COLLANA DEL LABORATORIO
DEI DIRITTI FONDAMENTALI

11.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

Comitato scientifico

Pasquale De Sena, Marie-Claire Foblets, Bianca Gardella Tedeschi
Michele Graziadei, Giorgio Malinverni, Paul Tavernier

Direttore

Vladimiro Zagrebelsky

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali LDF ha iniziato la sua attività in Torino nel 2011. Il Laboratorio svolge ricerche sui diritti fondamentali, con principale attenzione alla concretezza della loro protezione nei diversi momenti, luoghi e occasioni della vita delle persone. Il Laboratorio, secondo l'insegnamento della Corte europea dei diritti umani, si cura di «diritti concreti ed effettivi e non teorici e illusori». Con le sue ricerche il Laboratorio cerca le soluzioni idonee e praticabili offerte dall'esperienza o suggerite dallo studio interdisciplinare dei diritti umani.

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali opera all'interno del

Research
Education
Outreach
CCA

Copyright © 2021 Società editrice Il Mulino

LDF – Laboratorio dei Diritti Fondamentali – www.labdf.eu
Collegio Carlo Alberto, piazza Arbarello 8, 10122 Torino
e-mail: ldf@labdf.eu

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

PLURALISMO ETICO E CONFLITTI DI COSCIENZA
NELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA

I. Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità

di
Laura Ferrero e Elisabetta Pulice

con il contributo di Elisabetta Coccia e Francesca Rizzello

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet: **www.mulino.it**

ISBN 978-88-15-29229-2

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito **www.mulino.it/fotocopie**

Redazione e produzione: Edimill srl - www.edimill.it

Indice

Ringraziamenti p. 9

Prefazione, *di Vladimiro Zagrebelsky* 11

Introduzione, *di Laura Ferrero, Elisabetta Pulice e Ana Cristina Vargas* 13

PARTE PRIMA: DIBATTITI SULL'OBIEZIONE DI COSCIENZA

I. Obiezione di coscienza e questioni di inizio vita: brevi premesse di carattere giuridico, *di Elisabetta Pulice* 41

1. Il bilanciamento scelto dal legislatore nella legge 194 del 1978 e la libertà di coscienza del personale sanitario 42
2. Problematiche attuative della normativa: definizione dell'ambito di analisi 49
3. Procreazione medicalmente assistita e obiezione di coscienza 57

II. Aborto e obiezione di coscienza: motivazioni, percezioni e posizionamenti etici dei ginecologi, *di Laura Ferrero* 63

1. Il contesto nazionale e il contesto locale 63
2. Le motivazioni dell'obiezione di coscienza 70
3. La percezione del lavoro 74
4. IVG chirurgica e IVG farmacologica: l'aspetto relazionale 76
5. Le percezioni sull'IVG oltre i 90 giorni 81

III. Obiezione di coscienza: necessità e strategie organizzative nel campo dell'IVG e della PMA, *di Laura Ferrero* 89

1. IVG e prospettive organizzative: dalla norma alla pratica 89

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

2. Strategie organizzative e compensative in un servizio di IVG p. 97
3. Organizzare il servizio in un contesto ad alta presenza di obiettori 102
4. Un istituto giuridico, due ambiti applicativi: l'obiezione di coscienza nell'IVG e nella PMA 106
5. PMA: un caso di obiezione *contra legem*? 113

IV. IVG, PMA e libertà di coscienza: pluralità di approcci e nuove sfide nell'attività ospedaliera, *di Elisabetta Pulice* 117

1. Obiezione di coscienza all'IVG: l'ambivalenza delle esigenze organizzative 117
2. IVG e libertà di coscienza: escludere o tutelare l'obiezione? 126
3. Obiezione di coscienza all'IVG: verso nuovi approcci organizzativi e deontologici? 133
4. La PMA tra obiezione di coscienza, ragionevolezza scientifica della legge e autonomia professionale 139

PARTE SECONDA: CONFLITTI DI COSCIENZA

V. Il concetto di limite nel campo della PMA, *di Laura Ferrero* 151

1. L'idea di limite 151
2. Che «forma» può avere il dibattito sui limiti? 155
3. L'informalità del dibattito sui limiti 160
4. Le richieste «inaccettabili» 167
5. Il terreno di confronto sulla fecondazione eterologa 170
6. Il paragone con la normativa sull'adozione 175
7. Naturalizzazione, artificialità e responsabilità 177

VI. La PMA eterologa arriva in Italia: il caso dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze, *di Elisabetta Coccia, Laura Ferrero e Francesca Rizzello* 181

1. La PMA eterologa in Italia 181
2. L'impulso dell'Azienda ospedaliera universitaria Careggi 184
3. L'accesso alla prestazione 188
4. Dall'assenza dei donatori all'approvvigionamento internazionale 195
5. Disuguaglianze e turismo riproduttivo a livello nazionale 201

VII. La procreazione medicalmente assistita tra autonomia professionale e diritti fondamentali, *di Elisabetta Pulice* 205

Copyright © 2024 by Società editrice Il Mulino

1. Autonomia professionale e accesso alla PMA: scienza o coscienza? p. 205
2. PMA e forme del conflitto: tra diritto e deontologia 211
3. Accesso alla PMA e bilanciamento dei diritti: i limiti dell'autonomia professionale 214

PARTE TERZA: PLURALISMO CULTURALE E RELIGIOSO

VIII. Circoncisioni rituali, comunità migranti e servizi sanitari: prospettive di dialogo, *di Laura Ferrero* 223

1. Corpi in movimento 223
2. Uno sguardo antropologico sulla circoncisione 226
3. Rituali in movimento 233
4. Circoncisione rituale a Torino 238

IX. Circoncisione rituale maschile tra medicalizzazione e tutela del pluralismo culturale, *di Elisabetta Pulice* 249

1. Circoncisione rituale maschile: il diritto che (non) c'è 249
2. Le ragioni delle difficoltà giuridiche e deontologiche: integrità fisica e autodeterminazione del minore 255
3. La «medicalizzazione» della circoncisione: rigidità e opzioni di coscienza 260
4. Circoncisione rituale maschile e ruolo del medico in prospettiva comparata: profili di criticità e pluralità di posizioni 264
5. Limiti e potenzialità della deontologia medica italiana nei possibili percorsi di *reasonable accommodation* 268

Postfazione. Il sopravvento della pandemia, *di Laura Ferrero, Elisabetta Pulice e Ana Cristina Vargas* 271

Bibliografia 281

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Ringraziamenti

A conclusione di questa ricerca, sono molte le persone che vogliamo ringraziare. Ognuno dei temi discussi nei presenti volumi è stato affrontato grazie a interlocutori che hanno acconsentito a dialogare con noi. Le interviste realizzate sono state condotte in ospedale e hanno richiesto al personale sanitario la disponibilità di trovare un tempo dedicato alla riflessione, cosa che non sempre è facile. A tutte e a tutti i professionisti che in vario modo hanno contribuito allo sviluppo della nostra ricerca, che per ragioni di privacy non possiamo elencare individualmente, va il nostro primo ringraziamento. I temi affrontati hanno richiesto un tempo di avvicinamento, in cui i primari e i responsabili di diversi servizi ci hanno accolte per illustrarci l'organizzazione interna dei contesti in cui lavorano e per aiutarci a identificare le persone a cui proporre focus group o interviste. Senza il loro aiuto, il nostro lavoro sarebbe stato impossibile.

I primi passi della nostra ricerca sono stati mossi a Torino e, in particolare, all'interno dell'AOU Città della salute e della scienza, una realtà con la quale il Laboratorio dei Diritti Fondamentali ha una solida storia di collaborazione. Un ringraziamento va quindi al direttore sanitario, Antonio Scarmozzino, alla direttrice del presidio ospedaliero OIRM S. Anna Grace Rabacchi e al direttore del presidio ospedaliero Regina Margherita Vinicio Santucci. Un sentito ringraziamento va anche al responsabile del Servizio di interruzione delle gravidanze Silvio Viale, al responsabile del Centro di procreazione medicalmente assistita Alberto Revelli, al direttore del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia Daniele Farina, alla referente del DIPSA (Direzione professioni sanitarie) presso il S. Anna Paola Serafini, ai direttori delle quattro Strutture complesse dell'Ospedale S. Anna, alla psicologa del Centro PMA Alessandra Razzano e a Mario Caserta dell'Ufficio relazioni con il pubblico.

Il lavoro di ricerca si è poi sviluppato anche in molti altri ospedali e servizi, in diverse realtà italiane. Sebbene sia impossibile nominare tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro, vorremmo ringra-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

ziare i direttori, i responsabili e i coordinatori che ci hanno permesso l'accesso a questi contesti: i medici Massimo Bernardo, Elisabetta Coccia, Giacomo Donadio, Maria Rosa Giolito, Giovanni Gordini, Sergio Livigni, Emilpaolo Manno, Lorena Mantovani, Corrado Melega, Francesca Rizzello, Savino Santovito, Martin Steinkasserer, Emanuele Torri e le infermiere Michela Bonfitto, Federica Bresciani e Monique Barger.

Vorremmo inoltre ringraziare i medici Giuseppe Gristina e Marco Vergano del Gruppo di Studio di Bioetica SIAARTI e Luciano Orsi della Società italiana cure palliative.

Alcuni temi hanno infine richiesto di relazionarsi anche con realtà o singoli che operano al di fuori dei servizi ospedalieri, ma che per la loro posizione o attività si sono qualificati come interlocutori privilegiati per il nostro lavoro. In particolare, ci teniamo a menzionare la professoressa Stefania Scarponi, il medico Hamid Zariate, Diletta Berardinelli e Monica Cerutti che nel corso della ricerca erano rispettivamente consigliera e assessora del comune di Torino.

Un ringraziamento particolare, infine, va a Franca Viganò, antropologa, che ha svolto il suo tirocinio professionalizzante all'interno del nostro progetto e ha contribuito con impegno ed entusiasmo al percorso di ricerca.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Prefazione

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

I due volumi di cui si compone l'ampio rapporto conclusivo della ricerca che abbiamo intitolato al pluralismo etico e ai conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera, riguardano il primo le scelte riproduttive e i temi della genitorialità e il secondo le questioni attinenti alle scelte di fine vita. Qualche richiamo tra un volume e l'altro è conseguenza dell'unico filo che lega le diverse situazioni considerate. Profili di diritto si intrecciano con quelli che ricadono nell'ambito della antropologia. E così le studiose che hanno condotto la ricerca sono appunto una giurista e due antropologhe. Esse hanno lavorato in stretta collaborazione, non solo nel redigere i capitoli che sono di loro competenza e riflettono il ricorso al metodo proprio delle loro discipline, ma anche con il continuo dialogo tra loro e la comune partecipazione a molti dei colloqui e delle interviste ai protagonisti delle vicende oggetto dello studio.

Le ricerche promosse dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali hanno tutte un carattere pluridisciplinare. V'è un motivo, che esprime il carattere proprio del Laboratorio e si richiama a una indicazione che si trae dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti umani. La Corte indica la ragion d'essere della Convenzione europea nella tutela di «diritti concreti ed effettivi, non teorici ed illusori», dove teorici ed illusori sono quelli scritti nelle leggi fino a che non diventano concreti ed effettivi nella realtà della vita delle persone: la concretezza e l'effettività qui vengono discusse e controllate con gli strumenti dell'antropologia e della sociologia, nel dialogo stretto con la giurista.

In questa ricerca, per le qualità professionali e umane delle tre autrici, il lavoro comune è stato particolarmente proficuo nel risultato ed anche di soddisfazione nel suo svolgimento. Un capitolo del volume I ha visto la collaborazione di protagoniste di un'importante esperienza svoltasi all'Ospedale di Careggi in Firenze.

L'idea iniziale, da cui questa ricerca ha tratto origine, voleva indagare realtà presenti negli ospedali (pubblici) quando si pongono questioni che ri-

chiamano temi etici o deontologici o culturali che condizionano l'agire del personale sanitario nello svolgimento dei suoi compiti, nel rapporto con i colleghi, nell'ambito delle équipe e nei confronti dei pazienti. La pluralità di posizioni etiche, deontologiche e culturali porta a differenti atteggiamenti e scelte operative, con serie implicazioni nei rapporti con i pazienti e nel funzionamento dell'organizzazione ospedaliera. Solo una parte dei casi che la ricerca ha ritrovato si riferisce alle ipotesi in cui la legge riconosce la possibilità di obiezione di coscienza. E anche in quei casi nascono situazioni non considerate dalla legge. Tutte, previste o non previste dalle leggi, rappresentano realtà che occorre conoscere. Esse sono espressive di esigenze che meritano considerazione, anche se non previste dalle leggi. Esempi ne sono i casi illustrati nel volume I relativi alle varie forme di procreazione medicalmente assistita o, nel volume II, alle vicende di fine vita. Vengono in discussione temi anche di natura non strettamente etica, ma piuttosto di deontologia medica e di concezione del ruolo del medico, di rapporto medico-paziente o, infine e semplicemente, di umanità. Vi sono problemi che rimangono aperti e altri che sollecitano l'adozione di procedure dirette a giungere a *reasonable accommodation* anche con adattamenti organizzativi del servizio (come nel caso dell'obiezione di coscienza rispetto alla IVG).

Alle ricercatrici Laura Ferrero e Ana Cristina Vargas, antropologhe, e Elisabetta Pulice, giurista, va il cordiale ringraziamento del Laboratorio dei Diritti Fondamentali.

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Nel volume I i capitoli I, IV, VII e IX sono di Elisabetta Pulice; i capitoli II, III, V e VIII sono di Laura Ferrero. Il capitolo VI è frutto del lavoro comune di Laura Ferrero, di Elisabetta Coccia (professoressa associata di Ginecologia e ostetricia presso il Dipartimento di Scienze biomediche, sperimentali e cliniche Mario Serio, Università degli Studi di Firenze; direttrice del Centro di procreazione medicalmente assistita dell'AUO Careggi) e Francesca Rizzello (ginecologa presso il Centro di procreazione medicalmente assistita dell'AUO Careggi).

Nel volume II i capitoli I, IV, VII e IX sono di Elisabetta Pulice; i capitoli II, III, V, VI e VIII sono di Ana Cristina Vargas.

L'Introduzione e la Postfazione di entrambi i volumi sono il frutto del lavoro congiunto del gruppo di ricerca composto da Laura Ferrero, Elisabetta Pulice e Ana Cristina Vargas.

Introduzione

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *Il pluralismo etico e i conflitti di coscienza*

Il presente volume affronta il tema dei conflitti che possono emergere in ambito ospedaliero riguardo a scelte riproduttive e scelte genitoriali (ivi comprese la scelta di diventare o non diventare genitori, le nuove tecniche riproduttive e scelte legate all'età pediatrica dei figli) e fa parte di un più vasto progetto di ricerca del Laboratorio dei Diritti Fondamentali, che ha come punto focale il pluralismo etico e i conflitti di coscienza nell'organizzazione ospedaliera.

Il termine «conflitto» è utilizzato in senso lato a indicare principalmente due profili. Il primo è quello del conflitto tra una richiesta del paziente e la coscienza del professionista. Il secondo si riferisce, più in generale, a situazioni nelle quali i diversi attori coinvolti sono chiamati a bilanciare diritti, doveri, interessi ed esigenze di tutela potenzialmente confliggenti tra loro.

I risultati della ricerca sono presentati in due volumi: il primo relativo alle scelte riproduttive e ai dibattiti sulla genitorialità e il secondo in cui si affrontano le scelte di fine vita. I due volumi sono strettamente collegati fra loro e gli strumenti concettuali che abbiamo usato per costruirli sono comuni. Volevamo, tuttavia, rendere ciascuno di essi autonomo, e ci sembrava importante che in entrambi i libri i lettori interessati potessero fare riferimento a una cornice introduttiva completa. Per questa ragione abbiamo scelto di riproporre integralmente, nei due volumi, i paragrafi 1, 2, 3, 4 e 5 dell'Introduzione. I paragrafi dal 6 in avanti sono invece diversi in quanto specifici per ciascuno dei due ambiti della ricerca. Per lo stesso motivo la Postfazione compare in entrambi i volumi.

I volumi seguono uno schema comune e sono divisi in tre parti, ciascuna dedicata a esaminare un particolare modello per affrontare una diversa forma di conflitto di coscienza in ambito ospedaliero.

a) La prima parte di ciascun volume riguarda l'obiezione di coscienza legislativamente riconosciuta. Per i motivi che si diranno, nell'ordinamento

Questa Introduzione è di Laura Ferrero, Elisabetta Pulice e Ana Cristina Vargas.

giuridico italiano l'obiezione di coscienza è tutelata solo nelle ipotesi espressamente previste dal legislatore, ovvero l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG)[1], la procreazione medicalmente assistita (PMA)[2] e la sperimentazione animale[3] (ambito, quest'ultimo, che non sarà discusso nel presente lavoro).

b) La seconda parte di ciascun volume esplora alcuni dei contesti in cui si presentano quelli che abbiamo definito conflitti di coscienza, ovvero possibili contrasti tra la volontà (e le richieste) dei pazienti, così come garantite a livello normativo, e i convincimenti di natura professionale-deontologica dei professionisti.

Tali divergenze possono, in certi casi e a determinate condizioni, portare a un rifiuto di prestazione, che trova come principale fondamento normativo la clausola di coscienza dei codici deontologici.

Questo implica la necessità di esaminare l'articolata intersezione tra deontologia e diritto, che comprende le funzioni proprie dei codici deontologici, le loro evoluzioni, le diverse competenze e le reciproche influenze tra la dimensione giuridico-statale e la dimensione deontologico-professionale.

c) Infine, la terza parte di ciascun volume esamina le istanze poste da pazienti che richiedono per ragioni etiche, religiose o culturali una determinata pratica o l'implementazione di servizi e di percorsi alternativi a quelli di norma offerti nella struttura ospedaliera.

In questo ambito particolare importanza è stata data al concetto di pluralismo culturale, inteso come il riconoscimento dell'eterogeneità dei contesti sociali contemporanei, che sono caratterizzati dalla compresenza stabile, nello stesso territorio, di una pluralità di gruppi sociali, portatori di storie, religioni e culture diverse. In particolare, nei casi che analizzeremo nei due volumi, parleremo di visioni diverse del corpo che si incontrano in uno stesso spazio geografico in seguito a fenomeni migratori e osserveremo casi studio in cui da questa compresenza sono emersi nuovi bisogni e nuove richieste medico-sanitarie. Nella ricerca abbiamo rilevato che quando il pluralismo viene riconosciuto e affrontato in un'ottica di «convivenza» lo spazio della *reasonable accommodation* si configura come una cornice, dai contorni non nettamente definiti, in cui sono possibili il dialogo costruttivo, la mediazione e l'interculturalità.

2. *Le basi costituzionali dell'obiezione di coscienza*

L'obiezione di coscienza, pur non essendo espressamente menzionata nella Costituzione italiana[4], trova fondamento costituzionale nella giurispru-

[1] Legge n. 194 del 1978, analizzata nel vol. I, parte I.
[2] Legge n. 40 del 2004, analizzata nel vol. I, parti I e II.
[3] Legge n. 413 del 1993 *Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale*.
[4] La libertà di coscienza è invece espressamente prevista in altre Costituzioni europee e Carte dei diritti fondamentali. Così, ad esempio, l'art. 9 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU) e l'art. 10, di contenuto analogo, della Carta dei diritti fondamentali dell'U-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

denza della Consulta «quale principio creativo che rende possibile la realtà delle libertà fondamentali dell'uomo e quale regno delle virtualità di espressione dei diritti inviolabili del singolo nella vita di relazione», a partire dalla sentenza n. 467 del 1991[5].

La Corte, dopo aver individuato la tutela della coscienza nell'art. 2 della Costituzione, lega la configurazione di «un principio di protezione dei cosiddetti diritti della coscienza»[6] all'«univoco convergere degli articoli 2, 3, 19 e 21, primo comma, della Costituzione»[7].

In una prospettiva più generale, la libertà di coscienza trova fondamento nella democrazia costituzionale, nell'ambito, quindi, dello Stato co-

Copyright © 2024 by Società Editrice il Mulino

nione europea (CDFUE), entrambi rubricati «Libertà di pensiero, di coscienza e di religione». Il comma 2 dell'art. 10 menziona espressamente anche l'obiezione di coscienza come diritto riconosciuto dall'Unione «secondo le leggi nazionali che ne disciplinano l'esercizio». Nella CEDU l'obiezione di coscienza è espressamente menzionata all'art. 4 con riferimento al servizio militare. Per un approfondimento sui contenuti e i limiti della libertà di coscienza nell'ambito europeo, cfr. V. Zagrebelsky, R. Chenal e L. Tomasi, *Manuale dei diritti fondamentali in Europa*, Bologna, Il Mulino, 2019, pp. 332 ss. Sulle tematiche dell'obiezione di coscienza sia in termini generali sia con riferimento all'ambito sanitario, si vedano, tra i molti, D. Paris, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, Passigli, 2011; M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, Milano, Giuffrè, 2014; L. Eusebi, *Obiezione di coscienza del professionista sanitario*, in S. Rodotà e P. Zatti (dir.), *Trattato di biodiritto*, vol. III: *I diritti in medicina*, a cura di L. Lenti, E. Palermo Fabris e P. Zatti, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 173-187; A. Pugiotto, *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, in *Digesto (discipline pubblicistiche)*, Torino, Utet, 1995, vol. X, p. 240; P. Borsellino, F. Forni e S. Salardi (a cura di), *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101; C. Piciocchi, *Diritto e coscienza: circoscrivere per garantire, in nome del pluralismo*, in «BioLaw Journal», 1, 2016, pp. 115-130; S. Clarke, *Conscientious objection in healthcare: New directions*, in «Journal of Medical Ethics», 43, 2017, p. 191; A. Giubilini e J. Savulescu, *Conscientious objection in healthcare: Problems and perspectives*, in «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 26, 2017, pp. 3-5; M.R. Wicclair, *Managing conscientious objection in health care institutions*, in «HEC Forum», 26, 2014, pp. 267-283; B. Zolf, *No conscientious objection without normative justification: Against conscientious objection in medicine*, in «Bioethics», 33, 2019, pp. 146-153. Per ulteriore bibliografia con specifico riferimento ai temi trattati si rimanda ai relativi capitoli.

[5] Si legge, ad esempio, che «[a] livello dei valori costituzionali, la protezione della coscienza individuale si ricava dalla tutela delle libertà fondamentali e dei diritti inviolabili riconosciuti e garantiti all'uomo come singolo, ai sensi dell'art. 2 della Costituzione, dal momento che non può darsi una piena ed effettiva garanzia di questi ultimi senza che sia stabilita una correlativa protezione costituzionale di quella relazione intima e privilegiata dell'uomo con se stesso che di quelli costituisce la base spirituale-culturale e il fondamento di valore etico-giuridico. In altri termini, poiché la coscienza individuale ha rilievo costituzionale quale principio creativo che rende possibile la realtà delle libertà fondamentali dell'uomo e quale regno delle virtualità di espressione dei diritti inviolabili del singolo nella vita di relazione, essa gode di una protezione costituzionale commisurata alla necessità che quelle libertà e quei diritti non risultino irragionevolmente compressi nelle loro possibilità di manifestazione e di svolgimento a causa di preclusioni o di impedimenti ingiustificatamente posti alle potenzialità di determinazione della coscienza medesima» (Corte cost., sentenza n. 467 del 1991, punto 4 del Considerato in diritto).

[6] Corte cost., sentenza n. 43 del 1997, punto 5 del Considerato in diritto.

[7] Corte cost., sentenza n. 271 del 2000, punto 4 del Considerato in diritto, riferendosi alla sentenza appena citata.

stituzionale di diritto e nella coniugazione dei principi personalista e pluralista[8].

Dalla giurisprudenza costituzionale emergono alcuni elementi essenziali della tutela dell'obiezione di coscienza nell'ordinamento italiano, che è bene precisare fin da subito rimandando ai singoli capitoli l'approfondimento di specifici profili.

La Corte, nel sottolineare il rilievo costituzionale della coscienza legato al «riflesso giuridico più profondo dell'idea universale della dignità della persona umana», riconosce innanzitutto la possibilità di fondare su di essa esenzioni all'adempimento di doveri giuridici:

> la sfera di potenzialità giuridiche della coscienza individuale rappresenta, in relazione a precisi contenuti espressivi del suo nucleo essenziale, un valore costituzionale così elevato da giustificare la previsione di esenzioni privilegiate dall'assolvimento di doveri pubblici qualificati dalla Costituzione come inderogabili (c.d. obiezione di coscienza)[9].

In questo senso, l'obiezione di coscienza è stata definita dalla dottrina come «massima estensione della libertà di coscienza»[10]. Come avremo modo di analizzare nei presenti volumi, per essere tutelata, la coscienza del professionista sanitario deve essere però realmente fondata, cogente e strettamente legata a un suo coinvolgimento diretto con l'azione che ritiene intollerabile.

Ciò in base alla considerazione, sottolineata sia dalla giurisprudenza, tanto costituzionale quanto di merito, sia dalla dottrina, che

> non qualsiasi convincimento interiore giustifica il ricorso a una così elevata e problematica forma di tutela della libertà di coscienza, ma soltanto una convinzione di coscienza radicata e cogente al punto tale che l'eventuale adeguamento al contrario imperativo espresso dalla legge viene vissuto dal soggetto come un intollerabile tradimento nei confronti della propria persona[11].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[8] R. Toniatti, *La democrazia costituzionale repubblicana*, in C. Casonato (a cura di), *Lezioni sui principi fondamentali della costituzione*, Torino, Giappichelli, 2008, pp. 35-81. In prospettiva più ampia, sulla vocazione pluralista della Costituzione, le cui «modalità di redazione non impongono, ma nemmeno consentono una interpretazione unidirezionale» e come Costituzione di principi che può «fornire – secondo il compromesso costituzionale e con l'introduzione di precetti anche discordanti – protezione ad un largo spettro di posizioni e interessi anche diversi e contrastanti» si veda, ad esempio, S. Bartole, *La Costituzione è di tutti*, Bologna, Il Mulino, 2012.

[9] Corte cost., sentenza n. 467 del 1991, punto 4 del Considerato in diritto.

[10] A. Guarino, *Obiezione di coscienza e valori costituzionali*, Napoli, Jovene, 1992, p. 115, citato anche in D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 98, cui si rinvia, per un'ampia trattazione sull'ammissibilità, i requisiti e i limiti dell'obiezione di coscienza.

[11] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 98. Sul punto cfr. anche, tra gli altri, M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit.

Tale tutela richiede un delicato bilanciamento con gli interessi e i diritti protetti dalla legge cui si consente di obiettare, non potendo essere considerata «illimitata e incondizionata»[12].

Da ciò deriva il ruolo centrale del legislatore, come sottolineato in più occasioni dalla Corte costituzionale, che lega le menzionate esenzioni privilegiate a una

> delicata opera del legislatore diretta a bilanciarla con contrastanti doveri o beni di rilievo costituzionale e a graduarne le possibilità di realizzazione in modo da non arrecar pregiudizio al buon funzionamento delle strutture organizzative e dei servizi d'interesse generale[13].

Più precisamente

> Spetta innanzitutto al legislatore stabilire il punto di equilibrio tra la coscienza individuale e le facoltà ch'essa reclama, da un lato, e i complessivi, inderogabili doveri di solidarietà politica, economica e sociale che la Costituzione (art. 2) impone, dall'altro, affinché l'ordinato vivere comune sia salvaguardato e i pesi conseguenti siano equamente ripartiti tra tutti, senza privilegi[14].

Emerge quindi la natura di eccezione che l'obiezione di coscienza ha nel nostro ordinamento, nel quale, oltre all'originaria ipotesi dell'obiezione al servizio militare, l'istituto dell'obiezione di coscienza è espressamente previsto solo nei tre ambiti prima menzionati.

Nei prossimi capitoli verranno inoltre evidenziati, con riferimento agli specifici ambiti oggetto della nostra ricerca, la portata, i limiti e gli strumenti di gestione dell'obiezione di coscienza.

Alcuni profili generali sono affrontati in entrambi i volumi, mentre ad altri è dedicato uno spazio specifico in alcuni capitoli cui di volta in volta si rinvierà[15].

In termini generali, l'obiezione di coscienza e i conflitti analizzati si inseriscono nella spesso «disordinata e conflittuale […] produzione sociale di senso di diritto e giustizia» in cui

> [o]gni qual volta la decisione «imperiale» porti al riconoscimento di un nuovo diritto, così cercando di chiudere un confitto tra i diversi sensi del giusto che convi-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[12] Corte cost., sentenza n. 43 del 1997, punto 5 del Considerato in diritto.
[13] Corte cost., sentenza n. 467 del 1991, punto 4 del Considerato in diritto.
[14] Corte cost., sentenza n. 43 del 1997, punto 5 del Considerato in diritto.
[15] In particolare, considerazioni di natura comparata sui limiti dell'obiezione di coscienza in ambito sanitario sono contenute nel vol. I, cap. IV in materia di aborto e rapporto tra obiezione di coscienza e disciplina del rapporto di lavoro nell'amministrazione sanitaria; i rapporti tra obiezione di coscienza e clausola di coscienza sono trattati nel cap. IV del vol. II.

vono nella società, al momento dell'applicazione della legge i confitti si riaccendono e portano nuova turbolenza, nuovi contrasti, nuove rivendicazioni nella società[16].

Più nello specifico, i conflitti di coscienza che analizzeremo nascono dall'intervento di un professionista sanitario la cui coscienza esprime un bilanciamento diverso da quello definito dal legislatore in ambiti eticamente, professionalmente e giuridicamente controversi.

La tutela del primo non può però svuotare la tutela del secondo. Da qui il dovere delle strutture sanitarie di adottare i necessari accorgimenti per garantire che, nonostante la tutela dell'obiezione di coscienza, i diritti fondamentali ad essa affidati siano adeguatamente e compiutamente tutelati. Ciò vale anche per le ipotesi di rifiuti di prestazione fondati sulle clausole deontologiche.

3. *Il rapporto fra codice deontologico e fonti del diritto*

Il diritto di rifiutare una prestazione, per ragioni professionali o personali, è previsto dai codici deontologici di molte professioni sanitarie, tanto nell'ordinamento italiano quanto in altri ordinamenti giuridici e in fonti deontologiche europee[17]. L'art. 22 del codice di deontologia medica (CDM) italiano offre l'esempio di clausola di coscienza comune a tutti gli ambiti analizzati nella nostra ricerca. Ne affronteremo il contenuto in prospettiva comparata per indagare i limiti di tale clausole, le garanzie del principio di non discriminazione e dei diritti potenzialmente confliggenti predisposti dai CDM di altri ordinamenti giuridici o di altre professioni sanitarie italiane[18].

Il ruolo che la clausola di coscienza e le altre regole deontologiche possono avere nei conflitti analizzati è strettamente legato ai rapporti tra diritto e deontologia. Ciò assume rilevanza sia per quanto riguarda i rapporti formali tra codice deontologico e fonti del diritto sia, più in generale, nella prospettiva del pluralismo degli ordinamenti giuridici[19].

Nei temi legati ai conflitti etici e al pluralismo culturale, il ruolo della deontologia discende dalla sua dimensione normativa, intesa come l'insieme delle istituzioni (ordinistiche in questo caso) che elaborano le norme deonto-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[16] R. Bin, *Critica della teoria dei diritti*, Milano, FrancoAngeli, 2018, p. 24.

[17] Ad esempio nelle *Deontological Guidelines* e nell'*European Charter of Medical Ethics* dell'European Council of Medical Orders (CEOM).

[18] L'analisi comparata di tali profili è contenuta nel vol. II, cap. VII; riflessioni comparate sulle discipline deontologiche in materia di rifiuto di prestazione e impatto delle convinzioni personali del professionista in contesti di pluralismo sono contenute nel vol. I, cap. IX.

[19] Il riferimento è ovviamente a *L'ordinamento giuridico* di Santi Romano. Per un'analisi dell'applicazione di tale dottrina alla deontologia cfr., ad esempio, J. Moret-Bailly, *La théorie pluraliste de Romano à l'épreuve des déontologies*, in «Droits», 32, 2000, pp. 171-182.

logiche, dei destinatari e delle funzioni di tali norme, nonché delle eventuali sanzioni. L'impatto della deontologia negli ambiti analizzati non è limitato però ai rapporti strettamente formali tra fonti del diritto, ma si basa sulla complessa (e tuttora poco definita) interazione di tale insieme di fattori con il resto dell'ordinamento giuridico e sulla portata pratica che i professionisti sanitari le attribuiscono nel loro agire quotidiano.

