Bettini: Questo è successo su tutto il territorio italiano e non solo, io ho vissuto in Francia parte di quegli anni ed è successa la stessa cosa anche lì. Bisogna fare una distinzione: un conto sono i movimenti politici femministi organizzati e un conto è il movimento femminista diffuso che si è creato negli ultimi anni '60 e fino agli anni '70. Dopo gli anni '80 i gruppi organizzati hanno di fatto subito una crisi e molti si sono sciolti. È stato probabilmente un fenomeno generazionale, un'epoca che finiva, insieme alle lotte studentesche e a quelle delle grandi fabbriche. Il movimento delle donne non si è però mai fermato, ha continuato in maniera più carsica, all'interno di comitati, di singole iniziative, dei cambiamenti più o meno grandi che sono avvenuti nella società e nei luoghi di lavoro. Attualmente trova forme organizzative nuove, i centri antiviolenza, le associazioni, le Case delle donne, ma penso che ormai le rivendicazioni delle donne si siano talmente diffuse e a volte vincenti a tutti i livelli che non ci possa più avere dubbi sulla loro vitalità ed efficacia.

Chiara Roda: Il vostro servizio per le neo-mamme corrisponde a un percorso regionale?

Laura Bettini: No, è una iniziativa della casa delle donne, un servizio di volontariato gratuito, come le lezioni di italiano per le donne immigrate e gli sportelli di consulenza legale su problematiche legate alla famiglia, alla casa, al lavoro.

Chiara Roda: Quindi è facile muoversi come associazione femminista sul territorio Veneto?

Laura Bettini: Il Veneto, come sappiamo, è una regione conservatrice ma a Padova abbiamo avuto quasi sempre giunte comunali di centro sinistra, c'è una tradizione di impegno sociale e anche di rivendicazione molto forte, ci sono parecchi comitati e associazioni che si muovono, soprattutto in difesa dei diritti e dell'ambiente. Quella di Padova è stata la prima amministrazione che ha celebrato matrimoni di coppie omosessuali.

Chiara Roda: C'è ad esempio un dialogo tra l'associazionismo e le istituzioni? Si creano tavoli di confronto?

Laura Bettini: Il dialogo c'è, non sempre però si arriva a decisioni davvero condivise. Perfino il percorso partecipativo Agenda21 viene poi spesso disatteso dalle decisioni dell'amministrazione, soprattutto per quanto riguarda la difesa del verde e la cementificazione. Costituire la Casa delle donne è stato invece relativamente facile. L'amministrazione ci ha dato un edificio in gestione e ci sostiene, la cittadinanza è del tutto favorevole, soprattutto nel quartiere Arcella, dove abbiamo la sede. È un quartiere multietnico e, come si vede dalle stesse

finestre della Casa, siamo nel bel mezzo di condomini popolari, abitati da persone immigrate e da persone italiane. Nei nostri corsi di italiano per le donne immigrate abbiamo 150/170 iscritte e sono in aumento.

Chiara Roda: Gli obiettori di coscienza creano delle problematiche?

Laura Bettini: I medici obiettori creano certamente dei problemi. Sono molti e quando una donna vuole abortire si trova di fronte a lunghe liste d'attesa che spesso le farebbero sorpassare la scadenza entro cui l'aborto è consentito, se non trovasse altre vie. Pagamento o clandestinità, purtroppo.

INTERVISTA EMANUELA BUSA (PRESIDENTE DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA)

Emanuela Busa: Intanto mi presento, io sono la presidente dell'ordine della professione ostetrica che raggruppa 6 province ad esclusione di Verona, e lavoriamo in sinergia anche con l'ordine di Verona. Io ho coordinato il corso di laurea in ostetricia in questi ultimi 10 anni prima di andare in pensione, nella mia vita professionale ho anche lavorato in ospedale e ho dato vita a due consultori familiari a suo tempo e poi ho gestito alcuni progetti per la regione Veneto sul basso rischio ostetrico che riguardava la gravidanza e adesso sui mille giorni di vita però il basso rischio ostetrico prevede che la presa in carico della gravida venga fatto nelle strutture pubbliche e dalla professionista ostetrica per cui anche le donne che accedono al consultorio per la richiesta dell'applicazione della 194 vengono filtrate dalla professione ostetrica quindi noi abbiamo un ruolo determinante nell'applicazione della legge.

