

L'obiezione di coscienza nell'interruzione volontaria di gravidanza

Quanto pesa il fattore religioso?

di Camille Maes e Elena Spina

CONSCIENTIOUS OBJECTION IN VOLUNTARY TERMINATION OF PREGNANCY: HOW SIGNIFICANT IS THE RELIGIOUS FACTOR?

The paper focuses on the causes and the consequences of conscientious objection in the field of voluntary termination of pregnancy and is based on the analysis of existing literature, desk research. Almost fifty years after the enactment of law 198/78, which regulated voluntary termination of pregnancy and provided for conscientious objection, Italy shows very high percentages of objectors who may constitute an obstacle to the effective enforceability of the right to terminate a pregnancy. The reasons behind the choice to object are manifold. One of the main reasons is rooted in the ethical-religious dimension and the influence that Catholicism continues to have in shaping individual choices. However, this motivation is accompanied by others stemming from different causes, including the social stigma against those who perform abortions; the professionals' perception of performing a less valued job; the high workload that non-objectors accumulate to compensate for staff shortages; and economic reasons, as in Italy abortion is a practice that cannot be performed on a private basis within the public healthcare system and therefore is not financially rewarding. Understanding the motivations behind the choice to object by healthcare personnel is of fundamental importance in adopting policies aimed at removing obstacles that undermine access to voluntary abortion.

KEYWORDS *Voluntary termination of pregnancy, abortion, conscientious objection, religion, Catholic Church.*

1. Introduzione

La connessione tra salute e religione, due dimensioni essenziali e fondanti l'esistenza umana (Serra 2020), è molto antica e da tempo all'attenzione degli scienziati sociali (Perocco 1999; Pace 1986; Bourdieu 1971; Abruzzese

Camille Maes, Université de Liège, cmaes@uliege.be

Elena Spina, Università Politecnica delle Marche, e.spina@univpm.it

1996; Idler *et al.* 2023). In alcuni ambiti particolarmente investiti dal potere religioso (contraccezione, aborto, eutanasia, gestazione per altri, ecc.), questa interazione appare molto controversa perché l'influenza della religione si ripercuote sull'adozione di *policies*, sulla esigibilità dei diritti e sulla possibilità di fruire di determinati servizi all'interno dei moderni stati laici (Marcaccio 2021). Il principio stesso di laicità, che rimanda alla separazione delle sfere politiche e religiose, alla neutralità dello Stato nei confronti delle diverse confessioni, alla libertà di coscienza dei cittadini e all'assenza di discriminazione per motivi religiosi, può assumere diverse forme (Willaime 2015). In Europa, possiamo identificare un modello che prevede una scissione netta fra Stato e Chiesa (come in Francia) e un modello che si basa sulla cooperazione fra questi due soggetti (Portier 2015). Quest'ultimo si declina in forme diverse, a seconda che lo Stato privilegi una religione in particolare, che diventa di fatto religione di Stato (come in Grecia o in Danimarca) oppure che stabilisca un dialogo con più confessioni (come in Germania). In Italia, abbiamo assistito al sorgere di una forma di laicità «ibrida», caratterizzata dall'affermazione del carattere neutro dello Stato (come sancito dalla Costituzione e ribadito dalla Corte Costituzionale), che riserva comunque un posto privilegiato alla Chiesa cattolica (Ventura 2012; Garelli 2016). In effetti, l'articolo 7 della Costituzione, rimandando ai Patti Lateranensi, riconosce l'importanza storica e culturale del cattolicesimo. Nell'Accordo di Villa Madama, che ridefinisce i rapporti fra Stato e Chiesa modificando il Concordato lateranense (1984), la religione cattolica, pur perdendo la designazione di religione di Stato, si vede concessa alcuni privilegi (come, ad esempio, l'obbligatorietà dell'insegnamento della religione cattolica nelle scuole). Nel settore della salute, le intersezioni fra Stato e Chiesa si possono rintracciare in modo molto visibile. L'assistenza religiosa in ambito sanitario è sempre stata particolarmente significativa poiché, almeno fino all'avvento dello stato sociale novecentesco, l'assistenza ai malati è concepita come un atto di liberalità e di carità verso gli ultimi. Un primo tentativo di laicizzare la sanità risale alla legge Crispi («Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza IPAB») del 1890, contestualmente alla quale le Opere Pie vengono annesse alla pubblica amministrazione, regolamentate e sottoposte a controllo. Ma è solo con l'iter legislativo successivo ai Patti Lateranensi (nello specifico con la l. 248 del 1929) che gli istituti ecclesiastici vengono sottoposti alle leggi civili e solo a seguito della riforma ospedaliera del 1968 (l. 132) perdono almeno formalmente la logica paternalistico-assistenziale che li aveva sorretti (Taroni 2018). Con la riforma ospedaliera, infatti, viene abbandonato il concetto degli enti di assistenza e beneficenza e il criterio caritativo-assistenziale; gli ospedali vengono scorporati dagli enti pubblici (IPAB, Mutue, Ospedali civili ed altri enti pubblici) per essere costituiti in enti autonomi, tutti con la stessa organizzazione e tutti con il solo scopo del ricovero e della cura. Nasce così l'Ente ospedaliero

dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, e si realizza il passaggio da un'assistenza volontaristica all'assistenza ospedaliera quale servizio pubblico dello Stato, quindi per tutti i cittadini. Il peso del cattolicesimo, nella sua espressione meno ascetico-spirituale e più politico-pragmatica, ha impattato pesantemente sulle scelte politiche anche grazie a un sistema organizzativo e gestionale della sanità italiana fortemente politicizzato e basato su nomine e su appartenenze di tipo clanico¹ (Vicarelli 2010b; Taroni 2011).

Il presente contributo approfondisce la questione dell'obiezione di coscienza (OdC) nell'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG). L'obiezione di coscienza costituisce uno strumento tipico del diritto moderno e del pluralismo statale (Lamb 2016). Si riferisce a un caso specifico, previsto dalla legge, di disobbedienza ad una normativa legale, se quest'ultima contraddice i valori etici dell'individuo (Saporiti 2014). In ambito sanitario, si considera che «physicians, nurses and pharmacists engage in acts of conscientious objection when they: 1) refuse to provide legal and professionally accepted goods or services that fall within the scope of their professional competence, and 2) justify their refusal by claiming that it is an act of conscience or it is conscience-based» (Wicclair 2011, 1).

Il contributo si interroga sui fattori che sottostanno alla scelta di obiettare (alla luce delle conseguenze che l'elevato ricorso a tale strumento può avere sulla possibilità di usufruire dei servizi abortivi) ed elabora una riflessione sul ruolo della religione cattolica in questi processi. L'intento è quello di sintetizzare le conoscenze sociologiche prodotte sino ad ora su tale questione, avvicinandola con uno sguardo critico e con una prospettiva storica e internazionale. Nell'ottica di raggiungere una comprensione completa della problematica, vengono utilizzate e incrociate fonti diverse. In primo luogo, vengono impiegati dati quantitativi prodotti da istituzioni nazionali e internazionali arricchiti, però, da informazioni qualitative presenti nella letteratura scientifica. Se i

¹ Nell'analizzare in chiave storica la configurazione assunta dalla professione medica in Italia, Vicarelli riprende le argomentazioni di Collins (1990) che, partendo dalla considerazione del professionalismo come modalità regolativa a sé stante, come quarta base istituzionale dell'ordine sociale che Streeck e Schmitter (1985) definiscono associazione, contrapponendola alla comunità, allo Stato e al mercato, individua due distinti modelli: uno anglosassone, caratterizzato da gruppi occupazionali forti in termini di autonomia e di operatività nel mercato; uno di tipo continentale, dove sarebbero le gerarchie burocratiche a professionalizzarsi grazie al sostegno pubblico che le trasformerebbe in élite dominanti. I gruppi professionali italiani mostrerebbero, invece, secondo Vicarelli tratti peculiari tanto da configurare un terzo modello «che scaturirebbe da una regolazione centrale sul potere dei clan e delle professioni anziché su una forte incidenza dello Stato e del mercato» (Vicarelli 2010b, 400). Professioni, dunque, come agenti del cambiamento che, in base alle circostanze e alle convenienze, sembrano in grado di legittimare le politiche o di ostacolarne l'implementazione in un gioco incessante di interdipendenze con i meccanismi che disciplinano le altre forme di regolazione.

primi, infatti, forniscono un tipo di lettura rispetto all'accesso all'IVG in Italia, le ricerche qualitative permettono di interpretare con maggiore complessità il ricorso all'OdC. Viene altresì fatto riferimento a inchieste giornalistiche che hanno coinvolto professionisti sanitari e a un'intervista semi-strutturata condotta da una delle autrici con un ginecologo veneto non obietto nel 2017 (rinominato dott. Ferrari per garantirne l'anonimato); queste testimonianze sono citate nel testo per illustrare e dare robustezza all'analisi.

Il lavoro si apre con una breve quanto necessaria ricostruzione dell'atteggiamento della Chiesa nei confronti dell'aborto e del dibattito politico, carico di tensioni sociali, che ha preceduto e accompagnato l'iter di emanazione della l. 194/78 che ha di fatto depenalizzato il reato d'aborto. Tale premessa porta alla luce il peso che la componente cattolica ha esercitato (e continua a esercitare) sulle politiche e sulle scelte che riguardano la salute. Nel secondo paragrafo viene presentato, tramite un'analisi di tipo storico-comparato, il fenomeno dell'IVG e della relativa OdC. Dal confronto emerge come l'Italia costituisca un caso noto in letteratura per l'elevata percentuale di obiettori tra il personale sanitario. Il contributo prosegue presentando gli esiti di alcuni studi volti a indagare le motivazioni alla base dell'OdC. Forse neppure tanto sorprendentemente emergono motivazioni non riconducibili soltanto a quelle di natura etico-religiosa, ma anche altre di ordine organizzativo, economico, legate alla crescita professionale e alla considerazione sociale di chi pratica l'IVG. Appare inoltre come l'influenza della religione stessa si dispieghi in modo molto più complesso di quello che si potrebbe pensare. Riconoscere l'esistenza e la diversità di questi fattori appare fondamentale poiché permette di ricercare soluzioni utili a rimuovere gli ostacoli che spingono gli operatori a obiettare. Prima di concludere l'articolo, vengono presentate alcune possibili vie d'uscita a quello che sembra emergere come un problema di esigibilità del diritto di aborto in conseguenza dell'elevato numero di obiettori presenti nella sanità italiana.