Da questo punto di vista va innanzitutto precisato che nella nostra ricerca ci occupiamo della deontologia non solo come principi di etica medica, ma come codice deontologico, quindi come corpus normativo che razionalizza tali principi in regole che diventano obbligatorie per gli iscritti. Attraverso tale passaggio la deontologia si colloca all'intersezione tra dimensione giuridica, dimensione etica e sapere tecnico-scientifico, quindi tra Stato, categoria professionale e comunità scientifica. Questa intersezione connota in maniera peculiare il codice deontologico, la cui portata pratica dipende dal combinarsi di molteplici fattori.

Benché la nostra ricerca non riguardi solo la professione medica, una breve analisi del ruolo del CDM aiuterà a mettere in luce i profili più rilevanti per i temi affrontati[20].

L'analisi comparata mostra innanzitutto come siano quattro i fattori che incidono sul ruolo e sui contenuti concreti del codice deontologico: le difficoltà e peculiarità dell'oggetto da disciplinare; le scelte (o le lacune) del diritto su tale disciplina; il modello dei rapporti formali tra codice deontologico e altre fonti del diritto; la sensibilità interna della categoria professionale nei confronti delle esigenze di tutela che richiedono una riflessione e una disciplina deontologica e del pluralismo valoriale che le caratterizza[21].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[20] La deontologia medica, che trova il suo fondamento nel Giuramento di Ippocrate, rappresenta infatti la deontologia più antica in ambito sanitario per quanto attiene sia alla sua razionalizzazione in codici sia all'evoluzione moderna delle istituzioni ordinistiche. Per un'analisi storica cfr., ad esempio, S. Patuzzo, *Il primo Codice di deontologia medica italiano. Nuove ricerche*, in «Professione & Clinical Governance», 2012, n. 2, pp. 33-39; P. Benciolini, *La deontologia dai galatei ai codici deontologici*, in «La professione. Medicina, Scienza, Etica e Società», 2010; J. Moret-Bailly, *Les déontologies*, Aix-en-Provence, PUAM, 2001; J. Taupitz, *Die Standesordnungen Der Freien Berufe: Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung Im Rechtssystem*, Berlin, Walter de Gruyter, 1991. Ferme restando le specificità di ogni professione, le considerazioni svolte in questo paragrafo possono essere estese ai profili di altri modelli deontologici che presentano le stesse caratteristiche strutturali, così come delineati dalla disciplina di settore e dalla legge sul riordino delle professioni sanitarie, la n. 3 del 2018, c.d. legge Lorenzin.

[21] I profili di analisi comparata, i rapporti tra codice deontologico e fonti del diritto, il ruolo dei fattori richiamati e i differenti modelli di «ingresso» della deontologia nell'ordinamento giuridico si basano prevalentemente sulla tesi di dottorato italo-francese di E. Pulice, *Il ruolo della deontologia medica nel sistema delle fonti: un'analisi comparata. Le rôle de la déontologie médicale dans les sources du droit: Analyse comparée*, tesi di dottorato, Trento-Nanterre, 2014, in corso di pubblicazione in E. Pulice, *Deontologia e diritto. Modelli comparati, criticità e prospettive in ambito biomedico*, Napoli, Editoriale Scientifica, cui si permette di rinviare anche per altre riflessioni sul ruolo, le potenzialità e i limiti della deontologia, contenute nei presenti volumi e per ulteriore bibliografia di riferimento.

Questi fattori possono essere intrinsecamente legati al fenomeno deontologico in generale[22], alle specificità della deontologia medica, alle peculiarità dell'ambito dell'attività professionale sul quale incide nonché all'approccio del diritto e dei poteri statali nell'attribuire autonomia regolamentare e disciplinare alle istituzioni ordinistiche e nel definire la natura degli ordini professionali e dei codici deontologici.

Sul piano dei contenuti, l'impatto dei principi deontologici nei conflitti analizzati deriva dalle caratteristiche che il codice deontologico ha assunto nelle sue evoluzioni più recenti e che lo hanno portato a uscire dalla sua originaria dimensione interna ai rapporti tra professionisti. Ciò è avvenuto combinando due principali linee evolutive: una maggiore attenzione e apertura ai diritti fondamentali e la scelta di prendere posizione su questioni controverse non solo sul piano professionale, ma anche giuridico. È evidente, infatti, che quanto più incisivo è l'impatto del codice deontologico su diritti costituzionalmente garantiti tanto maggiore è il ruolo che tale fonte può avere sul piano dell'ordinamento giuridico, con conseguente ampliamento delle reciproche interazioni con altre fonti del diritto e con la giurisprudenza[23].

Come si vedrà, in alcuni casi questa evoluzione ha portato a significative sintonie con i principi costituzionali; in altri lascia aperti profili di incertezza; in altri, ancora, le norme deontologiche possono esprimere bilanciamenti e assetti valoriali diversi da quelli espressi da altre fonti del diritto.

Dall'analisi comparata emerge, infatti, come i rapporti tra diritto e deontologia possano assumere diverse forme, i cui esiti non sono determinabili a priori, ma variano a seconda dei fattori prima menzionati. In alcuni ambiti, la deontologia può quindi integrare il diritto, talvolta anticiparlo, soprattutto per quanto riguarda la fonte legislativa, oppure contrastare principi elaborati da altre fonti normative. Da questo punto di vista, va però sottolineato che proprio per la variabilità dei casi e delle forme assunte dal rapporto tra diritto e deontologia, nei possibili conflitti quest'ultima può porsi come fonte che limita o che amplia la tutela dei diritti fondamentali predisposta a livello legislativo.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[22] Si tratta di profili discussi in molti ordinamenti e riferibili a varie forme di codificazione dell'etica che intervengono in numerosi settori. A titolo esemplificativo, si vedano, J. Moret-Bailly e D. Truchet, *Droit des déontologies*, Paris, PUF, 2016; G. Alpa e P. Zatti (a cura di), *Codici deontologici e autonomia privata*, Milano, Giuffrè, 2006; H. Simonetti, *Codici di autoregolamentazione e sistema delle fonti*, Napoli, Jovene, 2009; C. Sartea, *L'emergenza deontologica*, *Contributo allo studio dei rapporti tra deontologia professionale, etica e diritto*, Roma, Aracne, 2009; B.G. Mattarella, *Le regole dell'onestà. Etica, politica, amministrazione*, Bologna, Il Mulino, 2008.

[23] Cfr., ad esempio, E. Quadri, *Il codice deontologico medico ed i rapporti tra etica e diritto*, in «Responsabilità civile e previdenza», 4-5, 2002, pp. 925-948; P. Benciolini, *La deontologia dai galatei ai codici deontologici*, cit.; G. Iadecola, *Le norme della deontologia medica: rilevanza giuridica ed autonomia di disciplina*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2, 2007, p. 551.

In tal senso, quindi, la deontologia può concretizzare sia «il difficile e delicato passaggio dal discorso etico al discorso giuridico»[24] sia fenomeni di senso opposto definiti di *re-éthicisation* del diritto o di *déontologisation* della legge[25].

Per comprendere quale possa essere la rilevanza concreta del codice deontologico è necessario chiedersi anche quale sia la sua valenza giuridica. Questione, questa, che rimane tuttora controversa nel nostro ordinamento poiché non esiste una norma che specifichi la natura e la posizione del codice deontologico nelle fonti del diritto, come avviene invece in altri ordinamenti.

Dall'analisi comparata emerge come in alcuni Stati, Francia e Germania ad esempio[26], vi sia un modello di ingresso «non mediato» della deontologia nell'ordinamento giuridico: il codice deontologico assume in maniera diretta, e per espressa previsione legislativa, la forma di una specifica fonte del diritto e, quindi, una determinata posizione nella gerarchia delle fonti. Nell'ordinamento italiano, al contrario, il codice deontologico rimane formalmente un regolamento interno alla categoria professionale, che assume tuttavia rilevanza seguendo un modello di ingresso «mediato»: le regole deontologiche

[24] E. Quadri, *Il codice deontologico medico ed i rapporti tra etica e diritto*, cit., p. 938.

[25] J. Moret-Bailly, *La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale)*, in «RDSS», 6, 2012, pp. 1074-1083.

[26] Nell'ordinamento francese, il *Code de la santé publique* (CSP) attribuisce espressamente all'ordine professionale il compito di redigere un codice deontologico, che viene adottato nella forma di un *décret en Conseil d'Etat*, ossia di un decreto del primo ministro per il quale è obbligatorio il parere del Consiglio di Stato (cfr., ad esempio, E. Terrier, *Déontologie médicale et droit*, Bordeaux, LEH, 2003; J. Moret-Bailly e D. Truchet, *Droit des déontologies*, cit.). Non a caso la dottrina francese ha inserito tale codice nella categoria delle *déontologies étatiques*, distinte da quelle *extra-étatiques*, che invece non presentano le stesse caratteristiche formali e di pubblicità sul piano dell'ordinamento giuridico (J. Moret-Bailly, *Les déontologies*, cit.). Benché l'elaborazione del CDM sia prerogativa esclusiva dell'ordine professionale, la previsione di un parere del Consiglio di Stato permette un confronto tra l'istituzione ordinistica e un'autorità statale sulla compatibilità del contenuto del codice con il resto dell'ordinamento giuridico. Il CDM è inoltre pubblicato sul *Journal Officiel* e, dal 2004, inserito nella parte regolamentare del CSP, quindi di un codice statale (cfr. V. Cabrol, *La codification de la déontologie médicale*, in «Revue générale de droit médical», 16, 2005, pp. 103-123). Nell'ordinamento tedesco, il valore giuridico e la portata pratica del codice deontologico (*Berufsordnung*) sono legati alla specifica autonomia amministrativa attribuita alla categoria di enti di diritto pubblico (*Körperschaften des öffentlichen Rechts*) cui appartengono gli ordini professionali di ogni singolo Land. A livello federale la Bundesärztekammer (BÄK) elabora il (*Muster)Berufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*, oggetto ogni anno di discussione nel corso dell'assemblea generale dei medici tedeschi (*Deutsche Arztetag*). Il contenuto di tale codice assume rilevanza giuridica attraverso la sua trasposizione nei codici deontologici dei singoli *Länder*. Le legislazioni professionali dei *Länder* tedeschi affidano infatti espressamente alle camere professionali il compito di adottare il codice deontologico nella forma della fonte di diritto tipica del loro potere regolamentare (*Satzung*), della quale assume così la stessa posizione nella gerarchia delle fonti (R. Ratzel, H.D. Lippert e J. Prütting, *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte [MBO]*, Berlin-Heidelberg, Springer, 2018; H.-P. Ries *et al.*, *Ärztliches Standesrecht*, in Idd., *Arztrecht*, Berlin-Heidelberg, Springer).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

assumono valore giuridico attraverso il riferimento ad altri principi o clausole generali dell'ordinamento. Si tratta di un modello simile a quello del codice deontologico belga, per limitare l'analisi alle principali deontologie che verranno menzionate nei presenti volumi.

Per ricostruire il ruolo del codice deontologico è quindi necessario prendere in considerazione la pluralità di situazioni nelle quali le sue norme, o la loro violazione, assumono specifica rilevanza giuridica.

In questa prospettiva, il CDM ha innanzitutto una forma di rilevanza propria fondata sulla responsabilità disciplinare: la violazione delle norme del codice deontologico può portare a sanzioni, definite dalla legge, che incidono sulla vita professionale dei medici, se non addirittura, nei casi di sospensione e radiazione, sulla stessa possibilità di esercitare la loro professione. Vi è poi una serie di canali attraverso i quali il codice deontologico assume rilevanza per l'ordinamento giuridico, prevalentemente attraverso l'interpretazione giurisprudenziale[27].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[27] Merita di essere richiamata, innanzitutto, l'evoluzione della giurisprudenza della Corte di Cassazione sulla natura delle norme deontologiche. Dopo un primo orientamento in base al quale «le disposizioni dei codici deontologici predisposti dagli ordini (o dai collegi) professionali, se non recepite direttamente dal legislatore, non hanno né la natura né le caratteristiche di norme di legge», sottolineando altresì che i «precetti extra-giuridici ovvero regole interne alle categorie e non già […] atti normativi» (Cass. Sez. III civ. 10 febbraio 2003, n. 1951), la Corte di Cassazione ha modificato la sua giurisprudenza a partire dal 2002, considerando le norme deontologiche «norme giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria» e specificazione delle clausole generali contenute nella legge professionale (Cass., sentenza n. 8225 del 6 giugno 2002; Cass., Sez. Unite, sentenza n. 5776 del 23 marzo 2004 e Sez. III civ., sentenza n. 13078 del 14 luglio 2004). Tale evoluzione ha portato le Sezioni Unite a pronunciare nel 2007 il principio giuridico secondo il quale le norme deontologiche sono «fonti normative integrative di precetto legislativo […] interpretabili direttamente dalla corte di legittimità» (Cass. civ. Sez. Unite, sentenza n. 26810 del 20 dicembre 2007). Pur riguardando prevalentemente il codice deontologico forense, tale giurisprudenza può essere estesa al CDM in ragione delle similitudini tra i due modelli di deontologia. Le incertezze del modello italiano emergono però dal fatto che tale giurisprudenza non sia uniforme. In una sentenza del 2013, richiamata anche dalla Corte costituzionale (Corte cost., sentenza n. 180 del 2018), la Corte di Cassazione ha, ad esempio, negato il «carattere normativo» del codice deontologico (Cass. civ. Sez. Unite, sentenza n. 15873 del 25 giugno 2013 e Cass., Sez. III, sentenza n. 19246 del 29 settembre 2015). Altre forme di rilevanza del codice deontologico discendono dal suo ruolo di integrazione, a diversi livelli, delle fonti che disciplinano l'attività medica. Sul piano giurisprudenziale le norme deontologiche possono così diventare parametri di valutazione delle condotte del professionista nei giudizi di responsabilità sia civile sia penale. Ne sono un esempio l'individuazione giudiziale della condotta conforme ai principi di correttezza e diligenza professionale; il ruolo della disciplina deontologica nel definire la relazione terapeutica, quindi la posizione di garanzia del medico e le condotte la cui omissione assume rilevanza penale; la possibilità, riconosciuta da parte della dottrina, di considerare le regole deontologiche di natura cautelare come «discipline» la cui violazione è fonte di colpa penale ai sensi dell'art. 43 c.p.; il ruolo tipizzante del CDM, dalla cui funzione di integrazione delle norme giuridiche può risultare rafforzato il principio (fondamentale in diritto penale) di determinatezza. Su tutti questi profili si vedano, ad esempio, F. Angioni, *Il nuovo codice di deontologia medica*, in «Criminalia», 2, 2007, pp. 277-289; M. Caputo, *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure*, Torino, Giappichelli, 2017; C. Brusco,

Per i profili analizzati nella nostra ricerca assumono inoltre particolare importanza le pronunce giurisprudenziali con le quali è stato riconosciuto il ruolo della deontologia e delle istituzioni ordinistiche nel tutelare i diritti fondamentali del paziente, anche in questioni particolarmente controverse sul piano non solo etico e professionale, ma anche giuridico. Tale rilevanza è spesso connessa alla valorizzazione e tutela dei principi di autonomia e responsabilità professionale.

Alcune di queste pronunce saranno richiamate con specifico riferimento ai temi analizzati nei capitoli di entrambi i volumi.

In questa sede basti solo ricordare il passaggio con cui la Corte costituzionale nella sentenza 282/2008 ha affermato come «l'autonomia e la responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione» siano la «regola di fondo» della pratica dell'arte medica, non spettando di norma al legislatore il potere di «stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni»[28]. Inoltre, i «poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione» sono considerati, unitamente ai rimedi predisposti dall'ordinamento, strumenti a tutela dell'osservanza in concreto dei due diritti della persona malata all'incrocio dei quali si pone la pratica terapeutica: «quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona»[29].

Le forme di rilevanza fin qui richiamate hanno permesso alla deontologia medica di assumere crescente attenzione nei dibattiti pubblici, unendo alle tradizionali funzioni delle discipline deontologiche inediti ruoli come possibile fonte del (bio)diritto in terreni, come quello della scienza medica, in cui il dialogo con la componente tecnico-scientifica è essenziale per il diritto.

Sia la menzionata complessità dei rapporti tra diritto e codice deontologico sia il ruolo che la deontologia può avere nelle scelte adottate dai professionisti sanitari sono stati oggetto di riflessione nel corso della nostra ricerca. Nelle diverse parti dei volumi cercheremo quindi di analizzarne alcune specifiche implicazioni alla luce di quanto emerge dalla pratica clinica, provando a evidenziare i limiti, ma anche le potenzialità del modello italiano di deontologia che dovrebbero essere valorizzate per una migliore e più ragionevole gestione dei conflitti etici e del pluralismo culturale in ambito sanitario.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dal c.d. decreto Balduzzi, in «Diritto penale contemporaneo», 4, 2013, pp. 51-71, pp. 57 ss. e Id., *La responsabilità sanitaria civile e penale. Orientamenti giurisprudenziali e dottrinali dopo la legge Gelli-Bianco*, Torino, Giappichelli, 2018, pp. 56 ss. e p. 63; E. Quadri, *Il codice deontologico medico ed i rapporti tra etica e diritto*, cit., p. 925; G. Iadecola, *Le norme della deontologia medica*, cit.

[28] Corte cost., sentenza del 2002, punto 4 del Considerato in diritto.

[29] *Ibidem*.

4. *Pluralismo culturale e salute*

L'importanza della cultura è riconosciuta dal Comitato nazionale per la bioetica (CNB), che nei pareri intorno al tema del pluralismo culturale e religioso – in particolare nell'ambito dei fenomeni migratori – ha sviluppato delle riflessioni intorno al bilanciamento fra il concetto di salute proprio del servizio pubblico, l'appropriatezza clinica e il rispetto delle differenze culturali[30].

Un punto di riferimento importante nel riconoscimento del pluralismo culturale è la *Dichiarazione universale sulla diversità culturale*, approvata dall'UNESCO nel 2001. Partendo dal riconoscimento che la diversità culturale è, per il genere umano, necessaria quanto la biodiversità per qualsiasi forma di vita (art. 1), l'UNESCO ritiene indispensabile assicurare un'interazione armoniosa e una sollecitazione a vivere insieme di persone e gruppi dalle identità culturali molteplici, varie e dinamiche (art. 2). La tutela della diversità culturale è considerata un imperativo etico, inscindibile dal rispetto della dignità della persona, dei diritti umani e delle libertà fondamentali (art. 4). Sulla base di questi concetti, il CNB si è a più riprese interrogato sui limiti entro i quali è possibile garantire la tutela delle diversità culturali. Nel recente parere *Immigrazione e salute*, approvato nel 2017, si afferma:

> La domanda diviene allora: fino a che punto è possibile riconoscere e garantire la tutela delle diversità culturali entro la nostra cornice costituzionale? e quali sono i limiti invalicabili? Il limite non può che essere costituito dalle libertà e dai diritti fondamentali dell'uomo, fra i quali, preminente per il punto di vista bioetico sulle applicazioni della biologia e della medicina, il diritto alla propria integrità fisica e psichica[31].

La tutela della differenza culturale non può dunque estendersi a pratiche lesive dei diritti fondamentali e non può nemmeno essere invocata per giustificare il rifiuto della tutela della salute dei figli o il rifiuto di partecipare alla tutela della salute collettiva[32].

La Dichiarazione dell'UNESCO e, in Italia, il parere del CNB, delineano una cornice all'interno della quale la rilevanza della cultura è riconosciuta e la differenza culturale è tutelata, tuttavia è bene rilevare che il concetto di cultura non ha un significato univoco. Facendo riferimento alla *Dichiara-*

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[30] I più rilevanti ai fini della nostra ricerca fra i pareri del CNB in merito alla questione del pluralismo culturale sono: *Immigrazione e salute*, approvato il 23 giugno 2017; *La circoncisione: profili bioetici*, approvato il 25 settembre 1998; *Problemi bioetici in una società multietnica*, approvato il 16 gennaio 1998.

[31] CNB, *Immigrazione e salute*, cit., p. 35.

[32] *Ibidem*.

zione universale sulla diversità culturale, nel parere del CNB per cultura si intende l'insieme dei tratti distintivi spirituali e materiali, intellettuali e affettivi che caratterizzano una società o un gruppo sociale. Essa include oltre alle arti e alle lettere, modi di vita, di convivenza, sistemi di valori, tradizioni e credenze.

Questa definizione riprende da vicino la prima definizione di cultura proposta in ambito antropologico da Edward Burnett Tylor nel 1871, per il quale

> la cultura o civiltà, intesa nel più ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo in quanto membro di una società[33].

Al pari della definizione adottata dal CNB, la definizione di Tylor include sia le idee che stanno alla base della visione del mondo di un dato popolo (le conoscenze, le credenze, la morale), sia le manifestazioni materiali e comportamentali attraverso cui questa visione si manifesta (l'arte, i costumi, le abitudini).

La definizione di Tylor ha il pregio di enfatizzare la dimensione acquisita (appresa) della cultura, che permette di differenziare in modo netto ciò che pertiene all'ambito culturale da ciò che è dovuto all'eredità genetica della nostra specie ed è dunque innato. Questa distinzione, apparentemente chiara, è invece centrale in ogni riflessione sul corpo e sulla corporeità. Pur avendo un substrato biologico, molti fenomeni corporei che possono apparire spontanei o naturali – dalle modalità percettive alle posizioni per partorire oppure per allattare – sono in realtà il frutto di un processo di apprendimento culturale. La cultura e la biologia sono interdipendenti a più livelli[34]. Fin dalle fasi più precoci dello sviluppo infantile il nostro corpo agisce come un sistema aperto, che integra gli stimoli provenienti dall'ambiente sociale grazie ai sofisticati meccanismi legati alla plasticità neuronale e ai processi di incorporazione[35] che modellano abitudini, sensazioni, emozioni e comportamenti.

Pur rimanendo centrale nella storia dell'antropologia, la definizione di Tylor è stata oggetto di dibattito, è stata rivista, integrata e, in alcuni casi, radicalmente messa in discussione. È stato sottolineato che questa definizione rischia di portare a una visione statica della cultura, poiché enfatizza gli aspetti di omogeneità degli insiemi culturali, ma non si sofferma sugli aspetti di eterogeneità interna, cambiamento e discontinuità.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[33] E.B. Tylor, *Primitive Culture* (1871), New York, Brentano, 1920.

[34] Sul tema si veda G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci, 2005.

[35] T.J. Csordas, *Embodiment as a paradigm for anthropology*, in «Ethos», 18, 1990, n. 1, pp. 5-47.

La cultura, infatti, è stata a lungo intesa come un'entità immutabile, reificata e dai confini definiti, e non, invece, come un sistema aperto e dinamico di saperi operativi che orientano l'agire. Questi elementi trovano spazio nella ben più recente prospettiva interpretativa di Clifford Geertz, che vede la cultura non tanto come un insieme codificato di comportamenti che le persone mettono in atto in modo meccanico, ma come una serie di meccanismi di controllo – progetti, prescrizioni, regole, istruzioni (quello che gli informatici chiamano programmi) – per orientare il comportamento[36]. Al di là della metafora informatica, che oggi può apparire rigida, questa formulazione permette di intendere la cultura come un sistema integrato di modelli che organizzano il rapporto fra l'essere umano e la realtà, poiché conferiscono significato, cioè forma concettuale oggettiva a realtà sociali e psicologiche. Questi modelli hanno sia la funzione di rappresentare tale realtà (sono dunque *modelli di*), sia una funzione modificatrice, che riguarda la possibilità di agire, plasmare e intervenire in modo attivo sulla realtà stessa (sono dunque *modelli per*)[37].

La cultura, quindi, non agisce in forma deterministica sul singolo, ma è piuttosto una mappa mentale che permette al soggetto di conferire senso alla realtà e di attingere, in modo dinamico e selettivo, a un patrimonio di saperi condivisi che gli permettono di agire e di adattarsi al cambiamento. Le culture, in un mondo sempre più caratterizzato dalla mobilità, possono anche essere pensate come entità transnazionali, «strutture di significato che viaggiano su reti di comunicazione sociale non interamente situate in alcun singolo territorio»[38].

L'incontro clinico, in questa prospettiva, è sempre un incontro interculturale, nel senso che entrambi gli attori dell'incontro, medici e pazienti, sono soggetti culturali. È dunque importante riflettere su che cosa succede quando culture diverse si incontrano. Seguendo Remotti[39], sintetizziamo il ventaglio di possibili rapporti tra culture in tre parole: conflitto, coesistenza e convivenza. Mentre il termine conflitto è semanticamente molto distante dagli altri due, coesistenza e convivenza sono spesso usati come sinonimi, e nel linguaggio comune effettivamente lo sono. In antropologia c'è però da qualche anno una riflessione su cosa distingua questi due concetti, perlomeno nei contesti linguistici dove tale differenza semantica esiste[40]. La differenza può essere sintetizzata come segue: mentre la coesistenza è basata

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[36] C. Geertz, *The Interpretation of Cultures*, New York, Basic Books, 1973; trad. it. *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, 1998, p. 58.

[37] Ivi, p. 118.

[38] U. Hannerz, *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*, New York, Columbia University Press, 1992; trad. it. *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*, Bologna, Il Mulino, 1998.

[39] F. Remotti, *Somiglianze. Una via per la convivenza*, Roma-Bari, Laterza, 2019.

[40] Si veda ad esempio: C.G. Romero, *Convivencia: conceptualización y sugerencias para la praxis*, in «Puntos de vista: Cuaderno del Observatorio de las Migraciones y la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid», 2005, pp. 7-31.

sull'idea di separazione, la convivenza è basata sull'idea di interazione, relazione e scambio.

Proponiamo quindi di riservare il termine «coesistenza» a una situazione fondamentalmente statica, dove i soggetti esistono gli uni accanto agli altri e dove le esistenze degli uni non interferiscono più di tanto con le esistenze degli altri, e di designare invece con convivenza una situazione intrinsecamente dinamica, dove i soggetti vivono le loro vite – almeno in parte – insieme alle vite degli altri[41].

Proponiamo questa definizione – nata in seno all'antropologia – per poi accostarla ai termini «multiculturalismo» e «interculturalismo», concetti che non nascono nel contesto antropologico, ma che vengono a farne parte soprattutto quando si inizia a studiare il fenomeno migratorio. Anche intercultura e multicultura sono spesso usati come sinonimi, mentre poggiano su principi diversi. L'antropologia invita da tempo a riflettere sulla distinzione tra i due.

Il multiculturalismo tende a diventare una forma di politica identitaria, in cui il concetto di cultura rischia di combinarsi con quello di identità etnica. Da una prospettiva antropologica questo movimento, per lo meno nelle sue forme ideologiche più semplicistiche, è carico di pericoli, sia teoretici che pratici. Rischia di essenzializzare l'idea di cultura come se fosse proprietà di un gruppo etnico, rischia di reificare le culture come entità separate enfatizzando la loro reciproca distanza; rischia di enfatizzare l'omogeneità interna delle culture in termini che potenzialmente legittimano la richiesta di conformità[42].

Ci sembra di poter dire che la medesima distanza che intercorre tra coesistenza e convivenza distingua anche il «multiculturalismo» dall'«interculturalismo»[43]. Intendiamo convivenza e coesistenza come riferimenti ideali, mentre definiamo multiculturalismo e interculturalismo come modelli organizzativi possibili per gestire una situazione di pluralismo, dove non si negano le differenze, ma al contrario le si mettono al centro di una riflessione. È quindi il concetto di intercultura quello che ci sembra migliore per i casi studio che affronteremo nella sezione dedicata al pluralismo. Esso mette innanzitutto lo sguardo sulla relazione tra gruppi diversi (compreso quello maggioritario e la sua «cultura medica») e in secondo luogo ci permette di guardare a quella relazione (potenzialmente trasformativa) tra organizzazione ospedaliera e gruppi migranti o religioni minoritarie. È questo lo

[41] F. Remotti, *Somiglianze*, cit., p. 70.

[42] T. Turner, *Anthropology and multiculturalism: What is anthropology that multiculturalists should be mindful of it?*, in «Cultural Anthropology», 8, 1993, n. 4, pp. 411-429.

[43] Non si propone qui una lettura per cui un modello sia migliore di un altro perché questo a nostro avviso dipende dai contesti sociali a cui si applicano questi concetti e dagli ambiti applicativi, quindi i giudizi di valore potrebbero cambiare in base a questi elementi.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

spazio dove forme di *reasonable accommodation* possono rendersi concretamente visibili.

5. *Pluralità di conflitti, fonti normative e attori coinvolti: alcune premesse comuni*

La complessità dalla quale muove la nostra ricerca deriva dal fatto che il bilanciamento, già di per sé delicato, tra diritti e doveri confliggenti necessita dell'attività di un professionista sanitario che si inserisce nella cornice giuridica (dei margini di liceità di una pratica e di tutela di posizioni soggettive) portando con sé una pluralità di fattori.

Vi entra, innanzitutto, con una posizione di garanzia nei confronti del paziente, da cui discendono specifiche forme di responsabilità. È alla tutela dei diritti della persona assistita che la sua attività deve essere preordinata e nell'esercizio di tale ruolo il professionista deve fondare le proprie scelte su valutazioni tecnico-professionali e standard clinici[44].

Il professionista si inserisce però nel bilanciamento anche come persona con propri convincimenti morali, credenze religiose, filosofiche e culturali, che, ferma restando la prioritaria tutela della persona assistita e il divieto di ogni forma di discriminazione, possono esprimere una contrarietà alle richieste ricevute tale da sollevare questioni legate alla libertà di coscienza.

Il professionista interviene, inoltre, come iscritto a un ordine professionale, quindi come appartenente a una categoria professionale che ha una propria autoregolamentazione e riflessione etico-professionale. Tale riflessione, quando razionalizzata in regole di codici deontologici, diventa, come ricordato, obbligatoria per gli iscritti. In tal senso, e come verrà ulteriormente approfondito, la deontologia condiziona, guida, supporta e vincola l'attività professionale.

Nel contesto della nostra ricerca – gli ospedali pubblici – il professionista sanitario agisce anche come dipendente della struttura sanitaria. Ferma restando la tutela dell'autonomia professionale, il professionista è quindi soggetto a specifici vincoli contrattuali, preordinati alla garanzia degli interessi pubblici che la struttura sanitaria ha il dovere di tutelare[45].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[44] La dottrina sui molteplici profili della responsabilità medica è molto vasta. Per una generale panoramica dei profili di diritto penale nel biodiritto cfr., ad esempio, S. Canestrari, *Principi di biodiritto penale*, Bologna, Il Mulino, 2015. Per il ruolo delle linee guida e delle fonti di codificazione del sapere scientifico che concorrono a definire il quadro giuridico, incluse le norme deontologiche analizzate nella presente ricerca, si vedano, tra i molti, C. Brusco, *La responsabilità sanitaria civile e penale*, cit.; M. Caputo, *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure*, cit.

[45] A testimonianza della pluralità di posizioni e vincoli cui è sottoposto il professionista sanitario, la legge n. 3 del 2018 richiama i vincoli contrattuali e convenzioni nazionali di lavoro tra gli elementi che, unitamente alla normativa nazionale e regionale, gli ordini professionali devono tenere in considerazione nella valutazione della responsabilità disciplinare degli iscritti e nell'irrogare le relative sanzioni (art. 4).

In questa prospettiva, elemento comune alle analisi svolte nella presente ricerca è lo studio dei conflitti di coscienza sia nella dimensione interpersonale del rapporto di cura sia nell'ambiente nel quale essi si esprimono. La complessità dei diritti analizzati e i conflitti che ne possono derivare interessano, infatti, una rete di relazioni intra e inter professionali, in un rapporto di reciproca influenza tra richiesta della persona assistita, responsabilità e autonomia del singolo professionista, capacità dell'équipe sanitaria di affrontare e gestire le conflittualità. L'analisi della dimensione concreta dei diritti tutelati deve essere inoltre calata nella realtà organizzativa dell'amministrazione sanitaria. Lo studio non si limita quindi a ricostruire i conflitti nel confronto tra le posizioni soggettive del professionista o dell'équipe, da un lato, e della persona assistita, della coppia o dei familiari, dall'altro, ma si interrogherà anche sulla doverosità organizzativa che grava sulle strutture sanitarie per evitare che il rifiuto di prestazione tutelato come libertà negativa svuoti di contenuto i diritti che da tale prestazione dipendono.