Chiara Roda: In base alla sua esperienza volevo sapere se appunto l'IVG è un servizio che viene correttamente effettuato sul territorio padovano o ci sono dei problemi di applicazione

Emanuela Busa: Allora dobbiamo distinguere i piani perché la tematica sulla 194 è una tematica sempre all'attenzione, ha momenti in cui l'attenzione è maggiore e momenti in cui è minore il dato di fatto è che c'è una legge dello stato, legge conquistata faticosamente questo è un dato importante perché deve portare gli operatori a questo aspetto della normativa, io non ho dati oggettivi e quindi bisogna tenere conto delle letture non supportate da dati reali e quindi considerare quella che è l'accoglienza quello che è la domanda della 194.

Le regioni del Nord sono state soggette a forti migrazioni dagli anni 90 in poi anche perché qui c'era la possibilità e quindi erano le regioni privilegiate per i migranti, ne parlo per fare un excursus storico e per capire la situazione in questo territorio.

Questo ha messo in difficoltà gli operatori sanitari perché quando c'è stata una forte migrazione da parte dell'est in particolare zona Romania dove i sistemi politici non permettevano l'accesso ad una contraccezione orale spesso l'IVG veniva considerato un metodo contraccettivo cosa che la 194 non considera, spesso si dimentica che la 194 definisce la tutela sociale della maternità.

Con l'arrivo della migrazione veniva richiesta un IVG quasi come un metodo contraccettivo in donne che avevano già fatto 5/6 IVG nei paesi di origine.

Si osservò una diminuzione dalla richiesta di IVG nelle donne italiane fra l'altro vedendo le statistiche il Veneto si collocava nelle percentuali più basse di IVG eravamo noi e la Basilicata.

Si osservava un aumento nelle donne migranti perché la tipologia di utenza che arriva qui è anche la domanda sanitaria viene posta nell'ambito sessuale riproduttivo che va dalla gravidanza eventualmente anche richiesta della 194 e solo in secondo momento per patologie legate all'ambito delle infezioni sessualmente trasmissibili e contraccezione.

Era poco conosciuta la contraccezione soprattutto nelle realtà come Romania e Moldavia per codice etico/religioso, quindi i servizi si sono trovati una forte richiesta e anche si è posto il problema di come poter fare soprattutto per le IVG ripetute e questo rappresenta un fallimento.

Se lei mi sta chiedendo di tutta la regione Veneto io conosco la realtà di Vicenza dove vaniva fatto e lavorare su queste tematiche, però con l'intento di fare un'educazione all'affettività e alla sessualità con la 194 era un po' sullo sfondo, si andava nelle scuole superiori dove non erano nemmeno maggiorenni e ci voleva il consenso dei genitori dato che si pongono anche tagli di educazione.

Ancora ora il problema persiste dove le donne migranti sono quelle che chiedono l'IVG.

In Veneto la legge è sempre stata applicata a mio parere correttamente dopo se ci chiediamo come avviene l'accoglienza lì si apre uno scenario legato ai servizi e alla cultura e perché a mio parere è andata via una generazione di operatori sanitari come medici, ginecologi ostetrici che hanno vissuto in prima persona la legge negli anni 80 e che quindi danno un valore civile al nostro stato e poi dal punto di vista professionale quando ti chiedono IVG ripetute impatta fortemente quelli che sono i vissuti personali entrando in gioco l'aspetto etico, religioso, civile e così via quindi magari si può osservare una certa freddezza ma l'applicazione della legge in Veneto sicuramente c'è. Quindi terrei distinto l'aspetto organizzativo che è sempre stato estremamente tutelato rispetto a quella che magari è l'accoglienza che le donne possono aver ricevuto fermo restando che c'è un aumento dell'obiezione di coscienza perché in Italia c'è questo aspetto che però non esima i medici in particolare loro, perché l'obiezione di coscienza riguarda l'atto tu non puoi applicarla nell'assistenza che antecede e posticipa quello che è l'intervento. Quindi questo aumento faceva sì che nelle strutture ospedaliere era una corsa stare dietro