2. Aborto e religione in Italia: quale secolarizzazione?

La Chiesa cattolica ha sempre dimostrato un forte interesse nei confronti dei comportamenti riproduttivi. Attraverso la formulazione di una morale che separa le pratiche accettabili da quelle illegittime in ambito sessuale, ma anche attraverso operazioni coercitive e repressive di larga portata in secoli precedenti (come la «caccia alle streghe»), il Magistero ha cercato di controllare l'autonomia procreativa degli uomini e, soprattutto, delle donne. La condanna dell'aborto rientra in questo tentativo: nel pensiero cristiano, viene dipinto come un peccato, perché contravviene alla volontà di Dio, unico depositario della vita umana, e come un omicidio. Su quest'ultimo punto, le interpreta-

zioni non sono tuttavia sempre state uniformi: secondo alcune correnti di pensiero, il momento dell'«animazione», in cui il feto acquisisce la sua anima e perciò personalità umana, non avviene al concepimento bensì più tardi nel processo di formazione; l'aborto, dunque, nella fase iniziale della gravidanza non corrisponderebbe alla soppressione di un essere umano.

Dal diciottesimo secolo e con l'avvento della biopolitica (Foucault 1997), anche lo Stato comincia a interessarsi alla riproduzione dei suoi sudditi: prende infatti piede una nuova teoria che attribuisce alla popolazione una rilevanza politica centrale, in quanto base della potenza e della vitalità statale. Il feto, in qualità di «cittadino non nato», deve essere protetto. Da peccato, l'aborto diventa un crimine. Nell'Italia unificata, il codice penale (Codice Zanardelli), promulgato nel 1889, prevede il reato d'aborto, classificato come un delitto contro la persona. Nel ventesimo secolo, la Chiesa mantiene il suo atteggiamento rigido nei confronti del controllo delle nascite. Abbandonata la tesi dell'animazione tardiva, la condanna dell'aborto si inasprisce, indipendentemente dallo stadio della gestazione. In risposta al diffondersi delle idee neo-malthusiane, l'enciclica *Casti Connubii* (1930) denuncia ogni tentativo di ostacolare la procreazione, fine ultimo dell'atto sessuale e del matrimonio. Anche lo Stato fascista mette in atto un aumento della repressione dell'aborto, che viene inserito, nel nuovo codice penale (Codice Rocco), nel titolo X, libro 2, dedicato ai «delitti contro la integrità e la sanità della stirpe», insieme alla promozione della contraccezione e alla sterilizzazione (Galeotti 2003; Gissi e Stelliferi 2023).

Nell'Italia del dopoguerra, l'ansia per la decrescita della popolazione lascia il posto a preoccupazioni opposte: si diffondono nuovi discorsi sulla «bomba demografica», che alludono soprattutto ai cittadini poveri e meridionali. Il movimento internazionale del *planned parenthood* comincia a farsi sentire anche in Italia. L'AIED (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica), creata nel 1953, è la prima realtà italiana a difendere il controllo delle nascite. Alla fine degli anni '50 si sviluppa un interesse crescente dell'opinione pubblica (giornali e media in generale) per le numerose morti avvenute in conseguenza degli aborti illegali, seppure spesso attribuiti per convenienza ad altre cause. La portata del fenomeno (si parla di circa un milione di decessi all'anno) non può più essere trascurata e nel 1961, per la prima volta, il settimanale *Noi donne* (organo ufficiale dell'Unione Donne Italiane – UDI) avvia un'inchiesta. L'eco dei dibattiti accessi negli altri paesi alimenta le prime idee sulla depenalizzazione e sulla regolazione dell'aborto in Italia, verso le quali si oppone subito la Chiesa cattolica tramite l'enciclica *Humanae Vitae* del 1968, firmata da Paolo VI. Nel 1970, la legge sul divorzio è votata (e confermata dal referendum del 1974). Nel 1971, la Corte Costituzionale dichiara illegittimo e abroga l'articolo 553 del Codice Rocco, che puniva «chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse».

Questa mossa apre la strada alle rivendicazioni sulla legalizzazione dell'aborto. Sostenuto anche dall'aumento, registrato dall'Istat, del numero degli aborti ufficiali (passati da 118 mila nel 1956 a 141 mila nel 1972) e dalla necessità sempre più impellente di normare la questione, il fronte a favore dell'aborto cresce e inizia ad organizzare eventi pubblici di sensibilizzazione. Contestualmente e sempre in questa direzione, a Roma e a Milano sorgono due importanti realtà: il Centro di informazione per la sterilizzazione e l'aborto (CISA), fondato da Adele Faccio ed Emma Bonino, di orientamento radicale, e il Coordinamento romano per l'aborto e la prevenzione (CRAC) che riunisce i collettivi femministi e li collega ai movimenti di sinistra. L'opera di questi centri ha una portata rivoluzionaria: non solo si attivano per la mobilitazione e per la sensibilizzazione, ma promuovono l'aborto in centri autogestiti organizzando corsi di formazione per ginecologi e viaggi che permettono alle donne di interrompere a costi ragionevoli le gravidanze indesiderate (Spadaccia 2012). Nel 1973 il socialista Loris Fortuna firma il primo disegno di legge sull'aborto, sul quale però non convergono né il Partito Comunista (Pci), preoccupato di non incrinare il confronto con il mondo cattolico, né Sinistra Indipendente che considera la proposta eccessivamente timida. Deciso, per contro, l'attacco della Chiesa cattolica che si esprime nei termini di una «involutione del costume collettivo» e diffonde un documento dal titolo «Dichiarazione sull'aborto procurato» (Iacarella s.d., 3). Nel 1975 ha inizio la campagna referendaria appoggiata da organi di stampa (*l'Espresso*, la rivista *Abc*), da movimenti e sindacati (Movimento di liberazione della donna, la Lega del 13 maggio, Lotta Continua, la UIL) e da partiti politici, esclusi però i grandi partiti della sinistra. Vengono raccolte 800.000 firme ed è presentata alla Corte di Cassazione la richiesta di un referendum abrogativo degli articoli 546, 547, 548, 549 secondo comma, 550, 551, 552 e 555 del Codice Rocco che vietavano l'aborto. La Cassazione dichiara valido il numero di firme raccolte fissando, tra l'aprile e il giugno del 1976, la data della consultazione qualora nessuna nuova legge fosse subentrata.

Già, tuttavia, una storica sentenza della Corte costituzionale, datata 18 febbraio 1975, aveva consentito il ricorso all'IVG per motivi gravi, sostenendo che non fosse accettabile porre sullo stesso piano la salute della donna e quella dell'embrione. Il clima di tensione è alto e sale anche a seguito degli arresti eclatanti dei vertici del partito Radicale (Pannella, Spadaccia, Faccio e Bonino) accusati di associazione a delinquere e procurato aborto. Con la crescita delle sinistre alle elezioni del 1975 vengono avanzati cinque diversi disegni di legge sull'aborto (promossi da PSDI, PCI, PRI, PLI e DC) accomunati, tuttavia, dalla mancata contemplazione di una totale volontà di abrogare l'illecito penale. L'esecutivo, guidato da Aldo Moro, assume a riguardo una posizione di neutralità. La svolta arriva dal Pci e dalla nuova linea assunta dal suo segretario Berlinguer che esprime netta contrarietà alla

totale liberalizzazione proposta dai Radicali. È allora che alcuni esponenti della DC e alcuni socialisti decidono di appoggiare la soluzione delle elezioni anticipate pur di evitare la consultazione referendaria fissata per il 15 aprile 1976 e optare per l'approvazione di una legge di compromesso. Il disegno di quest'ultima, proposto dai deputati di Sinistra Indipendente, non tarda ad arrivare e nell'ottobre del 1976 viene presentato un progetto dal titolo «Norme sulla tutela sociale della maternità e interruzione volontaria della gravidanza» che punta sulla lotta alla clandestinità dell'aborto e sull'autodeterminazione della donna. Tale disegno di legge, in parte modificato e integrato da proposte di altri partiti, viene votato alla Camera nel gennaio del '77 con 310 voti a favore e 296 contrari; subisce tuttavia una battuta d'arresto al Senato dove, il 7 giugno viene bocciato per due soli voti, anche a causa delle forti pressioni del mondo cattolico: la CEI, inviando telegrammi alle più alte cariche dello Stato, esprime la più totale contrarietà e il nascente Movimento per la Vita manda a tutti i senatori un appello intitolato *Vita o Morte?*. Nonostante tali segnali, però, è sempre più forte la richiesta da parte della società di civile di arrivare a una regolamentazione dell'aborto². Nei primi mesi del '78 un nuovo testo approda alla Camera, dove viene approvato, a scrutinio segreto, da 308 deputati (contro 275 contrari) e, tra il 18 e il 21 maggio arriva in Senato, dove ottiene l'approvazione (160 voti favorevoli contro 148 contrari). La l. 194 viene dunque approvata in un clima di forte tensione, e tra molte opposizioni, da una maggioranza composta da comunisti, socialisti, socialdemocratici, repubblicani, liberali e Sinistra Indipendente; si esprimono in maniera contraria democristiani, missini ma anche radicali e demo-proletari, non contrari alla depenalizzazione dell'aborto ma ai limiti posti dalla legge alla totale libertà di abortire (Scirè 2018).

La soluzione di compromesso che rappresenta la legge è esplicita già dal suo titolo che, prima di nominare l'interruzione di gravidanza, si pone come garante della «funzione sociale della maternità». Il primo articolo della legge indica che «lo Stato tutela la vita umana dal suo inizio» e che l'aborto «non è mezzo per il controllo delle nascite». I consultori, identificati come le strutture di riferimento nella presa in carico della salute riproduttiva, hanno il compito di «far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza» e si possono appoggiare, per questo, sulla «collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita» (art. 2). In pratica, questa disposizione permette alle associazioni antiabortiste di penetrare nei presidi sanitari per orientare la scelta delle donne. Il principio di autodeterminazione, caro ai movimenti femministi, scompare dal testo: alla

² Da un'inchiesta DOXA emerge come per il 55% degli intervistati l'IVG entro le prime tre settimane non costituisca reato (Iacarella, s.d., p. 8).

donna che chiede di abortire, tale possibilità viene concessa se la gravidanza costituisce un «serio pericolo per la sua salute fisica o psichica» (art. 4), e non in virtù della libera scelta sul proprio corpo. Per lo più, le viene imposto un «periodo di riflessione» di sette giorni prima dell'intervento, a meno che non venga riconosciuto il carattere emergenziale della richiesta da parte del personale medico (art. 5). Ma forse l'articolo che, più di tutti, sancisce la natura «immorale» dell'aborto e contiene i germi di un potenziale svuotamento della legge, è l'articolo 9. In quest'ultimo, viene introdotto il diritto all'OdC laddove si legge che « 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». Il medesimo articolo prosegue sostenendo che «L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento». Lo stesso articolo continua affermando che «Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'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». Viene così di fatto vietata l'obiezione di struttura stabilendo che il numero di obiettori in un ospedale non deve impedire che si pratichino interventi di IVG.