Come affermato dalla Corte costituzionale, seppur con riferimento al diverso ambito dell'istruzione, «organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l'una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non condizioni l'organizzazione»[46].

Molteplici sono pertanto le dimensioni che emergono e si intersecano negli ambiti analizzati.

Vi è la dimensione della coscienza individuale; quella tecnico-scientifica dell'autonomia del singolo professionista e della comunità scientifica che elabora e accredita forme codificate di tale sapere; quella collettiva dell'équipe sanitaria, della riflessione etico-professionale, così come individuale e collettiva sono le dimensioni della salute a carico dell'amministrazione sanitaria.

Diversi sono anche i livelli di tutela e le fonti che incidono su tali dimensioni: costituzionale e legislativa è, ad esempio, la tutela del diritto alla salute, dell'autodeterminazione terapeutica e dell'obiezione di coscienza; il ruolo dell'autonomia professionale, disciplinato espressamente dai codici deontologici, è stato riconosciuto in numerose sentenze della Corte costituzionale, anche nel valutare la legittimità di fonti legislative; la clausola di coscienza, che, come vedremo, racchiude una pluralità di dimensioni (coscienza individuale, etica professionale e convincimenti tecnico-scientifici) è disciplinata dai codici deontologici e si inserisce, quindi, nei richiamati rapporti tra diritto e deontologia; la disciplina dei rapporti di lavoro, gli oneri e i poteri organizzativi, di vigilanza e disciplinari dell'amministrazione concor-

[46] Corte cost., sentenza n. 383 del 1998, punto. 4.1.1. del Considerato in diritto. In argomento, cfr. A. Pioggia, *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in «Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico», 1, 2011.

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

rono a bilanciare la pluralità di interessi coinvolti nei conflitti di coscienza e nella gestione del pluralismo culturale in ambito sanitario.

Tutti questi aspetti verranno analizzati a partire dalla lettura ampia del concetto di salute, legato alla molteplicità e specificità dei profili che esprimono l'identità e personalità di ognuno, consolidatasi nelle fonti e nella giurisprudenza nazionali e sovranazionali, così come nello sviluppo della bioetica e della deontologia medica[47]. Ne sono espressione molti degli ambiti analizzati nella nostra ricerca. Si pensi, ad esempio, all'accezione della salute riconosciuta dalla legge 194/78 sull'IVG; alla concretizzazione del diritto alla salute della coppia attraverso l'accesso a tecniche di fecondazione assistita per realizzare il desiderio di genitorialità; all'evoluzione e crescente protezione dell'autodeterminazione terapeutica, anche nella forma del rifiuto a un trattamento di sostegno vitale, come diritto non in contrasto con la tutela della salute, ma come elemento che concorre a definirne, in concreto, i contenuti.

Per gli obiettivi della nostra ricerca, ciò significa però anche che l'accesso a un servizio, a una tecnica, a un percorso di cure (aborto, PMA, circoncisione, cure palliative, sedazione profonda continua, giusto per citarne alcuni) o il riconoscimento del diritto di rifiutarli non esauriscono i profili di tutela sui quali incidono i conflitti analizzati e sui quali ci siamo interrogati nel confronto con i professionisti coinvolti.

In ogni ambito di analisi, dopo aver tratteggiato le linee essenziali del perimetro di diritti e interessi in gioco[48], le riflessioni antropologiche e giuridiche prenderanno in considerazione il percorso di cura nel suo complesso e il ruolo che i richiamati strumenti legislativi, organizzativi e deontologici possono avere nella tutela delle molteplicità di pretese che lo caratterizzano. In alcuni casi l'analisi giuridica sarà condotta in prospettiva comparata, scegliendo esempi di alcuni ordinamenti europei che offrono spunti di riflessione interessanti per le problematiche indagate.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[47] Si pensi, a titolo meramente esemplificativo, al General Comment no. 14 del Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *The right to the highest attainable standard of health (art. 12)*, 2000. Cfr. inoltre, V. Durante, *La salute come diritto della persona*, in S. Rodotà e P. Zatti (dir.), *Trattato di biodiritto*, vol. II: *Il governo del corpo*, a cura di S. Canestrari *et al.*, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 579 ss. Più in generale, per molti dei profili affrontati nei presenti volumi che riguardano il rapporto tra principi costituzionali e biodiritto, si vedano i contributi in C. Casonato *et al.* (a cura di), *Costituzione e biodiritto*, in «BioLaw Journal», special issue 2, 2019.

[48] A tal fine si considererà la differenza tra libertà negative e situazioni nelle quali si richiede una specifica prestazione al sistema sanitario, ma anche come ogni classificazione o dicotomia tra diritti non si presti a tenere adeguatamente conto della dimensione concreta della loro tutela. Tutti i diritti analizzati nella ricerca richiedono infatti interventi pubblici, impiego di risorse (economiche e personali), quadri normativi e organizzativi idonei a garantirne l'attuazione nel bilanciamento con altri diritti. Cfr., ad esempio, R. Bin, *Diritti e fraintendimenti: il nodo della rappresentanza*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, Jovene, 2005, vol. I, pp. 345-374; Id., *Critica della teoria dei diritti*, cit., G. Pino, *Il costituzionalismo dei diritti*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 165 ss.

6. *I temi della ricerca*

I casi studio che rappresentano gli approfondimenti presentati in questo volume sono accomunati dal fatto di avere a che fare con le scelte riproduttive o con i dibattiti che hanno a che vedere con la genitorialità, sia quando si sceglie di non diventare genitori (madri in particolare), sia quando si ragiona intorno a come si diventa genitori, sia quando si dibatte intorno a scelte che i genitori compiono riguardo alla salute e ai corpi dei loro figli. Dal punto di vista tematico, quindi, il volume presenta delle continuità con precedenti lavori del Laboratorio dei Diritti Fondamentali, che hanno ragionato intorno ai temi delle nuove forme di genitorialità[49], anche con uno sguardo legato alle tecnologie della riproduzione[50]. Si tratta di temi che animano anche il dibattito all'interno dell'antropologia, scienza sociale che si è da sempre qualificata come «studio della diversità umana». Gli antropologi hanno dedicato sin dalla nascita della disciplina molta attenzione alle forme di parentela, riconosciute come un ambito in cui le diverse società umane si sono date regole anche molto diverse tra loro, tanto che possiamo affermare che «se c'è un campo in cui l'umanità si è sbizzarrita a inventare norme, valori e forme di relazioni, è proprio quello della famiglia»[51]. Ciò rese sin da subito evidente agli occhi degli antropologi che la famiglia e tutto ciò che con la famiglia ha a che vedere – ruoli di genere, modelli educativi, valori associati alla genitorialità – sono fenomeni culturali più che «naturali»[52]. In quanto fenomeni culturali, essi vanno esaminati al crocevia del mutare delle sensibilità umane in tempi e spazi diversi, ma anche al mutare delle norme che rendono alcune forme di unione legittimamente riconoscibili come famiglia e altre no, oltre che legalmente praticabili alcune forme di controllo delle nascite.

Studiare la parentela e le forme familiari con un approccio antropologico significa quindi fare i conti con una tradizione di studi lunga, ma al tempo stesso profondamente rinnovata. Dopo una fase di declino dell'interesse degli antropologi rispetto alla famiglia e alla parentela – che corrisponde grosso modo agli ultimi decenni del secolo scorso – è oggi evidente «che lo studio della parentela continuerà a registrare sempre più ampi interessi all'interno della disciplina»[53]. Negli ultimi due decenni, infatti, si è

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[49] A. Margaria, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Leggi e giudici di fronte alle nuove realtà*, Bologna, Il Mulino, 2018; I. Bertini, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino, 2018.

[50] F. Sona, *New Parenthood and Childhood Patterns. Principles and Praxes in Muslim Realities,* Bologna, Il Mulino, 2019.

[51] C. Saraceno, *Coppie e famiglie*, Milano, Feltrinelli, 2012.

[52] F. Remotti, *Contro natura. Una lettera al Papa*, Roma-Bari, Laterza, 2008.

[53] S. Franklin e S. McKinnon, *New directions in kinship study*, in «Current Anthropology», 41, 2000, n. 2, p. 279.

assistito a un aumento della produzione bibliografica sulle forme di famiglia[54]. Tra i fenomeni sociali che hanno contribuito alla rinascita dell'interesse per i temi connessi alla vita familiare compaiono senza dubbio le nuove tecnologie riproduttive e i fenomeni migratori, due fenomeni molto diversi tra loro che hanno però contribuito a far emergere anche fuori dalla disciplina la consapevolezza dell'eterogeneità familiare con cui la nostra società si sta già confrontando da tempo. Entrambi i temi entreranno quindi a far parte della nostra trattazione (le nuove tecnologie riproduttive saranno protagoniste della seconda parte del volume, mentre di fenomeni migratori si parlerà nella terza parte, soffermandosi su un argomento che ha a che vedere con l'eterogeneità di pratiche e saperi sul corpo).

In continuità, quindi, sia con gli interessi del Laboratorio dei Diritti Fondamentali, sia con la sensibilità disciplinare di chi scrive, i temi di questo volume intersecano le categorie giuridiche precedentemente esposte con temi che si incontrano nell'ampio ventaglio di fenomeni che hanno a che vedere con le scelte di genitorialità (ivi compresa la scelta di non diventare genitori). La scelta dei temi da inserire nel volume è solo una di quelle che sarebbe stato possibile compiere all'interno di quell'ampia gamma di argomenti che hanno a che vedere con la sfera genitoriale e familiare. I casi scelti ci sono però sembrati ottimi esempi delle categorie giuridiche che abbiamo messo al centro della nostra attenzione e che abbiamo enucleato all'inizio di questa Introduzione. Ci sembra inoltre che essi possano fornire interessanti prospettive per mettere quelle stesse categorie giuridiche sotto analisi. Un ultimo criterio che ci ha guidate nella selezione dei casi scelti come focus della nostra ricerca è stata la portata che questi temi hanno nel dibattito contemporaneo, nazionale e non solo.

7. *Metodologia della ricerca*

Questo volume condivide col secondo l'approccio interdisciplinare, che pone in dialogo le scienze giuridiche e l'antropologia. Da questo punto di vista, quindi, i due volumi seguono la vocazione che contraddistingue il Laboratorio dei Diritti Fondamentali sin dalla sua nascita. L'obiettivo è dunque quello di descrivere principi giuridici e deontologici, accompagnandoli dall'analisi di casi clinici e da una riflessione sulle posizioni dei professionisti, che possono essere colte solo collocandosi là dove avvengono i fenomeni.

[54] S. Franklin e S. McKinnon, *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*, Durham, Duke University Press, 2001; J. Carsten (a cura di), *Culture of Relatedness. New Approach to the Study of Kinship*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000; S. Grilli e F. Zanotelli (a cura di), *Scelte di famiglia. Tendenze della parentela nella società contemporanea*, Pisa, ETS, 2000; S. McKinnon e F. Cannell (a cura di), *Vital Relations: Modernity and the Persistent Life of Kinship*, Santa Fe, SAR Press, 2013.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

La parte di ricerca «sul campo» è stata condotta prevalentemente in quattro strutture ospedaliere e in alcuni servizi territoriali situati nelle città di Torino, Firenze e Bolzano. La scelta di questi contesti è dipesa da diverse considerazioni: l'esistenza di consolidate relazioni di ricerca pregresse, la volontà di diversificare i contesti scegliendo città di dimensioni diverse e la rilevanza che alcuni luoghi assumono in relazione agli specifici temi trattati nel volume. L'AUO Careggi di Firenze, ad esempio, è stata scelta per la pioneristica esperienza in tema di PMA eterologa, mentre la città di Bolzano è stata scelta perché – visto l'alto numero di obiettori che storicamente vi lavora – rappresenta l'esempio di un luogo che deve affrontare le sfide organizzative che questo comporta. La scelta di Bolzano è stata guidata anche dalla volontà di smorzare una narrazione che inquadra il tema dell'obiezione di coscienza come qualcosa che riguarda solo ed esclusivamente le Regioni del Sud Italia.

La ricerca è stata condotta facendo ricorso alle metodologie qualitative, fra cui interviste, focus group e osservazione etnografica. La fase preparatoria del lavoro ci ha viste impegnate in una serie di incontri – di carattere sia organizzativo che tematico – con le direzioni sanitarie degli ospedali in cui abbiamo svolto le nostre interviste. Abbiamo, inoltre, monitorato il dibattito partecipando ad incontri pubblici di discussione dei temi toccati dal nostro lavoro, ma anche partecipando a tavoli di lavoro con un carattere operativo e a tavole rotonde ristrette al personale medico.

Sono state condotte un totale di 36 interviste con medici, infermieri, psicologi e mediatori interculturali coinvolti nei reparti di ostetricia e ginecologia, nei centri di medicina della riproduzione e nei consultori pediatrici. Alcuni degli intervistati avevano ruoli di coordinamento (primari, responsabili dei presidi ospedalieri e figure analoghe), altri avevano prevalentemente ruoli clinici. La scelta dei soggetti intervistati è stata motivata dalla rilevanza della loro esperienza rispetto al tema esplorato e dalla loro disponibilità a condividere con noi le loro riflessioni. Nella fase preliminare della ricerca alcune direzioni sanitarie stesse ci hanno sostenute nell'identificare e nel contattare le figure rilevanti per il nostro lavoro. L'identificazione dei soggetti da intervistare è stata quindi guidata dal peso che le loro voci avevano per il nostro lavoro, piuttosto che da un criterio di rappresentatività che, in quanto tale, è estraneo alla prospettiva antropologica. I contesti scelti e le voci raccolte non vanno dunque considerati come rappresentativi della situazione a livello nazionale, bensì come portatori di esperienze e punti di vista significativi.

Ogni intervista è durata un tempo variabile tra un'ora e un'ora e mezza. Alcune interviste (previa autorizzazione dell'intervistato) sono state registrate e successivamente sbobinate, in altri casi il contenuto è stato registrato sotto forma di appunti, riorganizzati e integrati subito dopo i colloqui. All'interno dei diversi capitoli sono state prese scelte diverse rispetto all'utilizzo di que-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

sto materiale: laddove i servizi sono altamente riconoscibili o dove menzionare in modo esplicito il contesto rappresenta una scelta necessaria per non privare il lettore e l'analisi condotta delle necessarie informazioni relative alle singole realtà locali, si è fatto diretto riferimento alle strutture. Anche in questo caso, però, le interviste sono citate facendo riferimento solo al ruolo professionale di chi ha interagito con noi e non alla sua identità personale. Quando invece le informazioni ricevute sono state utili a ricostruire dibattiti più generali o le informazioni erano caratterizzate da un maggior grado di riservatezza, abbiamo optato per omettere il luogo dove le informazioni sono state raccolte e a volte anche il profilo professionale e il genere dell'operatore, pur consapevoli di quanto queste caratteristiche siano importanti per contestualizzare i punti di vista riportati.

Dal punto di vista metodologico le interviste sono state condotte utilizzando tecniche narrative e seguendo una traccia semi-strutturata, che ci ha consentito di adattare il dialogo al contesto in cui ciascuno dei nostri interlocutori si trovava a operare. Nelle interviste si è dato spazio alle concrete esperienze degli operatori, cercando di partire sempre dalle esperienze per poi arrivare a delle riflessioni di carattere più generale. L'obiettivo perseguito è stato quello di far emergere casi concreti in cui si fossero presentati conflitti o si fosse reso necessario trovare un equilibrio fra esigenze diverse e fra diversi posizionamenti etici, deontologici e culturali, sia esso un equilibrio tra colleghi o un equilibrio tra le richieste dei pazienti e l'etica dei professionisti. Nelle interviste ci siamo inoltre soffermate sui modelli organizzativi, prestando particolare attenzione al modo in cui i conflitti di coscienza sono gestiti nelle équipe di lavoro, nel reparto e nella struttura sanitaria.

8. *Guida alla lettura*

Il presente volume consta di tre parti, identificate a partire dai tre diversi ambiti delineati nella prima parte dell'Introduzione.

Per quanto riguarda la categoria giuridica dell'obiezione di coscienza legalmente riconosciuta, la scelta è ricaduta su due ambiti – entrambi afferenti alla salute riproduttiva – in cui è previsto che i professionisti possano effettivamente presentare obiezione presso la struttura in cui lavorano, ovvero l'interruzione di gravidanza (IVG) e la procreazione medicalmente assistita (PMA). Mentre è ben noto l'impatto dell'obiezione di coscienza sui servizi che si occupano di IVG, meno noto è il fatto che la possibilità di obiettare sia prevista dall'ordinamento anche nel campo della PMA. Il primo capitolo di questa parte è dedicato a un inquadramento di carattere giuridico che riguarda entrambi gli ambiti applicativi. Il secondo e il terzo capitolo guardano al tema dell'obiezione da una prospettiva interna all'ospedale: ci si è concentrati esclusivamente sul personale dei reparti di oste-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

tricia e ginecologia per riflettere intorno alle motivazioni che stanno alla base della scelta di obiettare o non obiettare e alle ricadute organizzative che queste scelte hanno su chi organizza il servizio e sui colleghi. Si tratta di una prospettiva che non ha avuto l'obiettivo di indagare le difficoltà di accesso o le opinioni del servizio da parte delle pazienti, motivo per cui non entrano a far parte della nostra ricerca le voci delle donne che usufruiscono di questi servizi. In particolare, il secondo capitolo è incentrato sulle motivazioni che i ginecologi attribuiscono alla loro scelta di obiettare o non obiettare. Emerge un complesso quadro che mostra quanto le obiezioni non possano essere ricondotte solo ed esclusivamente all'ambito etico, ma dipendano spesso da ragioni altre. Il terzo capitolo mette in relazione le posizioni descritte con le necessità organizzative e con le scelte che ne conseguono. In particolare, mostriamo come nei contesti da noi selezionati si possano identificare «strategie compensative» che permettono di far fronte alle sfide organizzative poste al servizio dalla presenza di obiettori. A partire dalle prospettive emerse dalle interviste, poi messe in dialogo con ciò che è previsto dalle norme, si riflette infine sul perché l'obiezione sia un istituto giuridico molto utilizzato nel campo dell'IVG mentre nell'ambito della PMA sia non solo inutilizzato, ma quasi sconosciuto agli stessi professionisti. Il capitolo quarto – l'ultimo di questa prima sezione del volume – offre delle considerazioni giuridiche su quanto emerso dalle interviste e mette in luce problematiche irrisolte nel confronto tra compiti di obiettori e non obiettori, con particolare attenzione al ruolo che l'organizzazione del servizio svolge come elemento che può tanto ridurre quanto amplificare le disparità tra obiettori e non obiettori. In conclusione, si riflette sui rapporti tra obiezione di coscienza, ragionevolezza della legge e autonomia professionale nell'ambito della PMA.

Le considerazioni conclusive della prima parte entrano nel merito e introducono il tema della seconda parte del volume, dedicata ai conflitti di coscienza. Questa parte del volume è interamente incentrata sulla PMA. Il quinto capitolo offre numerosi esempi di situazioni classificate dai professionisti come «casi complessi», ovvero situazioni in cui caratteristiche delle coppie o di uno dei membri della coppia portano a interrogarsi rispetto all'erogazione stessa del servizio. Si tratta di domande che hanno a che vedere con la sfera etica e, in ultima analisi, con l'aderenza delle coppie a quelli che si ritiene debbano essere modelli di genitorialità. Nei contesti da noi interpellati non si sono presentati veri e propri casi di rifiuto di prestazione, ciò nonostante nel confronto tra operatori sanitari e pazienti emergono domande e dubbi che spesso rimangono irrisolti. Il capitolo divide i casi presentati in tre categorie: i conflitti etici che sono stati discussi in sedi ufficiali (come il Comitato etico o gli uffici legali di un ospedale), i conflitti etici che rimangono a livello informale e non escono dall'ambito del confronto tra colleghi e infine le richieste portate dai pazienti che, pre-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

sentando elementi di contrasto con ciò che le norme prevedono, rappresentano richieste «inaccettabili». Il capitolo si sofferma anche sulla posizione di coloro che ritengono la normativa sull'adozione come un modello che potrebbe in alcune situazioni aiutare a risolvere alcuni di questi conflitti di coscienza.

In questo capitolo un paragrafo è dedicato a conflitti di coscienza che emergono in relazione a PMA eterologhe, e si tratta di esempi raccolti sia in ospedali dove la tecnica è disponibile, sia in ospedali dove la prestazione non è disponibile, ma in cui gli operatori sanitari entrano in contatto con le coppie che hanno effettuato una fecondazione eterologa all'estero. Per questo motivo nel sesto capitolo – scritto insieme alla direttrice e a una delle ginecologhe del Centro di PMA dell'AUO Careggi di Firenze – ricostruiamo la storia del primo ospedale pubblico che in Italia ha eseguito fecondazioni con gameti esterni alla coppia. Rispetto alla prospettiva complessiva del volume, la ricostruzione di questa vicenda offre molteplici punti di interesse: in primo luogo si illustrano le ragioni del divieto di eterologa all'interno della legge 40, ragioni riconducibili alla sfera dell'etica e alla volontà del legislatore di non dare spazio a nuove forme genitoriali diverse da quelle biologiche. Calandosi nel caso specifico, descriveremo quali sono state le sfide organizzative insite nella messa in piedi di una prestazione su cui di fatto manca disciplina giuridica: il divieto di eterologa è stato abrogato da una sentenza e la carenza di disciplina propria di questa situazione permane ancora oggi. Implementare il servizio ha quindi significato affrontare diversi nodi problematici, in quanto i professionisti si sono trovati di fronte a casistiche e richieste inaspettate. Alcuni degli esempi di conflitto di coscienza emersi nel capitolo precedente vengono qui rievocati e calati all'interno di un contesto e di una storia precisa (ad esempio il tema dell'età paterna, la gestione di pazienti con storie cliniche complesse, le caratteristiche psicologiche dei pazienti che accedono al percorso di eterologa, l'impossibilità di accogliere una richiesta di eterologa qualora i medici ravvisino la possibilità clinica di effettuare una fecondazione omologa). Illustrare le scelte organizzative compiute in questo ospedale è anche un modo per gettare luce sui principali vuoti normativi ed eventuali connessioni tra questi vuoti e dibattiti etici. Ad esempio, la carenza di donatrici e donatori di gameti – per nulla incentivata dal punto di vista istituzionale – è facilmente collegabile alle posizioni politiche a difesa della famiglia «naturale» e alla scarsa volontà di implementare l'eterologa.

Nel capitolo settimo si affronta il tema della portata e dei limiti dell'autonomia professionale del medico nelle valutazioni in materia di accesso alle tecniche della PMA, in rapporto ai diversi strumenti dell'obiezione e della clausola di coscienza.

La terza e ultima parte è dedicata al pluralismo culturale e religioso e, in particolare, alle istanze poste dai pazienti, che, per ragioni etiche, religiose

copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

o culturali chiedono l'implementazione di servizi e di percorsi alternativi a quelli di norma offerti nella struttura ospedaliera. In questa sezione abbiamo deciso di focalizzarci su un tema che riguarda scelte genitoriali che si pongono non tanto durante la fase della riproduzione e della gravidanza, ma dopo la nascita del figlio. La nostra attenzione è stata richiamata dai diversi casi di cronaca che negli ultimi anni hanno parlato di neonati deceduti a causa di infezioni conseguenti a circoncisioni rituali effettuate al di fuori di contesti sanitari. Dopo aver ripercorso il senso che la pratica della circoncisione rituale maschile assume nell'ebraismo, nell'islam e in contesti ove viene praticata per motivi diversi da quelli religiosi, discutiamo la polisemia del rituale e la difficoltà di distinguere in modo netto tra circoncisioni per motivi religiosi e circoncisioni per motivi culturali (distinzione ampiamente utilizzata sia in documenti internazionali sia in ambito giuridico). Ci concentriamo poi in particolare sull'incontro tra quella che può essere considerata una richiesta emersa dal basso e il SSN. Entreremo nel merito della sperimentazione torinese in tema di circoncisione rituale maschile, illustrandone sia le potenzialità sia le difficoltà, emerse proprio come punti di difficile incontro tra aspettative dei pazienti e sapere medico-scientifico.

Il capitolo nono è dedicato all'analisi, in prospettiva comparata, delle problematiche e delle sfide che la circoncisione rituale maschile pone al diritto e alla deontologia. Si metteranno in luce potenzialità e limiti dell'attuale approccio di queste due fonti nel delicato bilanciamento tra diritti potenzialmente confliggenti che caratterizza la circoncisione, provando a indicare alcuni strumenti utili per comprendere e gestire le sfide del pluralismo culturale in tali ambiti.

In chiusura proponiamo una Postfazione sul tema della pandemia Covid-19, scoppiata quando la ricerca sul campo era nelle sue fasi conclusive. La Postfazione è scritta dalle autrici del volume I e del volume II e tocca tutti gli ambiti di interesse della ricerca. Molto è stato scritto sulla pandemia ancora in corso, e molto c'è ancora da scrivere, poiché è un fenomeno che ha scosso in profondità le fondamenta della nostra società. Nelle pagine dedicate alla Postfazione il nostro obiettivo non è quello di proporre né un'analisi dettagliata, né una ricostruzione esaustiva di quanto stia accadendo, tuttavia abbiamo ritenuto importante fornire alcune coordinate di riflessione sulle implicazioni dell'emergenza Covid-19 sui temi di interesse di questi due volumi.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Parte prima

Dibattiti sull'obiezione di coscienza

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo primo

Obiezione di coscienza e questioni di inizio vita: brevi premesse di carattere giuridico

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

La prima parte di questo volume è dedicata ai conflitti di coscienza disciplinati attraverso l'istituto giuridico dell'obiezione di coscienza e, quindi, l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e la procreazione medicalmente assistita (PMA).

Come anticipato, la prospettiva della ricerca riguarda alcuni profili specifici delle scelte dei professionisti sanitari di obiettare al compimento di determinate attività: l'impatto di tali scelte sulla tutela dei diritti garantiti dalla prestazione cui si ha diritto di essere esentati, le modalità organizzative necessarie per attuare tali prestazioni nonostante la tutela dell'obiezione e le conseguenze concrete sui diritti di tutti i soggetti coinvolti. L'analisi delle motivazioni che determinano, accrescono o permettono di mitigare opzioni di coscienza potenzialmente confliggenti, così come emergono dalle interviste con gli operatori sanitari, consente di valutare, nel concreto, le problematiche in esame, l'appropriatezza e l'efficacia degli strumenti normativi e organizzativi predisposti dall'ordinamento e dalle strutture ospedaliere nonché le criticità ancora da risolvere per la piena attuazione dei diritti in gioco.

Come in tutte le materie eticamente, professionalmente e giuridicamente sensibili e controverse, anche nell'aborto e nella PMA i conflitti di coscienza si inseriscono, infatti, in un delicato bilanciamento tra beni di rilievo costituzionale.

Poiché, come si avrà modo di precisare, nella PMA l'istituto dell'obiezione di coscienza, salvo poche eccezioni, ha un impatto sostanzialmente trascurabile sui profili scelti nella presente analisi, in questa prima parte le brevi premesse di carattere giuridico saranno prevalentemente dedicate alla definizione dei tratti più salienti e controversi, per la prospettiva che qui più interessa, delle problematiche legate all'obiezione di coscienza alle pratiche abortive. I profili più controversi dell'attuazione della disciplina in materia

Questo capitolo è di Elisabetta Pulice.

di PMA e, in particolare, i conflitti che possono emergere nei rapporti tra legge, sviluppo scientifico, scelte riproduttive della coppia e autonomia del medico saranno in parte trattati a commento di quanto emerso dalle interviste al personale sanitario in materia di obiezione di coscienza (cap. IV) e poi approfonditi nella parte seconda (cap. VII).

1. *Il bilanciamento scelto dal legislatore nella legge 194 del 1978 e la libertà di coscienza del personale sanitario*

«Non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare». Così, com'è noto, la Corte costituzionale italiana nella sentenza n. 27 che nel 1975, pochi anni prima dell'entrata in vigore della legge sull'IVG[1], ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dell'art. 546 c.p. che puniva penalmente l'aborto.

Le argomentazioni della Corte si basarono sulla

considerazione che l'interesse costituzionalmente protetto relativo al concepito può venire in collisione con altri beni che godano pur essi di tutela costituzionale e che, di conseguenza, la legge non può dare al primo una prevalenza totale ed assoluta, negando ai secondi adeguata protezione.

In particolare la Corte ha ritenuto che

la tutela del concepito – che già viene in rilievo nel diritto civile […] – abbia fondamento costituzionale. L'art. 31, secondo comma, della Costituzione impone espressamente la «protezione della maternità» e, più in generale, l'art. 2 Cost. riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, fra i quali non può non collocarsi, sia pure con le particolari caratteristiche sue proprie, la situazione giuridica del concepito.

Più nello specifico, la Corte ha dichiarato incostituzionale la norma del codice penale «nella parte in cui non prevede che la gravidanza possa venir interrotta quando l'ulteriore gestazione implichi danno, o pericolo, grave, medicalmente accertato […] non altrimenti evitabile, per la salute della madre»[2].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[1] Legge n. 194 del 1978.

[2] Secondo la Corte, l'attualità del pericolo richiesta, unitamente alla gravità e assoluta inevitabilità del danno o del pericolo, dalla scriminante dello stato di necessità (art. 54 c.p.) rendeva tale norma di carattere generale non adatta a tutelare adeguatamente la condizione del tutto particolare della donna gestante, nella quale il danno o il pericolo conseguente al protrarsi della gravidanza, benché prevedibile, non è sempre immediato. Nel caso di specie, l'aggravamento di una patologia preesistente, una grave forma di miopia che avrebbe portato la donna alla cecità, non sarebbe infatti rientrata negli estremi della scriminante.

Se, da un lato, la Consulta ha definito «inevitabile» tale dichiarazione, dall'altro, ha sottolineato come l'esenzione della pena non escluda che «l'intervento debba essere operato in modo che sia salvata, quando ciò sia possibile, la vita del feto». La liceità dell'interruzione della gravidanza deve quindi essere ancorata «ad una previa valutazione della sussistenza delle condizioni atte a giustificarla» ed è «obbligo del legislatore predisporre le cautele necessarie per impedire che l'aborto venga procurato senza seri accertamenti sulla realtà e gravità del danno o pericolo che potrebbe derivare alla madre dal proseguire della gestazione».

È in questo bilanciamento tra i diritti della donna e del concepito che la Corte costituzionale ha definito l'impostazione di principio sulla quale si è poi basato il legislatore nelle scelte adottate nella legge n. 194 del 1978, cercando «di realizzare, contemperando diverse esigenze e proposte, proprio quei criteri di tutela minima di interessi ritenuti fondamentali dalla Costituzione»[3].

Nel panorama comparato dei modelli legislativi nazionali di disciplina dell'aborto, l'ordinamento italiano esclude quindi sia il divieto penale tout court, riconoscendo la non equivalenza tra le posizioni della donna e del concepito, sia la completa liberalizzazione dell'aborto incentrata sull'esclusiva tutela del «corpo» della donna. In Italia, inoltre, l'aborto si fonda primariamente sul diritto alla salute della donna e non sull'autodeterminazione in materia procreativa, come avviene invece in altri ordinamenti[4].

Accanto alla scelta privata della gestante, vincolata alla sussistenza del serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, la normativa italiana valorizza e promuove il ruolo dello Stato, chiamato a tutelare sia il concepito sia la donna, offrendole consulenza, supporto informativo e sostegno al fine di garantire che la sua sia una scelta non solo consapevole, ma anche libera da condizionamenti che potrebbero trovare soluzioni alternative all'aborto[5]. Il

[3] Corte cost., sentenza n. 35 del 1997, punto 3 del Considerato in diritto.

[4] Sul piano comparato, mentre la necessità di un bilanciamento tra diritti della donna e del concepito e una tutela delle posizioni della prima che progressivamente cede in relazione all'evoluzione della gravidanza e all'acquisizione di capacità di vita autonoma del feto sono elementi comuni alla maggior parte delle legislazioni intervenute in questo ambito, non in tutti gli ordinamenti il fondamento del diritto all'aborto e del relativo bilanciamento con diritti confliggenti è ricavato dal diritto alla salute della donna. Si pensi, ad esempio, al *leading case* statunitense, *Roe v. Wade* (410 U.S. 113, 1973) in cui la Corte Suprema ha ricavato il diritto della donna di abortire dal «right to privacy», inteso in senso ampio e, benché non espressamente previsto dalla Costituzione, individuato dalla giurisprudenza sulla base della *penumbra* di altri diritti del *Bill of Rights* (cfr. *Dossier Abortion Rights* negli Stati Uniti su biodiritto.org). In altri ordinamenti europei, come ad esempio quelli francese e spagnolo, nelle prime fasi di gestazione l'IVG si fonda prevalentemente sull'autodeterminazione in materia procreativa della donna. Per un'analisi comparata cfr., ad esempio, G. Chieffi e J.R. Salcedo Hernández (a cura di), *Questioni di inizio vita: Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Milano, Mimesis, 2015. C. Casonato, *Introduzione al biodiritto*, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 30 ss.