ai tempi previsti dalla legge. Non è tanto l'applicabilità della legge quanto gli obiettori di coscienza.

Importante evitare aborti ripetuti e qui entrano in gioco i servizi che devono entrare in rete tra di loro, il tutto va di pari passo con il cambiamento culturale perché ad esempio io sto pensando a delle gravide che venivano dall'est e dicevano che avevano fatto 8/9 IVG per i medici e ostetriche che lavorano per la vita diventa qualcosa di difficile da parte dell'operatore.

Noi in Italia abbiamo la cultura per cui puoi essere artefice di una scelta c'è tutto questo aspetto.

Dobbiamo distinguere quindi il piano professionale umano degli operatori a quello organizzativo.

Le difficoltà che le donne riportano è sull'iter perché l'imbuto rimane nella struttura ospedaliera ma per fortuna è così.

Gli aborti non sicuri sono comunque un problema, con una nostra studentessa abbiamo fatto uno studio (2014) e aveva intervistato una giornalista del corriere che anche in Italia si erano stimati circa 20.000 l'anno, se lei entra nel sito dell'istituto di sanità può confermare questo dato, se abbiamo difficoltà di tipo organizzativo le donne possono ricorrere a contesti che non hanno la sicurezza.

Chiara Roda: Secondo lei questo fattore di un numero elevati di aborti non sicuri può essere dovuto alle percentuali elevati di obiettori di coscienza?

Emanuela Busa: Però io credo che a situazioni di clandestinità di non permessi di soggiorno, arrivare in un servizio ospedaliero se sei a 5 settimane e quattro giorni hai tutto un tempo davanti per trovare una soluzione se ci arrivi molto a ridosso allora si cercano le scorciatoie. Sono più elementi, non c'è uno determinate.

Una precocità di presa in carico per dare applicabilità alla legge, poi quando le donne si trovano che non trovano l'appuntamento nelle strutture vanno in panico e ricorrono a strutture che non sono sicure, se posso dirle una cosa che è un po' della regione Veneto gli operatori sono molto attenti all'applicazione perché fare cose non corrette in questo ambito, dal punto di vista professionale è molto pericoloso.

Chiara Roda: Le parlava dei consultori, essi ricoprono un ruolo molto importante nella vita delle donne? Ci sono politiche di aiuto per chi decide di portare a termine le gravidanze?

Emanuela Busa: I consultori sul sostegno delle donne che vogliono portare a termine la gravidanza no perché sono più le associazioni di volontariato ad esempio del movimento per la vita, con i quali alcuni consultori collaborano, i consultori però nella regione veneto sono ben strutturati unico problema è il personale che non è sufficiente.

Però tutto quello che riguarda la gravidanza a livello nazionale è gratuito a volte sono le donne che non lo sanno, ma c'è una legge dello stato che tutela la maternità la regione Veneto ha applicato "A basso rischio ostetrico" per cui tutte le donne che

arrivano, se la gravidanza è fisiologica la presa in carico è dell'ostetrica. Io mi sento di dirle questo perché io sono dentro un gruppo di lavoro, e stiamo lavorando da anni e siamo un fiore all'occhiello per la nostra regione però tutto è legato alla presa in carico abbastanza veloce e l'imbutto è la struttura ospedaliera.

Chiara Roda: Quindi le liste di attesa negli ospedali sono lunghe per effettuare un IVG?