L'OdC solleva da subito problemi di inconciliabilità tra due diritti; in particolare diviene una preoccupazione comune che lo strumento diventi arma di battaglia senza quartiere da parte dei cattolici intransigenti per rendere inoperante la legge (Iacarella s.d., 9). Forte, del resto, è la condanna della Chiesa. Subito dopo la pubblicazione della legge, Papa Paolo VI ordina a tutti i medici di obiettare, sotto pena di scomunica, e la CEI emana una nota pastorale dal titolo *Comunità cristiana e accoglienza della vita nascente*. Nel 1979, il nuovo pontefice Giovanni Paolo II promuove la celebrazione annuale della giornata «a difesa della vita». Non solo: il Movimento per la vita lancia due referendum abrogativi: un primo che prevede il divieto di aborto in ogni caso, e un secondo (che verrà poi escluso dalla Corte costituzionale) che lascia aperta la possibilità al solo aborto terapeutico. Contestualmente anche il partito Radicale raccoglie firme per un referendum che appoggi la piena liberalizzazione dell'aborto. Nel maggio dell'81, con un'affluenza del 79,6%, vince il fronte del no su entrambe le proposte: quella radicale ottiene

l'88,5% dei no, quella del Movimento per la vita il 67,9% dei voti contrari. Quest'ultimo esito costituisce una svolta senza precedenti e rappresenta il sentire comune « contro le tentate imposizioni della Chiesa su un argomento di così rilevante carica morale e civile» (Scirè 2018, 24). La presa della Chiesa sui cattolici appare quindi decisamente in declino.

Nei decenni che hanno seguito la promulgazione della legge 194, la posizione della Chiesa cattolica non accenna ad ammorbidirsi sulle questioni riproduttive (contraccezione, aborto, nuove tecnologie della riproduzione). Con la dissoluzione della Democrazia Cristiana, la Chiesa, cambia la sua strategia politica: invece di fare riferimento a un unico partito che la rappresenti nella sfera politica, si trasforma in una *lobby* che estende la sua influenza attraverso una rete composta di politici e gruppi della società civile (Hanafin 2009). Questa riconfigurazione viene esplicitata in occasione della Conferenza Episcopale Italiana del 1994, che inaugura il cosiddetto «progetto culturale» della Chiesa italiana. Quest'ultimo ambisce a riposizionare la Chiesa nel ruolo di interlocutore centrale nei grandi dibattiti – anche quelli che non riguardano questioni strettamente religiose – e a promuovere i valori cristiani nella società (Garelli 2014). Allo stesso tempo, si assiste alla transizione da un «cattolicesimo sociale» a un «cattolicesimo culturale», nel senso che la Chiesa concentra parte delle sue energie dalla funzione d'integrazione sociale a quella più strettamente identitaria: il suo intento è di ricollegare l'identità italiana alla cultura cattolica (Garelli 2012). Questa presa di posizione si esprime in gran parte nell'ambito della procreazione, della sessualità, della famiglia e della bioetica: difesa della famiglia tradizionale e condanna dell'omosessualità, denuncia dell'«ideologia del gender», ovvero delle iniziative che mettono in evidenza il carattere socialmente costruito delle identità di genere, rifiuto di tutte le pratiche di controllo delle nascite tranne l'astinenza periodica (Ventura 2012).

Per poter raggiungere un pubblico più ampio e presentarsi sotto una forma più adeguata ai tempi, i valori cattolici in materia di procreazione vengono riformulati, adottando retoriche tipiche dei diritti umani e della scienza, attraverso la formulazione di un'«antropologia biblica» ancorata nella biologia e nella «natura» (Carnac e Della Sudda 2020) per la difesa del diritto alla vita dell'embrione/feto. Quest'ultimo discorso si è man mano affermato come un elemento centrale nel dibattito pubblico e politico italiano, contribuendo al consolidamento di una «*vitapolitics*» (Hanafin 2006) : un regime rigido e restrittivo dei diritti riproduttivi basato sul valore della vita dell'embrione/feto, che diventa un soggetto biopolitico centrale. Questa tendenza può essere rintracciata in diverse prese di posizione istituzionali, come, ad esempio, nei pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica, costituito nel 1990. Nel 1996, nel suo parere sulla procreazione medicalmente assistita, tale Comitato rivendica la necessità di proteggere l'embrione, definito come «uno di noi»; nel 2012, invitato ad esprimersi sull'obiezione di coscienza, dichiara quest'ultima

legittima in virtù dell'articolo 2 della Costituzione che sancisce il diritto alla vita (equiparando di fatto l'embrione/feto a una persona umana godendo di diritti soggettivi³).

Questo orientamento culmina nell'adozione della legge 40 del 2004 che disciplina la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Quest'ultima, fra le più rigide a livello internazionale, vieta le tecniche di procreazione eterologhe e l'accesso al servizio per le donne single e le coppie omosessuali. Precisando che la procedura deve essere eseguita nel rispetto dei diritti di «tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito» (art. 1), lascia ampio spazio all'«interesse» dell'embrione a discapito di quello della donna (Niccolai 2005). Dall'entrata in carica del governo Meloni, nel 2022, quattro disegni di legge⁴ che minacciano direttamente o indirettamente il diritto all'aborto sono stati presentati, mentre il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvato ad aprile 2024 assicura alle associazioni anti-abortiste l'accesso ai luoghi della sanità pubblica. La funzione identitaria del cattolicesimo ostentato dalle forze politiche al potere viene esacerbata da retoriche xenofobe, nella difesa di un'identità italiana ed europea cristiana dipinta sotto la minaccia di forze religiose e culturali esterne, l'islam *in primis*.

Questo excursus storico permette di rilevare come il processo di «secolarizzazione», inteso come la perdita di influenza delle religioni sulla società, sia stato difficilmente lineare e assoluto. A ridosso delle teorie classiche della secolarizzazione (Wilson 1966; Berger 1967), e seguendo piuttosto le idee di Casanova (2019), la storia italiana mostra come, a un periodo in cui sono prevalse dinamiche di contestazione del potere ecclesiastico sulla produzione del diritto e sulla società, sia successa una fase di rinnovo del ruolo pubblico della Chiesa su determinate tematiche (Ventura 2012), anche se questa influenza viene esercitata in modo più indiretto e blando. Nonostante una presa di distanza generale della società nei confronti dell'autorità religiosa, si assiste ad un certo «reincantesimo» del diritto e delle istituzioni sulle questioni di bioetica (Portier e Feuillet-Liger 2012). Quest'evoluzione viene in realtà resa possibile proprio dall'avvento dello Stato laico: nel separare istituzioni statali e religiose e nel definire un posto nella società per le diverse confessioni, libere di esprimersi, la laicità offre uno spazio di manovra alle religioni tradizionali

³ Mentre l'articolo 1 del Codice Civile stabilisce il contrario: «la capacità giuridica si acquista al momento della nascita. I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita».

⁴ Due proposte per attribuire all'embrione/feto la personalità giuridica (DDL 165 del 13/10/22 e DDL 464 del 13/01/23), una proposta per creare una giornata nazionale della «vita nascente» (DDL 244 del 26/10/22) e una proposta per riconoscere gli embrioni/feti come membri del nucleo familiare (DDL 14 del 13/10/22).

per riconfigurare la loro azione politica e ideologica, anche in forme innovative (Garelli 2016).

3. La situazione italiana e la collocazione nello scenario internazionale

Oltre all'Italia l'IVG è normata nella maggior parte dei paesi Europei. In molti di questi (Germania, Francia, Belgio, Portogallo, Spagna, Norvegia, Svezia e paesi balcanici) è consentita su richiesta della gestante, anche se rimangono le restrizioni imposte dalle settimane di gravidanza, dal periodo di riflessione obbligatorio ed eventualmente dalle autorizzazioni di chi esercita la potestà genitoriale in caso di minori. Ci sono però anche stati in cui l'IVG non è contemplata se non per casi di straordinaria gravità, e altri (Andorra, Malta e San Marino) in cui nessuna eccezione è prevista dalla legge. Più complessa la situazione in stati quali la Polonia, il Liechtenstein, il Principato di Monaco dove l'aborto è previsto in tre casi: pericolo di vita per la madre, stupro e grave malformazione del feto. In Gran Bretagna, Finlandia e Islanda l'aborto è consentito per permettere alla donna di preservare la propria condizione di salute psico-fisica e mentale, per la malformazione del nascituro, se conseguenza di uno stupro e a causa di cattive condizioni socio-economiche (Center for Reproductive Rights s.d.).

Il nostro paese si distingue positivamente per quanto riguarda il monitoraggio dell'IVG. Se oggi è possibile analizzare tale fenomeno, inquadrandolo nella sua dimensione quantitativa, e ricostruirne l'andamento nel tempo, è grazie ai dati contenuti nelle Relazioni annuali sullo stato di applicazione della legge che obbligatoriamente vengono predisposte e inviate al Parlamento, secondo quanto previsto dalla stessa legge 194. Tale obbligo venne previsto in quanto «da una parte, rispondeva al timore di chi quella legge l'aveva ostacolata, ovvero che la legalizzazione rendesse più facile il ricorso all'aborto [...] Dall'altra parte, esso permetteva a coloro che la legge l'avevano sostenuta, di valutarne l'effettiva implementazione su tutto il territorio nazionale» (Grandolfo 2018, 40). Il modello D12 dell'Istat è divenuto, così, lo strumento di rilevazione di questo fenomeno. L'ultima Relazione annuale sull'attuazione della legge 194/78 presentata nel 2023 e relativa all'anno 2021, evidenzia come nel corso dell'anno siano state effettuate 63.653 IVG; il tasso di abortività (numero di IVG ogni 1.000 donne residenti tra 15 e 49 anni) sia pari a 5,3 per mille (tra i più bassi a livello globale) e il rapporto di abortività (numero di IVG per nati vivi) si attesti a 159,0 per mille. Il ricorso all'IVG sembra essere diminuito rispetto all'anno precedente in tutte le classi d'età (tranne che tra le under 20), così come si riduce la percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva (pari al 24,0%). Le IVG tra le donne

straniere risultano in leggera diminuzione (analogamente a quanto osservato nei decenni precedenti per le donne italiane) e hanno riguardato il 27,1% di esse, mantenendo, per tutte le classi di età, tassi di abortività circa 2-3 volte più elevati rispetto a quelli delle italiane. In relazione alle tecniche utilizzate, nel 2021 le IVG chirurgiche sono ancora molto elevate e l'isterosuzione risulta la più praticata tra queste ultime (42,7%) mentre il raschiamento, procedura più rischiosa per la salute della donna e praticata in maniera altamente differenziata nelle regioni italiane, ha riguardato l'8,0% delle utenti. L'aborto farmacologico, con mifepristone e successiva somministrazione di prostaglandine, è stato utilizzato nel 45,3% dei casi, con conseguente aumento degli interventi eseguiti senza anestesia e aumento della percentuale di interventi in epoca gestazionale precoce che sono associati ad un minor rischio di complicanze per le donne (Ministero della Salute 2023). Questi dati evidenziano un lieve calo nel ricorso all'IVG rispetto all'anno precedente, calo che segue il trend degli ultimi 40 anni, in cui si osserva una diminuzione costante di tali valori (tab. 1). Rispetto al 1983, anno di massima incidenza del fenomeno, quando in Italia si registrarono 234.801 IVG, nel 2021 si osserva una riduzione di oltre il 70%.