[5] Cfr., anche in prospettiva comparata, M. D'Amico, *I diritti contesi. Problematiche attuali del costituzionalismo*, Milano, FrancoAngeli, 2016.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

bilanciamento tra le posizioni della donna e del concepito è inoltre disciplinato con diverse gradazioni della rispettiva tutela in relazione all'evoluzione della gravidanza e fino alla «possibilità di vita autonoma del feto»[6].

Entro i primi novanta giorni, l'interruzione della gravidanza è possibile nel caso in cui la sua prosecuzione, il parto o la maternità possano comportare un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna, in relazione al suo stato di salute, alle sue condizioni economiche, sociali o familiari oppure alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito (art. 4). Dopo i primi novanta giorni, invece, l'aborto (c.d. terapeutico) può essere praticato solo in due ipotesi: in caso di grave pericolo per la vita della donna derivante dalla gravidanza o dal parto o quando vengano accertati processi patologici, inclusi quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, da cui derivi un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (art. 6). Qualora ci sia la «possibilità di vita autonoma del feto» l'interruzione è possibile solo nel caso in cui la vita della donna sia in grave pericolo e, in tal caso, «il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto» (art. 7). Mentre nei primi novanta giorni la valutazione del rischio spetta sostanzialmente alla donna, nella fase successiva incentrata su processi patologici che interessano la gestante o il feto la responsabilità della valutazione e della diagnosi spetta quindi al medico, in particolare nell'ambito del servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero.

Ulteriore lettura di tale bilanciamento, alla luce della legge 194/78, è stata data dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 35/1997 con cui si è pronunciata sulla richiesta di referendum popolare volto a liberalizzare, attraverso l'abrogazione di norme relative a procedimenti e controlli amministrativi e giurisdizionali e alle relative fattispecie incriminatrici, il ricorso all'IVG. La Corte ha ritenuto inammissibile il referendum poiché avrebbe riguardato «disposizioni a contenuto normativo costituzionalmente vincolato sotto più aspetti». In particolare, secondo la Corte, l'abrogazione delle norme avrebbe reso «nullo il livello minimo di tutela necessaria dei diritti costituzionali inviolabili alla vita, alla salute, nonché di tutela necessaria della maternità, dell'infanzia e della gioventù»[7]. Ricordando la sua precedente giurisprudenza, la Corte ribadisce come sia la tutela del concepito sia la pro-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[6] Nella prospettiva del necessario adeguamento scientifico delle previsioni legislative, comune alle normative che intervengono in ambito medico-scientifico, va sottolineato come la clausola generale della «possibilità di vita autonoma del feto», di cui all'art. 7, permetta di non cristallizzare il termine ultimo oltre al quale non è possibile interrompere la gravidanza, che potrebbe variare alla luce degli sviluppi tecnico-scientifici. Cfr., tra gli altri, M. D'Amico, *La legge n. 194 del 1978 fra adeguamenti scientifici, obiezione di coscienza e battaglie ideologiche*, in «BioLaw Journal», 3, 2018, pp. 91-109. L'estensione del termine può a sua volta legarsi a dibattiti sull'obiezione di coscienza, come avvenuto, ad esempio, sia nel 2012 sia nel 2020 in Francia. *Infra*, cap. IV.

[7] Corte cost., sentenza n. 35 del 1997, punto 4 del Considerato in diritto.

tezione della maternità abbiano fondamento costituzionale, come siano diritti fondamentali anche quelli relativi alla vita e alla salute della donna e come, quindi, il bilanciamento tra di essi «quando siano entrambi esposti a pericolo, si trova nella salvaguardia della vita e della salute della madre, dovendosi peraltro operare in modo che sia salvata, quando ciò sia possibile, la vita del feto». In questa prospettiva con la legge 194/78 il legislatore ha cercato di realizzare, come detto, i criteri di tutela minima dei beni indicati dalla Corte costituzionale nella citata sentenza n. 27 del 1975, rispondendo così a quello che la Corte gli aveva attribuito come vero e proprio obbligo «al fine di realizzare in modo legittimo [il relativo] bilanciamento»[8].

La Corte richiama anche le previsioni della legge che determinano l'impegno di Stato, Regioni, enti locali e, quindi, delle strutture pubbliche a sviluppare servizi socio-sanitari e sistemi di valutazione dei presupposti per un'interruzione lecita della gravidanza volti a «evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite» (art.1), intesa quale antitesi del diritto del concepito alla vita, «che può essere sacrificato solo nel confronto con quello, pure costituzionalmente tutelato e da iscriversi tra i diritti inviolabili, della madre alla salute e alla vita»[9]. Più nello specifico, secondo la Corte, «[c]iò che la Costituzione non consente di toccare mediante l'abrogazione, sia pure parziale» della legge 194

> è quel nucleo di disposizioni che attengono alla protezione della vita del concepito quando non siano presenti esigenze di salute o di vita della madre, nonché quel complesso di disposizioni che attengono alla protezione della donna gestante: della donna adulta come della donna minore di età, della donna in condizioni di gravidanza infratrimestrale come della donna in condizioni di gravidanza più avanzata[10].

Ed è in questo bilanciamento che si inserisce l'attività professionale del personale sanitario, i cui conflitti di coscienza sono analizzati nella presente ricerca, con riferimento tanto alla loro tutela quanto al loro rapporto con l'organizzazione sanitaria.

Coerentemente con gli obiettivi di questo studio interdisciplinare, il presente contributo non mira ad analizzare i numerosi profili di dibattito sollevati dall'IVG, già ampiamente e autorevolmente affrontati dalla dottrina e dalla giurisprudenza, tanto italiana quanto di altri ordinamenti giuridici, a livello nazionale, europeo, internazionale e comparato. Si cercherà invece di delineare, nei suoi tratti essenziali, il contesto giuridico di riferimento delle problematiche legate all'impatto dell'obiezione di coscienza sui diritti dei soggetti interessati, indagate intervistando i professionisti sanitari di alcune specifiche realtà ospedaliere.

[8] Ivi, punto 2 del Considerato in diritto.
[9] *Ibidem*.
[10] Ivi, punto 5 del Considerato in diritto.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Ciò su cui preme soffermarsi in questa sede sono quindi, innanzitutto, la scelta adottata dal legislatore e le relative problematiche attuative.

Tra i conflitti di coscienza analizzati nel corso della ricerca, quello dell'aborto rappresenta infatti uno dei due ambiti in cui nella gestione del pluralismo assiologico – quindi nel riconoscimento, e nella tutela, delle diverse posizioni valoriali individuali – il legislatore ha scelto l'istituto dell'obiezione di coscienza[11], prevedendolo e disciplinandolo espressamente nella legge 194. Un'esenzione, quindi, dal generale obbligo giuridico previsto dalla normativa a tutela, qualora ne sussistano i presupposti, del diritto della donna di abortire.

L'art. 9 prevede infatti 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» (comma 1).

Il diritto all'obiezione ha quindi, innanzitutto, un limite soggettivo: solo i professionisti sanitari possono essere esentati, non anche – come pure si è tentato di fare – altre figure indirettamente legate alle procedure da attuare nelle strutture sanitarie, quali, ad esempio, i portantini. Esclusa anche, con pronuncia della Corte costituzionale, l'estendibilità del diritto di obiettare al giudice tutelare nel caso di gestante minorenne[12].

Per bilanciare il diritto dei professionisti di essere esentati per ragioni di coscienza con la tutela dei diritti della donna, la legge prevede anche limiti oggettivi, circoscrivendo l'obiezione alle situazioni che possono concretamente rappresentare per il professionista un conflitto insanabile con la propria conoscenza: al «compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza» (comma 3). L'esenzione non opera invece per le attività di «assistenza antecedente e conseguente all'intervento». Il diritto all'obiezione di coscienza, inoltre, cede completamente di fronte alla tutela della vita della donna, non potendo essere invocata quando l'intervento professionale è indispensabile per salvarla da un imminente pericolo (comma 5). In tal caso i professionisti obiettori hanno l'obbligo di intervenire compiendo ogni procedura e attività necessaria, incluse quelle dirette a provocare l'aborto.

Il carattere prioritario della tutela del diritto della donna e la necessaria interpretazione restrittiva del riconoscimento dell'obiezione, la cui tutela è subordinata alla prima, emergono anche dalla responsabilità attribuita dal legislatore alle strutture sanitarie e alle Regioni. In particolare, le prime sono tenute ad assicurare «in ogni caso» l'espletamento delle procedure di cui

[11] *Supra*, Introduzione. Sui dibattiti relativi all'inserimento dell'obiezione di coscienza nella disciplina del suicidio assistito si veda invece vol. II, cap. IV.

[12] Corte cost., sentenza n. 196 del 1987. Cfr., ad esempio, E. Ceccarelli, *La legge sull'interruzione volontaria di gravidanza e l'obiezione di coscienza del personale sanitario e del giudice tutelare*, in P. Borsellino, F. Forni e S. Salardi (a cura di), *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 149 ss.

Copyright © 2021 by Società Editrice il Mulino

all'art. 7 e l'effettuazione degli interventi abortivi richiesti secondo le modalità previste dalla legge. Le Regioni sono chiamate a controllarne e garantirne l'attuazione ricorrendo ove necessario alla mobilità del personale (comma 4).

La preferenza per l'adempimento della prestazione rispetto alla condotta dell'obiettore – e, quindi, il rapporto di preferenza tra la finalità di garantire il diritto della donna di interrompere la gravidanza e il diritto all'obiezione di coscienza[13] – costituisce quindi il presupposto logico dell'obiezione come scelta in deroga a un obbligo giuridico di portata generale[14].

La disciplina dell'IVG rappresenta pertanto forse l'esempio più chiaro – in termini di previsioni legislative espresse – del rapporto tra tutela della coscienza, bilanciamento tra diritti confliggenti e responsabilità pubblica che caratterizza gli ambiti di indagine nella nostra ricerca:

> in presenza di un conflitto tra diritti della persona, soprattutto quando uno di questi è riferibile alla vita o alla salute, l'obiezione di coscienza non può essere configurata come assoluta. Inoltre, quando questo conflitto si colloca in una dimensione in largo senso pubblica, esiste un obbligo istituzionale a garantire che la scelta dell'obiettore non pregiudichi altri diritti[15].

Il legislatore è intervenuto con alcune importanti indicazioni di principio sul problema dell'impatto che la tutela dell'obiezione avrebbe potuto avere sulle finalità stesse della legge. Ciò che però, come vedremo, non ha disciplinato in maniera adeguata è il *come*, attraverso quali modalità organizzative, le Regioni e le strutture sanitarie possano e debbano garantire le prestazioni volte a tutelare il diritto alla donna di interrompere la gravidanza.

Per quanto riguarda l'esercizio del diritto all'obiezione, la legge prevede che non sia sufficiente una scelta di coscienza, ma che sia necessaria un'attivazione diretta del soggetto interessato attraverso una manifestazione di volontà specifica. È richiesta, in particolare, la presentazione di una dichiarazione *ad hoc* che, per avere validità immediata, deve essere presentata entro un mese dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione (comma 1). Sul piano organizzativo la dichiarazione svolge l'essenziale funzione di consentire alla struttura di conoscere il numero dei professionisti obiettori. Risponde a esigenze simili la validità differita di trenta giorni della dichiarazione di obiezione tardiva, che, come emerso dalle interviste, rappresenta un fenomeno tutt'altro che raro.

Se, da un lato, come sottolineato anche dalla Corte costituzionale, sarebbe «palesemente irragionevole»[16] differenziare la tutela dell'obiezione

[13] A. Buratti, *Sui bandi di concorso per i medici non obiettori: problemi applicativi e ricadute sul rapporto di lavoro*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, p. 358.

[14] M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, Milano, Giuffrè, 2014, p. 123.

[15] S. Rodotà, *Obiezione di coscienza e diritti fondamentali*, in P. Borsellino, F. Forni e S. Salardi (a cura di), *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, cit., p. 33.

[16] Corte cost., sentenza n. 467 del 1991.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

in base al momento della sua manifestazione, va peraltro tenuto in considerazione che, rispetto a quella tempestiva, l'obiezione tardiva può creare maggiori difficoltà organizzative. È proprio per tale ragione che la legge ne bilancia la tutela con l'interesse dell'amministrazione sanitaria di avere il tempo per adottare i necessari correttivi organizzativi[17].

L'art. 9 prevede inoltre che «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 in cui l'intervento sia doveroso per proteggere la vita della donna in imminente pericolo. L'obiettivo è quello di escludere dall'esenzione professionisti la cui obiezione non sia fondata su una contrarietà alla propria coscienza tale da rendere il conflitto insuperabile in tutte le situazioni, ma possa diventare oggetto di abusi e scelte di comodo. Si tratta quindi di una «c.d. prova di coerenza, deducibile a posteriori, ossia dopo che il soggetto ha invocato l'obiezione di coscienza in generale, e tale prova concerne l'eventuale incompatibilità di atti successivi con la stessa obiezione di coscienza»[18].

Nonostante queste indicazioni di principio, l'attuazione della legge ha mostrato con evidenza le lacune di un modello di disciplina dell'obiezione incapace di offrire strumenti idonei a gestire con la necessaria certezza ed efficacia problematiche che esulano dalle ipotesi eccezionali di imminente pericolo per la donna o di manifesta incoerenza e di evidente abuso della scelta di obiettare. Le incertezze interpretative e l'assenza di indicazioni sul piano dei possibili correttivi organizzativi non hanno permesso, infatti, di tutelare adeguatamente le finalità della legge dai rischi dovuti tanto all'elevato e crescente numero di obiettori quanto ai tentativi di estendere la portata del diritto all'obiezione.

Anche quando questi rischi non si concretizzano in gravi pregiudizi per il diritto delle donne grazie a scelte organizzative in grado di supplire al ridotto numero di professionisti non obiettori, le problematiche attuative della legge 194 hanno avuto e continuano ad avere un impatto significativo proprio sulla vita professionale di questi ultimi.

Su tale profilo si è prevalentemente concentrata la nostra ricerca.

Nel prossimo paragrafo si delineeranno brevemente le problematiche applicative che maggiormente definiscono il contesto in cui i professionisti sanitari intervistati scelgono di prendere parte od obiettare alle procedure abortive.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[17] D. Paris, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, Passigli, 2011, p. 227. Sulle motivazioni e implicazioni dell'obiezione tardiva si tornerà *infra*, nelle riflessioni antropologiche (cap. III) e giuridiche (cap. IV) su quanto emerso dalle interviste.

[18] CNB, *Obiezione di coscienza e bioetica*, parere del 12 luglio 2012, p. 15.

2. *Problematiche attuative della normativa: definizione dell'ambito di analisi*

L'attuazione concreta del bilanciamento, previsto dalla legge, tra le sue finalità e la tutela dell'obiezione di coscienza ha sollevato, come noto, le questioni più controverse sul piano giurisprudenziale, dottrinale e professionale, tanto da assumere, in almeno due casi, rilevanza anche internazionale.

Due sono in particolare le categorie di problematiche che interessano l'impatto dell'obiezione di coscienza sull'attuazione della legge e che assumono diretto o indiretto rilievo per la tutela tanto della donna quanto dei sanitari non obiettori.

La prima riguarda l'estensione – o, più precisamente, i tentativi di estensione – del diritto a essere esentati per ragioni di coscienza dagli interventi di interruzione di gravidanza, mentre la seconda attiene all'elevato e crescente numero di obiettori[19].

Le difficoltà interpretative della legge con riferimento all'estensione dell'obiezione di coscienza e, quindi, delle attività da cui l'obiettore può legittimamente essere esentato emergono chiaramente da alcuni episodi che hanno richiesto l'intervento del giudice, portando la giurisprudenza ad adottare, fin da subito, un'interpretazione restrittiva.

Così, ad esempio, per quanto riguarda i professionisti sanitari, già nei primi anni di applicazione della legge è stato ritenuto che potessero essere legittimamente rifiutate solo le attività causalmente produttive dell'interruzione di gravidanza, quali l'anestesia e l'intervento chirurgico, non anche la preparazione del campo sterile della sala operatoria da parte di due ostetriche obiettrici e l'esame elettrocardiografico da parte di un cardiologo obiettore, necessario per la valutazione da parte dell'anestesista[20]. L'interpretazione giurisprudenziale ha quindi escluso dalla tutela attività che, pur rappresentando elementi essenziali nel percorso verso l'interruzione di gravidanza, non coinvolgono direttamente il professionista nell'effettuazione del trattamento abortivo[21].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[19] Ricostruisce e analizza nel dettaglio queste due categorie di problematiche applicative di ordine «qualitativo» e «quantitativo», ad esempio, B. Liberali, *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, Giuffrè, 2017, pp. 607 ss.

[20] Entrambi i rifiuti hanno portato a condanne penali nonostante si trattasse di prestazioni comunque destinate finalisticamente alla realizzazione dell'atto abortivo in condizioni di sicurezza per la donna. Cfr. Pretura Ancona, 9 ottobre 1979, in «Giurisprudenza di merito», 1982, II, p. 973 e Pretura di Penne, 6 dicembre 1983, in «Giurisprudenza italiana», 1984, II, p. 314.

[21] La già citata sentenza della Corte costituzionale, unica della Consulta su questi profili, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale che mirava al riconoscimento del diritto di obiettare anche al giudice tutelare per l'autorizzazione dell'aborto in caso di minori. Il TAR della Puglia in una decisione riguardante i bandi di concorso destinati a soli obiettori ha escluso dal diritto di obiezione le attività praticate all'interno dei consultori e, in particolare, quelle di «formazione, consulenza psicologica della gestante», le funzioni

La vicenda del decreto sulla riorganizzazione dei consultori familiari emanato dalla Regione Lazio che, con il dichiarato obiettivo di garantire l'attuazione della legge, escludeva da tale coinvolgimento l'attività di attestazione dello stato di gravidanza e la certificazione attestante la richiesta della donna di effettuare l'IVG[22] ne è un esempio.

L'impugnazione da parte di alcune associazioni *pro life* ha inizialmente portato il TAR Lazio a respingere in via cautelare il ricorso, ritenuto invece «assistito da profili di fondatezza» dal Consiglio di Stato in sede di appello cautelare. Nel pronunciarsi nuovamente sul ricorso, il TAR Lazio ha confermato nel 2016 l'interpretazione restrittiva, respingendolo nel merito[23].

La decisione ha affrontato l'antinomia tra i commi 1 e 2 dell'art. 9 da cui dipendono le difficoltà interpretative che danno spazio a tali controversie. Il rapporto tra l'individuazione in positivo delle attività cui è possibile obiettare (incluse quelle dell'art. 5 riguardanti il rilascio dei documenti) e la successiva esclusione delle attività antecedenti e conseguenti ha reso infatti difficile ricavare dalla legge una chiara definizione dell'ambito applicativo dell'obiezione, sul piano sia soggettivo sia oggettivo.

I giudici hanno ritenuto che i ricorrenti avessero dato un valore assoluto al comma 1 dell'art. 9, «avulso dal contesto» in cui è collocato, dovendosi invece tenere conto del fatto che mentre tale norma consente ai professionisti obiettori di non prendere parte alle attività di cui agli artt. 5 e 7, il comma 3 «individua il rapporto tra l'obiezione di coscienza e l'impegno prestato eventualmente dal medico o dall'operatore in un Consultorio». Il TAR conferma quindi che il certificato dello stato di gravidanza e l'attestazione della volontà della donna di interromperla «comportano adempimento ai doveri professionali implicando quella serie di conoscenze mediche specialistiche che caratterizzano più propriamente la professione medica e non appaiono determinare la compressione della libertà di coscienza». Tale considerazione è basata anche sul rilievo che pur in presenza di tale certificazione, la decisione spetta solo alla donna, che può ancora recedere dal proposito di abortire.

Per quanto riguarda il bilanciamento tra obiezione e diritto della donna, secondo i giudici «[r]isultano chiaramente individuati i termini entro i quali la libertà di coscienza di cui è espressione l'obiezione del medico ginecologo di un consultorio va coniugata col diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione». Con riferimento alla distinzione tra le attività da cui l'obiettore può essere legittimamente escluso e quelle che invece rimangono inderogabili, il TAR, richiamando anche la giurisprudenza penale sul punto,

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

proprie del ginecologo che «esulano dall'iter abortivo e che vengono istituzionalmente svolte dai Consultori familiari» (sentenza n. 3477 del 14 settembre 2010).

[22] Decreto del Commissario ad acta 12 maggio 2014, n. U00152.

[23] TAR Lazio, sentenza n. 8990/2016.

ribadisce come «attività meramente preliminari non "legate in maniera indissolubile, in senso spaziale, cronologico e tecnico" al processo di interruzione della gravidanza», come quella di accertare lo stato di gravidanza, non siano «att[e] a turbare la coscienza dell'obiettore».

Come ricordato dal TAR, «il confine dell'obiezione di coscienza» nelle procedure abortive è costituito dall'individuazione delle fattispecie di reato di omissione o abuso di atti di ufficio (art. 328 c.p.) e definito dalla giurisprudenza nell'atto «direttamente ed astrattamente idoneo a produrre l'evento interruttivo», escludendo che possa risolversi in una «attività preparatoria e fungibile non dotata di rilevanza causale e diretta» all'aborto.

Specifico richiamo viene fatto alla sentenza con cui la Corte di Cassazione ha confermato la condanna per tale reato di un medico obiettore, in servizio di guardia medica in un reparto di ostetricia e ginecologia, che si era rifiutata di visitare e assistere una donna già sottoposta ad aborto farmacologico nonostante le richieste di intervento dell'ostetrica, preoccupata per i rischi di emorragia della donna, e i successivi ordini di intervenire impartiti dal primario e dal direttore sanitario[24]. Nel caso di specie, a fronte del ripetuto rifiuto della ginecologa, era dovuto intervenire il primario, anch'egli obiettore, per prestare alla donna l'assistenza necessaria.

Mentre la pronuncia del TAR, pur definendo principi importanti nell'interpretazione delle norme che delimitano il diritto all'obiezione, riguarda i consultori, la decisione della Cassazione presenta profili specifici di interesse per il contesto analizzato nella nostra ricerca poiché si riferisce ai rapporti tra i diritti e le responsabilità coinvolti nell'attività di un reparto ospedaliero e applica i criteri menzionati a una forma specifica di aborto, quello farmacologico, «nuovo» rispetto alle forme di interruzione della gravidanza cui si riferiva la legge al momento della sua entrata in vigore.

Ciò permette di ricavare indicazioni importanti anche in riferimento alle diverse fasi che possono interessare le procedure abortive e, quindi, le distinzioni di ruoli tra professionisti obiettori e non obiettori di cui l'organizzazione della struttura sanitaria deve tenere conto. Per quante e quali attività in un reparto si può fare affidamento anche sugli obiettori ha infatti un impatto diretto sulla gestione di determinati turni e sulla distribuzione del carico di lavoro per attività che, oltre all'impatto emotivo, rischiano spesso di costituire, come vedremo, un limite per i non obiettori rispetto ad attività più professionalizzanti. La gestione è diventata – e probabilmente continuerà a diventare – più complessa alla luce della disponibilità di nuove tecniche abortive, che aprono nuovi scenari per la tutela delle donne[25], ma

[24] Cass. pen., sez. VI, 2 aprile 2013, n. 14979.

[25] Anche se ancora con significative e ingiustificate differenze a livello territoriale. Ciò vale sia per approcci chirurgici meno invasivi sia per l'aborto farmacologico. Critico sul punto, ad esempio, F. Cembrani, *Il Comitato europeo dei diritti sociali, lo stato di attuazione della*

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

richiedono anche diversificazioni nell'organizzazione del servizio, nel numero e negli obiettivi dei momenti di incontro tra i professionisti e le donne che intraprendono le procedure di IVG, nel ruolo stesso dei professionisti nelle specifiche fasi di tali procedure.

Nel caso in esame, la Corte di Cassazione esclude che il diritto di obiezione di coscienza possa esonerare il medico dall'intervenire durante l'intero procedimento di interruzione volontaria della gravidanza. L'obiettore di coscienza «può legittimamente rifiutarsi di intervenire nel rendere concreto» il diritto della donna di abortire, ma tale diritto è tutelato dalla legge «entro lo stretto limite delle attività mediche dirette alla interruzione della gravidanza, esaurite le quali il medico obiettore non può opporre alcun rifiuto dal prestare assistenza alla donna».

Per quanto strettamente attiene al caso di specie, per la Corte «non vi è dubbio che la richiesta di assistenza ha riguardato una fase successiva all'intervento di interruzione della gravidanza, dovendosi considerare tale il c.d. secondamento». Poiché la fase espulsiva avviene successivamente all'interruzione della gravidanza indotta da altro sanitario «deve escludersi che sia stata richiesta l'assistenza in una fase diretta a determinare» l'aborto. In base a questa lettura, nel caso di aborto farmacologico e non chirurgico, «la fase rispetto alla quale opera l'esonero da obiezione di coscienza è limitata alle sole pratiche di predisposizione e somministrazione dei farmaci abortivi […]; per il resto l'imputata aveva l'obbligo di assicurare la cura e l'assistenza alla paziente». La ginecologa obiettrice avrebbe quindi dovuto prestare assistenza alla donna in tutte le fasi «conseguenti» all'intervento anche dopo l'espulsione del feto e in assenza di espulsione della placenta.

La Corte esclude anche che possano avere rilievo le argomentazioni della difesa sull'assenza di imminente pericolo di vita per la donna e quindi di un dovere di intervento della dottoressa. Secondo i giudici con tali tesi si confonde la portata delle disposizioni contenute nella legge. L'obbligo di intervenire in casi di imminente pericolo per la donna trova infatti applicazione solo qualora all'obiettore sia richiesta una prestazione durante le attività dirette a determinare l'interruzione. L'assistenza richiesta invece nella fase suc-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

legge italiana sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza e la sostenibilità pubblica dell'obiezione di coscienza, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 27, 2016, dove si sottolinea come gli indicatori delle Relazioni ministeriali sullo stato di attuazione della legge 194 non siano convincenti e non spieghino «il perché in Italia siano davvero poche le donne che riescono a interrompere la gravidanza con modalità farmacologica (o non chirurgica), i motivi reali che dilatano eccessivamente i tempi di attesa dell'atto abortivo dopo la redazione del documento (che devono essere contenuti rispetto al limite dei 7 giorni che la norma prevede come pausa di riflessione), e il perché si ricorra ancora, specie nelle regioni del sud, al raschiamento uterino (più del 30% delle IVG) quando esistono opzioni terapeutiche meno cruente» (p. 14).

cessiva all'intervento «prescinde del tutto da una situazione di pericolo per la vita della paziente»[26].

Mentre per questa prima problematica applicativa l'interpretazione restrittiva della giurisprudenza è stata in grado di delineare alcuni elementi utili[27], l'impatto del crescente numero di obiettori rimane tuttora lontano da soluzioni concretamente efficaci e consolidate, tra l'altro prevalentemente affidate all'organizzazione interna ad ogni struttura sanitaria.

Sui dati del numero di obiettori si tornerà nei prossimi capitoli così come su alcune scelte organizzative adottate nelle realtà ospedaliere analizzate, sulle disparità di trattamento tra obiettori e non obiettori e sugli strumenti che le amministrazioni sanitarie potrebbero impiegare per evitare disservizi, incertezze operative e, quindi, sostanziale violazione dei diritti in gioco.

Prima di analizzare l'impatto di questi fenomeni alla luce delle interviste con i professionisti sanitari, è utile premettere alcune considerazioni relativamente a quella che è stata definita una totale «inversione del corretto rapporto» tra l'applicazione di una legge a contenuto costituzionalmente vincolato e la garanzia dell'obiezione di coscienza[28].

Unitamente all'ampio ricorso all'obiezione, l'elevata percentuale di obiettori mette infatti a dura prova la tenuta del contemperamento tra posizioni opposte che definisce la ratio della norma sull'obiezione di coscienza inserita nella legge. Mentre il diritto all'obiezione si basa generalmente su un «giudizio prognostico»[29] del legislatore sul numero di obiettori (che non ritiene tale da impedire l'applicazione della legge cui permette di obiettare), il progressivo aumento di tale numero ha reso l'obiezione alle pratiche abortive «ad oggi l'unica fattispecie in cui il riconoscimento dell'obiezione di coscienza si è mostrata in grado di pregiudicare il raggiungimento delle finalità proprie della legge che le prevede»[30].

La mobilità del personale, unico strumento espressamente previsto dal legislatore per garantire l'attuazione della legge, non è infatti sufficiente nel

[26] Cass. pen., sez. VI, 2 aprile 2013, n. 14979, punto 4.1 del Considerato in diritto. Per un commento alla sentenza si vedano, tra i molti, V. Abu Awwad, *Obiezione di coscienza e aborto farmacologico*, in «www.penalecontemporaneo.it», 27 giugno 2013; P. Piras, *Quando volere non è potere: in tema di obiezione di coscienza*, in «www.penalecontemporaneo.it», 8 gennaio 2014.

[27] Su cui si tornerà *infra*, nell'analisi delle interviste.

[28] M. D'Amico, *Sui bandi di concorso per medici non obiettori: l'obiezione di coscienza è regola o eccezione in uno stato laico?*, in «Quaderni costituzionali», 2017, p. 350.

[29] Cfr. D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 182 e M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 124.

[30] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 187. Per un commento critico sull'impatto dell'obiezione di coscienza sulla legge si vedano, tra i molti, G. Brunelli, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in G. Brunelli, A. Pugiotto e P. Veronesi (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare. Il diritto costituzionale come regola e limite al potere*, Napoli, Jovene, 2009, vol. III; P. Veronesi, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei «casi» e astrattezza della norma*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 142 ss.; M. D'Amico, *La legge n. 194 del 1978*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

momento in cui l'elevato numero di obiettori non riguarda singole realtà territoriali, ma rappresenta una condizione diffusa e comune a tutto il territorio nazionale.

Nella prospettiva scelta dalla nostra ricerca è interessante ricordare le pronunce del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa (CEDS). L'Italia violerebbe infatti alcuni dei diritti tutelati dalla Carta sociale europea (CSE) a causa delle problematiche applicative della legge 194 legate all'elevato numero di obiettori e al mancato adempimento degli obblighi organizzativi in essa previsti.

Il primo reclamo collettivo al Comitato è stato promosso nel 2012 dall'organizzazione internazionale non governativa International Planned Parenthood Federation European Network denunciando che l'Italia non garantiva il diritto delle donne all'accesso ai trattamenti interruttivi della gravidanza, con conseguente diretta violazione del loro diritto alla salute e del principio di non discriminazione, tutelati, rispettivamente, all'art. 11 e all'art. E della CSE. Il CEDS ha riscontrato la sussistenza di molteplici fattori di discriminazione a danno delle donne e, quindi, la violazione dell'art. E in combinato disposto con l'art. 11[31].

Conformemente alle procedure previste per i giudizi davanti al CEDS e per controllare e monitorare la garanzia da parte degli Stati membri dei diritti della Carta, a seguito della prima decisione adottata dal Comitato nel merito del primo reclamo, il Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa ha invitato l'Italia ad adottare specifiche misure per risolvere le criticità riscontrate[32].

Il governo italiano ha istituito, a partire dal 2014, un Tavolo di monitoraggio, strumento necessario per fare chiarezza e garantire controllo e valutazione costanti delle prassi e problematiche operative concrete, ma ha perso l'occasione per dare risposte efficaci sui profili di violazione sollevati dal CEDS, limitandosi sostanzialmente a ribadire che non ci sono problemi nella garanzia del servizio[33].