Emanuela Busa: Sono attesa legate magari ad aspetti organizzativi legati a problemi personali, se ho una percentuale elevata di obiettori di coscienza o di operatori basta che chi non è obiettore sia ammalato tutto si rallenta anche se ripeto nella mia esperienza comunque si riesce a trovare la quadra.

Per quanto concerne l'IVG farmacologica si fa in alcune strutture ospedaliere, questa potrebbe essere una strada percorribile (farlo nei consultori) per ridurre il carico sugli ospedali, in quanto è un aspetto organizzativo e la cultura fa la differenza perché il Veneto ha una forte matrice cattolica e quindi si trovano situazioni differenti a livello regionali ad esempio dalla città piuttosto che da zone più periferiche quindi giustamente la cultura impatta fortemente su questo fenomeno.

Posso anche dire che gli operatori che lavorano nelle strutture la maggior parte di loro hanno la volontà di effettuare un'educazione per ridurre il fenomeno, soprattutto sugli aborti ripetuti.

Chiara Roda: È necessario fare informazione?

Emanuela Busa: Quando si apre il dibattito sulla legge 194 in Italia non c'è un'obiettività, dovrei lasciare il mio libretto delle istruzioni fuori e lavorare in un'ottica diversa e riportare anche una responsabilità individuale su quella scelta che la donna fa. Noi abbiamo avuto operatori che facevano appello alla clausola di coscienza e non davano la pillola post coitale per dirle oppure lo stesso farmacista che dice che non l'ha, invece le persone serie che fanno appello alla clausola di coscienza fanno la presa in carico e quindi chiamano il collega che gestisce la situazione al posto suo, io nella mia esperienza abbiamo sempre lavorato in questo modo, cioè di presa in carico, fortunatamente è stata tolta la prescrizione da un lato però apre un altro aspetto che è quello che non possono pensare i giovani che se non ho necessità della prescrizione la prendo a random e quindi si apre tutto un aspetto legato alla sessualità.

ER ha una storia diversa dal Veneto, per dirle la legge del Veneto prevedeva, le faccio un piccolo inciso, ad esempio per noi fino al '99 eravamo professioni di tipo ausiliario poi siamo diventati una professione di tipo intellettuale con una legge nel 75, regione Veneto, però noi siamo ULSS unità locali socio sanitarie e questa è una cosa bella perché alcune competenze dei comuni sono state date all'azienda ULSS, mentre in Emilia avete Asl (aziende sanitarie locali), non è una differenza banale perché nei nostri consultori le equipe era formata da psicologi, assistente sociale,

ginecologa e la figura dell'ostetrica (o c'era l'ostetrica, o l'infermiera o l'assistente sanitaria) e questo ha strutturato i consultori, perché invece ad esempio in Emilia Romagna c'era sia l'infermiera che l'ostetrica e quindi nel Veneto all'inizio venivano messe o ostetriche o assistenti sanitarie e le ostetriche no perché venivano fuori dalle condotte ostetriche e magari potevano incidere nell'applicare o meno la legge. Quindi la storia dei servizi fa molto la differenza ad esempio in alcune realtà i consultori venivano visti come quei posti in cui si facevano solo IVG e quindi questa diventava una nomea sociale.

Chiara Roda: Ad esempio da noi i consulti sono importanti per tutta la vita della donna.

Emanuela Busa: Sì, ecco da noi stiamo dando l'importanza che avete voi. La vostra regione ha sempre fatto politiche del femminile dove c'è la centralità dei servizi però la gente partecipava, quindi un grande impegno civico

Chiara Roda: In ER la pillola è gratuita fino ai 26 anni

Emanuela Busa: Ecco ho rilasciato un'intervista sulla gratuità della pillola e io ho detto che sono a favore con ovviamente dei criteri perché ad esempio una donna di 35 anni che lavora se la può anche permettere, ma la ragazza che è studentessa gliela diamo gratuita.