L'ufficio regionale per l'Europa dell'OMS offre dati che permettono di confrontare la situazione italiana con quella europea. Le informazioni a disposizione consentono di osservare come l'Italia, tra i grandi Paesi dell'Unione, sia uno di quelli che mostrano i valori più bassi di IVG. L'Italia è superata da Paesi come Francia, Regno Unito e Spagna mentre hanno un tasso di aborti più basso paesi come la Germania, il Belgio, la Finlandia, la Grecia e l'Olanda.

Il trend in diminuzione mostrato dall'Italia sollecita alcune riflessioni.

La prima riguarda gli obiettivi originari della l. 194, almeno nelle intenzioni dei suoi proponenti, cioè quelli non solo di ridurre la piaga degli aborti clandestini, ma anche soprattutto di offrire una corretta informazione sessuale e una cultura contraccettiva volta a ridurre l'eventualità di gravidanze indesiderate. È lecito comunque interrogarsi sull'effettivo ruolo del «maggiore e più efficace ricorso ai metodi per la procreazione consapevole» (Ministero della Salute 2023, 6) nella tendenza alla riduzione delle IVG. In effetti, da una parte, le pratiche contraccettive italiane sono caratterizzate da una prevalenza di metodi «non tecnologici», come il *coitus interruptus* o i metodi cosiddetti «naturali» (Gribaldo *et al.* 2009). D'altra, è stato dimostrato in altri paesi, tra cui la Francia, che non esiste una correlazione automatica fra aumento dell'utilizzo della contraccezione e riduzione del numero di aborti (Bajos *et al.* 2004).

Pertanto, la seconda riflessione che si impone rimanda alle effettive possibilità di ricorrere all'IVG. L'iter indicato dalla legge prevede che, prima dell'effettiva procedura abortiva ma comunque entro i 90 giorni dal concepimento, si partecipi a un colloquio con un ginecologo che certifichi l'effettiva

Tab. 1. Tassi (T) e rapporti (R) di abortività per area geografica (1983-2020)

	1983		1991		2016		2021		Δ 2021/1983 (%)	
	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R
Nord	16,8	484,2	10,6	327,1	6,7	184,2	5,6	165,1	-66,67	-65,90
Centro	19,8	515,2	12,4	356,1	6,9	199,9	5,6	173,3	-71,72	-66,36
Sud	17,3	283,8	12,1	253	6,2	177,6	5,1	151,5	-70,52	-46,62
Isole	11,7	205,3	8,1	176,1	5,4	155,4	4,3	126,3	-63,25	-38,48
Italia	16,9	381,7	11	286,9	6,5	182,4	5,3	159	-68,64	-58,34

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute (2023).

gravidanza e accolga la volontà della donna di interromperla. Tra il colloquio e l'IVG devono passare sette giorni per eventuali ripensamenti⁵ e, quando è possibile, viene rimessa alla donna la scelta su come effettuare l'aborto⁶. Questo iter si rivela tuttavia non sempre lineare e facile da percorrere. Qui si innesta la questione dell'OdC e dell'elevato numero di professionisti sanitari che vi ricorre. Molte donne si trovano, infatti, nella impossibilità materiale di prenotare in tempo utile una interruzione volontaria di gravidanza per le lunghe liste d'attesa causate dall'alto numero di ginecologi obiettori. I dati relativi all'anno 2021, benché evidenzino anche su questo fronte una lieve riduzione rispetto all'anno precedente, confermano un'alta percentuale di obiettori: tra i ginecologi il valore è pari al 67%, tra gli anestesisti è del 43,5% e tra il personale non medico si attesta al 37,6%. I dati nascondono però un'ampia variabilità regionale per le tre categorie e il fenomeno appare più diffuso nel Sud. Ci sono zone del paese (come l'Abruzzo e la Sicilia) in cui i ginecologi obiettori superano l'80% del totale (Ministero della Salute 2023).

Il Ministero della Salute nega l'esistenza del problema in virtù di stime e calcoli effettuati sulla base di precisi parametri⁷. Secondo alcuni studi, tuttavia,

⁵ Solo nel caso di particolare urgenza il medico può autorizzare l'interruzione senza aspettare i sette giorni.

⁶ L'opzione è tra la procedura farmacologica, tramite assunzione di pillola abortiva e comunque se non sono passati 49 giorni dal concepimento, oppure chirurgica, eseguita tramite intervento in regime ospedaliero.

⁷ Al fine di conoscere in modo più preciso e dettagliato l'entità del fenomeno, il Ministero utilizza ormai da anni tre parametri che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali: 1) l'offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili; 2) l'offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita; 3) l'offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori, calcolato in base al carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore.

le medie calcolate dal Ministero ignorerebbero le indicazioni epidemiologiche secondo cui i calcoli andrebbero operati a livello locale (Cirant 2012). Essi, dunque, non renderebbero conto di realtà periferiche dove, invece, verrebbe meno la congruità del rapporto tra risorse disponibili e risorse necessarie a garantire il servizio. La difficoltà ad abortire riscontrata da parte di molte donne dà luogo a una intensa mobilità interregionale: non sono rari i casi di «pellegrinaggi dell'aborto» in cui le pazienti sono costrette a spostarsi in altre regioni per poter effettuare entro i termini di legge la IVG. In uno studio pubblicato nel 2018, Autorino *et al.* documentano la correlazione tra la distribuzione territoriale dei ginecologi obiettori e la mobilità delle donne che abortiscono. Lo studio, che si interroga sull'impatto dell'obiezione sul diritto all'aborto, prova che le regioni che registrano maggiori flussi in uscita di donne in cerca di un'IVG sono le stesse in cui l'OdC è più diffusa, al netto di ragioni altre che possano spingere le donne a recarsi in luoghi diversi da quelli di residenza, quali la ricerca della riservatezza, il timore dello stigma sociale, l'idea di una migliore qualità delle cure o la fama di strutture sanitarie site altrove (Autorino *et al.* 2018).

Sulla questione dei dati negli ultimi anni si è aperto un acceso dibattito alimentato soprattutto dai movimenti sorti in difesa della l. 194: ciò che si contesta è la scarsa trasparenza dei dati stessi che verrebbero pubblicati in modo aggregato per regione e non per struttura sanitaria, contenendo così un *bias* informativo. La legge, infatti, laddove introduce l'OdC, vieta l'obiezione di struttura, cioè vieta che la quota di obiettori all'interno dei reparti di ginecologia raggiunga il 100%, obbligando le strutture a garantire il diritto all'IVG. Dai dati aggregati, tuttavia, l'adempimento di questo obbligo di legge non si evince. Proprio per superare questo limite l'iniziativa «Mai Dati», sorta per richiedere dati aperti e capillari, ha recentemente condotto un'indagine sull'intero territorio nazionale avviando una raccolta tramite richiesta di accesso civico a ogni singola struttura. Gli esiti dell'indagine restituiscono un'immagine poco coerente e soprattutto meno rassicurante rispetto a quanto emerge dalle Relazioni sullo stato di attuazione della legge 194: 72 reparti italiani avrebbero tra l'80 e il 100% di obiettori; 22 ospedali e 4 consultori avrebbero il 100% di obiettori tra ginecologi, anestesisti e altro personale (Lalli e Montegiove 2022).

A livello comparato, l'Italia si pone in una posizione molto peculiare per le elevate percentuali di obiettori tanto da costituire un vero e proprio caso internazionale. Nonostante la scarsità dei dati a disposizione non permetta un confronto puntuale, la situazione in Europa e negli altri Paesi appare molto diversa, benché la questione dell'OdC apra ovunque accesi dibattiti che contrappongono diritto alla libertà di coscienza del personale sanitario al diritto alla salute delle donne. Secondo il Global Abortion Policies Database 2018 dell'OMS, 22 Stati membri su 28, tra cui l'Italia, attualmente prevedono il di-

ritto all'obiezione di coscienza sull'aborto. Al di là dei paesi in cui l'aborto non è consentito dalla legge o è permesso in casi limite, esistono realtà in cui non è contemplata l'OdC e altri in cui gli obiettori sono la minoranza e subiscono forme discriminatorie per la loro scelta. È il caso, quest'ultimo, della Gran Bretagna dove, secondo un recente rapporto della British Medical Association, l'obiezione raggiunge appena il 10%. In Germania e Norvegia la percentuale scende al 6% e in Francia addirittura al 3%. In Portogallo i numeri sono i più alti d'Europa e la percentuale di obiettori è molto elevata specie tra i medici; lo stesso accade in Spagna dove l'obiezione è piuttosto radicata benché le IVG vengano delegate per la maggior parte a cliniche private convenzionate, esonerando così i professionisti operanti nelle strutture pubbliche. In Svezia e Finlandia tale opzione non è contemplata nelle strutture pubbliche e il rifiuto all'assistenza è severamente punito (anche con il licenziamento). In Austria, dove la normativa prevede il ricorso all'obiezione di coscienza, non tutte le regioni dispongono dei servizi per l'IVG determinando una forte migrazione interna (Tongue 2022).

La peculiarità italiana per le percentuali di obiettori più elevata che altrove (essendo seconda solo al Portogallo) è documentata da due recenti condanne comminate tra il 2013 e il 2015 dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali e relative alla mancata previsione di misure adeguate a superare la paralisi di molte strutture sanitarie, determinate proprio dalla scelta di obiettare dei singoli sanitari: «per il Comitato, questo si traduce in una discriminazione di tipo intersezionale, una discriminazione cioè determinata dal concorso di una pluralità di variabili (in particolare genere, condizione socio-economica e residenza), il che si traduce in ineguaglianza di trattamento per alcune categorie di donne particolarmente vulnerabili. Ma non è tutto: il Comitato ha anche puntato il dito contro la discriminazione dei medici non obiettori, posti in una situazione di «svantaggio così grave da configurare la violazione del diritto alla dignità sul lavoro, per il clima ostile a cui debbono sottostare e le diverse forme di mobbing e di pressione a cui sono soggetti» (Mancini 2018, 77). Non solo. Questa criticità ha esortato alcune organizzazioni (quali ad esempio la International Planned Parenthood Federation European Network e la Confederazione Generale Italiana del Lavoro) a segnalare l'esistenza di una vera e propria emergenza, aggravata dalla prossima entrata in quiescenza dei ginecologi non obiettori e dalla loro mancata sostituzione a causa della indisponibilità di giovani colleghi. Il Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite sostiene che l'alta percentuale di medici che si rifiutano di praticare l'IVG abbia determinato un numero significativo di aborti clandestini; invita pertanto l'Italia ad adottare tutte le misure necessarie per garantire l'accesso libero e tempestivo al servizio di aborto legale (UN Human Rights Committee 2017).