[31] *IPPF EN v. Italy* (n. 87/2012). Il CEDS ha ritenuto che il governo italiano non avesse fornito informazioni specifiche per confutare le accuse mosse «or which in the alternative demonstrates that its alleged failure to make measures to ameliorate the less favorable treatment suffered by the women falling into the vulnerable categories described above can be objectively justified». Ha ritenuto inoltre irrilevante l'argomentazione del governo italiano in base alla quale la garanzia del diritto delle donne si ricaverebbe dal fatto che le procedure di interruzione della gravidanza siano a carico del Servizio sanitario nazionale, ritenendo che [i]f a service is not available in practice, it is irrelevant whether it is for free or has to be paid for. Furthermore, women denied access to abortion facilities may have to incur substantial economic costs if they are forced to travel to another region or abroad to seek treatment. In this regard, the time factor is also crucial: women who are denied access to abortion facilities in their local region may in effect be deprived of any effective opportunity to avail of their legal entitlement to such services, as the tight time-scale at issue may prevent them from making alternative arrangements» (§194).

[32] Risoluzione CM/ResChS(2014)6 del 30 aprile 2014.

[33] Per un'analisi critica delle risposte (non) date dal governo italiano si vedano, ad esempio, B. Liberali, *Le problematiche applicative della legge n. 194 del 978 relative al diritto di*

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Nel pronunciarsi sul secondo reclamo, promosso dalla CGIL, il CEDS ha così riscontrato che le violazioni accertate nella prima decisione non fossero state superate.

Con riferimento ai diritti delle donne, in entrambi i giudizi viene sottolineato come siano state riscontrate diverse ragioni di discriminazione tra loro strettamente connesse tanto da rappresentare «a claim of "overlapping", "intersectional" or "multiple" discrimination». In Italia alcune categorie di donne sono infatti soggette a trattamenti meno favorevoli nell'accesso alle legittime procedure abortive come risultato dell'effetto combinato di fattori quali l'età, lo stato di salute, la provenienza territoriale e lo status socioeconomico.

Ciò che per gli obiettivi della presente ricerca preme però maggiormente sottolineare è l'inserimento nel secondo reclamo e nelle relative valutazioni del Comitato delle violazioni dei diritti dei medici non obiettori di coscienza[34].

Nel reclamo la situazione dei professionisti che a causa dell'alto numero di obiettori devono sopportare condizioni di lavoro meno appaganti per garantire il servizio di interruzione della gravidanza viene ritenuta in violazione del diritto al lavoro (art. 1§2 CSE), del diritto a eque condizioni di lavoro (art. 2§1 CSE), del diritto alla sicurezza e all'igiene sul lavoro (art. 3§3 CSE) e del diritto alla dignità sul lavoro (art. 26§2 CSE), autonomamente o in combinato disposto con il già citato principio di non discriminazione di cui all'art. E della Carta.

Nello specifico, il Comitato ha riscontrato una discriminazione di trattamento in violazione del diritto al lavoro tra obiettori e non obiettori in termini di svantaggi sofferti dai secondi. Poiché ciò è dovuto semplicemente al fatto che alcuni professionisti prestano la propria attività per i servizi abortivi nel rispetto della legge, non vi è alcuna ragionevole od oggettiva giustificazione per tale disparità di trattamento, che risulta, quindi, illegittima. Per insufficienza di elementi e prove a sua disposizione, il Comitato non rileva la violazione del diritto a eque condizioni di lavoro e alla sicurezza e all'igiene sul lavoro. La scarsità degli elementi di prova non impedisce invece al Comitato di riscontrare la violazione del diritto alla dignità del lavoro. Come sottolineato dalla CGIL, viene riconosciuto che la situazione «affects the career and dignity of non-objecting physicians and medical personnel, in breach of the right to dignity at work enshrined in Article 26 of the Charter», e ricordato che dall'art. 26 CSE discende un'obbligazione positiva in capo agli Stati di adottare le necessarie misure preventive per evitare discriminazioni sul luogo di lavoro[35].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

obiezione di coscienza ancora a giudizio (Prime osservazioni alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali nel caso CGIL contro Italia), in «BioLaw Journal», 2, 2016, pp. 417 ss.; F. Cembrani, *Il Comitato europeo dei diritti sociali*, cit.

[34] *CGIL c. Italy* (n. 91/2013), 11 aprile 2016.

[35] *Ibidem*. Per un commento più dettagliato su entrambi i ricorsi si vedano, ad esempio, M. D'Amico, *The decision of the European Committee of Social Rights on the conscientious objection in case of voluntary termination of pregnancy (collective complaint no. 87/2012)*, in

È anche alla luce di tali obblighi internazionali[36], quindi, che analizzeremo le lacune che ancora caratterizzano il modello italiano così come le soluzioni organizzative ipotizzate in alcune realtà, che vanno dall'affidamento delle prestazioni legate all'aborto a contratti con medici esterni all'ospedale, chiamati solo per questo specifico servizio, ai più dibattuti bandi pubblici riservati solo a non obiettori.

Ne sono un esempio le iniziative assunte dalle aziende ospedaliere S. Camillo Forlanini e Policlinico Umberto I, nel Lazio e Pugliese Ciaccio di Catanzaro.

In quest'ultimo caso il bando era riferito a un posto di dirigente medico in ginecologia e ostetricia di sei mesi «riservato ai soli […] non obiettori»; nelle due aziende ospedaliere laziali i bandi riguardavano rispettivamente due posti con contratto a tempo indeterminato per medici dirigenti specializzati in ginecologia e ostetricia «per l'applicazione della legge n. 194/78», legati al decreto della Regione Lazio che faceva, tra l'altro, specifico riferimento all'accertamento delle violazioni della CSE da parte del CEDS[37], e un incarico per laureati «per collaborazione coordinata e continuativa di un anno per l'esclusiva e totale applicazione della legge n. 194».

La questione dei bandi è stata molto dibattuta in dottrina[38], con particolare riferimento alla possibilità che risultino discriminatori.

Escludendo l'interpretazione che conferirebbe assolutezza al riconoscimento dell'obiezione di coscienza e valorizzando invece la finalità già con-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

M. D'Amico e G. Guiglia (a cura di), *European Social Charter and the Challenges of the XXI Century*, Napoli, Esi, 2014; B. Liberali, *Le problematiche applicative della legge n. 194 del 978*, cit.; L. Busatta, *Nuove dimensioni del diritto all'interruzione volontaria di gravidanza, tra divieto di discriminazioni e diritto al lavoro. Commento alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, reclamo collettivo n. 91/2013, CGIL c. Italy, 11 aprile 2016*, in «DPCE Online», 2016; F. Cembrani, *Il Comitato europeo dei diritti sociali*, cit.

[36] Sulla rilevanza giuridica della CSE come «parametro interposto» la cui violazione può tradursi anche in una violazione dell'art. 117 Cost., in base al quale la potestà legislativa statale e regionale deve essere esercitata nel rispetto degli obblighi internazionali, oltre che della Costituzione e dei vincoli derivanti dal diritto dell'Unione europea, si vedano G. Monaco, *Il vincolo degli obblighi internazionali e l'utilizzo della Carta Sociale Europea come norma interposta nel giudizio di legittimità sulle leggi*, in «www.forumcostituzionale.it», 20 settembre 2018; B. Liberali, *Un nuovo parametro interposto nei giudizi di legittimità costituzionale: la Carta Sociale Europea a una svolta?*, in «federalismi.it», 13 settembre 2017. In generale sulla CSE, M. D'Amico, G. Guiglia e B. Liberali (a cura di), *La Carta Sociale Europea e la tutela dei diritti sociali*, Napoli, Esi, 2013.

[37] Decreto del Commissario ad Acta dell'8 giugno 2015 n. U00227.

[38] Si vedano, ad esempio, D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 192 e le posizioni dottrinali ivi citate; Id., *Sui bandi di concorso per medici non obiettori: portati dell'obiezione di coscienza e problemi di attuazione della legge*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, pp. 353 ss.; A. Buratti, *Sui bandi di concorso per i medici non obiettori*, cit.; M. D'Amico, *Sui bandi*, cit.; B. Liberali, *Per l'applicazione esclusiva della legge n. 194: una clausola che viola il diritto di obiezione di coscienza o che attua gli obblighi organizzativi di ospedali e Regioni? (Osservazioni a margine di alcuni bandi di concorso a seguito delle decisioni del Comitato Europeo dei Diritti Sociali contro l'Italia)*, in «Osservatorio Costituzionale», 1, 2017 , cui si rinvia anche per ulteriori dettagli dei bandi menzionati.

tenuta nella legge, in base alla quale le Regioni per garantirne l'attuazione possono ricorrere «anche» alla mobilità del personale, può essere sostenuta la legittimità di tali bandi in quanto giustificati dalla peculiarità della situazione, confermata anche dalle citate condanne sul piano internazionale[39]. In quello che è stato definito un «contesto applicativo di sostanziale elusione dell'intento perseguito dal legislatore» questo tipo di bandi, pur determinando «una preclusione soggettiva alla partecipazione al concorso e una compressione del diritto all'obiezione di coscienza», può quindi risultare «ragionevole e conforme alla Costituzione e rispettos[o] dello spirito della legge, in quanto [volto] alla tutela di un diritto fondamentale che, anche alla luce del contesto sociale, merita una protezione privilegiata»[40].

Il rapporto tra questi due beni tutelati dalla legge suggerisce però che la legittimità di bandi riservati a non obiettori sia legata a un giudizio di proporzionalità che tenga conto delle specificità della realtà in cui vengono adottati, delle difficoltà concrete della struttura ospedaliera e della disponibilità di altri strumenti organizzativi[41].

Queste considerazioni verranno approfondite *infra* alla luce delle interviste con i professionisti sanitari e della complessità delle questioni che caratterizzano, nel concreto, l'organizzazione dei servizi e la gestione dei rapporti tra obiettori, non obiettori ed esigenze della struttura ospedaliera.

3. *Procreazione medicalmente assistita e obiezione di coscienza*

Anche nella PMA vengono «inevitabilmente in gioco plurime esigenze costituzionali», tanto da spingere la Corte costituzionale, già nel 1998, a segnalare la situazione di carenza legislativa ed esortare il legislatore a intervenire per «l'individuazione di un ragionevole punto di equilibrio tra i diversi beni costituzionali coinvolti, nel rispetto della dignità della persona umana»[42]. Tra i diritti menzionati, vanno ricordati in particolare quelli del «nuovo nato […] non solo in relazione ai diritti e ai doveri previsti per la sua formazione, in particolare dagli artt. 30 e 31 della Costituzione, ma ancor prima – in base all'articolo 2 Cost. – ai suoi diritti nei confronti di chi si sia liberamente impegnato ad accoglierlo assumendone le relative responsabilità»[43].

Per comprendere il contesto nel quale si inseriscono le opzioni di coscienza del personale sanitario è essenziale ricordare che nell'ambito della

[39] D. Paris, *Sui bandi di concorso per medici non obiettori: portati dell'obiezione di coscienza e problemi di attuazione della legge*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, p. 356; M. D'Amico, *Sui bandi*, cit., p. 352.

[40] A. Buratti, *Sui bandi di concorso per i medici non obiettori*, cit., pp. 358-359.

[41] In questo senso D. Paris, *Sui bandi*, cit., p. 356.

[42] Corte cost., sentenza n. 347 del 1998, punti 3 e 4 del Considerato in diritto.

[43] Ivi, punto 3 del Considerato in diritto.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

PMA tanto la piena tutela dei diritti coinvolti quanto il contemperamento di posizioni potenzialmente confliggenti sono stati prevalentemente ridefiniti dalla giurisprudenza.

Sull'evoluzione della normativa alla luce dei numerosi interventi «demolitori» della Corte costituzionale si tornerà nei prossimi capitoli, affrontando più nello specifico i «correttivi» che l'autonomia professionale aveva cercato di adottare prima di tali interventi e i possibili conflitti che, pur non sempre riconducibili a ipotesi di obiezione di coscienza, possono derivare dalla concreta attuazione dei margini di scelta progressivamente ampliati dalla giurisprudenza.

In questa prima parte preme invece concentrare brevemente l'attenzione sul bilanciamento operato dalla legge 40 del 2004, così come modificata dagli interventi della Consulta, tra, da un lato, la tutela dell'embrione (e del nascituro) e, dall'altro, «la tutela delle esigenze di procreazione»[44]. Come avremo modo di approfondire, con tale principio la Corte «rende attuale l'articolo 31 Cost., quale presidio della "genitorialità"; un principio che non significa "diritto a diventare genitori", ma possibilità di esserlo, con l'aiuto della scienza»[45]. In maniera ancora più incisiva nella sentenza che dichiara incostituzionale il divieto assoluto di fecondazione c.d. eterologa, la Corte richiama il diritto alla salute psicologica della coppia e si riferisce alla scelta «di diventare genitori e di formare una famiglia che abbia anche dei figli» come all'«espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi, riconducibile agli articoli 2, 3 e 31 Cost.» e concernente la sfera privata familiare di ogni persona[46].

Oltre alle problematiche legate ai diritti del nascituro, ampliate con la legittimazione della fecondazione c.d. eterologa, uno dei principali problemi etici e giuridici sollevati dalle tecniche di PMA è la creazione – e quindi il destino – degli embrioni sovrannumerari[47]. La creazione di embrioni in sovrannumero, generalmente praticata prima dell'entrata in vigore della legge 40, è spesso necessaria per garantire le finalità stesse delle tecniche di fecon-

[44] Corte cost., sentenza n. 151 del 2009, punto 6.1 del Considerato in diritto.

[45] M. D'Amico, *L'incostituzionalità del divieto assoluto della c.d. fecondazione eterologa*, in «BioLaw Journal», 2, 2014, p. 14. Cfr., inoltre, C. Tripodina, *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e Corti*, in «BioLaw Journal», 2, 2014, pp. 67 ss.

[46] Corte cost., sentenza n. 162 del 2014. Su tale pronuncia e sull'analisi del rapporto tra «l'incoercibile» determinazione di avere figli e l'autonomia e le convinzioni etico-professionali dei professionisti sanitari si tornerà *infra*, parte II.

[47] La letteratura è molto vasta. Cfr., ad esempio, i contributi sul tema in M. D'Amico e B. Liberali, *Procreazione medicalmente assistita e interruzione volontaria della gravidanza: problematiche applicative e prospettive future*, Napoli, Esi, 2016; S. Agosta, G. D'Amico e L. D'Andrea, *La procreazione medicalmente assistita. Bilancio di un'esperienza, problemi e prospettive*, Napoli, Editoriale scientifica, 2017, cui si rimanda anche per le riflessioni in tema di fecondazione c.d. eterologa, infra, cap. IV.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

dazione assistita e tutelare la donna, limitando i disagi e i rischi connessi a stimolazioni ovariche plurime.

Nel 2004 il legislatore aveva scelto di porre la tutela dell'embrione allo stesso livello di quella di «tutti i soggetti coinvolti». Tale equivalenza è parsa però fin da subito in contrasto con l'impostazione di principio che, come visto, caratterizza invece la disciplina dell'IVG, tanto che tra le varie critiche mosse alla legge n. 40, non oggetto del presente studio, vi è anche quella legata al principio di «non contraddizione» dell'ordinamento giuridico[48].

Il forte statuto giuridico riconosciuto all'embrione fin dal concepimento, da un lato, ha significativamente limitato, se non del tutto vietato, molte pratiche e tecniche medico-scientifiche fino ad allora attuate, dall'altro, però, cede a fronte della possibilità della donna, una volta iniziata la gravidanza, di interromperla alle condizioni previste dalla legge 194.

Tale contraddizione è stata rilevata anche dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella sentenza *Costa e Pavan c. Italia*, con la quale ha giudicato sproporzionata e incoerente, quindi illegittima, l'interferenza dell'ordinamento italiano sulla vita privata e familiare dei ricorrenti tutelata dall'art. 8 CEDU, di cui sarebbe espressione anche «la possibilità di accedere alle tecniche della procreazione assistita e poi alla diagnosi preimpianto per poter mettere al mondo un figlio non affetto da […] una malattia genetica di cui sono portatori sani»[49].

Alla forte tutela dell'embrione erano legate non solo le rigide condizioni e le finalità per l'accesso alle tecniche di PMA, poi ampliate dalla giurisprudenza, ma anche la previsione in base alla quale potesse essere prodotto solo il numero di embrioni strettamente necessario «ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre» (art. 14, comma 2). Ne conseguiva il divieto di crioconservazione degli embrioni.

Com'è noto, e con le motivazioni che si avrà modo di approfondire, tale imposizione è stata dichiarata costituzionalmente illegittima dalla Corte costituzionale nella citata sentenza del 2009 «nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, debba essere effettuato senza pregiudizio per la salute della donna».

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[48] Cfr., ad esempio, C. Casonato, *Introduzione al biodiritto*, cit.

[49] Corte EDU, *Costa e Pavan c. Italia*, ric. n. 54270/10, 28 agosto 2012. In particolare, la Corte ha sottolineato che la tutela dell'embrione, alla base del divieto di diagnosi preimpianto, è «inconciliabile con la possibilità offerta ai ricorrenti di procedere ad un aborto terapeutico qualora il feto risulti malato, tenuto conto in particolare delle conseguenza che ciò comporta sia per il feto, il cui sviluppo è evidentemente assai più avanzato di quello di un embrione, sia per la coppia di genitori, soprattutto per la donna» e che, quindi, «è giocoforza constatare che, in materia, il sistema legislativo italiano manca di coerenza. Da un lato esso vieta l'impianto limitato ai soli embrioni non affetti dalla malattia di cui i ricorrenti sono portatori sani; dall'altro autorizza i ricorrenti ad abortire un feto affetto da quella stessa patologia».

La Corte mantiene «salvo il principio secondo cui le tecniche di produzione non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario, secondo accertamenti demandati, nella fattispecie concreta, al medico» ma mira a eliminare «sia la irragionevolezza di un trattamento identico di fattispecie diverse, sia la necessità, per la donna, di sottoporsi eventualmente ad altra stimolazione ovarica, con possibile lesione del suo diritto alla salute»[50].

Secondo i giudici, l'imposizione di un numero massimo di tre embrioni e del loro contestuale impianto si poneva infatti in contrasto con l'art. 3 Cost. – sotto il profilo tanto della ragionevolezza quanto dell'uguaglianza – nonché, per il pregiudizio che ne derivava alla salute della donna, con l'art. 32, proprio in quanto imponeva la creazione di un numero specifico di embrioni «in assenza di ogni considerazione delle condizioni soggettive della donna che di volta in volta si sottopone alla procedura di procreazione medicalmente assistita»[51].

Come logica conseguenza della caducazione dell'obbligo dichiarato incostituzionale si rende necessario ricorrere a tecniche di congelamento per gli embrioni non impiantati per scelta medica. Con tale pronuncia si introduce quindi una deroga al principio generale di divieto di crioconservazione.

Anche in questo bilanciamento tra tutela dell'embrione, tutela della salute della donna e realizzazione delle finalità della PMA, l'intervento dei professionisti può portare con sé conflitti legati a convinzioni sia professionali sia personali, espressione della libertà di coscienza costituzionalmente garantita. Il ruolo del professionista sanitario è stato inoltre esteso dalla giurisprudenza costituzionale. Nella citata sentenza, ad esempio, viene riconosciuto uno «spazio incomprimibile di autonomia e responsabilità del medico»[52] nella valutazione del caso concreto e della decisione di quanti embrioni creare, impiantare o crioconservare, in continuità con la giurisprudenza della Corte costituzionale sul ruolo delle acquisizioni scientifiche e dell'autonomia e responsabilità professionale come «regola di fondo», con il consenso del paziente, delle scelte operate nella pratica terapeutica[53].

Sul piano legislativo, per quanto riguarda l'obiezione di coscienza, con una formula molto simile all'art. 9 della legge 194/78, l'art. 16 della legge 40 prevede che il personale sanitario non sia

[50] Corte cost., sentenza n. 151 del 2009, punto 6.1 del Considerato in diritto.

[51] *Ibidem*.

[52] G.M. Flick, *La salute nella Costituzione italiana*, in FNOMCeO (a cura di), *Cento anni di professione al servizio del Paese*, 2010, p. 30.

[53] *Supra*, Introduzione. Cfr. anche *infra*, cap. IV.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita e che tale obiezione lo esoneri dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

Anche in questo caso è prevista un'espressa manifestazione di volontà attraverso una dichiarazione *ad hoc*, la cui efficacia temporale cambia in ragione della sua natura tempestiva o tardiva e può essere revocata in qualsiasi momento. Manca invece la c.d. «prova di coerenza» che nel caso dell'interruzione di gravidanza fa ritenere revocata la dichiarazione qualora il professionista prenda parte alle procedure abortive.

Al personale sanitario basterebbe quindi tale dichiarazione per essere esonerato delle tecniche di fecondazione assistita e gli interventi della giurisprudenza hanno potenzialmente aperto più varchi per conflitti di coscienza rispetto alle maglie decisamente più strette dell'originario impianto della legge n. 40/2004. Più nello specifico, molti professionisti potrebbero essersi trovati nella situazione di svolgere attività in reparti o centri dedicati alla PMA che poi hanno subito un'estensione nelle condizioni di accesso, nelle finalità e quindi anche nei potenziali risvolti etici. Tale eventualità si è concretamente manifestata, seppur in casi ancora sporadici, a seguito della possibilità di effettuare la fecondazione c.d. eterologa[54], situazione che in realtà si è concretizzata, come vedremo, ancora in poche realtà italiane.

Ciò nonostante, nell'ambito della PMA il diritto all'obiezione di coscienza strettamente inteso non solo non ha neanche lontanamente raggiunto l'impatto che ha nel contesto dell'aborto, ma è stato raramente utilizzato dai professionisti sanitari, soprattutto nelle tecniche di procreazione c.d. omologa.

Tale differenza ci permetterà di svolgere ulteriori riflessioni sulle motivazioni legate all'obiezione di coscienza in questi ambiti, alle problematiche che ne derivano e agli strumenti normativi e organizzativi che, a seconda dei casi e dei contesti, esasperano o aiutano a mitigare i conflitti di coscienza analizzati.

Anche a questi profili si cercherà di rispondere nei prossimi capitoli.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

[54] *Infra*, cap. IV.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo secondo

Aborto e obiezione di coscienza: motivazioni, percezioni e posizionamenti etici dei ginecologi

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *Il contesto nazionale e il contesto locale*

Nonostante la legalizzazione dell'interruzione di gravidanza sia avvenuta nella maggior parte dei paesi occidentali tra la metà degli anni '60 e la metà degli anni '70, la legittimità della pratica nei contesti ospedalieri non è diventata un punto d'accordo di tutte le parti sociali e, tanto meno, le società in cui l'aborto è stato legalizzato sono state interessate da processi di piena legittimazione morale della pratica[1] e da una qualche sua elaborazione simbolica[2].

Anche se l'aborto è una «pratica universalmente conosciuta»[3], esso continua a stare al centro di forti contrapposizioni: quando se ne parla le società, così come gli individui che la formano, oscillano spesso tra l'indignazione e la tolleranza. Di conseguenza la pratica rientra tanto nella categoria dell'ufficiale – qualcosa che ha il carattere di «pubblico, solenne, collettivo» – quanto in quella dell'ufficioso, ovvero «ciò che è condannato a un'esistenza vergognosa e clandestina»[4].

La complessità del dibattito sull'aborto riguarda il fatto che i dubbi e i dilemmi etici sono particolarmente forti sui temi che hanno a che vedere con l'inizio e con la fine della vita[5], ovvero quei momenti di passaggio, quelle soglie che mostrano la stretta connessione tra la sfera della natura, della biologia, dell'inumano e l'ambito sociale, medico e umano. Non è un caso, infatti, che tanto a livello giuridico quanto a livello di dibattito pubblico i temi che hanno a che fare con l'inizio e con la fine della vita siano stati – e continuino

Questo capitolo è di Laura Ferrero.

[1] C. Lalli, *La verità, vi prego, sull'aborto*, Roma, Fandango Libri, 2013.

[2] L. Boltanski, *La condition foetale: Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004; trad. it. *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Milano, Feltrinelli, 2007, p. 23.

[3] Ivi, p. 18.

[4] Ivi, p. 21.

[5] C.A. Viano, *La coscienza: voci e mistificazioni*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 11-28.

a essere – ambiti di grande scontro ideologico, sociale e politico. In Italia, il dibattito sull'aborto – tanto a livello politico quanto a livello di opinione pubblica – precede la legge, accompagna la sua promulgazione e la segue, arrivando fino ai giorni nostri[6]. È inoltre pronto a riaccendersi qualora si presentino fatti di cronaca o nuove tecniche da implementare, così come è successo per l'avvio delle sperimentazioni sulla RU486, la cosiddetta «pillola abortiva», ovvero il farmaco che è possibile utilizzare per indurre l'interruzione della gravidanza entro il quarantanovesimo giorno dall'amenorrea. Questo perché, come scrive la filosofa Chiara Lalli, «intorno all'aborto si concentrano molte questioni: la natura, il dolore, la concezione della donna, la moralità delle manipolazioni, l'inesauribile discussione sullo statuto dell'embrione, la maternità come destino o come unico vero possibile desiderio delle donne»[7].

Nel dibattito pubblico, le opinioni di politici, associazioni e gruppi informali sono facilmente collocabili in quei due poli opposti che vanno sotto il nome di *pro-choice* e di *pro-life*: da una parte chi difende la libera scelta delle donne, denuncia i disservizi e si batte per una migliore e più capillare offerta di servizi in tema di aborto e, dall'altra, chi concepisce l'aborto come un delitto, criminalizza tanto le donne che lo scelgono quanto i medici che lo praticano e si batte per una diminuzione dei numeri di interruzione delle gravidanze. Questi due poli del dibattito propongono posizioni diametralmente opposte anche rispetto al tema dell'obiezione di coscienza: le attiviste e gli attivisti *pro-choice* la vedono come un limite al pieno diritto della donna di scegliere e di accedere a un servizio di qualità, arrivando anche a sostenere che l'obiezione di coscienza dovrebbe essere incompatibile con la professione medica, soprattutto quando praticata all'interno di una struttura pubblica[8]. Dall'altra parte i *pro-life* la vedono come un'azione necessaria alla difesa della vita e auspicano, invece, l'aumento del numero dei medici obiettori[9]. Il dibattito italiano fa eco a posizioni divergenti riscontrabili a livello europeo e non solo[10], dove toni e temi si richiamano, seppur con le dovute differenze in base alle norme vigenti e alle problematiche proprie di ogni contesto. Nello specifico, in Italia uno dei dati attorno a cui si annidano le riflessioni, le critiche e i dibattiti è quello dell'alto numero dei ginecologi che si dichiarano obiettori di coscienza presso l'azienda ospedaliera in cui operano.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[6] M. Mori, *Aborto e morale. Capire un nuovo diritto*, Torino, Einaudi, 2008; G. Scirè, *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Milano, Mondadori, 2008.

[7] C. Lalli, *La verità, vi prego, sull'aborto*, cit., p. 34.

[8] C. Lalli, *Aborto: l'obiezione di coscienza e il diritto negato*, in «MicroMega», 2013, n. 9.

[9] Per una analisi antropologica del movimento *pro-life* si veda: C. Mattalucci, *Pro-Life activism, abortion and subjectivity before birth: Discursive practices and anthropological perspectives*, in «Mediterranean Journal of Social Sciences», 3, 2012, n. 10, pp. 109-118.

[10] S. Arie, *Is abortion worldwide becoming more restrictive?*, in «British Medical Journal», rivista telematica, 2012.

Annualmente il ministero della Salute emana una *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*. I dati vengono raccolti grazie al Sistema di sorveglianza epidemiologica delle interruzioni volontarie di gravidanza, che è attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati l'Istituto superiore di sanità, il ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province autonome. Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è effettuato l'intervento. A partire dal 2013, la Relazione contiene anche un paragrafo sull'obiezione di coscienza, basato su dati che vengono richiesti annualmente a ogni azienda ospedaliera e che, successivamente, vengono trasmessi dalle Regioni al Sistema di sorveglianza epidemiologica delle interruzioni volontarie di gravidanza.

La Relazione annuale più recente è stata pubblicata a dicembre 2018 (elaborazioni sui dati del 2017) e conferma alcune tendenze che erano già state messe in luce dalle relazioni precedenti, in particolare la diminuzione del tasso e del rapporto di abortività[11] e l'alto numero dei ginecologi obiettori. La percentuale di ginecologi obiettori nel 2017 era di 68,4%, dato aggregato che deve però fare i conti con grandi disparità a livello delle singole Regioni. Il dato disaggregato a livello regionale mostra infatti una più alta concentrazione di obiettori nelle Regioni del Sud Italia (oltre l'80%) e una minor concentrazione nel Nord del paese (intorno al 60%)[12].

Entrare nel merito dei dati offerti dalla Relazione annuale implica constatare che il dibattito su diritto all'aborto e obiezione di coscienza riguarda non solo le posizioni etiche, ma anche l'interpretazione dei dati[13]. Il ministero della Salute non interpreta l'alta percentuale di obiettori come causa di ritardi e inefficienze, ma afferma che l'accesso all'aborto volontario è sempre garantito nel primo trimestre di gravidanza. La Relazione afferma che

> il numero dei non obiettori a livello regionale, quindi, sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Quindi gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale[14].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[11] Per tasso di abortività si intende il numero di interruzioni volontarie di gravidanza su 1000 donne tra 15 e 49 anni. Per rapporto di abortività si intende il numero di interruzioni volontarie di gravidanza per 1000 nati vivi.

[12] Ministero della Salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, 2018.

[13] Per un altro contributo che sottolinea la problematicità di queste diverse interpretazioni si veda: E. Caruso, *Il crocevia mancato tra Roma e Strasburgo in materia di interruzione volontaria di gravidanza*, in «Comunità internazionale», LXXIV, 2019, n. 3, pp. 447-474, e in particolare le pp. 447-449.

[14] Ministero della Salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 53.

La Relazione afferma anche che il carico di lavoro per i ginecologi non obiettori non è tale da rappresentare un ostacolo allo svolgimento di altre mansioni, anche nel caso di Regioni con alte percentuali di obiettori[15]. In linea con questa lettura dei dati, troviamo le affermazioni contenute nel documento emanato nel 2012 dal Comitato nazionale di bioetica, dove si legge che

> dall'esame dei dati disponibili, a tutt'oggi, è evidente che non esistono correlazioni fra numero di obiettori di coscienza e tempi di attesa delle donne che accedono all'IVG, ma che le modalità di accesso all'IVG dipendono dall'organizzazione delle singole regioni[16].

Con gli stessi dati alla mano, però, ricerche scientifiche – molte delle quali di stampo sociologico e antropologico – tratteggiano un quadro piuttosto diverso. Nonostante si convenga con la conclusione del parere del CNB e della Relazione annuale rispetto alla necessità di una migliore e più efficiente organizzazione, spesso queste ricerche portano alla luce le gravi conseguenze dell'alto numero di obiettori, come ad esempio l'aumento nei tempi di attesa[17], la difficoltà di molte donne a trovare un ospedale dove effettuare un aborto[18] e la spiccata mobilità interregionale e internazionale di donne che si spostano alla ricerca di un miglior o più rapido servizio[19]. Con uno sguardo alle disuguaglianze, alcune ricerche mettono anche in mostra come le conseguenze dell'alto numero di obiettori abbia un impatto negativo soprattutto sulle donne che vivono in una condizione economicamente svantaggiata[20]. Va detto che molta della produzione scientifica su questo tema si colloca dichiaratamente su posizioni vicine all'area *pro-choice* e a tutela dei diritti delle donne[21]. A queste dichiarazioni si affiancano le segna-

[15] Ivi, p. 52.

[16] CNB, *Obiezione di coscienza e bioetica*, parere del 12 luglio 2012, p. 35.

[17] M. Bo, C.M. Zotti e L. Charrier, *Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy*, in «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 20, 2015, n. 4, pp. 272-282.

[18] E. Caruso, *Abortion in Italy: Forty years on*, in «Feminist Legal Studies», 28, 2020, p. 92.

[19] T. Autorino, F. Mattioli e L. Mencarini, *The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access*, in «Social Science Research», 87, 2020; C. Gerdts *et al.*, *Experiences of women who travel to England for abortions: An exploratory pilot study*, in «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 21, 2016, n. 5, pp. 401-407; S. De Zordo, *Voyager à l'étranger pour une IVG: une étude européenne*, paper presentato alla conferenza REVHO «IVG: progrès et perspectives», 18 maggio 2019. Su questo tema si segnala il progetto ERC coordinato dalla stessa De Zordo, https://europeabortionaccessproject.org.

[20] T. Autorino, F. Mattioli e L. Mencarini, *The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access*, cit.