INTERVISTE AD ANNA APRILE E PAOLA VERONESE

Paola Veronese – Ginecologa e responsabile del servizio in Az. Osp di Padova

Anna Aprile – Professore associato – Medicina Legale

Anna Aprile: Nella nostra azienda la legge viene applicata, le donne che accedono al nostro ospedale entro il 90' giorno di solito ricevono la prestazione, Paola dimmi anche tu, se non vado errata in tempi relativamente congrui, so che qualche anno fa se non ricordo male 5/6 anni fa c'era stata una polemica di una donna che aveva sollevato uno scandalo anche su un giornale sul fatto che non era stata accolta a Padova e rinviata perché non c'era posto e c'erano troppe prenotazioni e poi si è rivelato che era tutto inventato perché abbiamo fatto una verifica e questa signora non si era mai presentata ma in quella occasione era sorta una polemica sul fatto se Padova accogliesse o meno questo tipo di richiesta e il tutto era stato smentito nei fatti.

Paola Veronese: Penso che questa l'abbiano pure querelata

Anna Aprile: Infatti l'anno pure querelata, quello che posso dire è che ci sono tanti ospedale periferici che per quella che è la mia esperienza, attraverso le richieste di medico legale e pareri ci sono ospedali periferici che fanno fatica a venire incontro a queste richieste e tendenzialmente le mandano a Padova anche perché c'è una questione un po' distorta sull'interpretazione dei 90 giorni, ma è inutile entrare nel tecnico perché ci porterebbe fuori strada però in linea di massima nella nostra azienda la legge viene applicata, le donne arrivano o perché sono inviate dai

consultori o perché fanno i colloqui di cui art 5 all'interno della struttura sanitaria ed effettuano l'intervento. Poi lei ha chiesto se vengono fatti chirurgicamente o farmacologicamente e qui ne parlerà meglio Paola. Per quanto riguarda le IVG dopo il 90 giorno la legge prevede una procedura diversa ed è necessario che il medico accerti il pericolo alla salute e sostanzialmente tenuto conto di quelle che sono le potenzialità terapeutiche e di assistenza alla gravida in situazioni impegnative, dal punto di vista sistemico è difficile che se la donna desidera il bambino non si riesca a portare a termine la gravidanza in modo tale da non compromettere la salute della donna, le IVG dopo i primi 90 giorni sono legate alla presenza di malformazioni del feto che incidono sulla salute psichica della donna e quando si accerta che c'è un pericolo per la salute psichica della donna legata a questa situazione fetale per lo più sono richieste che vengono accolte, spesso c'è una consulenza medico legale e sempre c'è una consulenza dello psichiatra per cui c'è un'aderenza a quello che dice la legge, non è sufficiente che la donna dica ho scoperto qualcosa e quindi chiedo l'interruzione se c'è un IVG legata a malformazioni in azienda non c'è una procedura scritta ma una procedura in rispetto della normativa che si realizza di norma con richiesta psichiatrica e di medico legale, confermi Paola?

Paola Veronese: Sì, il nostro modo di lavorare è tale per cui la maggior parte delle pazienti ricevono una valutazione in sede per anomalia e quindi quelle che arrivano ad interrompere sono quelle che effettivamente hanno quadri di malformazione molto severa oppure le condizioni di sospetta sindrome saranno più o meno un centinaio l'anno e sono tante perché afferiscono tutte quel territorio della nostra ASL perché ci vengono riferite per le valutazioni anatomiche del feto, relativamente a problematiche della prosecuzione della gravidanza per salute non psichica ma fisica della donna è vero è che quello che cerchiamo di fare con un incremento della responsabilità per noi è se possibile procrastinare il più possibile l'intervento nel caso di condizione materna avversa per consentire l'epoca di vitalità del feto o comunque per portarlo ad epoche gestazionali del feto che siano compatibili con un outcome discreto.