4. Obiezione di coscienza, fra religione e scelta «di comodo»

Dopo aver descritto il fenomeno dell'obiezione di coscienza al livello macro, è possibile interrogarsi sulle motivazioni che sottostanno alle scelte individuali di obiettare. Nello specifico, qual è il peso del fattore religioso e come si manifesta? In realtà, diversi studi qualitativi condotti presso il personale sanitario coinvolto nell'IVG (De Zordo 2016; Ferrero e Pulice 2021; Maes 2022; Ghigi e Quaglia 2023, b) hanno evidenziato come il legame fra religione e obiezione sia tutto fuorché un'evidenza. Non esiste una correlazione sistematica fra fede religiosa e scelta di obiettare (o meno): ci sono operatori che si dichiarano cattolici ma scelgono comunque di non obiettare; al contrario, non tutti gli obiettori sono religiosi. Inoltre, anche fra gli obiettori cattolici, non sono pochi quelli che non riconducono la loro posizione alla propria appartenenza confessionale. Sembrerebbe che vi siano dunque altre logiche che orientano il comportamento degli individui, e vale la pena interrogarsi su di esse.

Per quello che riguarda i medici (quest'aspetto sembra di minore importanza nel caso delle ostetriche⁸), emerge come l'obiezione di coscienza sia anche legata alle possibilità di *progressione di carriera*:

i motivi [dell'obiezione] possono essere tanti... può esserci un motivo etico ma... c'è un motivo di convenienza, cioè... Essere abortista era pesante, per il tipo di lavoro, per il tipo anche di blocco che può dare alla carriera. Tu pensa che per esempio in Lombardia la maggioranza dei primari ostetrici arrivano dall'area CL... fai presto a capire. Qui era il Veneto e quindi... sì ti trovavi molti diciamo... ambienti della ginecologia... legati al mondo cattolico. Per cui probabilmente anche questo ha pesato» e ancora «secondo me, dovrebbe esserci un premio per chi fa questo. Nessun medico non obiettore è diventato mai un primario da queste parti, non esiste. Sono tutti obiettori» (dall'intervista al dott. Ferrari).

Il rischio di una mancata crescita in senso professionale, del resto, viene annoverato tra le motivazioni che sottostanno alla scelta di obiettare (De Zordo 2015).

Qui gioca un ruolo importante lo *stigma* sociale che rivestirebbe ancora quanti non obiettano. Concettualizzato sulla base della nozione gofmanniana di stigma, l'*abortion stigma* fa riferimento a un attributo negativo associato alle donne che abortiscono e che le definisce inferiori rispetto a una costruzione sociale idealizzata della «femminilità» (Kumar *et al.* 2009). Seguendo

⁸ La differenza è legata probabilmente alle caratteristiche peculiari di questa professione rispetto a quella medica: esercitata quasi esclusivamente da donne, godendo di un riconoscimento sociale minore e limitata nella sua autonomia, la possibilità di fare carriera non si configura come una questione decisiva. Quest'aspetto meriterebbe comunque di essere approfondito.

un effetto di *stigma-by-association* (Goffman 1963), il personale sanitario che partecipa all'IVG può essere anch'esso marcato dalla disapprovazione (Giovannelli e Pacilli 2019). La letteratura documenta infatti che chi pratica interruzioni di gravidanza può essere soggetto a stigma e a discriminazione, sia all'esterno che all'interno della comunità scientifica (O'Donnell *et al.* 2011; Harris *et al.* 2011; Joffe 1995; Wicklund e Kesselheim 2007; Freedman *et al.* 2010; Norris *et al.* 2011; Cowan 2017). Esso rischia conseguenze psicosociali negative, tra cui la perdita dello status, la discriminazione e l'isolamento (Harris *et al.* 2011). In Italia, questo fenomeno dà luogo a forme di marginalità e di segregazione (Spina 2019): «spesso i ginecologi non obiettori si trovano a fare solo aborti, con un *carico di lavoro* molto alto, senza una remunerazione adeguata e subendo il discredito ancora legato a queste operazioni», come dichiara Marina Toschi, ginecologa dell'AIED (Camilli 2023) e ancora «A livello di comunità scientifica non c'è mai stata una presa di posizione. Che poi i non obiettori fossero sempre messi nell'angolo questa è la verità però...» (dall'intervista al dott. Ferrari). Benché chi non obietta sia di fatto strumentale all'intera categoria che, in tal modo, risulta a tutti gli effetti garantire un servizio previsto dalla legge, sono documentate situazioni di realtà ospedaliere in cui i non obiettori lavorano in un clima di disprezzo da parte dei colleghi (Momigliano 2016).

Il giudizio morale, non palesemente espresso ma comunque strisciante nei confronti di chi pratica IVG, si concretizza nell'isolamento, nel mobbing, nella segregazione, situazioni che pesano e si sommano al disagio provocato dal carico di lavoro piuttosto elevato: «bisogna essere motivati per continuare a non essere obiettori, soprattutto se in una struttura gli obiettori sono la maggioranza» dichiara Cetin, medica non obiettrice aderente alla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia nell'intervista a Camilli (2023); e ancora per dirlo con le parole di Ferrari «fare il medico non obiettore è una rottura di scatole pazzesca anche perché sei poco... il servizio ricade sulle tue spalle... certe situazioni che sono urgenti per cui tu non le puoi procrastinare per cui devi saltare anche i riposi per farle» (dall'intervista al dott. Ferrari). A causa del loro esiguo numero, i ginecologi non obiettori possono essere costretti a turnazioni pesanti, con ricadute negative sui livelli di stress e di *burnout* (Calzavara 2016; De Zordo 2015). Per questo fare il medico non obiettore sembra essere un compito molto pesante in termini organizzativi perché spesso la gestione del servizio grava interamente su chi non sceglie l'obiezione con il rischio di praticare un numero di interventi giornalieri nettamente più alto di quello suggerito dalle società internazionali, che aumenta la probabilità di complicanze (Momigliano 2016).

Tutte queste considerazioni evidenziano come l'IVG venga identificata come un compito di lavoro svalutato e poco gratificante rispetto al resto dell'attività ginecologica e ostetrica: di poco interesse dal punto di vista tec-

nico, non offre nessun prestigio né visibilità professionale a chi lo esegue. Al contrario, la potenza dello stigma contribuisce a farne un «lavoro sporco», nel senso di Hughes (1971): attività considerata ingrata e degradante che pesa simbolicamente sulle spalle di chi se ne fa carico. Invocare l'OdC, allora, può costituire una difesa, una via d'uscita per il professionista (Tongue 2022) che gli permette di dedicarsi ad altre meno stigmatizzanti e più appaganti pratiche che compongono la specialità ginecologica, rendendo altresì la propria attività maggiormente remunerativa. L'IVG è infatti anche poco gratificante sul piano economico: secondo De Zordo (2015), se i ginecologi potessero svolgere tale pratica negli ambulatori privati o in *intramoenia*, il numero degli obiettori si ridurrebbe significativamente.

Nell'alimentare questo sistema, sicuramente la formazione fa la sua parte: mancherebbe, infatti, in Italia un'adeguata formazione in tema di IVG «questi argomenti sono ancora un grande tabù nelle università italiane, in particolare in quelle cattoliche. All'università si insegna poco o niente come si usano i farmaci come il misoprostolo o come s'inseriscono le spirali per la contraccezione, nonostante siano indicate dall'Organizzazione mondiale della sanità come i migliori contraccettivi» sostiene ancora Marina Toschi nell'intervista rilasciata a «Internazionale» (Camilli 2023). Lo stesso ginecologo veneto dichiarava a proposito che già ai tempi della promulgazione della legge non ci fu una formazione specifica: «non penso che ci sia stata una formazione specifica... che risulti a me [...] non è che c'è una lezione di interruzione di gravidanza. La lezione di interruzione di gravidanza c'è nel corso di medicina legale in cui dovevi conoscere le cose... però al corso di ginecologia... è un raschiamento un po' più complesso ma è sempre quello. Ma non mi risulta che ci sia» (dall'intervista al dott. Ferrari). A riguardo si può osservare come sembri esserci una sorta di socializzazione all'obiezione: fin dalla formazione universitaria, infatti, tende a crearsi un clima che incentiva la scelta di obiettare. In alcune scuole di specialità «agli specializzandi era proibito assistere alle IVG, e quelli che insistevano per assistere erano redarguiti, così cominciarono a capire che aria tirava, e poi alla fine sono stati assunti solo gli obiettori», come spiega in una intervista a un giornale una ginecologa che opera in un ospedale romano (Momigliano 2016). E ancora, le attiviste del collettivo marchigiano *Sisters on the block* ritengono che «le linee di indirizzo del Ministero della Salute che prevedono che le pillole abortive (Ru486) siano somministrate nei consultori familiari non sono state adottate da molte regioni anche per mancanza di formazione degli operatori» (Camilli 2023).

Sempre per quello che riguarda i medici, anche il modello tradizionale della relazione medico-paziente può costituire un ostacolo alla riconoscenza dell'autonomia delle donne e, pertanto, un incitamento all'obiezione. Il *pattern* classico è infatti basato su un rapporto di tipo paternalistico, in cui il medico si presenta come una figura che gode di autorità e di autonomia di decisione

nel definire lo stato di salute del paziente e il trattamento necessario. L'inclusione dell'IVG nelle competenze dei medici ribalta questo ruolo: il medico perde il suo potere, dal momento che la decisione proviene dalla donna e non da una sua diagnosi, e si trasforma in semplice «prestatore» di servizi. Quest'inversione può alterare lo schema tradizionale specie in quei medici che adottano una visione più asimmetrica del loro lavoro (Ghigi e Quaglia 2023b; Gelly 2006), il che li può spingere a ricorrere all'OdC per riaffermare il controllo sulle loro pazienti.

Infine, al di là di queste motivazioni «profane», anche il ruolo della religione stessa si rivela altamente complesso e sfumato. Infatti, quando si evoca l'influenza del fattore religioso nell'OdC in Italia, non va attenzionato soltanto chi decide di obiettare perché si attiene alle prescrizioni della Chiesa (che in realtà è un numero cospicuo). È necessario, invece, considerare una forza di penetrazione più capillare e pervasiva dei valori cattolici nella società italiana, che crea un substrato di norme e rappresentazioni ispirate alla morale cattolica, specialmente per le tematiche legate alla procreazione e alla vita.