[21] Si menzionano, tra gli altri, e a titolo non esaustivo: E. Andaya e J. Mishtal, *The erosion of rights to abortion care in the United States: A call for a renewed anthropological engage-*

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

lazioni di associazioni di donne e di professionisti; tra queste ultime la più nota è la LAIGA, Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194, che da anni denuncia i disservizi in tema di aborto e di accesso ai diritti da parte delle donne.

Per completare il quadro è fondamentale richiamare che non sono solo associazioni e ricercatori di diverse discipline a sottolineare i problemi che l'Italia affronta nell'applicazione della legge 194/1978, ma anche enti e organismi internazionali. Negli ultimi anni, infatti, come già anticipato[22], il Comitato europeo dei diritti sociali (CEDS) è intervenuto più volte sullo stato di applicazione della legge 194, rilevando che nel nostro paese esistono troppi medici obiettori di coscienza, che molte donne per interrompere la gravidanza sono costrette a spostarsi in strutture sanitarie distanti dal loro luogo di residenza o all'estero, che ciò avviene senza il sostegno e il controllo delle autorità sanitarie competenti e, soprattutto, con considerevoli rischi per la salute riproduttiva e il benessere delle donne medesime. Guardando a ciò che succede dentro le strutture, è stato rilevato che il diritto alla non discriminazione nei luoghi di lavoro dei medici non obiettori non è tutelato, con conseguente violazione della Carta sociale europea (CSE). Il CEDS ha dunque evidenziato come nel nostro paese esistano molteplici livelli di discriminazione, che colpiscono tanto le donne che scelgono di abortire quanto i medici non obiettori[23].

All'interno di questo complesso quadro, il nostro lavoro si propone una prospettiva che non è facilmente collocabile nel dibattito *pro-life vs. pro-choice*. La nostra riflessione si colloca infatti dentro la struttura ospedaliera e cerca di gettare luce sulle motivazioni che stanno alla base dell'obiezione di coscienza, sulle percezioni che i ginecologi hanno dell'IVG entro i 90 giorni (chirurgica e farmacologica) e dell'IVG dopo i 90 giorni e su come vengono descritti i turni di lavoro da dedicare a questi servizi. In continuità con questo approccio, ci concentreremo nel capitolo successivo su alcune strategie organizzative che cercano di tenere conto di questi vissuti, per passare poi al confronto con l'altro ambito in cui la normativa vigente prevede che i ginecologi possano presentare obiezione di coscienza, ovvero la procreazione medicalmente assistita (PMA).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

ment with the politics of abortion, in «Medical Anthropology Quarterly», 31, 2016, pp. 40-59; C. Fiala e J.H. Arthur, *There is no defence for «conscientious objection» in reproductive health care*, in «European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology», 216, 2017, pp. 254-258; F. Minerva, *Conscientious objection in Italy*, in «British Medical Journal», rivista telematica, 2014; C. Quagliariello, *Beyond medical bureaucracy: An inquiry into the obstacles to abortion in a maternity ward in Italy*, in «Antropologica», 5, 2018, n. 2, pp. 120-136.

[22] Si veda il cap. I.

[23] F. Cembrani, *Il Comitato europeo dei diritti sociali, lo stato di attuazione della legge italiana sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza e la sostenibilità pubblica dell'obiezione di coscienza*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 27, 2016.

Il contesto su cui si concentra questa parte del nostro lavoro è quello dell'Ospedale ostetrico-ginecologico S. Anna di Torino, che per quanto riguarda il tema dell'obiezione di coscienza e dei servizi di interruzione delle gravidanze può essere considerato come un «contesto virtuoso» per via della proporzione tra obiettori e non obiettori (più equilibrata rispetto a molti altri ospedali italiani), dell'elevato grado di organizzazione del servizio e dell'alto numero di prestazioni annue effettuate. Abbiamo qui condotto incontri conoscitivi e interviste con la direttrice della struttura ospedaliera, con alcuni dei direttori delle Strutture complesse di ginecologia e ostetricia[24], col responsabile del Servizio unificato per le IVG e con venti tra ginecologi e ginecologhe, equamente ripartiti tra obiettori e non obiettori. Alcuni di questi soggetti, in virtù del ruolo che ricoprono, sono stati incontrati più di una volta.

Questo contesto ha una storia, una posizione geografica, una composizione in termini di personale obiettore e non obiettore e in termini di posizione espressa da parte dei vertici ospedalieri (responsabili di Strutture complesse, responsabili di reparti e direzione sanitaria) che ne condizionano la quotidianità e che quindi è bene descrivere nel dettaglio. L'Ospedale S. Anna di Torino prevede al suo interno l'esistenza di una Struttura semplice dipartimentale (Servizio unificato per le IVG), con un medico ginecologo responsabile e un coordinatore infermieristico. Si tratta di un servizio di day hospital dove, oltre alle IVG, si realizzano altri piccoli interventi ginecologici che possono essere realizzati in regime day hospital. L'organizzazione permette che le prenotazioni possano avvenire in ogni giorno lavorativo e che tutti i giorni vengano praticate sia IVG chirurgiche che mediche. Mediamente ogni giorno si effettuano dagli 8 ai 10 aborti chirurgici e dai 6 ai 10 aborti farmacologici. La creazione del servizio risale al 2008, per volere dell'allora direttrice generale[25]. Sin da subito la responsabilità del servizio è stata data al dottor Silvio Viale, ginecologo impegnato in politica nelle fila dei Radicali e dei Verdi, che dal 2001 portava avanti la richiesta dell'attivazione di una sperimentazione clinica dell'aborto farmacologico, poi effettivamente implementata al S. Anna dal 2005, primo ospedale pubblico in Italia a fornire alle donne la possibilità di scegliere tra IVG chirurgica e farmacologica.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[24] Per «Struttura complessa» si intende ognuno dei 4 reparti ostetrico-ginecologici presenti all'interno dell'ospedale. Ognuna di esse possiede dunque un direttore, medici, infermieri e letti assegnati. All'interno di questo contesto, ogni struttura si caratterizza per la sua specialità. Mentre in tutti i reparti si assistono gravidanze e parti, da una struttura all'altra varia il grado di complessità delle gravidanze accolte. Le specializzazioni possono riguardare anche altre patologie di interesse ostetrico-ginecologico.

[25] È degno di nota il fatto che al momento della creazione del servizio per le IVG, le Strutture semplici all'interno dell'ospedale fossero 14. Una recente riorganizzazione le ha ridotte a 3, lasciando attive quelle che avevano il maggior numero di accessi.

A livello nazionale la situazione è molto eterogenea: alcune grandi strutture presentano un'organizzazione simile, la stragrande maggioranza delle strutture prevede che alcuni giorni a settimana ci siano dei letti del reparto di ginecologia prenotati per le IVG e altre strutture, invece, non offrono il servizio[26].

Il servizio in cui abbiamo condotto la nostra ricerca è collocato dentro un grande ospedale ostetrico-ginecologico che comprende al suo interno 4 Strutture complesse. Il servizio IVG non ha altri ginecologi dedicati oltre al responsabile, ma al suo interno lavorano ginecologi afferenti alle diverse Strutture complesse ospedaliere. Esse presentano una percentuale diversa di obiettori – numero che tra l'altro può variare al momento dell'assunzione di nuovi ginecologi o nel momento in cui un ginecologo già in servizio decida di presentare la sua obiezione alla direzione sanitaria – e questo significa che non ci può essere un bilanciamento stabile tra le ore che ogni Struttura complessa dedica al servizio.

Secondo i dati che ci sono stati forniti dalla direzione sanitaria, nel 2017 sono state effettuate 3065 IVG. In quell'anno tra gli 80 ginecologi in servizio, 29 si qualificavano come non obiettori e, di questi, 21 eseguivano IVG[27]. Gli stessi dati sono stati comunicati al Sistema di sorveglianza epidemiologica delle interruzioni volontarie di gravidanza per la Relazione annuale e sono anche stati commentati il 24 maggio 2018, durante un seminario tenutosi presso il S. Anna in occasione dei 40 anni della legge che ha liberalizzato l'aborto. In quella sede, il dottor Viale specificava che delle 3065 IVG effettuate nel 2017, 2811 erano prima dei 90 giorni e 254 erano successive al primo trimestre. Nel caso delle interruzioni entro i 90 giorni, l'approccio farmacologico è stato scelto in più della metà degli accessi. Secondo il dottor Viale il numero di ginecologi disponibili a effettuare IVG è sufficiente per il funzionamento del servizio perché il carico di lavoro è, in media, di due turni al mese per ogni ginecologo non obiettore coinvolto nel servizio.

Il servizio IVG in cui abbiamo condotto le nostre interviste risulta essere attrattivo per le donne della città, della Provincia e della Regione: nel 2016 sono infatti state effettuate al S. Anna l'87% delle IVG cittadine, il 76% di quelle provinciali e il 47% di quelle piemontesi[28]. Va infine detto

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[26] Il fatto che alcuni ospedali non offrano il servizio può essere interpretato in modi diversi: si può trattare di un disservizio o addirittura di una forma, illegale, di obiezione di struttura (si veda C. Lalli, *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto, come cambia l'obiezione di coscienza*, Milano, Il Saggiatore, 2011, p. 78).

[27] Non rientrano tra questi i direttori delle Strutture complesse, ad esempio. Nello stesso anno tra i 26 anestesisti in servizio, 23 si qualificavano come non obiettori e tra le 305 persone che formavano il contingente di personale sanitario non medico (ovvero infermieri e ostetriche), 269 si qualificavano come non obiettori.

[28] Nel già citato documento emanato nel 2012 dal Comitato nazionale per la bioetica, il Piemonte viene riportato come esempio di Regione in cui, nonostante il numero percentuale di obiettori sia aumentato, si è assistito a una diminuzione dei tempi di attesa, al contrario di altre Regioni in cui è avvenuto l'opposto.

che storicamente in questo ospedale i «vertici» della gerarchia ospedaliera sono stati non obiettori; questa informazione è rilevante perché è nota l'influenza che posizioni diverse ai vertici di un'organizzazione possono avere nei confronti dei ginecologi che vi operano e, in definitiva, sulla disponibilità del servizio[29].

2. *Le motivazioni dell'obiezione di coscienza*

Il numero dei ginecologi con cui abbiamo parlato non ci permette di dire che i nostri dati siano rappresentativi e, d'altronde, la nostra metodologia ci ha spinte a ricercare momenti di interviste qualitative e approfondite piuttosto che di ampliare il numero dei ginecologi contattati. Siamo dunque consapevoli che lo stesso numero di interviste condotte in un'azienda ospedaliera caratterizzata da un maggior squilibrio tra obiettori e non obiettori avrebbe portato a riflessioni diverse. Ciò non impedisce di ritenere che molti aspetti rilevati nella nostra ricerca abbiano valore per proporre riflessioni di carattere generale.

Il CNB afferma che

> occorre far fronte alla preoccupazione che l'obiezione di coscienza possa essere oggetto di abusi e occorre pertanto disciplinarne le modalità d'esercizio in modo tale da ridurre questo rischio che è tuttavia ineliminabile completamente. È opportuno ricordare infatti un limite intrinseco al diritto, l'impossibilità di un completo e definitivo accertamento della volontà interiore degli individui[30].

Questa osservazione ci permette di entrare nel campo delle motivazioni con cui i ginecologi obiettori raccontano la loro scelta e di approcciare il tema ragionando intorno a un dato che sicuramente è noto, ma che è fondamentale ribadire: l'obiezione di coscienza è uno strumento legale che in molti casi è usato per motivazioni che non hanno a che vedere con l'etica personale o con una personale posizione di contrarietà verso l'aborto.

Quando abbiamo ragionato con i nostri interlocutori rispetto a una prospettiva diacronica sull'obiezione – che rivelasse fluttuazioni, possibili ritiri dell'obiezione o, al contrario, dichiarazioni di obiezione poste alle direzioni sanitarie in momenti diversi dall'assunzione – abbiamo rilevato che le obiezioni mosse da motivazioni etiche, religiose, filosofiche o da convincimenti personali legati alla concezione del feto come essere umano o come «vita in potenza» sono, di norma, quelle presentate all'atto dell'assunzione e quelle che difficilmente si pensa possano essere revocate. In modo un po' sempli-

[29] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 78; F. Minerva, *Conscientious objection in Italy*, cit.
[30] CNB, *Obiezione di coscienza e bioetica*, cit., p. 15.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

cistico, potremmo dire che queste obiezioni sono mosse da persone che si ritengono e vengono qualificate dai colleghi come «veri obiettori».

Ovviamente, prima di procedere, è bene considerare alcune possibili eccezioni: innanzitutto quanto detto non vale per quei contesti dove i ginecologi si sentono spinti a presentare un'obiezione in cui non si riconoscono per pressioni dovute alla presenza di primari obiettori o perché non si sentono in grado di essere gli unici non obiettori in ospedali caratterizzati dalla presenza di molti obiettori[31]. Dire che le obiezioni mosse da motivi etici o religiosi o personali sono di norma poste all'inizio della carriera non significa nemmeno negare che le posizioni individuali possano variare nel corso della vita personale o professionale di un singolo, come dimostrano questi stralci di intervista:

> Io ho colleghi che hanno fatto obiezione dopo episodi drammatici di IVG finite male, dopo errori di datazione, dopo contenziosi… colleghi che quando hanno tirato fuori a pezzi un feto hanno sentito che quello era il loro confine (Ginecologa, obiettrice).

> Capita che chi segue una interruzione in una fase avanzata della gravidanza rimanga turbata. Spesso si tratta di veri e propri parti, quindi a volte le persone obiettano dopo aver vissuto questa esperienza perché dopo si sta male. Non si tratta di grandi numeri, ma a volte capita… senti quella sofferenza che è anche la sofferenza della donna perché non è una scelta facile (Ginecologa, non obiettrice).

Addentrandoci nelle motivazioni di coloro che non hanno mai variato la loro posizione, ovvero che sono stati assunti come obiettori e che continuano ad esserlo, ci preme sottolineare l'eterogeneità delle posizioni riscontrate. Nel dibattito pubblico gli obiettori sono spesso «rappresentati» dagli esponenti dei movimenti *pro-life*, normalmente di matrice cattolica, con l'effetto di appiattire le diverse posizioni degli obiettori su un'unica voce. Diversi obiettori con cui abbiamo parlato hanno invece definito la loro obiezione «laica» o addirittura «atea». Molti di loro, inoltre, non si sono detti contrari alla legge e tanto meno contrari alla libera scelta delle donne.

> A 40 anni dalla sua promulgazione questa legge è ancora fonte di discussione e questo la dice lunga, a volte i toni sono molto accesi e partecipati e questo è il metro di quanto il problema sia sentito. […] L'IVG si inserisce in un contesto molto più ampio che è quello dell'etica, vista come una forma, un atteggiamento sociale per normare quelli che sono i confini tra diritti e doveri. […] Io sono obiettrice nel senso laico del termine; io riconosco nella vita un misto tra il miracolo e l'arte. In questo io esercito una mia obiezione. Io sono incapace di pormi di fronte all'interruzione di gravidanza all'atto pratico, chiamatemi ipocrita ma non ce la farei mai

[31] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 59.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

a praticare una IVG. Io a mio tempo votai per l'aborto, quindi la mia non è una posizione radicale. Io non sono contro la possibilità che la donna abbia il diritto di abortire, ma la mia è una posizione personale. Io sono incapace di porre fine a una vita. Sono quella che se c'è una mosca in casa prende un bicchiere, mette dietro una cartolina e manda fuori la mosca. Non riesco a porre fine a una vita. Con questo non sono contro il fatto che chi ha maturato di interrompere una gravidanza lo faccia. […] Chi sono io per giudicare una decisione di questa tipo? Nessuno! (Ginecologa, obiettrice).

La mia obiezione risale al momento della mia assunzione, tantissimi anni fa. La mia convinzione aveva poco a fare con aspetti religiosi. Sono ateo o agnostico, non avevo nessun condizionamento religioso (Ginecologo, obiettore).

Osservando invece i cambiamenti di posizione che avvengono nel corso della carriera professionale, è molto raro – seppur non impossibile – il caso di medici che ritirino la loro obiezione, mentre decisamente più frequente è il caso di ginecologi che obiettino dopo aver praticato per alcuni anni IVG. Analizzare perché «si diventa» obiettori offre spunti interessanti rispetto a quelle obiezioni che nella stragrande maggioranza dei casi non hanno a che fare con questioni etiche.

Quando è una questione legata alla sfera personale, quindi etica o religiosa, sono persone che pongono obiezione subito, appena assunti, allora capisci che ci sono motivi personali. Quando uno lavora per 20 anni in un servizio e poi fa obiezione, capisci che i motivi sono altri, magari una scelta opportunistica (Ginecologa, non obiettrice).

L'obiezione è uno strumento legale che è spesso usato per ragioni che non rientrano nella sfera dell'etica personale. Nelle nostre interviste abbiamo identificato due principali categorie: le «obiezioni per convenienza» e le «obiezioni per un miglior funzionamento organizzativo».

Rientrano a nostro avviso nella categoria dell'«obiezione per convenienza» quelle obiezioni che hanno come movente un certo grado di insoddisfazione o malcontento rispetto all'organizzazione del lavoro o rispetto alle conseguenze del lavoro stesso.

Nel corso degli anni capita che obietti anche chi non era obiettore perché ha avuto dei problemi che lo hanno coinvolto in modo pesante, tipo contenziosi o minacce (Ginecologo, non obiettore).

Buona parte dei medici obiettori per un certo periodo ha fatto aborti e poi si è stufato. Non è ideologicamente contrario, ma non ha più voglia (Ginecologo, non obiettore).

Questo passaggio ci è stato narrato da una ginecologa che aveva da pochi anni preso la scelta di obiettare:

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Io sono assunta dal 2010 e ho fatto IVG per anni, poi ho fatto obiezione due anni e mezzo fa. L'ho fatto per due ordini di ragioni: primo perché effettivamente alla lunga può essere pesante fare il servizio di IVG. In questo ospedale penso sia più gravoso rispetto agli altri perché ogni mattina si fanno 10, 12 IVG quindi diventa impegnativo. Oltretutto non essendo in tanti a fare questo servizio è una cosa che ti tocca da 2 a 4 volte al mese… se calcoli che in una settimana si fa una notte, il giorno dopo il servizio notturno non si lavora, poi un giorno fai ambulatorio e un giorno IVG praticamente rimane una sola giornata per fare altro. La scelta quindi è stata duplice: primo perché è gravoso moralmente fare più di 10 IVG alla volta, in fondo ammazzi 10-12 bambini, in fondo fai Erode… però sai anche che è un servizio che va fatto perché non farlo vuol dire mettere a rischio la vita delle donne, secondo perché si finiva per fare spesso quel servizio e meno altre cose quindi devo dire che non c'è solo la componente etica. Se ci fosse un numero maggiore di medici che fa IVG io tornerei a farle perché io rispetto ogni decisione, non mi sento di dire alle donne che cosa devono fare. […] Negli anni nel mio reparto c'è stata una defezione progressiva, un po' la pesantezza morale del servizio un po' il fatto che avere un turno a settimana in IVG significa fare poco altro (Ginecologa, obiettrice).

Nelle «obiezione per convenienza» rientrano anche le posizioni di chi obietta per dedicarsi ad attività ritenute più «interessanti» dal punto di vista professionale. Il lavoro in IVG, come vedremo nel prossimo paragrafo, è infatti descritto – tanto dagli obiettori quanto dai non obiettori – come un lavoro noioso, routinario e poco rilevante dal punto di vista della pratica professionale.

Il punto di vista dell'«obiezione per un miglior funzionamento organizzativo» ci è invece stato riportato da una ginecologa che ha preso la «difesa» di quei medici obiettori che spesso vengono accusati di fare «obiezioni di comodo». Secondo lei è necessario sottolineare che a volte queste obiezioni non rispondono a necessità individuali, bensì a bisogni organizzativi della struttura. In grandi ospedali che hanno al loro interno diverse specializzazioni e che svolgono un ruolo di centri di riferimento provinciali, regionali o addirittura nazionali per molte patologie, lavorano professionisti con competenze altamente specialistiche, che dovrebbero essere impiegati nello svolgimento delle relative attività e non in mansioni generiche quali il servizio al Pronto Soccorso o il servizio di IVG. La nostra interlocutrice suggeriva quindi l'esistenza di un'«obiezione per motivi professionali» che risponderebbe alle esigenze della struttura, più che a una forma di egoismo professionale. Queste obiezioni pongono anzi problemi nei casi di aborti complessi che, per quanto rari, richiederebbero proprio l'intervento di medici maggiormente specializzati. Alcuni di questi medici, se non avessero «dovuto» fare la scelta di diventare obiettori, sarebbero disponibili a dare il loro contributo in casi del genere, cosa che invece non può avvenire, pena il decadimento dalla posizione di obiettore. L'attuale organizzazione interna e soprattutto la norma che fa sì che i turni vengano calcolati sulla totalità

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

dei medici non obiettori – tema su cui torneremo più avanti – renderebbero difficilmente compatibile lo svolgimento delle attività per le quali il centro è specializzato con l'impegno richiesto per le attività di IVG.

3. *La percezione del lavoro*

A ciò che abbiamo appena detto relativamente alle scelte, con l'intento di tratteggiare un quadro diversificato di quelle che sono o che possono essere le motivazioni che portano all'obiezione di coscienza, è necessario affiancare una riflessione sulle percezioni del lavoro in IVG da parte di coloro che svolgono questi turni, percezioni che spesso accomunano obiettori e non obiettori. Molti studi mettono in luce come all'aborto rimanga correlato un forte stigma[32]:

> In molti paesi cristiani cattolici, come l'Italia e la Spagna, l'interruzione di gravidanza emerge spesso nel discorso pubblico e nel dibattito politico come un'«eccezione» e/o una «trasgressione» delle norme di genere dominanti, nonostante questo procedimento ostetrico-ginecologico sia il più comune dopo i parti, il che conferma che questa esperienza fa parte integrante della vita e della storia riproduttiva di molte donne, come altre esperienze, incluse le gravidanze portate a termine. In questi paesi le donne che interrompono una gravidanza inattesa o non desiderata sono spesso etichettate o apertamente denigrate come «assassine» o «cattive donne/madri», «donne/madri irresponsabili», in senso morale, da gruppi cristiani e cattolici e da politici vicini alle loro posizioni, in discorsi e manifestazioni pubbliche contro il diritto all'interruzione di gravidanza[33].

Questi autori hanno anche sottolineato che lo stigma sociale che circonda l'aborto si estende fino a colpire i medici che lo praticano, che sarebbero quindi socialmente, moralmente e professionalmente stigmatizzati. Il responsabile della Struttura semplice di IVG conferma questa visione:

> L'idea negativa sull'aborto mina non solo la scelta delle donne, ma anche il profilo professionale di chi opera aborti. […] Fare aborti è un lavoro visto come sgradevole che se si può evitare dopo un po' si evita, è un lavoro che può creare grane, un lavoro che è al centro di una visione negativa da parte di tutti, compreso chi è

[32] N. Bajos e M. Ferrand, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, 2002; S. De Zordo, *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza. L'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna*, in «Medicina nei secoli. Arte e scienza», 28, 2016, n. 1; Ead., *From women's «irresponsibility» to foetal «patienthood»: Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña*, in «Global Public Health», rivista telematica, 2017; A. Kumar, L. Hessini e E.M.H. Mitchell, *Conceptualizing abortion stigma*, in «Culture, Health and Society», 11, 2009, n. 6, pp. 625-639.

[33] S. De Zordo, *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza*, cit., pp. 195-248, p. 212.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

favorevole. L'aborto è considerato una sconfitta personale, al di là di quello che uno pensa sulla vita (Responsabile servizio IVG, non obiettore).

Il lavoro nell'ambito dell'IVG, e quindi la scelta di un ginecologo di non obiettare, risultano minati dai discorsi intorno all'aborto volontario, dentro i quali si annidano anche i punti di vista professionali su questa pratica, che è stata definita dai ginecologi non obiettori con cui abbiamo parlato «monotona», «ripetitiva» e «non gratificante» in quanto si tratta di una «manovra *basic*» che qualcuno dei nostri interlocutori ha anche definito come «l'intervento meno interessante sulla faccia della terra». È difficile immaginare che stigma sociale e caratterizzazione professionale non abbiano tra di loro qualche forma di connessione, soprattutto perché – come commentava uno dei nostri interlocutori – «la ripetitività esiste in tanti altri servizi. Io non credo che chi fa colonscopie tutta la vita sia più contento». Il fatto stesso che la legge preveda la possibilità di obiettare per l'IVG attiva però dei meccanismi per cui questo lavoro viene percepito come un «lavoro in più», quel «turno aggiuntivo» che si può eventualmente eliminare.

L'altra faccia della medaglia di questo fenomeno è che la scelta di non obiettare viene spesso sorretta da una forte motivazione personale, quasi una forma di attivismo dentro la propria professione:

Spesso i ginecologi lamentano che fare IVG è un lavoro non gradevole e ripetitivo… effettivamente è molto monotono e forse alla lunga stanca, in alcuni casi è addirittura vissuto come un peso se non c'è una motivazione personale. Tra le donne, ad esempio, molte non obiettano perché lo fanno per altre donne (Ginecologa, non obiettrice).

È un lavoro non gratificante, che sottopone anche a rischi chi lo fa… rischi ce ne sono, come ad esempio bucare un utero, e poi non è una cosa simpatica da fare. Anche se non sei obiettore io penso che nessuno sia contento di fare una cosa del genere, solo un pazzo… però ti senti responsabile e lo fai per scopi sociali (Ginecologo, non obiettore).

L'esito di queste dinamiche è la sensazione di far qualcosa di utile dal punto di vista sociale, ma inutile dal punto di vista professionale.

L'IVG è un turno che a noi non piace. Rispetto a chi non le fa quindi ti sembra di avere turni più pesanti, non solo perché pensi: «Quella mattina io mi stanco e tu no» ma perché è un turno emotivamente impegnativo e soprattutto quando sei all'inizio della carriera e devi imparare tante cose è un turno perso dal punto di vista della pratica clinica, non ha nessun valore aggiunto per la tua professione (Ginecologa, non obiettrice).

Io non obietto; è necessario garantire un servizio. C'è stata una lotta per ottenere questa legge e quindi per me è necessario rispettarla. Se smettessimo di fare aborti in ospedale non si smetterebbe di farlo, quello sarebbe l'obiettivo reale. Sa-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

pendo che questa è un'utopia a quel punto meglio garantire la salute della donna e farlo nelle condizioni giuste (Ginecologa, non obiettrice).

Il fatto che l'aborto sia considerato un ambito di lavoro poco nobile dagli stessi ginecologi che lo praticano ha ricadute di diverso tipo a livello professionale: da un lato abbiamo constatato che durante la specializzazione medica non sono previsti turni in IVG, facendo da un lato di questo servizio uno dei pochi ambiti in cui i professionisti strutturati non godono del supporto degli specializzandi e dall'altro alimentando l'idea che si tratti di un ambito in cui non è necessario formarsi. In secondo luogo abbiamo riscontrato come l'idea di un lavoro monotono e scarsamente qualificante sia alimentata – e forse in parte creata – dal fatto che si tratti di un settore in cui a livello nazionale c'è poca ricerca, soprattutto a livello di eventuali nuove tecniche[34].

4. *IVG chirurgica e IVG farmacologica: l'aspetto relazionale*

Per chi lo fa è pesante per forza. Nessuno di noi ha piacere di vedere la donna in quella situazione difficile perché sono poche a farlo a cuor leggero. È l'aspetto di relazione con la paziente a essere pesante, ma anche con noi stessi. Io ho preso questa scelta [di lavorare in questo servizio] ma nella mia vita non farei mai una IVG, quindi vederlo sugli altri è difficile… lo faccio perché ho scelto un mestiere e mi sento di dover garantire un certo diritto alla donna ma è pesante, è una cosa che non piace a nessuno (Ginecologa, non obiettrice).

Queste parole ci portano dentro il tema della relazione medico-paziente e, in particolare, nelle sfaccettature che questa relazione prende nel contesto del servizio per le IVG. L'antropologia medica ha lavorato molto sul tema del rapporto medico-paziente, raccogliendo l'eredità di pensatori come Devereux e Basaglia[35]. Nel 1967, Devereux metteva in luce come le prescrizioni metodologiche di quelle scienze che derivavano il loro sapere dall'osservazione dell'essere umano – e in particolare l'indicazione a un'osservazione oggettivante degli uomini e del loro comportamento – fossero difese dall'angoscia che scaturiva nel rapporto conoscitivo con un altro essere umano. Secondo l'antropologo e psicoanalista ungherese, quindi, la «neutralità» e l'«oggettività» di certe scienze altro non sono se non una «costruzione ideologica prodotta dall'osservatore per scongiurare quelle perturbazioni che si generano nel suo stesso corpo nel momento dell'incontro con il soggetto coinvolto»[36]. Sulla stessa scia, Basaglia parlava dell'in-

[34] S. De Zordo, *From women's «irresponsibility» to foetal «patienthood»*, cit., pp. 8-9.

[35] G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci, 2005, pp. 48-49.

[36] G. Devereux, *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, Paris, Mouton, 1967;

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

contro tra medico e paziente come di un incontro in cui il paziente è preso in considerazione solo nel suo aspetto fisico e materiale, e non in quello soggettivo, vivo e attivo[37].

Dagli anni '60, quindi, è viva dentro la disciplina quella sensibilità che ha portato a guardare all'incontro terapeutico come a un incontro tra due saperi, quello «oggettivo» bio-medico e quello «soggettivo» del paziente. Si può dire che una delle missioni disciplinari dell'antropologia medica sia stata quella di sottrarre le definizioni di salute e malattie al monopolio oggettivo e bio-medico, lasciando spazio a racconti e interpretazioni individuali[38] e, successivamente, di inserire questa relazione e queste narrazioni in uno spazio sociopolitico più ampio.

Nell'ambito dell'aborto, abbiamo già sottolineato come il contesto sociopolitico entri a far parte non solo della disponibilità del servizio, ma anche come plasmi le percezioni dei medici sul tema, creando la visione di un lavoro difficile, non gratificante e, in generale, di un turno poco apprezzato da chi lo svolge. In questo paragrafo ci addentriamo invece nel tema della relazione, per vedere come i professionisti coinvolti nel servizio di IVG intendano la relazione con le pazienti. Questo tema sarà anche la prospettiva da cui guarderemo alla differenza di percezioni di carico di lavoro tra IVG chirurgica e IVG farmacologica.

Talvolta le donne che si incontrano nel servizio di IVG vengono descritte dai medici come «donne difficili». Le esemplificazioni ricevute hanno descritto quali sono le categorie sociali che maggiormente accedono al servizio.

Nella letteratura di matrice antropologica e sociologica che si occupa di salute, un importante filone tratta il tema delle cosiddette disuguaglianze di salute[39]. Le sensibilità sviluppate da questi teorici hanno fatto sì che anche sul tema dell'aborto e dell'IVG comparissero studi che guardano alla relazione tra medici e diverse categorie di pazienti. All'interno di questo filone ricordiamo la sociologa Beynon-Jones[40] che, attraverso una ricerca condotta in Scozia, ha mostrato come medici e operatori coinvolti nei servizi stigmatizzino alcune donne più di altre per la loro scelta di abortire. Questo giudizio non ha a che vedere con valutazioni mediche, ma con opinioni sociali e in particolar modo con le caratteristiche sociali e demografiche delle donne (età,

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

trad. it. *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, 1984.

[37] F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.

[38] B.J. Good, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994; A. Kleinman, *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988.

[39] In italiano si veda: I. Quaranta e M. Ricca, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina, 2012; M. Tognetti Bordogna, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, FrancoAngeli, 2008.

[40] S.M. Beynon-Jones, *Expecting motherhood? Stratifying reproduction in 21st-Century Scottish abortion practice*, in «Sociology», 47, 2013, n. 3, pp. 509-525.

status coniugale e condizione socioeconomica, ad esempio) e con le aspettative dei medici intorno alla maternità. In contesto italiano, considerazioni simili sono state portate avanti da Quagliariello, che ha osservato le dinamiche relazionali che accompagnano la presentazione e la firma del consenso informato, mostrando come l'attitudine dei medici nel presentare questo documento cambi in base alle caratteristiche della persona che hanno davanti[41].