Per le esperienze che noi le possiamo dare sono quelle di azienda ospedaliera perché onestamente io di quello che viene fatto negli altri ospedali, posso avere sì un'idea però non so come siano organizzati gli altri ospedali del Veneto in termini di obiezione e non obiezione ma credo che in tutte le equipe dei vari punti nascita ci sia almeno un medico non obiettore, le pazienti accedono con accesso diretto perché c'è un day hospital attivo tutti i giorni se per caso non hanno alcuni documenti questi vengono fatti da noi quindi nessuna paziente viene rimbalzata, può essere che qualcuna pretenda un IVG nel giro di una settimana o dieci giorni che invece viene programmata nei limiti di legge quindi magari 2 settimane e quindi decida di andare altrove sperando di farlo prima e su questo non lo so non ti saprei dire.

Anna Aprile: non so Paola, perché io non lo so, se le donne preferiscono il metodo farmacologico o chirurgico

Paola Veronese: La farmacologica noi al momento la utilizziamo per le IVG oltre il 90' che è l'unico sistema che abbiamo, prima del 90' giorno non la utilizziamo ma perché in realtà non c'è una grande richiesta dal momento che la paziente avrebbe già fatto la sua scelta, le certificazioni e l'eco in epoca gestazionale molto precoce quindi secondo me in Veneto in generale non c'è tanto questa cultura perché la maggior parte arriva a programmare l'interruzione che è già oltre le 9 settimane, comunque è stato fatto una procedura, che deve essere ancora finalizzata per l'estensione della RU anche nei primi 90 giorni negli ospedali con il supporto dei consultori che quindi dovrebbero fare la loro parte almeno per la parte pre e post.

Chiara Roda: Quindi attualmente l'IVG farmacologica c'è solo negli ospedali dopo i 90'?

Paola Veronese: Dopo i 90' per forza in ospedale perché la paziente ha una sorta di parto e dopo vengono fatti degli accertamenti sul feto, prima dei 90 giorni viene fatta in alcuni punti nascita, ad esempio Mestre, noi ancora non ci siamo organizzati perché stiamo aspettando che la Regione ci fornisca questo percorso che veda anche la figura dei consultori, però non ci capita quasi mai che le pazienti ci chiedano questo tipo di intervento (quello farmacologico) perché secondo me culturalmente non siamo ancora abituati a questo.

Chiara Roda: Una cosa che volevo chiedere sui consultori, all'interno del territorio padovano quanti ce ne sono?

Paola Veronese: Numericamente non ti so dire, perché considera che noi siamo un'entità del tutto svincolata anche dal punto di vista giuridico dal territorio dell'ULSS, ci sono molti distretti e consulti e di recente è stato fatto anche un turnover e molti sono anche nostri ex specializzandi, che sanno anche fare un'ecografia. In passato per dire in Veneto non avevano neanche l'ecografo nei consultori e quindi eravamo un po', io ho fatto un'esperienza in Friuli e lì erano messi anche peggio, e quindi adesso l'organizzazione è molto buona e i medici consultoriali hanno un ruolo in questa tematica qui.

Chiara Roda: Invece per quanto riguarda il sostegno delle donne che decidono di portare avanti la gravidanza, ci sono dei percorsi regionali di sostegno, di politiche pubbliche di sostegno per la donna da quando scopre di essere incinta ad esempio al primo anno di vita del bambino?

Anna Aprile: Se ci sono, essi sono territoriali e non a capo dell'ospedale

Paola Veronese: Anche se ci sono, sono in realtà aiuti minimi purtroppo e soprattutto dalle associazioni, come ad esempio case famiglia o il movimento per la vita che danno un po' di supporto. Considera che noi non abbiamo neanche una foresteria per i genitori che hanno i bimbi ricoverati, se hai degli aiuti li hai dalle associazioni o da alcuni movimenti, credo che così sia in tutta Italia.