Questa configurazione è da collegare al rinnovato impegno politico e culturale della Chiesa, concentrato sulle questioni bioetiche, come si accennava sopra. È anche legata alla funzione di «religione civile» rivestita dalla religione cattolica (Garelli 2014). In un contesto di debolezza del sentimento di appartenenza nazionale, dovuta alle specificità storiche della formazione del paese, all'alta eterogeneità socio-economica e culturale del territorio e a una spiccata diffidenza nei confronti delle istituzioni politiche, la religione cattolica colma queste lacune, fornendo una base per l'elaborazione di un'identità condivisa (Ferrari 2012; Martino 2015), caratterizzata da un «habitus religioso» collettivo (Trombetta 2010). Sono sempre di più gli italiani che si discostano dalle posizioni rigide e anacronistiche della Chiesa in materia di controllo delle nascite; ciò non impedisce che queste idee vengano veicolate e riprodotte nella società, anche fra chi si dichiara ateo e cattolico non praticante. Quest'ultima categoria è ben rappresentata in Italia e include individui che si definiscono cattolici più per tradizione, educazione e cultura che per fede e pratica, dimostrando di nuovo l'importanza della dimensione identitaria nell'attaccamento al cattolicesimo (Garelli 2016). Di conseguenza, «catholicism determines reproductive choices and perceptions of the family through a widespread adaptation to a shared cultural milieu more than through religious institutions themselves» (Gribaldo *et al.* 2009, 557). Le norme cattoliche relative alla procreazione si diffondono però sotto una forma rinnovata e «laicizzata», come evidenziato nel caso dei dibattiti intorno alla PMA in Francia (Mathieu 2021). In Italia, la norma della sacralità della vita viene così riformulata in chiave biologica, dettando una «legge iscritta da sempre nella natura da cui è possibile ricavare principi e norme che devono vincolare non solo i comportamenti dei credenti, ma le stesse leggi dello Stato» (Trombetta 2010, 15). Le argomentazioni

spaziano dalla difesa del diritto alla vita dell'embrione/feto (Matalucci 2012) all'appropriazione di un discorso «femminista» che presenta l'opposizione all'aborto come una posizione in favore delle donne.

Quest'ultima dialettica, inaugurata da Giovanni Paolo II (Sanna 2013), si basa sulla costruzione dell'aborto come un'esperienza traumatica⁹, idea molto diffusa nel dibattito pubblico italiano (Matalucci 2018) e sempre di più strumentalizzata dai movimenti antiabortisti. Possiamo rilevare come queste idee investano anche l'ambiente sanitario. Così, l'attenzione all'embrione/feto, alimentata anche dalle nuove tecnologie di diagnosi prenatale, crea un conflitto fra gli interessi della donna incinta e quelli dell'embrione/feto che diventa sempre di più il «paziente» principale dei ginecologi (De Zordo 2016). A tale riguardo, il trattamento riservato dall'istituzione sanitaria al «materiale abortivo» è eloquente: le ASL stipulano degli accordi con delle associazioni religiose che procedono a una sepoltura secondo i riti cristiani. Questa pratica è stata posta sotto i riflettori recentemente, dopo la scoperta di una porzione di cimitero a Roma, denominata «giardino degli angeli», dove i feti erano stati sepolti con una croce portando il nome della loro «madre», all'insaputa delle donne direttamente coinvolte (Avanza 2022). Inoltre, la retorica dell'aborto come trauma e della necessaria protezione dell'integrità fisica e psicologica delle donne è ben radicata fra i medici e le ostetriche (Ghigi e Quaglia 2023b; Maes 2022) e molti di loro si appoggiano su quest'idea per condannare l'aborto (specie se «recidivo», per riprendere il termine usato dagli operatori) e, per alcuni, per giustificare la scelta di obiettare. Tutte queste rappresentazioni alimentano la stigmatizzazione della pratica abortiva e, di conseguenza, il ricorso all'obiezione di coscienza.

Possiamo perciò constatare che le logiche che sottendono la decisione di obiettare sono molteplici, molto complesse e tutt'altro che «individuali»: «the exercise of conscientious objection to abortion is influenced by a combination of contradictory ethical, religious, cultural and organizational factors, creating a far-from-smooth landscape» (Ghigi e Quaglia 2023b, 377).

5. Alla ricerca di vie d'uscita

Dopo aver esplorato le varie cause della diffusione dell'OdC, e visto che quest'ultima può tradursi in un ostacolo alla fruizione del servizio di IVG, è opportuno valutare possibili vie d'uscita al problema.

⁹ Questa narrazione è alimentata da studi che cercano di dimostrare l'esistenza di un «Post-Abortion Syndrom»; studi di cui è stato dimostrato il carattere non scientifico (Côté 2013).

Una prima possibilità per contenere il numero degli obiettori è quella di promuovere concorsi aperti soltanto ai medici non obiettori. Questo permetterebbe di evitare l'obiezione di struttura con la presenza, all'interno di ciascun reparto, di personale in grado di garantire l'IVG. Alcune regioni italiane (Emilia-Romagna, Puglia, Lazio) hanno intrapreso questa strada in passato per arginare il problema; in altri casi, tuttavia, i concorsi sono stati bloccati perché ritenuti discriminatori e iniqui. È quanto accaduto, ad esempio, in Campania e in Liguria dove la proposta di valutare la possibilità di procedere all'indizione di uno o più concorsi per assumere ginecologi non obiettori al fine di permettere l'attivazione della l. 194 è stata bocciata dai rispettivi Consigli regionali politicamente collocati nell'area di centro-destra. Il ricorso ad assunzioni *ad hoc* permetterebbe non solo di garantire un più rapido accesso ai servizi, ma anche una più equa distribuzione dei carichi di lavoro. Specie nelle regioni con più obiettori, ma più in generale in tutta la penisola, potrebbe essere incentivata la non obiezione derivante dalle scelte di evitare eccessivi carichi di lavoro, ponendo un limite al numero di interventi per operatore, prevedendo un rapporto numerico ideale tra obiettori e non obiettori per riuscire a garantire il servizio. Questa soluzione risolverebbe, o quanto meno conterrebbe, il problema delle obiezioni di comodo legate non solo ai carichi lavorativi ma anche alla discriminazione originata dalla ripetitività delle pratiche svolte e dalla relativa semplicità dell'intervento da svolgere che, alla lunga, può penalizzare la crescita in senso professionale dei medici. Spesso, come si è detto, i non obiettori sono confinati alle esecuzioni delle IVG senza possibilità, dovendo coprire turni e garantire urgenze, di occuparsi di altri aspetti della pratica medica. Il problema è dunque anche organizzativo e secondo alcuni andrebbe risolto appunto organizzando il lavoro in modo adeguato, magari rivedendo i meccanismi di funzionamento del servizio per garantire ai non obiettori la possibilità di fare carriera: «dovrebbe essere la struttura che non fa IVG a informare la donna e addirittura a prenotare l'intervento nelle strutture in cui l'IVG non è praticata» dichiara a Camilli (2023) Mirella Parachini, ginecologa, attivista radicale, vicepresidente della Federazione internazionale degli operatori di aborto e contraccezione (Fiapac); e ancora «i veri obiettori sono i direttori sanitari e quelli regionali che non applicano la legge» lasciando gli ospedali senza servizio di IVG come sostiene Marina Toschi (Camilli 2023).

L'ostacolo di ordine economico è invece più difficile da rimuovere: se è vero che la motivazione all'obiezione può dipendere, come si è visto, dalla scarsa remuneratività del servizio, che non può essere erogato in *intramoenia* o comunque a pagamento (De Zordo 2015), è altrettanto vero che aggiungere tale prestazione tra quelle *out-of-pocket* porrebbe problemi di equità, riducendo le possibilità di accesso alle donne che intendono usufruirne, soprattutto di quelle con redditi più bassi. Incentivi economici per i non obiettori, tuttavia,

potrebbero essere previsti. Potrebbe anche essere contemplata una controparte per chi decide di obiettare: se sono esonerati da una parte delle loro funzioni, a discapito dei loro colleghi, sarebbe giusto che agli obiettori venga richiesto un servizio alternativo o comunque qualcosa in cambio, così che l'obiezione non costituisca soltanto un vantaggio al livello professionale (Saporiti 2014).

Un'altra misura in questa direzione potrebbe essere quella di potenziare la formazione degli operatori prevedendo, sia durante il percorso accademico, sia durante l'ECM, corsi che rafforzino le conoscenze sul tema dell'IVG (e sulle diverse tecniche attraverso cui questa si pratica) ma anche sulla contraccezione più in generale.

Se le soluzioni finora indicate prevedono la convivenza tra il diritto all'aborto e quello all'obiezione, ne esiste una più radicale fondata sul divieto di OdC. Questa posizione è sostenuta da due assunti. Il primo, esplicitato ad esempio da Boiano e Botti (2019), si basa sull'idea che, se la previsione di tale strumento aveva un senso alla data di promulgazione della l. 194, vista la portata rivoluzionaria che l'introduzione dell'IVG implicava, oggi l'art. 9 potrebbe essere superato perché chi sceglie quella professione sa che tra i suoi doveri c'è anche quello di praticare aborti. Il secondo assunto poggia invece sul concetto di abuso di potere medico che rimanda in parte a quello di dominanza medica (Freidson 1970):

Ammettere che un medico possa fare obiezione di coscienza è una forma di moralismo paternalistico. Si radica l'idea che il medico sia detentore della verità o di una verità più forte della nostra e che pertanto sappia anche cosa sia il nostro bene e decida di conseguenza [...] Un medico non può scegliere di fare il medico e poi esercitare questo potere per imporre la propria visione del mondo e per sottrarsi ai suoi doveri (Lalli 2011).

Questa riflessione porta a formulare un'ulteriore proposta: permettere ad altre professioni sanitarie (in particolare, il personale ostetrico e infermieristico) di poter eseguire le IVG in modo autonomo. In Italia, come nella maggior parte dei paesi occidentali, la competenza di IVG è stata attribuita in modo esclusivo ai medici. Benché anche le ostetriche e, in alcune regioni, gli infermieri, vengano coinvolti nella presa in carico delle donne durante tutto il percorso previsto dalla legge, soltanto i medici possono praticare l'intervento chirurgico o somministrare i farmaci. Questa situazione delinea quindi una situazione di «medical dominance in the context of abortion» (Ghigi e Quaglia 2023b, 413), in cui i medici assumono una posizione di *gate keepers*, essendo gli unici a poter erogare il servizio. Tuttavia, è stato dimostrato dalla letteratura scientifica che anche il personale sanitario non medico ha le competenze per realizzare le IVG in maniera sicura ed efficiente (Fullerton *et al.* 2018). L'OMS lo raccomanda da anni e diversi paesi hanno già imboccato

quella strada (in Europa, la Francia, la Svezia e l'Irlanda del Nord). In Italia, i numeri dell'obiezione di coscienza tra il personale non medico, benché non irrisori, sono nettamente inferiori a quelli dei medici (38% contro 67%). Includere ostetriche ed infermieri nella realizzazione delle IVG potrebbe quindi permettere di allargare la platea degli operatori disponibili a erogare questo servizio.

In definitiva, la situazione oggi continua a essere ancora fortemente compromessa, anche se esistono potenzialmente strumenti per migliorarla. Ovviamente, queste soluzioni non potranno mai essere del tutto efficaci finché vige una cultura di sottofondo che continua a colpevolizzare le donne che abortiscono (insieme ai medici non obiettori) e che non riconosce alle donne una piena autonomia sul loro corpo e sulle loro scelte riproduttive.