La nostra ricerca non è andata nella direzione di analizzare la relazione tra aborto e disuguaglianze sociali, ma abbiamo riscontrato che alcune categorie sociali vengono menzionate più di altre dai medici quando si indagano le ragioni che stanno alla base delle difficoltà di questo lavoro. Le donne straniere, le donne costrette a prostituirsi, le donne con un background socioeconomico disagiato e le donne che non hanno introiettato comportamenti sessuali che prevedano l'uso regolare della contraccezione sono quelle più spesso evocate quando si chiedono esempi di cosa si intenda per «donne difficili».

Quando svolgevo IVG non giudicavo, anche se ogni tanto vedevi delle persone che ti dicevano apertamente che non avevano preso la pillola perché sanno che si può abortire. Questi casi ti fanno allargare le braccia, ci sono donne che vengono anche più di una volta perché usano l'IVG come metodo contraccettivo. Sono donne che vengono da un contesto sociale disagiato, quindi alla fine giustifichi… (Ginecologa, obiettrice).

Per me i casi più difficili sono quelli delle donne dell'est Europa che ne fanno un numero esagerato, lo usano come mezzo contraccettivo. Quando chiedi quante volte hanno fatto ricorso a IVG ti dicono 5 o 6 (Ginecologa, non obiettrice).

Secondo me tutte le donne dovrebbero uscire di qua con una ricetta in mano per contraccezione. Spesso avrebbero bisogno di un percorso più controllato perché molte volte sono donne da proteggere (Ginecologa, non obiettrice).

In merito a tali categorie è emerso da diverse voci – soprattutto dalle ginecologhe – quanto la fatica nella relazione dipenda anche dal tentativo di non far emergere nello spazio della relazione terapeutica la dimensione del giudizio, giudizio che evidentemente però è relazionato proprio alle caratteristiche sociali delle donne, a un'opinione sui loro atteggiamenti e alle aspettative sulle condizioni in cui una maternità dovrebbe realizzarsi.

Si riporta qui di seguito uno stralcio del dialogo avvenuto con una ginecologa non obiettrice su questi temi:

Ginecologa: Noi cerchiamo di non chiedere niente, anzi per meccanismo di difesa di solito quando una donna cerca di giustificarsi o raccontarci, la nostra rea-

[41] C. Quagliariello, *Beyond medical bureaucracy*, cit.; C. Quagliariello e C. Fin, *Il consenso informato in ambito medico. Un'indagine antropologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, 2016.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

zione è sempre quello di interrompere questo momento. Forse per la signora sarebbe anche importante, ma per noi è difficile.

Ricercatrice: Non è percepito come parte dell'incontro assistenziale?

Ginecologa: Tutto il contrario. Un po' per evitare di dare giudizi e un po' per evitare che loro si sentano in dovere di giustificarsi e secondo me anche per evitare di coinvolgerci, perché alla fine è un meccanismo di difesa nostro. Io dico sempre alle donne che non si devono giustificare e che noi non chiediamo i motivi della scelta. Poi se la signora è indecisa allora interrompiamo; se la signora si mette a piangere, interrompiamo, cerchiamo di capire, procrastiniamo se si può… Nel momento in cui le donne iniziano a giustificarsi o a raccontare io chiedo sempre: «È sicura?». Se lei mi dice di sì, fine. Io non voglio sapere niente se no per noi diventa emotivamente ingestibile. Se 10 persone al giorno mi devono raccontare perché hanno scelto di interrompere una gravidanza diventa ingestibile. È brutto da dire ma non è il mio lavoro e non sono capace di gestire questa cosa. […] Noi non lo incoraggiamo perché se quella mattina a digiuno sei lì non sono quei 5 minuti che migliorano, anzi forse è peggio aprire quel racconto (Ginecologa, non obiettrice).

Un'altra dottoressa, con un approccio diverso al tema del giudizio e con una diversa considerazione dell'impatto emotivo che ha lo svolgimento di questo lavoro afferma cose molto diverse, ma ciò nonostante anche lei inquadra l'assenza di relazione e di informazione sulle scelte personali della donna come una utile «strategia» per mantenere un distacco.

È un lavoro come altri, fa parte della nostra professione! […] Certe colleghe, soprattutto quelle più giovani che hanno i bambini piccoli, dicono di patirlo, che bisogna spegnere il cervello, bisogna non avere sentimenti… saranno più sensibili di me! Se una donna vuole interrompere io non mi pongo nessuna domanda, non chiedo perché vogliono interrompere e do per scontato che se è arrivata lì e ha già fatta la richiesta… il percorso è già stato fatto. […] Una cosa che mi fa vivere bene è non chiedermi mai le motivazioni, anche se vuoi interrompere una gravidanza e ne hai già interrotte tre (Ginecologa, non obiettrice).

In generale, quindi, si riscontra una tendenza a evitare un confronto e una relazione con le pazienti. Sicuramente questo permette che non si attivino forme di giudizio esplicito e permette di non condizionare le scelte delle donne, ma è anche vero che questo va in una direzione piuttosto lontana da ciò che si intende per «umanizzazione» del rapporto medico-paziente.

Nell'ospedale presso cui abbiamo svolto la nostra ricerca, ogni giorno si svolgono sia IVG chirurgiche sia farmacologiche. I medici in servizio sono quindi divisi tra coloro che si occupano delle une e coloro che si occupano delle altre. Le preferenze e le considerazioni che i ginecologi fanno in merito a questi due tipi di intervento hanno in gran misura a che vedere proprio con l'aspetto relazionale e con i diversi tipi di incontro che queste due tecniche richiedono. Per molti ginecologi, non solo nel contesto torinese, svolgere IVG chirurgiche è preferibile a dover gestire aborti farmacologici.

Copyright © 2017 by Società editrice il Mulino

La gestione dei due interventi è diversa. Per quanto riguarda le IVG chirurgiche la donna deve recarsi in ospedale la prima volta per una visita anestesiologica (normalmente due giorni prima dell'intervento) e una seconda volta per l'intervento; è solo durante l'intervento che incontra il ginecologo. Per quanto riguarda quelle farmacologiche, invece, la donna si deve recare in ospedale tre volte: la prima volta per la somministrazione della RU486, due giorni dopo per la somministrazione delle prostaglandine e circa un mese dopo per una visita di controllo. In questo caso l'incontro tra medico e paziente avviene tre volte, anche se ovviamente non è detto che si tratti sempre dello stesso ginecologo.

Gli interventi farmacologici, più facili da gestire a livello organizzativo (assenza di visita anestesiologica, non coinvolgimento di medici anestesisti, sala operatoria non necessaria, costo globale inferiore)[42] sono però considerati maggiormente «impegnativi» da parte dei ginecologi coinvolti nei turni perché prevedono tre incontri con la paziente invece di uno solo (in cui, per di più, si incontra la paziente sotto effetto di anestesia, seppur locale).

Le interruzioni farmacologiche sono più impegnative dal punto di vista emotivo perché parli tanto con le signore e loro tendono a raccontarti di più il motivo della loro scelta. Innanzitutto ti senti meno il diretto interessato. In coscienza ti dici: «Io le ho spiegato tutto, poi è lei che prende la pastiglia», ti senti meno coinvolto. Poi sono tutte gravidanze iniziali[43] dove la maggior parte delle volte all'ecografia di accettazione non vedi nemmeno l'embrione[44]. Non sto dicendo che non è una gravidanza, ma è diverso vedere una camera ovulare o un bambino. Nelle interruzioni chirurgiche, invece, le gravidanze spesso sono più avanzate quindi è più impegnativa l'idea di quello che stai facendo e a volte lo è anche l'atto in sé. Però il contatto con la donna è molto breve perché in sala operatoria stai 5 minuti. La signora dorme, quando si sveglia le dici che è andato tutto bene e hai finito. Le altre le ricoveri, poi le dimetti, poi le ricontrolli… sono due modi diversi di relazionarsi con la paziente (Ginecologa, non obiettrice).

Nel servizio IVG siamo divisi: ogni giorno c'è un medico che fa IVG farmacologiche e uno che fa quelle chirurgiche. Le due hanno approcci e procedure completamente diversi: chi fa le chirurgiche fa l'accettazione della signora, poi va in sala operatoria, mentre la signora dorme, e poi quando ritorna prepara la cartella di di-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[42] La RU486 è infatti da molti considerata una possibile soluzione rispetto all'alto numero di medici obiettori, in quanto renderebbe l'accesso all'IVG più semplice in quei contesti caratterizzati da un alto numero di obiettori. Si veda, ad esempio, C. Del Bo, *L'obiezione di coscienza e la Ru-486*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 134-139.

[43] Ricordiamo che l'aborto farmacologico può essere effettuato entro i 49 giorni.

[44] Su come l'ecografia abbia creato la possibilità di vedere l'embrione e di renderlo quindi un essere umano riconoscibile si veda: L.M. Morgan, *Materializing the fetal body, or, what are those corpses doing in biology's basement?*, in L.M. Morgan e M.W. Michaels (a cura di), *Fetal Subjects, Feminist Positions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1999, pp. 13-25.

missione che le consegna poi il medico che farà il turno del pomeriggio. Quindi il medico che fa le chirurgiche vede la donna solo all'accettazione e in sala operatoria. Nell'arco della mattinata riesci a fare circa 10 pazienti. Chi fa farmacologica deve vedere le persone che accedono per la prima volta e che prendono la RU, devono fare la cartella, fare i consensi e spiegare tutto il percorso. Inoltre deve vedere le donne che vengono al terzo giorno per la seconda somministrazione e quelle che vengono dopo un mese per i controlli… quindi il numero è più alto (Ginecologo, non obiettore).

Il responsabile della Struttura semplice di IVG tenta di organizzare i turni facendo ruotare i ginecologi non obiettori su entrambe le pratiche. Riconosce, però, una diffusa preferenza dei ginecologi verso la pratica chirurgica. Tale preferenza sarebbe secondo lui una delle cause del lento progredire dell'aborto farmacologico a livello nazionale[45], oltre che una delle tante facce di un processo di burocratizzazione della medicina in cui «molti preferiscono la medicina fatta da protocolli», quel processo che secondo Kleinman trasforma il medico in «dispensatore»[46].

5. *Le percezioni sull'IVG oltre i 90 giorni*

Come abbiamo visto, la legge italiana permette l'IVG nei primi 90 giorni di gravidanza

nel caso in cui la donna […] accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito.

Oltre i 90 giorni l'IVG è invece permessa in due casi: «*a*) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; *b*) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna»[47].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[45] Nella Relazione (p. 4) si legge: «È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2017 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 17,8% dei casi, rispetto al 15,7% del 2016 e al 12,9% del 2014». Siamo quindi di fronte a un aumento dei numeri a livello nazionale, che rimangono però molto bassi se confrontati con quelli di altri paesi europei.

[46] A. Kleinman, *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1995, p. 37.

[47] In questo caso, come anticipato, il limite ultimo stabilito per l'IVG legale è la viabilità fetale, definita dalla comunità scientifica internazionale come la possibilità statisticamente significativa di sopravvivenza del feto fuori dall'utero materno, grazie a tecniche di terapia in-

La differenza che segna una forte discontinuità tra le IVG prima e dopo i 90 giorni risiede dunque nelle motivazioni, ma anche nel soggetto deputato a richiedere l'intervento: fino a 90 giorni è una decisione della donna a causa di un «serio» pericolo per la sua salute. Dopo i 90 giorni è una decisione medica a causa di un «grave» pericolo per la salute della donna. Per questo motivo, seppur la legge parli in entrambi i casi di interruzione *volontaria* di gravidanza, per gli interventi dopo i 90 giorni si è diffusa la dicitura «interruzione terapeutica di gravidanza», con l'acronimo ITG, a sottolineare come la volontà della donna non sia in questo caso sufficiente se non supportata da una valutazione clinica che, caso per caso, deve essere sottoposta alla direzione sanitaria[48]. Questa approvazione non è prevista, invece, nel caso di una IVG. La possibilità di interrompere una gravidanza diventa quindi, dopo i 90 giorni, una valutazione di pertinenza dei medici, che hanno l'obbligo di valutare l'esistenza delle condizioni previste dalla legge.

Questo limite segna un confine, dunque. Per le donne che vogliono abortire si tratta di un limite temporale da rispettare per poter accedere al servizio sulla base di una loro scelta; per i medici ginecologi si tratta invece di un confine che segna il passaggio dalla scelta della donna alla scelta supportata da un parere del medico. Questo ha implicazioni sui vissuti e sulle opinioni sia dei medici che praticano aborti, sia di coloro che non li praticano. Usando le parole di una delle nostre interlocutrici «IVG e ITG sono due mondi diversi: motivazioni diverse, vissuti diversi».

La differenza tra questi due interventi si ripercuote a diversi livelli: sul piano organizzativo, sul piano del coinvolgimento di personale non obiettore nella gestione del percorso e, infine, sul piano delle percezioni dei medici.

Dal punto di vista organizzativo le ITG si svolgono solo in minima parte nella Struttura semplice dedicata alle IVG, mentre nella maggior parte dei casi si svolgono nei reparti ginecologici dell'ospedale. Quando una donna accede in ospedale per una ITG, quindi, significa che è già inserita in un percorso nel quale un ginecologo non obiettore ha certificato le ragioni mediche per cui viene richiesta l'interruzione (di norma in seguito a patologie fetali emerse durante una delle ecografie o nei risultati dei test diagnostici effettuati nel corso della gravidanza). Mentre la richiesta di una IVG può iniziare presso un consultorio familiare, nel caso di una ITG spetta al medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento valutare e certificare l'esistenza di quei fattori che permet-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

tensiva neonatale. La viabilità del feto è fissata alla 22esima settimana, che quindi rappresenta in Italia il termine ultimo per la realizzazione di una IVG dopo i 90 giorni.

[48] Nonostante riteniamo questa dicitura parziale, utilizziamo in questo contesto l'acronimo ITG per riferirci alle interruzioni dopo i 90 giorni per favorire una maggior chiarezza espositiva.

tono di ricorrere all'intervento. E ancora, mentre nella Struttura semplice per le IVG lavora, secondo una turnazione, solo ed esclusivamente personale sanitario non obiettore, nei reparti ospedalieri lavora tutto il personale in servizio e la donna che si sottopone a una ITG entrerà in contatto anche con personale obiettore che è per legge «esonerato 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» (art. 9).

Riteniamo che questo punto sia soggetto a interpretazioni diverse e che l'indeterminatezza della legge – che non specifica ulteriormente quali adempimenti sanitari siano univocamente diretti a provocare l'aborto – apra di fatto a una eterogeneità di pratiche.

> Noi da sempre qui abbiamo un meccanismo per cui nelle induzioni del secondo trimestre partecipano anche gli obiettori. Data la prima candeletta, cioè il primo farmaco, gli altri li può somministrare chiunque perché la procedura è già stata attivata (Ginecologo, non obiettore).

Altri aspetti su cui mancano indicazioni univoche e dove quindi le pratiche dipendono maggiormente dalle posizioni individuali delle persone coinvolte sono le tecniche utilizzate e il ricorso alla figura di uno psicologo. Nel contesto da noi indagato il ricorso allo psicologo non è ritenuto obbligatorio e pertanto la consulenza psicologica non viene richiesta nel caso di certificate malformazioni fetali. Per quanto riguarda le tecniche utilizzate, invece, si praticano due vie: se la gravidanza è entro la sedicesima settimana si può praticare un'interruzione chirurgica in regime day hospital nel servizio unificato per le IVG, con una procedura simile a quella seguita per gli aborti che avvengono nel primo trimestre. Al di sopra della sedicesima settimana si induce invece il travaglio abortivo, così come avviene nella maggior parte degli ospedali per tutte quelle interruzioni che avvengono dopo i 90 giorni. Questa possibilità rappresenta un altro esempio di quanto il servizio si costruisca anche intorno alle posizioni delle persone che ne fanno parte[49].

Per quanto riguarda invece gli aborti che si realizzano nei reparti di ginecologia abbiamo focalizzato la nostra attenzione sul ruolo, sul grado di partecipazione e sul posizionamento etico dei ginecologi obiettori. La norma è poco chiara e soggetta a interpretazioni diverse del comma 3 dell'art. 9[50] e quindi ci troviamo nuovamente di fronte a gestioni che possono variare molto da ospedale a ospedale.

[49] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 59.

[50] In base al quale l'obiettore è esonerato dal compimento di procedure ed attività che siano *specificamente* e *necessariamente* dirette a determinare l'interruzione della gravidanza.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Nel contesto dove abbiamo condotto la ricerca sono considerate «*specificamente* e *necessariamente* dirette a determinare l'interruzione della gravidanza» due azioni: la firma del certificato e l'introduzione della prima candeletta:

L'inizio di una ITG [certificazione] deve essere firmato da un ginecologo non obiettore. Si dichiara che a causa di un rischio elevato per la salute psichica della donna si consiglia l'interruzione. Su quel documento ci deve essere la firma di un non obiettore e anche la prima somministrazione del farmaco per indurre l'aborto deve essere fatta da un non obiettore. Di lì in poi tutti proseguono, ma non è mai avvenuto che un obiettore si rifiutasse di farlo (Ginecologa, obiettrice).

Questa procedura – legata a una specifica interpretazione della legge – funziona anche grazie alla proporzione tra ginecologi obiettori e non obiettori. Mediamente sono contemporaneamente in servizio in un reparto di ginecologia 7 ginecologi e non capita quasi mai che non ci sia un non obiettore.

Io non inizio una pratica di interruzione, tendenzialmente quando vengono ricoverate in reparto arrivano già col percorso strutturato. Tendenzialmente c'è sempre uno di noi che non è obiettore e inizia la pratica; se non ci fosse in reparto lo trovi all'interno dell'ospedale (Ginecologa, obiettrice).

I non obiettori devono accogliere la donna, firmare la richiesta, inviarle in direzione e iniziare il percorso. Una volta che il percorso è iniziato deve proseguire e lo deve proseguire chiunque. Non si sono mai posti problemi perché siamo tanti. Diciamo che se un obiettore non vuole mettere una candeletta – anche se dovrebbe farlo – uno di noi che non è obiettore va e la mette, oppure si cerca uno specializzando. Su un numero di persone così grosso come c'è da noi un non obiettore c'è sempre (Ginecologo, non obiettore).

Se sono obiettore non metto in moto l'interruzione. Dovrei mettere la candeletta ogni sei ore, ma se non voglio metterla chiamerò un'ostetrica che non è obiettrice. Quando c'è l'espulsione del feto però non posso esimermi dall'assistere la donna (Ginecologo, obiettore).

In contesti diversi, dove non ci sono ginecologi non obiettori in organico nell'ospedale o dove sono molto pochi, questi passaggi possono essere più complicati. Un modo per non bloccare la procedura può essere quello di considerare come *inizio* della pratica – e quindi atto *specificamente* e *necessariamente* diretto a determinare l'interruzione della gravidanza – la certificazione, di modo che qualsiasi ginecologo possa procedere con l'inserimento delle candelette, anche la prima. Nell'indagare che cosa si intenda per «inizio della pratica» emergono punti di vista differenti che sono riconducibili al fatto che la norma non entri nel merito di questo punto:

Iniziare la pratica significa fare la certificazione. È solo questo che un obiettore non fa perché se no decade dalla sua posizione. Continuare un percorso

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

iniziato da un non obiettore è qualcosa che facciamo tutti: continuare significa mettere le candelette; una volta che è iniziato il processo lo continui anche se sei obiettore… ho visto poche persone rifiutarsi. Poi facciamo anche assistenza al momento dell'espulsione.

Io in certe situazioni farei anche la certificazione, ma se lo facessi decadrei dalla mia posizione di obiettore. È una rigidità della norma che a me va un po' stretta. Quindi ho sempre detto: «Se ho il certificato, io procedo» (Ginecologo, obiettore).

Ci è sembrato di percepire un'oscillazione tra chi considera come inizio della pratica la certificazione e chi invece considera come inizio l'inserimento della prima candeletta. Ci sembra però rilevante sottolineare che interpretazioni e posizioni etiche diverse non si trasformano in conflitto nel contesto da noi indagato perché la presenza di una percentuale relativamente elevata di non obiettori compensa quelle situazioni che potrebbero diventare problematiche per il personale in servizio e in primo luogo per le donne coinvolte.

Un ginecologo ricorda che negli anni ha anche visto obiettori rendersi disponibili a firmare la certificazione quando si sono trovati di fronte a situazioni di emergenza. Queste situazioni potrebbero portare a un decadimento dell'obiezione che può, comunque, essere ripresentata e tornare in vigore dopo 30 giorni oppure, in situazioni di collaborazione e flessibilità, essere ignorate ed essere considerate strategie necessarie per il buon funzionamento della procedura e per la realizzazione di un miglior servizio per la donna. Inoltre, ricordiamo che in questa situazione di indeterminatezza della legge, intendere o meno la certificazione come un atto che i ginecologi obiettori possono fare è questione di interpretazione e, probabilmente, di prassi diverse radicate in specifici contesti[51]. Come afferma anche Iadicicco, rispetto alle attività propedeutiche all'intervento si pongono

[51] Si ricorda, a tal proposito, che nel 2014 la Regione Lombardia è stata interessata dall'ampliamento e dal rafforzamento del personale coinvolto nei consultori familiari. Il provvedimento regionale che decretava l'ampliamento di tali strutture ricordava che il personale consultoriale non è coinvolto direttamente nell'effettuazione degli interventi di IVG, ma soltanto in attività di attestazione dello stato di gravidanza e certificazione della richiesta della donna di voler praticare l'aborto. «A seguito dell'impugnazione del provvedimento da parte del Movimento per la Vita Italiano e dall'Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici cattolici, all'esito del giudizio, il TAR Lazio, sez. III quater, con la sentenza 2 agosto 2016 n. 8990, ha respinto le doglianze dei ricorrenti […] il provvedimento regionale non ha violato la libertà di coscienza dei medici obiettori, in quanto l'attività di assistenza e certificatoria da questi svolta non è specificamente e necessariamente rivolta all'IVG, atteso che dopo il rilascio della documentazione la donna può recedere dal proposito abortivo prima manifestato e, pertanto, trattandosi di attività meramente preliminari non legate in maniera indissolubile, in senso spaziale, cronologico e tecnico al processo interruttivo della gravidanza vero e proprio, esse non sono coperte da obiezione di coscienza» (M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, in «Rivista AIC», 2018, n. 1, p. 47). Su questo tema si veda l'articolo citato, e in particolare le pp. 46-49.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

rilevanti problemi di definizione dello spazio di operatività di un'opzione di coscienza[52].

Rispetto alla partecipazione durante le procedure dell'ITG, abbiamo infine indagato come i medici obiettori vivono il loro coinvolgimento dal punto di vista etico e come si posizionano di fronte a questi interventi. Le loro riflessioni ci paiono in linea con ciò che compare nella Relazione annuale:

> Prima delle 12 settimane si ha a che fare nella gran parte dei casi con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne[53].

Spesso da queste constatazioni derivano valutazioni che esulano parzialmente dal campo medico e che sfociano in un'interpretazione dei vissuti femminili e in un posizionamento che cambia radicalmente quando ci si trova di fronte a un'interruzione che coinvolge un feto sano indesiderato o un feto desiderato, ma a cui è stata diagnosticata una malattia o una malformazione genetica.

Riprendiamo alcune parole di un ginecologo obiettore riportate poco fa: «Io in certe situazioni farei anche la certificazione, ma se lo facessi decadrei dalla mia posizione di obiettore. È una rigidità della norma che a me va un po' stretta». Queste parole ci accompagnano nel tema delle valutazioni e di sensibilità che praticherebbero – se consentito dalla legge – un'«obiezione selettiva» perché «gli aborti non sono una categoria unica, ci sono tante situazioni diverse».

Il principale discrimine che emerge nelle analisi è quello tra «feto sano» e «feto malato», distinzione che nelle posizioni dei ginecologi viene a sovrapporsi a quello tra «scelta attiva» della donna e azione necessaria ma non voluta e dunque, «situazione subita» dalla donna. Anche se per alcuni obiettori nessun tipo di aborto è giustificabile, per altri questo confine marca la differenza tra la «donna carnefice» e la «donna vittima»[54], con conseguenti vissuti emotivi ed etici radicalmente diversi.

> La signora che arriva ad affrontare una ITG si porta sulle spalle un grande peso. Sono gravidanze cercate, volute e spesso le donne fanno scelte che non vorrebbero fare (Ginecologa, non obiettrice).

[52] Ivi, p. 50.

[53] Ministero della Salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 37.

[54] A. Kumar, L. Hessini e E.M.H. Mitchell, *Conceptualizing abortion stigma*, cit.; S. De Zordo, *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Non ce la farei mai a praticare una IVG. Questo non vuol dire che quando ho le pazienti in reparto per una ITG io mi tiri indietro. C'è tutto un percorso di tipo clinico e psicologico per chi prende quel tipo di decisione e io lo rispetto. […] È un percorso che invoca la salute mentale della madre e non l'eugenetica […] questa è una decisione dura per le donne perché si tratta di gravidanze volute, donne che si trovano di fronte a una ecografia fatta in uno stadio avanzato che rivela diagnosi pesanti (Ginecologa, obiettrice).

Sulla IVG non ci penso neanche, non mi importa che la signora sia stata picchiata… cioè non è che non mi importa a livello personale… mi dispiace se ci sono condizioni disagevoli, ma la vita per quanto mi riguarda è la vita. E la vita comincia in quel momento, ovvero in utero. Per ITG quando ho modo di essere sicuro che le condizioni della vita futura saranno inaccettabili, allora dico che non vale la pena […] non è un'obiezione religiosa, ma dipende dalla mia etica personale (Ginecologo, obiettore).

La distinzione tra «feto sano» e «feto malato» si può trovare anche in una ITG ed emerge qui in modo chiaro:

Le ITG sono scelte complicate. Non sono scelte obbligate, ma per crescere un bambino down è necessario sentirsela, per le donne è una scelta complicata e noi non andiamo certo a metterci contro queste persone.

Poi mi è capitato anche di vedere signore al quinto mese che per motivi psichici vogliono interrompere. Se lo psichiatra dà l'ok perché va incontro alla richiesta lo facciamo, anche quando magari la nostra posizione è diversa… possiamo discuterne tra noi ma non andiamo contro alla signora (Ginecologa, obiettrice).

Emerge, quindi, che anche per molti obiettori c'è una gradualità di posizioni, una sorta di «gerarchia morale degli aborti» che classifica gli aborti come razionali o irrazionali[55], accettabili o inaccettabili[56] o ancora come aborti buoni e aborti cattivi[57]. Questa lettura porta a giustificare ed empatizzare con queste donne ed è determinante per comprendere come i medici obiettori non vedano la loro partecipazione a una ITG come un elemento contrario alla loro etica personale, al di là del fatto che l'assistenza alla donna sia un loro obbligo professionale chiaramente specificato nella legge.

Non ho mai percepito nessuno fare discriminazioni, soprattutto verso le donne che lo fanno per motivi medici di gravi malformazioni. Forse in coscienza uno si immedesima di più per mille motivi, perché sai che il bambino non è sano, giusto o sbagliato che sia. Non è un giudizio, ma è più facile accettare un'interruzione in una gravidanza avanzata in un bambino che non avrebbe possibilità di sopravvivere

[55] S.M. Beynon-Jones, *Expecting motherhood?*, cit.
[56] A. Kumar, L. Hessini e E.M.H. Mitchell, *Conceptualizing abortion stigma*, cit.
[57] S. De Zordo, *From women's «irresponsibility» to foetal «patienthood»*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

o gravi problemi. Diversa è la scelta volontaria, totalmente volontaria (Ginecologo, non obiettore).

Anche per chi ha posizioni etiche o religiose più radicali è necessario trovare una lettura etica del proprio agire:

Non è una cosa che mi fa piacere nemmeno proseguire un iter già iniziato da altri, ma non si può gestire diversamente. Evidentemente tra abortire a 12 settimane o abortire a 15 perché il bambino ha un down non è eticamente differente… si tratta di un compromesso ragionevole, eticamente un po' stirato, ma bisogna venirsi incontro.

Spesso il secondo o terzo intervento avviene quando il battito cardiaco non c'è più quindi diventa come se fosse un aborto spontaneo, quindi è come trattare un aborto spontaneo o una morte intrauterina. L'appiglio etico è questo (Ginecologo, obiettore).

La legge non permette obiezioni selettive e non permette una scelta del professionista che tenga conto delle molteplici situazioni in cui un aborto può essere scelto e praticato. Questo sicuramente facilita l'ospedale dal punto di vista organizzativo e soprattutto evita situazioni disomogenee e interpretazioni soggettive, ma impedisce anche di riconoscere quanti fenomeni medici e quante esperienze umane stiano dietro alla parola «aborto».

Sulle IVG non ho nulla da dire, per me è no. Sulle interruzioni terapeutiche ci sarebbe da fare dei distinguo, per fortuna non è il mio compito farli. […] Da quel punto di vista devo dire che negli anni ho cambiato idea, […] quello che mi sembrava ovvio 30 anni fa non lo è più oggi.

Dal punto di vista professionale ricerco la neutralità. È troppo facile farsi bello coi problemi degli altri. […] Io, per qualcosa legato alla mia vita, avrei difficoltà a consigliare una ITG per una trisomia 21, mentre avrei una posizione diversa su un idrocefalo o un anencefalo. Per me è una questione di qualità di vita… anche se è ovvio che io e voi che siamo, diciamo, normali diamo alla qualità della vita un significato, ma non siamo in grado di conoscere il significato di qualità di vita di una persona costretta a vivere in un altro modo (Ginecologo, obiettore).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo terzo

Obiezione di coscienza: necessità e strategie organizzative nel campo dell'IVG e della PMA

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *IVG e prospettive organizzative: dalla norma alla pratica*

Questo capitolo si costruisce in stretta continuità con quello precedente, ma la prospettiva utilizzata per analizzare le interviste passa dalla ricerca dei vissuti e delle posizioni etiche dei ginecologi, all'attenzione su ciò che riguarda gli aspetti organizzativi del servizio. Nel corso del capitolo entreremo nel tema delle diverse posizioni in merito a come i servizi di IVG potrebbero essere diversamente organizzati a livello nazionale e sulle opinioni dei ginecologi e vedremo come e quanto «aggiustamenti informali» possano entrare a far parte dell'organizzazione, rappresentando una forma di negoziazione tra le diverse istanze dei professionisti. Infine confronteremo il nostro contesto principale di ricerca in primo luogo con una realtà diversa per numero di obiettori e per organizzazione del servizio, poi con l'altro ambito nella sfera della salute riproduttiva in cui la normativa vigente prevede che i ginecologi possano presentare obiezione di coscienza, ovvero la PMA.

Com'è già stato evidenziato, lo sguardo alla dimensione organizzativa che attraversa il volume nasce dalla considerazione che l'art. 32 della Costituzione, che impegna la Repubblica a garantire il fondamentale diritto alla salute, rimarca la doverosità dell'erogazione di molte prestazioni, anche di fronte a difficoltà organizzative, motivo per cui è necessario sottolineare lo stretto legame, di condizionamento reciproco, tra organizzazione sanitaria e diritto alla salute, declinato come diritto all'assistenza sanitaria[1].

Per quanto riguarda l'IVG, un punto nodale rispetto all'organizzazione del servizio è la questione relativa alla diffusione del servizio sul territorio.

Questo capitolo è di Laura Ferrero.

[1] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, in «Rivista AIC», 2018, n. 1, p. 1. Sulla specificità della responsabilità organizzativa nell'ambito dell'aborto si veda il cap. I. Su come tali profili interessano in maniera più l'ambito sanitario e i temi della nostra ricerca si rimanda all'Introduzione.

La legge 194 non specifica quanti e quali ospedali debbano fornire il servizio, ma all'art. 8 specifica che «l'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132», legge in cui si classificano gli ospedali generali in ospedali di zona, provinciali e regionali. La legge apre quindi alla possibilità che in ogni ospedale generale si pratichi l'IVG. Come abbiamo già detto, ciò non rappresenta una garanzia rispetto all'omogeneità del servizio, perché la variabilità territoriale rimane legata tanto al numero di obiettori presenti in ogni struttura quanto a come ogni ospedale decide di organizzare al suo interno il servizio. Non esiste una lista aggiornata ed esaustiva dei luoghi in cui è possibile accedere al servizio di IVG o all'aborto terapeutico, motivo per cui sia associazioni di ginecologi[2] che associazioni di donne[3] stanno da tempo lavorando per creare una mappatura completa dei servizi. In questa situazione, l'alto numero di obiettori è spesso indicato come la principale causa della non capillare e disomogenea presenza del servizio sul territorio.