(io ho spiegato il percorso nascita in ER, Paola Veronese ha sottolineato che non crede che diano aiuti economici neanche in ER)

Paola Veronese: Le visite ostetriche non si pagano, l'ecografia ne hanno un paio garantite poi se entrano nei percorsi patologia della gravidanza ne hanno una al mese, noi pianifichiamo tutto dal momento di accesso fino al parto, noi la psicologa ce l'abbiamo sia come centro pre-natale o comunque come servizio dell'azienda ospedaliera e ci sono a seconda dei casi di anomalia abbiamo le psicologhe della pediatria che seguono ad esempio con alcune associazioni quelle famiglie che hanno un feto cardiopatico e gli danno un sostegno se devo ad esempio rimanere a Padova e gli trovano anche una sistemazione, la differenza secondo me la fanno le associazioni dei genitori in genere, un po' anche nel resto d'Europa su queste cose.

Anna Aprile: Vent'anni fa c'era stato un progetto finanziato che era coordinato dalla professoressa Facchin che si intitolava "Benvenuto bambino" e prevedeva una presa in carico della puerpera dopo il parto a prescindere che avesse chiesto prima un IVG o fosse un bambino desiderato che offriva un sostegno psicologico a tutte le mamme attraverso incontro domiciliari a un mese, tre mesi e ad un anno e andavo le ostetriche o le infermiere a trovare le mamme che avevano partorito e avevano visto che questi pochi accessi avevano dato dei risultati inattesi in termini di benessere, la mamma che riceveva una figura sanitaria con cui confrontarsi era serena. Addirittura la professoressa Facchin da brava epidemiologa aveva anche calcolato che negli anni in cui c'era questo processo c'era stata un'incidenza minore di bambini neglect rispetto ai numeri attesi di norma. Progetto che poi non fu più finanziato

Chiara Roda: In Italia le percentuali relativi agli obiettori sono alte, anche in Veneto i numeri sono molto alti. Questo non comporta difficoltà nei reparti?

Paola Veronese: No, noi siamo due equipe e siamo almeno un paio di medici per equipe e quindi la copertura anche in caso di ferie c'è perché c'è sempre qualcuno.

Chiara Roda: I movimenti per la vita sono un problema? O non si sente troppo la loro presenza?

Paola Veronese: Io non ho niente da puntare contro di loro, io sono per il libero pensiero, per me va benissimo che esistano, se possono aiutare le persona che ne hanno la necessità di un aiuto effettivo, io credo che siamo nel 2023 e dover interrompere perché hai dei problemi economici sia folle quindi se loro possono dare una mano alle famiglie per diventar tali ben venga il fatto che loro siano favorevoli alla vita a ogni costo è il loro pensiero che io rispetto assolutamente, io non ho mai avuto problemi con nessuno del movimento per la vita. Ognuno può esprimere il proprio pensiero e manifestarlo. Loro rispettano il mio almeno per adesso e io rispetto il loro. Non so Anna abbia esperienze diverse.

Anna Aprile: Nono

Chiara Roda: Per quanto riguarda la prevenzione? La regione si muove in una certa maniera oppure no?

Paola Veronese: A parte un po' di educazione nelle scuole, poi non penso che il problema sia il costo della pillola che comunque la pillola costa. Il problema è che tante ragazze pensano che la pillola anticoncezionale faccia ingrassare, credo sia proprio una questione di ignoranza. Che io sappia non è presente alcun progetto di prevenzione per quanto riguarda l'IVG ripetuta

Anna Aprile: Ci sono diversi consultori che hanno lo spazio giovani dedicato agli adolescenti, io credo che se una si voglia informare ci sono gli spazi dove poterlo fare, l'ospedale è l'ultima sede. È vero che la legge dice che quando si fa IVG bisogna dare informazioni alle donne ma li possiamo prevenire quella successiva ma non quella che c'è stata. Perché la vera prevenzione deve avvenire nel territorio non nell'ospedale.

Paola Veronese: La regione Veneto ha fatto dei percorsi sia per la genitorialità sia per i ragazzi, poi è ovvio che le strutture ci sono poi sta a loro informarsi e accedere alle strutture.