6. Considerazioni conclusive

Con il presente contributo si è provato a comprendere in che misura i valori etico-religiosi abbiano pesato sulla promulgazione della l. 194 prima e sulla scelta di invocare l'OdC da parte degli operatori sanitari poi. Si è tentato di mostrare, anche ricostruendo il dibattito e il clima sociale dell'epoca, come la Chiesa cattolica e i movimenti a essa riconducibili, abbiano esercitato (e continuino ancora a esercitare, sebbene con minore efficacia) pressioni non solo perché ci si rifiuti di praticare aborti, ma anche perché la normativa che li consente e li disciplina venga resa più restrittiva. È emerso come oggi alla motivazione etico-religiosa se ne assommino altre riconducibili a ragioni di natura professionale, economica e organizzativa, le cosiddette obiezioni di comodo, e come l'etica religiosa in ambito procreativo eserciti un'influenza rilevante nella riproduzione dello stigma abortivo. Viene dunque a crearsi un circolo vizioso o, per citare Silvia De Zordo, «una relazione circolare tra stigmatizzazione e obiezione di coscienza» (De Zordo 2016, 234): l'elevato numero di obiettori nega o comunque limita l'implementazione del servizio e la diffusione di una cultura favorevole all'autodeterminazione della donna, e ciò contribuisce al cristallizzarsi di una configurazione organizzativa ostile agli aborti e a chi li pratica, il che favorisce di nuovo il ricorso all'obiezione.

A questo punto, ci sembra interessante interrogarci sulle possibili evoluzioni di questo fenomeno, anche in relazione ai processi di cambiamento interni alla professione medica. La crescente femminilizzazione della medicina (e del più ampio mercato del lavoro sanitario) come pure il progressivo invecchiamento della forza lavoro stanno producendo, e produrranno in futuro, ampie trasformazioni in termini di professionalismo medico. Le nuove generazioni, sempre più femminilizzate, più aperte alle contaminazioni dei saperi e allo scambio interdisciplinare, maggiormente confidenti e protese verso l'uso

delle tecnologie, più attente al benessere personale e all'equilibrio vita-lavoro, sembrano portatrici di universi valoriali nuovi rispetto al passato che potrebbero tradursi nell'adozione di comportamenti, di atteggiamenti e di pratiche professionali diverse (Spina e Vicarelli 2021; Neri *et al.* 2020; Spina 2017). Potrebbero queste evoluzioni portare a un'attitudine diversa nei confronti nell'OdC? Da una parte, ciò sembrerebbe confermato da alcune idee circolanti che sostengono come vi sia una questione anagrafica sull'OdC: «i ginecologi più giovani sono quasi tutti non obiettori perché culturalmente percepiscono l'interruzione di gravidanza in maniera diversa. Mentre la vecchia guardia ha ragioni di ordine personale, spesso legate a motivazioni etico-religiose», come dichiara a *Internazionale* il Dr. Meroni, primario del reparto di ginecologia dell'ospedale Niguarda (Camilli 2023). Non solo, qualche anno fa, l'Associazione Medici Italiani Contraccezione e Aborto (AMICA) rendeva pubblica una denuncia avanzata dai giovani specializzandi in ostetricia e ginecologia di un istituto romano accreditato per la formazione medica specialistica, che nel proprio statuto definiva «crimine» l'aborto e imponeva l'OdC ai propri studenti. Questa presa di posizione, al di là delle convinzioni personali di ciascuno, potrebbe essere semplicemente una risposta a una imposizione di principio e a un atto ingiusto, ma in ogni caso lascerebbe immaginare un'apertura in senso laico della nuova generazione di medici.

Per contro, c'è chi sostiene il contrario: la vecchia generazione, costituita in parte da persone che hanno vissuto in prima persona il periodo in cui l'aborto non era legale, con tutte le sue conseguenze drammatiche, e l'attivismo femminista degli anni '70, adotterebbe un atteggiamento più «militante» sull'aborto. Invece, le generazioni più giovani, ignare o comunque poco consapevoli di questi risvolti storici e delle questioni sociali e politiche inerenti all'aborto, sceglierebbero con più leggerezza l'obiezione di coscienza, come una scelta di comodo (Ghigi e Quaglia 2023b). Inoltre, la prima ipotesi sembra non essere coerente con il clima politico culturale che si sta diffondendo negli ultimi anni anche al di fuori dei confini nazionali:

In molti paesi d'Europa una nuova avanguardia conservatrice combina l'enfasi posta sull'immoralità dell'aborto con una retorica che descrive flussi migratori e crisi economica come elementi avversi per l'identità nazionale. [...] Questi sviluppi vanno letti alla luce dei cambiamenti intervenuti in Europa negli ultimi decenni. Dopo le conquiste degli anni Settanta, il conflitto sull'aborto è rimasto per lungo tempo ai margini della dinamica politica, ma negli anni Novanta e Duemila l'attivismo pro-life è tornato alla ribalta, anche se, almeno in Italia, con assai minore presa sulla società civile. Nell'Europa occidentale, la visibilità dei movimenti femministi si è ridotta, la religione ha per molti versi riconquistato un ruolo importante nell'arena pubblica e i progressi medici e scientifici hanno caricato le narrative anti-aborto di nuove potenzialità. Nell'Europa centro-orientale alla democratizzazione post-1989 si è accompagnata una generale re-mascolinizzazione

della regione, che si manifesta nell'attacco nei confronti dell'ideologia dell'egualianza di genere, associata al passato regime comunista. Questi sviluppi hanno posto le basi per un'intensificazione dell'attivismo pro-life. La questione dei diritti riproduttivi è dunque tornata al centro del dibattito politico (Mancini 2018, 78).

Il futuro appare quindi incerto, in un momento storico in cui il diritto all'aborto, che sembrava conquistato, è oggetto di nuove contestazioni (come negli Stati Uniti, dove l'annullamento della sentenza *Roe v. Wade* permette ai singoli Stati di legiferare liberamente sull'aborto). Alla luce di questi processi trasformativi, appare quanto mai utile e necessario continuare, da un lato, a monitorare il fenomeno dell'OdC, dall'altro, a tenere accesi riflettori sul tema dell'IVG laddove, nonostante si configuri come un diritto, l'applicazione della normativa, almeno a livello italiano, appaia ancora fortemente limitata¹⁰, con la penalizzazione di chi vive in determinate regioni caratterizzate da importanti percentuali di medici obiettori e che può difficilmente permettersi di «migrare» in altri contesti, per motivi economici e/o sociali.

Riferimenti bibliografici

- Abruzzese, S. (1996), *Sapere religioso e ritorno alle fonti. La modernità e la fine dell'adattamento*, in R. Guolo (a cura di), *Il paradosso della tradizione: religioni e modernità*, Milano, Guerini e Associati, pp. 117-139.
- Autorino, T., F. Mattioli e L. Mencarini (2018), *Aborto e obiezione di coscienza in Italia. Il viaggio per poter abortire*, in R. Ghigi (a cura di), *I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194*, in «Neodemos», pp. 62-67.
- Avanza, M. (2022), *Enterrer les enfants «non-nés». Restes des IVG et pratiques militantes pro-life en Italie*, Seminario dell'Atelier Genre(s) et Sexualité(s), Université Libre de Bruxelles, 03/05/2022.
- Bajos, N., C. Moreau, H. Leridon e M. Ferrand (2004), *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?*, in «Population & Sociétés», 407, pp. 38-40.
- Berger, P.L. (1967), *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*, Garden City (NY), Doubleday.
- Boiano, I. e Botti, C. (a cura di) (2019), *Dai nostri corpi sotto attacco. Aborto e politica*, Roma, Futura.
- Bourdieu, P. (1971), *Genèse et structure du champ religieux*, in «Revue Française de Sociologie», 12, pp. 295-334.
- Calzavara, V. (2016), *Solo 3 medici non obiettori con cento casi ciascuno*, in «La tribuna di Treviso», 12/04/2016, <https://www.cislveneto.it/Rassegna-stampa-Veneto/Solo-3-medici-non-obiettoricon-cento-casi-ciascuno> (ultimo accesso: 15/02/2018).

¹⁰ Lo dimostrano anche i dati sugli aborti clandestini: se il numero di aborti è in costante diminuzione, quello degli aborti clandestini resta stabile (se ne stimano tra i 15 e i 20 mila all'anno) e il fenomeno si concentra soprattutto nelle aree del paese in cui l'IVG è meno accessibile (Ministero della Salute 2022).

- Camilli, A. (2023), *Perché in Italia i medici obiettori sono così tanti?*, in «Internazionale», 01/02/2023, <https://www.internazionale.it/essenziale/notizie/annalisa-camilli/2023/02/01/aborto-obiezione-di-coscienza-italia> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Carnac, R. e M. Della Sudda (2020), *De la loi naturelle à l'écologie: évolution des conceptions de la «nature» mobilisées dans la morale sexuelle catholique (20^e-21^e siècles)*, in «Cahiers d'histoire», 147, pp. 53-68.
- Casanova, J. (2019), *Global Religious and Secular Dynamics. The Modern System of Classification*, Leiden, Brill.
- Center for Reproductive Rights (s.d.), *European Abortion Laws: A Comparative Overview*. Available at <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/European%20abortion%20law%20a%20comparative%20review.pdf>.
- Cirant, E. (2012), *Una su cinque non lo fa. Maternità e altre scelte*, Milano, Franco Angeli.
- Collins, R. (1990), *Changing Conceptions in the Sociology of the Professions*, in R. Torsendahl e M. Burrage (a cura di), *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, London, Sage, pp. 11-23.
- Côté, I. (2013), *Analyse féministe du syndrome post avortement: la déconstruction d'un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie*, in «Reflets», 19, 1, pp. 65-84.
- Cowan, S.K. (2017), *Enacted Abortion Stigma in the United States*, in «Social Science & Medicine», 177, 3, pp. 259-268.
- De Zordo, S. (2015), *I veri motivi dell'obiezione di coscienza sull'aborto*, <https://abortoinchiesta.wordpress.com/2015/05/23/obiezione-coscienza-aborto-ricerca-antropologica/> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- De Zordo, S. (2016), *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza: l'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna (Spagna)*, in «Journal of History of Medicine», 28, 1, pp. 194-248.
- Ferrari, A. (2012), *Le catholicisme dans la construction de l'ordre juridique italien*, in P. Portier e B. Feuillet-Liger (a cura di), *Droit, éthique et religion*, Bruxelles, Bruylant, pp. 228-240.
- Ferrero, L. e Pulice, E. (2021), *Pluralismo etico e conflitto di coscienza nell'attività ospedaliera. Vol I: Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità*, Bologna, Il Mulino.
- Foucault, M. (1997), «*Il faut défendre la société*». *Course au Collège de France (1975-1976)*, Parigi, Gallimard Seuil.
- Freedman, L., U. Landy, P. Darneye e J. Steinauer (2010), *Obstacles to the Integration of Abortion into Obstetrics and Gynecology Practice*, in «Perspectives on Sexual and Reproductive Health», 42, 3, pp. 146-151.
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Harper & Row.
- Fullerton, J., M.M. Butler, C. Aman, T. Reid e M. Dowler (2018), *Abortion-related Care and the Role of the Midwife: a Global Perspective*, «International Journal of Women's Health», 10, pp. 751-762.
- Galeotti, G. (2003), *Storia dell'aborto*, Bologna, Il Mulino.
- Garelli, F. (2012), *Flexible Catholicism, Religion and the Church: The Italian Case*, in «Religions», 4, pp. 1-13.
- Garelli, F. (2014), *Religione e politica in Italia: i nuovi sviluppi*, in «Quaderni di sociologia», 66, pp. 9-26.
- Garelli, F. (2016), *Catholicisme italien en tension: Eglise d'une partie, Eglise du peuple*, in «Société, droit et religion», 6, pp. 67-77.
- Gelly, M. (2006), *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Parigi, L'Harmattan.

- Ghigi, R. e V. Quaglia, V. (2023a), *Fare o rifiutare un aborto. Sociologia dell'obiezione di coscienza*, in «Salute e Società», 3, pp. 147-163.
- Ghigi, R. e V. Quaglia (2023b), *In the Name of Women. Comparing Gynecologists' Discourses about Abortion in Italy*, in «Italian Sociological Review», 13, 3, pp. 393-416.
- Giovannelli, I. e M. G. Pacilli (2019), *Storia e contemporaneità dell'interruzione volontaria di gravidanza e dei processi di stigmatizzazione a carico dei diversi attori coinvolti*, in «La camera blu», 20, pp. 5-28.
- Gissi, A. e P. Stelliferi (2023), *L'aborto. Una storia*, Roma, Carocci.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New York, Prentice Hall.
- Grandolfo, M. (2018), *La Legge 194: I primi quarant'anni del sistema di sorveglianza*, in R. Ghigi (a cura di), *I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194*, «Neodemos», pp. 40-45.
- Gribaldo, A., M. J. Judd e D. I. Kertzer (2009), *An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy*, in «Population and Development Review», 35, 3, pp. 551-584.
- Hanafin, P. (2006), *Gender, Citizenship and Human Reproduction in Contemporary Italy*, in «Feminist Legal Studies», 14, pp. 329-352.
- Hanafin, P. (2009), *Refusing Disembodiment: Abortion and the Paradox of Reproductive Rights in Contemporary Italy*, in «Feminist Theory», 10, 2, pp. 227-244.
- Harris, L.H., M. Debink, L. Martin, J. Hassinger (2011), *Dynamics of Stigma in Abortion Work: Findings from a Pilot Study of the Providers Share Workshop*, in «Social Science & Medicine», 73, 7, pp. 1062-1070.
- Hughes, E.C. (1971), *Work and Self. The Sociological Eye: Selected Paper*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- Iacarella, A. (s.d.), *Breve ricostruzione storica dell'approvazione della legge n.194 del 1978. Dall'avvio del dibattito culturale ai referendum del 1981*, http://www.carminella.it/images/Breve_storia_dellaborto_in_Italia.pdf (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Idler, E., M.F. Jalloh, J. Cochrane e J. Blevins. (2023), *Religion as a Social Force in Health: Complexities and Contradictions*, in «BMJ», 382, e076817.
- Joffe, C. (1995), *Doctors of Conscience: The Struggle to Provide Abortions Before and after Roe v. Wade*, Boston, Beacon Press.
- Kumar, A., L. Hessini, E.M.H. Mitchell (2009), *Conceptualizing Abortion Stigma*, in «Culture, Health & Society», 6, 11, pp. 625-639.
- Lalli, C. (2011), *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza*, Milano, Il Saggiatore.
- Lalli, C. e Montegiove, S. (2022), *Mai dati. Dati aperti (sulla 194)*, Roma, Fandango Libri.
- Lamb, C. (2016), *Conscientious Objection: Understanding the Right of Conscience in Health and Healthcare Practice*, in «The New Bioethics», 22, 1, pp. 33-44.
- Maes, C. (2022), *Le rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie: une exploration sociologique*, Tesi di Laurea magistrale in Sociologia, Université de Caen-Normandie.
- Mancini, S. (2018), *Obiezione di Coscienza: la sfida europea*, in R. Ghigi (a cura di), *I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194*, «Neodemos», pp. 77-80.
- Marcaccio, G. (2021), *Identità religiosa e diritto alla salute. Interazioni classiche ed emergenti*, in «Stato, Chiese e Pluralismo confessionale», 8, pp. 17-78.
- Martino, S. (2015), *Politics and Religion in Italy: A Catholic History*, in «Politics and Religion Journal», 9, 2, pp. 233-247.

- Mattalucci, C. (2012), *Pro-life Activism, Abortion and Subjectivity Before Birth: Discursive Practices and Anthropological Perspectives*, in «Mediterranean Journal of Social Sciences», 3, 10, pp. 109-118.
- Mattalucci, C. (2018), *Abortion and Women's Bodily and Mental Health: The Language of Trauma in the Public Debate on Abortion in Italy*, in «Antropologia», 5, 2, pp. 7-12.
- Mathieu, S. (2021), *Des normes procréatives sécularisées? L'opposition catholique française à l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules*, in «Enfances Familles Générations», 38, <https://journals.openedition.org/efg/11877> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Ministero della Salute (2017), *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)*, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2686&lingua=italiano (01/07/2024).
- Ministero della Salute (2023), *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)*, <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglio-PubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3236> (ultimo ccesso: 01/07/2024).
- Momigliano, A. (2016), *L'obiezione è davvero una questione di coscienza?*, in «RivistaStudio», 25/10/2016, <https://www.rivistastudio.com/aborto-medici-obiettori-di-coscienza/> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Neri, S., E. Spina, e G. Vicarelli, (2020), *Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie*, in M. Cardano, G. Giarelli e G. Vicarelli (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna, Il Mulino, pp. 269-294.
- Niccolai, S. (2005), *La legge sulla fecondazione assistita e l'eredità dell'aborto*, in «Costituzionalismo.it», 2, <https://www.costituzionalismo.it/la-legge-sulla-fecondazione-assistita-e-leredita-dellaborto> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Norris, A., D. Bessett, J. R. Steinberg, M. L. Kavanaugh, S. De Zordo, e D. Becker (2011), *Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes and Consequences*, in «Women Health Issues», 21, 3, pp. 49-54.
- O'Donnell, J., T.A. Weitz, e L.R. Freedman (2011), *Resistance and Vulnerability to Stigmatization in Abortion Work*, in «Social Science & Medicine», 73, 9, pp. 1357-1364.
- Pace, E. (1986), *La funzione religiosa nella Teoria dei sistemi*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», n. 4, pp. 551-562.
- Perocco, F. (1999), *Il New Age come paradigma sociale*, in «Quaderni di Sociologia», 19, pp. 55-70.
- Portier, P. (2015), *Les laïcités à l'épreuve de la «deuxième modernité»*, in J. Baubérot, M. Milot e P. Portier (a cura di), *Laïcité, laïcités: reconfigurations et nouveaux défis*, Parigi, Editions de la maison des sciences de l'homme, pp. 375-397.
- Portier, P. e Feuillet-Liger, B. (a cura di) (2012), *Droit, étique et religion*, Bruxelles, Bruylant.
- Sanna, M.E. (2013), *Le discours catholique contemporain sur le genre: un tournant néolibéral?*, in F. Rochefort e M.E. Sanna (a cura di), *Normes religieuses et genre*, Parigi, Armand Colin, pp. 291-302.
- Saporiti, M. (2014), *La coscienza disubbidiente. Ragioni, tutele e limiti dell'obiezione di coscienza*, Milano, Giuffrè.
- Scirè, G. (2018), *Il lungo cammino per la regolamentazione dell'aborto*, in R. Ghigi (a cura di), *I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194*, «Neodemos», pp. 18-24.

- Serra, B. (2020), *Valetudo et religio, radici e declinazioni di un rapporto indissolubile (coordinate preliminari)*, in B. Serra (a cura di), *Valetudo et religio: intersezioni tra diritto alla salute e fenomeno religioso*, Torino, Giappichelli, p. 1-48.
- Spadaccia, G. (2012), *Dal massacro dell'aborto clandestino alla legge 194*, intervento al Convegno dell'AIED e dell'Associazione Luca Coscioni sul tema dell'obiezione di coscienza e la legge 194, 22/05/2012, <https://www.associazionelucacoscioni.it/dal-massacro-dellaborto-clandestino-alla-legge-194> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Spina, E. (2017), *Generational gap e nuovo professionalismo medico. Note preliminari per una ricerca empirica*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 1, pp. 127-152.
- Spina, E. (2019), *Professionalismo medico e obiezione di coscienza nell'IVG. Alcune ipotesi di ricerca*, in «Salute e Società», 18, 1, pp. 117-133.
- Spina, E. e G. Vicarelli (2021), *Verso un nuovo professionalismo medico*, in «Salute e Società», n. 1, pp. 55-71.
- Streeck, W. e P. Schmitter (1985), *Community, Market, State-and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order*, in «European Sociological Review», 1, 2, pp. 119-138.
- Taroni, F. (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Taroni, F. (2018), *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in «Corti supreme e salute», 3, pp. 539-558.
- Tongue, Z.L. (2022), *On Conscientious Objection to Abortion: Questioning Mandatory Referral as Compromise in the International Human Rights Framework*, in «Medical Law International», 22, 4, pp. 349-371.
- Trombetta, P.L. (2010), *Sacralità della vita e legge naturale. Un'analisi sociologica del discorso cattolico*, in «Intersezioni», 1, pp. 5-25.
- UN Human Rights Committee – HRC (2017), *Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Italy*, <http://www.refworld.org/docid/591e9a6b4.html> (ultimo accesso: 01/07/2024).
- Ventura, M. (2012), *Un biodroit à la fois laïc et catholique: la schizophrénie italienne*, in P. Portier e B. Feuillet-Liger (a cura di), *Droit, éthique et religion*, Bruxelles, Bruylant, pp. 377-396.
- Vicarelli, G. (2010a), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Roma, Carocci.
- Vicarelli, G. (2010b), *Per un'analisi storico-comparata della professione medica*, in «Stato e mercato», 90, pp. 395-423.
- Wicclair, M.R. (2011), *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Wicklund, S. e A. Kesselheim (2007), *This Common Secret: My Journey as an Abortion Doctor*, New York, PublicAffairs.
- Willaime, J.P. (2015), *La prédominance européenne d'une laïcité de reconnaissance des religions*, in J. Baubérot, M. Milot, P. Portier (a cura di), *Laïcité, laïcités: reconfigurations et nouveaux défis*, Parigi, Editions de la maison des sciences de l'homme, pp. 101-122.
- Wilson, B. (1966), *Religion and Secular Society. A Sociological Comment*, Londra, C.A. Watts & CO.