Condividendo le analisi di chi denuncia questo fatto e i gravi disservizi a cui può portare, riteniamo che alcune osservazioni che derivano dalla nostra ricerca possano integrare questo dibattito e contribuire al ragionamento sui funzionamenti e sui malfunzionamenti della legge 194, ampliando lo sguardo rispetto al solo tema dell'obiezione di coscienza.

Il caso torinese è emblematico di un modello organizzativo che accentra verso un unico polo molti degli accessi cittadini, provinciali e regionali. Ciò è una conseguenza di come il servizio è pianificato ed erogato, e non l'esito di una scelta «dall'alto». Lo sguardo sul funzionamento e sugli accessi[4] apre alla seguente riflessione: se è vero che un servizio diffuso creerebbe maggior facilità di accesso – soprattutto alle donne che vivono in condizioni più disagiate per le quali è impossibile una mobilità al di fuori della zona di residenza – è altrettanto vero che la creazione di poli specializzati in cui accentrare il servizio potrebbe portare a una maggior efficienza, a una maggiore qualità e ad accresciute garanzie e tutele per le donne. All'interno di questa prospettiva, la posizione del responsabile del servizio di IVG dell'ospedale presso cui abbiamo effettuato la maggior parte delle nostre interviste, è molto netta:

> L'obiezione di coscienza e la possibilità di rifiutare una prestazione è prevista dalla deontologia e dai trattati internazionali, quindi non c'è nessun motivo per essere contro l'obiezione. […] Secondo me molto dipende da come l'ospedale orga-

[2] https://www.laiga194.it/aborto-entro-i-90-giorni/ (ultima consultazione 10/12/2020).

[3] https://obiezionerespinta.info (ultima consultazione 10/12/2020).

[4] Il nostro lavoro andrebbe integrato con una ricerca che tenga conto dei vissuti e della valutazione del servizio da parte delle donne che ne hanno fatto uso. Ricordiamo che per gli obiettivi della nostra ricerca, il nostro lavoro si è concentrato solo ed esclusivamente sulle voci dei professionisti.

Copyright © 2021 by società editrice il Mulino

nizza i servizi. Quello che è mancato in questi 40 anni è che non sono mai stati organizzati i servizi e addirittura che chi era a favore della legge 194 ha sostenuto la tesi che l'aborto si deve fare in tutti gli ospedali, anche nei posti più piccoli perché è un diritto… secondo me questa posizione non regge… nessuno va a fare un intervento dove ne fanno 10 all'anno e dove tutti sanno chi sei. Se puoi vai dove scegli tu, dove ne fanno un centinaio, dove c'è un reparto riservato e dove sei anonimo […]. La questione di questi anni è che non è mai stato organizzato il servizio a partire dai numeri effettivi: se come Regione so che devo fare 1000 aborti in un anno, e quindi so che ne devo fare 20 a settimana, decido dove li faccio: scelgo solo alcuni ospedali e indirizzo l'utenza. È vero che qualcuno può avere problemi a spostarsi. Su questo si potrebbe trovare una soluzione se solo si puntasse sulla qualità del servizio, ma questo non l'ha fatto nessuna Regione. Se ci fossero in ogni Regione i punti in cui si fanno gli aborti esattamente come ci sono i punti nascita si potrebbe selezionare un numero di medici disposto a farlo professionalmente, anche solo per un periodo […]. Secondo me la questione dell'obiezione di coscienza è un pretesto che per 40 anni ha fatto sì che non si affrontasse il tema di come organizzare il servizio (Responsabile servizio IVG).

È a nostro avviso rischioso trarre la conseguenza che un alto numero di ginecologi non obiettori in un ospedale equivalga necessariamente a una buona organizzazione e quindi a una vera e propria distribuzione degli interventi. Alcuni ospedali della Provincia di Torino, ad esempio, hanno una presenza di non obiettori decisamente più alta della media nazionale, ma ciò nonostante effettuano un numero di interruzioni annue molto basso. Possiamo quindi ritenere che questa situazione si ripresenti in altri piccoli centri, sia a causa delle scelte organizzative (ad esempio quali e quanti giorni dedicare all'IVG, in quali spazi e con quali modalità), sia per la vicinanza con un ospedale dove l'accesso all'IVG viene facilitato in diversi modi.

Abbiamo già accennato nel capitolo precedente al fatto che la Relazione annuale del ministero della Salute evoca la questione organizzativa quando afferma che «gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale»[5]. La rilevanza data all'aspetto organizzativo emerge anche dai tre parametri adottati nella Relazione stessa per quantificare l'impatto dell'alto numero di obiettori a livello nazionale: l'offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili[6], l'offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita[7] e il carico di lavoro medio

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

[5] Ministero della Salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, 2018, p. 53.

[6] Il numero delle strutture che effettuano le IVG è il 64,5% del totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia. Solo in due casi (Provincia autonoma di Bolzano e Regione Campania), i punti di erogazione dell'IVG sono meno del 30% delle strutture censite. Si veda: ivi, p. 6.

[7] Si calcola che mentre il numero di IVG è pari al 17,6% rispetto al numero delle nascite, il numero di punti IVG è pari all'87,8% di quello dei punti nascita. «Considerando quindi

settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore[8]. Il tema dell'organizzazione del servizio rappresenta quindi un nodo centrale sia per parlare di accessibilità sia per parlare del coinvolgimento dei professionisti, ma è proprio su questo punto che si riscontra un vuoto normativo. La legge non indica, infatti, come ospedali e Regioni debbano garantire il servizio[9] e questa è forse una delle più significative «zone d'ombra» della legge[10].

Nonostante l'obiezione della struttura sia illegale – in quanto svuoterebbe la legge 194 della sua validità – essa è di fatto praticata in alcuni contesti senza che ci sia un qualche meccanismo di controllo. Nelle strutture dove la percentuale di ginecologi obiettori è molto alta, poi, il servizio potrebbe non essere assente, ma sicuramente compromesso[11].

Alla luce di questo, il responsabile del servizio IVG continua, esponendo le sue opinioni a favore di una migliore organizzazione del servizio che preveda la realizzazione di poli di riferimento per le IVG:

> L'obiezione di coscienza è un pretesto per non far funzionare la 194. Come io mi occupo prevalentemente di aborti, penso che ci sarebbero altri che lo potrebbero fare. Magari un gruppo di persone che per un certo tempo si occupa di questo e poi magari cambia mansione… funziona così in tutta la sanità: ci si specializza e ci si occupa prevalentemente di un aspetto, non c'è nessuno che fa tutto […]. Se non ci fosse questa legge per assurdo saremmo molti di meno a fare aborti: non tutti i ginecologi non obiettori, ma un gruppo, così come è per tutto il resto degli interventi. L'idea che l'aborto lo debbano fare tutti a rotazione è un'idea sbagliata, che non esiste in nessun altro ambito (Responsabile servizio IVG).

L'idea che l'IVG vada praticata da tutti i ginecologi non obiettori è una peculiarità rispetto ad altri ambiti: da un lato è un modo in cui la legge cerca di garantire una diffusione del servizio, dall'altro è una scelta che rivela una prospettiva stigmatizzante sull'aborto, che tenta di distribuire una pratica partendo dal presupposto che nessuno se ne vorrebbe occupare in

sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita». Si veda: *ibidem*.

[8] «Il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0,2 della Valle d'Aosta alle 8,6 del Molise, con una media nazionale di 1,2 IVG a settimana, dato in calo. […] Anche l'analisi del carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero evidenzia solo 2 situazioni dove si registra un carico di lavoro superiore alle 9 IVG a settimana (13,6 in Campania e 18,2 in Sicilia). Si veda: *ibidem*.

[9] M. Bo, C.M. Zotti e L. Charrier, *Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy*, in «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 20, 2015, n. 4, p. 273.

[10] F. Minerva, *Conscientious objection in Italy*, in «British Medical Journal», rivista telematica, 2014. Si veda anche il cap. I di questo volume.

[11] C. Lalli, *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto, come cambia l'obiezione di coscienza*, Milano, Il Saggiatore, 2011, p. 78.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

modo prevalente. In questa direzione è sicuramente rilevante osservare che l'assenza di una specializzazione sul tema e la conseguente non formazione di un gruppo di ginecologi che si dedichi scientificamente e professionalmente al tema dell'aborto potrebbe essere legata al fatto che questo è inteso come un campo presente nella pratica professionale di tutti i non obiettori, ma allo stesso tempo marginale per tutti. La legge 194 può quindi essere criticata per il fatto di istituire l'obiezione di coscienza senza prevedere né attività compensative per gli obiettori né forme di riconoscimento per i non obiettori[12], ma anche per il fatto di non specificare le modalità con cui il servizio deve essere organizzato.

La legge introduce altri aspetti organizzativi su cui riflettere: il potenziale coinvolgimento nei servizi di IVG di tutti i medici non obiettori, la presenza del servizio in ogni presidio sanitario e la possibilità che l'intervento possa essere praticato solo ed esclusivamente nel settore pubblico (incluso, ovviamente, il privato convenzionato). Aspetti della legge inizialmente previsti proprio a tutela delle donne rischiano forse oggi di trasformarsi in cavilli normativi che ostacolano la realizzazione di un servizio più omogeneo sul territorio e più accessibile, finanche meno capillare.

La scelta di autorizzare le IVG e legittimare gli interventi abortivi solo nel sistema sanitario pubblico, ad esempio, è stata da alcuni intesa come un tentativo di ostacolare l'accesso all'aborto[13]. Come illustra Silvia De Zordo in uno studio comparativo sull'obiezione di coscienza in Italia e Spagna, i due paesi condividono *in primis* un retaggio cattolico e in secondo luogo un dibattito pubblico fortemente stigmatizzante sull'aborto[14]. Ciò nonostante, la diversa organizzazione del servizio – garantito in Spagna anche in cliniche private (dal 2010 sovvenzionate dallo Stato) – fa della Spagna un contesto più «attrattivo» dell'Italia e, in definitiva, un contesto con una applicazione più liberale del diritto all'aborto. Questo va nella direzione di confermare che, anche in contesti dove l'aborto è fortemente stigmatizzato, il fatto che la legge preveda o escluda alcune opzioni organizzative può avere un grande effetto sulla facilità che le donne hanno di accedere al servizio.

L'idea che alcuni ginecologi possano essere destinati – anche solo per un breve periodo – prevalentemente ai servizi di IVG si scontra però non solo con la norma, ma anche con ciò che abbiamo detto nel capitolo precedente rispetto allo stigma che colpisce a livello professionale chi pratica aborti e, soprattutto, rispetto alla descrizione che anche i non obiettori fanno di que-

[12] F. Minerva, *Conscientious objection in Italy*, cit. Su questo si tornerà nel cap. IV.

[13] S. Niccolai, *Una sfera pubblica piccola piccola. La sentenza 27/1975 in materia di aborto*, in G. Brunelli, A. Pugiotto e P. Veronesi (a cura di), *«Effettività» e «seguito» delle tecniche decisorie della Corte costituzionale*, Napoli, Esi, 2006.

[14] S. De Zordo, *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza. L'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna*, in «Medicina nei secoli. Arte e scienza», 28, 2016, n. 1, p. 208.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

sta mansione come di un lavoro non gradito e poco qualificante. Il fatto che la legge preveda l'obiezione – e che questo strumento sia spesso usato per motivi diversi da quelli etici e morali – fa sì che spesso i ginecologi stessi prediligano una forma organizzativa che riduca ulteriormente l'impatto di questo servizio sulla loro vita professionale.

Si ha la sensazione che nel contesto torinese i diritti delle donne e quelli dei medici si bilancino soprattutto grazie ai numeri. È proprio la buona presenza di non obiettori in termini numerici l'elemento che permette il raggiungimento di un equilibrio tra il servizio offerto alle donne e il vissuto professionale dei ginecologi. L'equilibrio tra obiettori e non obiettori permette infatti una maggiore flessibilità interna e una turnazione per cui nessuno fa più di un servizio in IVG a settimana[15]. Da ciò che ci hanno riportato alcuni ginecologi, però, molti di coloro che praticano aborti ambirebbero a una organizzazione del servizio che «diluisca» ulteriormente l'impatto di questa mansione sul monte ore complessivo. Per molti sarebbe auspicabile una rotazione tra un numero ancora maggiore di ginecologi, così da ridurre il tempo procapite dedicato all'IVG.

Una ginecologa che ha di recente presentato la sua obiezione ci ha detto che tornerebbe a effettuare IVG se più colleghi collaborassero al servizio:

> La situazione ideale sarebbe convincere tutto l'ospedale a fare IVG, tranne quel 10% davvero convinto per motivi religiosi o etici. In quel caso io tornerei a farle (Ginecologa, obiettrice).

Alcuni non obiettori hanno poi riportato di «patire i numeri del servizio», qualcuno riferendosi all'aspetto gestionale e altri riferendosi al risvolto etico del lavoro:

> Prima lavoravo in un ospedale piccolo e facevo aborti mentre facevo il resto della pratica clinica. Si trattava di piccoli numeri che quindi venivano trattati insieme alle altre mansioni. Era una modalità che non pesava sulla coscienza più di tanto. Si trattava di un ospedale piccolo, con solo 10 ginecologi, di cui 9 non obiettori. Non c'erano molti obiettori proprio perché i numeri sono piccoli e vengono gestiti in mezzo alla pratica clinica: nessuno faceva obiezione per non fare il turno in IVG perché non c'era un turno in cui si faceva solo quello. Quindi chi ha obiettato in quel contesto aveva davvero motivazioni etiche forti. Qui il fatto che il turno in IVG sia solo ed esclusivamente su IVG lo rende pesante emotivamente e lo rende un turno che toglie spazio a fare altre cose più importanti. L'IVG è pesante sia dal punto di vista etico che da quello clinico perché per noi è davvero l'intervento meno interessante sulla faccia della terra (Ginecologa, non obiettrice).

Tenendo in considerazione tanto le prospettive organizzative quanto i vissuti dei ginecologi bisognerebbe quindi chiedersi quali alternative orga-

[15] Si veda, ad esempio, quanto riportato nel cap. precedente sul tema delle ITG.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

nizzative sarebbero praticabili. Ci sarebbe davvero un numero sufficiente di persone che per un periodo, anche limitato, della sua carriera sarebbe disposto a dedicarsi principalmente a questa mansione? La risposta è difficile da immaginare, ma è utile chiedersi se la legge stessa non contenga aspetti che potrebbero essere migliorati o che sono stati – e continuano ad essere – causa di un funzionamento zoppicante della legge in questi decenni.

Per facilitare l'accesso delle donne all'aborto, rendere i servizi più capillari e contemporaneamente sgravare i ginecologi da quello che molti considerano un peso, si potrebbe ad esempio incoraggiare la de-ospedalizzazione dell'aborto attraverso la somministrazione della pillola abortiva nei consultori e a casa e permettere che gli aborti siano praticati anche dalle ostetriche[16], sulla scia di ciò che avviene in altri contesti europei (ad esempio il Regno Unito) e di ciò che contengono le raccomandazioni sull'aborto prodotte dall'OMS[17].

Il dibattito su questa possibilità si è fatto particolarmente caldo a partire dai primi mesi del 2020, quando la pandemia di Covid-19 ha causato la chiusura di molti servizi ambulatoriali, mettendo a rischio l'accesso ai servizi di interruzione di gravidanza[18]. La gestione di questo aspetto è stata diversa a livello europeo: alcuni paesi – come la Gran Bretagna e la Francia – hanno permesso che l'aborto farmacologico si svolgesse a casa con un monitoraggio degli operatori sanitari (la cosiddetta telemedicina), altri no[19]. In Italia un passaggio fondamentale è stata l'emanazione della Circolare ministeriale di *Aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine* che ha richiamato i convincimenti della comunità scientifica internazionale, nonché l'esperienza di gran parte dei paesi europei nella pratica delle interruzioni di gravidanza con metodo farmacologico[20]. La Circolare ha autorizzato il ricorso all'IVG con metodo farmacologico fino a 9 settimane compiute di età gestazionale e la somministrazione della procedura medica «presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital». Le posizioni contrarie non hanno tardato a farsi sentire; in particolare la Regione

[16] E. Caruso, *Il crocevia mancato tra Roma e Strasburgo in materia di interruzione volontaria di gravidanza*, in «Comunità internazionale», LXXIV, 2019, n. 3, p. 472.

[17] OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, Genève, 2012.

[18] S. De Zordo *et al.*, *Consequences of gestational age limits for people needing abortion care during the COVID-19 pandemic*, in «Sexual and Reproductive Health Matters», 28, 2020, n. 1.

[19] J. Mishtal *et al.*, *Political (in)action in abortion governance during COVID-19 in Europe: A call for a harmonized EU response during public health crises*, in «Medical Anthropology Quarterly», rivista online, giugno 2020.

[20] F. Grandi, *L'aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine: l'ultima trincea dell'effettività del servizio di interruzione della gravidanza*, in «Osservatorio costituzionale», 5, 2020.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Piemonte ha emanato una Circolare di chiarimento e indirizzo alle aziende sanitarie piemontesi sulle criticità giuridiche delle linee ministeriali sull'aborto farmacologico, ribadendo in particolare il divieto di praticare aborti farmacologici nei consultori (somministrazione che rimane quindi ristretta all'ambito ospedaliero).

Questa soluzione avrebbe potuto rappresentare un limite agli impatti negativi che la pandemia sta avendo sul diritto alla salute[21] e, in una prospettiva di lungo periodo, potrebbe rivelarsi come una possibile soluzione organizzativa per ovviare alla disparità di carico lavorativo tra ginecologi obiettori e non obiettori.

Come abbiamo visto, uno dei motivi per cui i turni in IVG non sono apprezzati dai ginecologi è il fatto che dal punto di vista professionale la pratica sia molto basilare e ripetitiva. Se una parte delle interruzioni – quelle che non presentano il rischio di complicanze – fosse eseguita da altri professionisti, questo si tradurrebbe in un minor carico per i ginecologi non obiettori e potrebbe forse essere una parziale soluzione alle «obiezioni di comodo» e a quelle obiezioni che ci sono state presentate come funzionali all'organizzazione della struttura ospedaliera. Questo tipo di obiezioni riguarda spesso personale iper-specializzato che, obiettando, perde anche la possibilità di intervenire in quei rari, ma esistenti, casi di aborti che sono legati a complicanze e che si rendono quindi necessari per motivazioni cliniche che hanno a che vedere con patologie della donna o quadri clinici particolarmente complessi.

Sembrerebbe dunque che alcuni aspetti contemplati dalla legge siano oggi un ostacolo all'accesso all'aborto da parte delle donne in Italia. Alcuni aspetti, che forse negli anni '70 erano necessari e utili, suonano oggi come anacronistici.

Un'analisi della legge da una prospettiva femminista si spinge ancora più in là e afferma che gli ostacoli che le donne hanno incontrato in questi decenni erano inevitabili poiché prevedibili – e in parte previsti – a partire dalla legge stessa e, in particolare, da come la legge si pone nei confronti della maternità, dell'aborto e del tema della libera scelta[22]. A tal proposito, e a conclusione di queste riflessioni sul legame che intercorre tra la norma e la sua applicazione, degne di nota sono le dichiarazioni di Petros Stangos, vice presidente del Comitato europeo dei diritti sociali, il quale nel corso della 281° sessione del Comitato stesso (relativa all'istanza presentata dalla Confederazione generale italiana del lavoro il 17 gennaio 2013[23]) osserva che la violazione che l'Italia perpetra nei confronti della Carta sociale

[21] Per alcune riflessioni su questo tema si rimanda alla Postfazione.

[22] E. Caruso, *Abortion in Italy: Forty years on*, in «Feminist Legal Studies», 28, 2020, pp. 87-96.

[23] Si veda il cap. I.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

europea non sia da attribuire solo ad una cattiva applicazione della normativa italiana in tema di aborto, ma alla stessa struttura della legge. Da un'attenta lettura del testo normativo si evince come la legge non sia neutrale, ma anzi vicina a posizioni sfavorevoli all'aborto[24]. Si possono nominare il fatto che sia necessario un certificato medico anche nei primi 90 giorni e il fatto che la donna debba sottoporsi a un periodo obbligatorio di «riflessione» come elementi che minano la piena autonomia del soggetto femminile. La prospettiva della legge è in realtà chiara sin dal titolo *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, dove l'accento è sulla tutela della maternità, piuttosto che sulla posizione della donna[25].

L'inadeguatezza dei servizi può quindi essere interpretata come effetto di alcune indicazioni contenute nella stessa legge, correlazione che avrebbe causato negli anni la paradossale conseguenza che quella legge accolta come liberale e permissiva sarebbe causa – o quanto meno concausa – dei malfunzionamenti a livello nazionale. Spostare lo sguardo dal solo aspetto dell'obiezione di coscienza al più ampio tema dell'impianto normativo e alla conseguente organizzazione del servizio permette di spostare il discorso dalle responsabilità dei singoli obiettori e non obiettori e portarlo a livello della norma e dell'istituzione, piano che permetterebbe di non spiegare i limiti del servizio in termini di problematicità etica, ma in termini di responsabilità organizzative.

2. *Strategie organizzative e compensative in un servizio di IVG*

Rispetto al tema dell'organizzazione ci preme portare alla luce come essa non dipenda solo ed esclusivamente da ciò che è contenuto nelle norme, ma anche da quegli aggiustamenti quotidiani, dai conflitti e dalle pratiche risolutive messe in campo in un determinato contesto, pratiche che sono talvolta formali, talvolta informali[26].

La norma che prevede che i turni in IVG debbano essere ripartiti tra tutti i ginecologi non obiettori, ad esempio, è generalmente rispettata, ma altre variabili possono entrare in gioco nella distribuzione dei turni. Spesso sono esonerati da questo servizio i ginecologi che occupano ruoli di direzione, ma altre dimensioni possono entrare in gioco.

I turni in IVG sono distribuiti in base al numero di non obiettori della Struttura complessa […] però effettivamente non è così semplice perché all'interno di

[24] Per una disamina di questo approccio: E. Caruso, *Il crocevia mancato tra Roma e Strasburgo in materia di interruzione volontaria di gravidanza*, cit.

[25] Ivi, p. 459.

[26] S. Lelli, F. Sacchetti e S. Tirini, *Conflitti identitari e pratiche delle istituzioni*, Milano, FrancoAngeli, 2014.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

ogni struttura la distribuzione non è mai equa, magari c'è quello anziano che ne fa meno (Ginecologo, non obiettore).

Chi organizza i turni tiene conto di alcune variabili. Quando io facevo IVG ero tra quelle che ne faceva di più perché ero tra le più giovani, mentre i colleghi anziani ne facevano meno, anche i colleghi caporeparto ne facevano meno e quindi il turno di IVG ruotava verso i più giovani (Ginecologa, obiettrice).

A livello informale, quindi ci sono caratteristiche dei ginecologi che possono incidere sulla gestione dei turni. Le due caratteristiche più richiamate sono l'età e la specializzazione che, ovviamente, hanno tra loro una forte connessione.

Questo è un ospedale di iperspecializzazione, è diverso da un posto dove tutti fanno tutto. Nella fase iniziale uno inizia a specializzarsi, ma ci mette un po' di anni. Chi lavora qui da 30 anni magari è l'unico ad avere un certo ruolo o a fare delle cose e quindi in un certo servizio è insostituibile o è sostituibile da pochi colleghi. […] Prima di arrivare a quella fase della carriera, invece, si fa un po' di tutto e quindi i compiti che si hanno sono legati anche al profilo professionale del singolo. […] Nella fascia di età dei nuovi assunti le mattine di reale servizio non sono molte perché facciamo più notti e non possiamo lavorare né la mattina prima né la mattina dopo della notte in cui siamo in servizio. Se faccio 5 notti al mese significa che ho 10 mattine di riposo in cui non faccio nulla di clinico, se aggiungo 2 o 3 mattine in IVG pesa nel conto totale. Questo influenza tanto la percentuale di obiettori e sporca un pochino la scelta etica. Molti colleghi lo dicono senza problema, non è un segreto (Ginecologa, non obiettrice).

Questo discorso ci riporta a quello che abbiamo chiamato «obiezione per un miglior funzionamento organizzativo». Seppur molti medici e attivisti rifiutino l'esistenza di tale categoria e la vedano solo come un mascheramento di una «obiezione di comodo», l'esistenza di queste dinamiche conferma che a livello gestionale operano tanto aggiustamenti informali quanto aspetti che non sono contemplati dalle norme ma che vengono gestiti a un livello di negoziazione interna.

Ancor più rilevante, da questo punto di vista, è l'esistenza di «strategie organizzative compensative», ovvero aggiustamenti che servono per mettere a punto soluzioni informali localizzate in un preciso contesto di lavoro. Secondo la prospettiva con cui l'antropologia guarda ai sistemi organizzativi e alle istituzioni, questi aggiustamenti si basano su valori e idee condivise o dominanti in un preciso contesto e su ciò che potrebbe essere chiamato «cultura dell'organizzazione», che si manifesta attraverso «pratiche concrete tramite cui una politica viene applicata nel quotidiano»[27].

[27] V. Dubois, *Le trasformazioni dello stato sociale alla lente dell'etnografia. Le inchieste sul controllo degli assistiti sociali*, in «Etnografia e ricerca qualitativa», 2, 2009, p. 164. Per una

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Portiamo innanzitutto alla luce un fattore che spesso incide sulla volontà di organizzare un servizio o meno nonchè sulle scelte dei dipendenti, ovvero il fatto che i soggetti che rappresentano il vertice della gerarchia ospedaliera siano o meno obiettori di coscienza. Il contesto torinese è storicamente caratterizzato dalla presenza di primari e direttori non obiettori, elemento che sicuramente ha favorito l'implementazione del servizio. Non sono rientrati nella nostra ricerca casi opposti, che sono però documentati a livello nazionale da numerose inchieste, ricerche e dal lavoro delle associazioni. Riteniamo che questo background storico sia rilevante e che crei quello spazio di condivisione di valori su cui si possono radicare abitudini professionali e organizzative.

La prima di quelle che abbiamo chiamato «strategie organizzative compensative» è l'attivazione di un sistema che tiene conto delle percentuali di obiettori e non obiettori presenti in ogni Struttura complessa. Come abbiamo detto, non ci può essere un controllo o una pianificazione che faccia sì che la proporzione tra obiettori e non obiettori sia uguale nelle varie Strutture complesse che troviamo all'interno dell'ospedale, ma nell'organizzazione dei turni si cerca comunque di rendere proporzionale l'apporto di ogni struttura.

Non è giusto che se in una struttura ci sono 10 ginecologi non obiettori, quella struttura debba fornire 10 turni di IVG mentre un'altra struttura ne fornisce meno perché ha meno non obiettori. Non è giusto né per la struttura né per i ginecologi. Allora si fa un ragionamento basato su una proporzione che tenga conto di quanti non obiettori ci sono in ogni struttura, affinché non ci siano grandi differenze (Ginecologo, non obiettore).

Una seconda «strategia organizzativa compensativa» che nasce a integrazione della prima è quella che tiene conto di quei vissuti dei ginecologi e di quelle valutazioni professionali che – anche per via dello stigma che colpisce l'aborto – portano anche i non obiettori a descrivere i turni in IVG come un lavoro sporco, pesante, poco gratificante e inutile dal punto di vista della carriera professionale; caratteristiche che portano alcuni ginecologi a considerare questo lavoro come un «compito aggiuntivo» cui si può eventualmente abdicare.

All'interno della struttura ospedaliera da noi presa in considerazione il turno in Pronto Soccorso – in quel caso un Pronto Soccorso ginecologico – ha caratteristiche simili dal punto di vista organizzativo e genera vissuti che possono ricordare quelli di chi svolge i turni in IVG. Dal punto di vista organizzativo, Pronto Soccorso e servizio di IVG sono due compiti istitu-

trattazione sistematica di questi temi si veda: I.R. Edgar e A. Russell (a cura di), *Anthropology of Welfare*, London, Taylor&Francis e-Library, 2005.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

zionali che condividono il fatto di essere dei servizi trasversali alle Strutture complesse, che attingono ginecologi da tutte le strutture in modo proporzionale e che quindi dovrebbero essere equamente ripartiti tra tutti i ginecologi. L'altra caratteristica che permette di assimilare il turno in IVG a quello in Pronto Soccorso è quella di essere generalmente poco apprezzati dai ginecologi, seppur per ragioni diverse. Se quelle che motivano le posizioni dei ginecologi nei confronti dell'aborto sono già state ampiamente illustrate, quelle legate al Pronto Soccorso dipendono dal fatto che si tratta di un contesto in cui la relazione con il pubblico è descritta come particolarmente pesante e pressante, dove è frequente che ci siano scontri con l'utenza e dove spesso si assiste a un uso scorretto del servizio. In particolare, il turno in IVG è paragonato all'impegno richiesto dai turni mattutini in Pronto Soccorso:

> Il Pronto Soccorso ha una guardia 24 ore su 24, ma al mattino si concentrano tutte le cose più burocratiche: tutti i ricontrolli della notte, tutti i controlli del giorno prima, i prelievi e un *turn-over* di gente molto più alto, mentre nel pomeriggio e nella notte cala la parte burocratica e si vedono i casi che sono davvero un accesso isolato di Pronto Soccorso… che raramente sono emergenze! Sono spesso codici bianchi, quindi è un turno noioso anche in quel senso. Abbiamo un codice giallo al giorno e una serie infinita di cose banali! (Ginecologa, non obiettrice).

Per equilibrare l'apporto che ogni Struttura complessa dà a queste mansioni trasversali si è deciso che le Strutture complesse con più obiettori, avendo un impegno maggiore nel coprire i turni di IVG, prestino meno servizi di Pronto Soccorso. Il principio tende quindi a riequilibrare gli impegni tra le strutture e non tra i singoli individui. In alcuni reparti, poi, i direttori cercano di equilibrare gli impegni anche tra obiettori e non obiettori, assegnando i turni in Pronto Soccorso prevalentemente a chi non ha effettuato turni in IVG. Quando questo non può avvenire – per volontà della persona che stila i turni o per effettive necessità – spesso torna in gioco la variabile dell'età anagrafica, che come abbiamo visto è spesso collegata a un minor grado di specializzazione.

Visto che anche i turni in Pronto Soccorso vengono conteggiati in base alla proporzione tra numero di medici obiettori e medici non obiettori e, al contrario di ciò che avviene per l'IVG, vengono assegnati prevalentemente ai medici obiettori, possiamo dire che i vissuti e le ambizioni dei ginecologi giochino un loro ruolo nel progettare l'organizzazione.

> Qui i numeri dei non obiettori sono buoni però ovviamente nessuno è tanto contento di avere questo carico, quindi che cosa si fa? Si è trovato un *escamotage* per gratificare o meglio per dare qualcosa che in teoria non si può dare. Quindi: visto che fai IVG, non fai il turno del Pronto Soccorso del mattino, mentre se non fai IVG, allora fai il Pronto Soccorso del mattino (Ginecologo, non obiettore).

Copyright © 2024 by Società editrice il Mulino

Sottolineiamo ancora una volta quanto le posizioni dei direttori delle strutture e della direzione generale possano essere influenti nel creare un terreno di valori e principi condivisi su cui formulare anche pratiche non previste dalla legge, ma intese come strumenti volti a garantire non solo il funzionamento della macchina organizzativa ma anche una minor frustrazione dei professionisti coinvolti, che nuocerebbe infine al sistema stesso. Se molti non obiettori fossero infatti insoddisfatti della gestione potrebbero strumentalmente usare l'obiezione di coscienza per ritirarsi dal servizio. Queste negoziazioni interne possono essere quindi intese come necessarie al mantenimento dell'equilibrio.

I colleghi che fanno IVG hanno dei turni dedicati. Di solito chi non fa IVG fa un turno di Pronto Soccorso al mattino, è una sorta di compensazione in turni. È una soluzione interna e per me funziona (Ginecologa, non obiettrice).

Questa negoziazione interna si basa su un accordo che mira all'obiettivo del buon funzionamento e di una equa distribuzione dei carichi tra colleghi. Riteniamo che oltre alle posizioni dei vertici ospedalieri giochi un ruolo importante in questo equilibrio anche la posizione dei medici obiettori. In questo contesto – caratterizzato da molti obiettori che definiscono la loro obiezione laica, atea o strategicamente volta all'eliminazione di un turno sgradevole – questa compensazione non è criticata, ma vista come un compromesso accettabile, seppur in senso stretto possa essere considerata un'eccezione alla legge, che come abbiamo detto non prevede né forme di riconoscimento della pratica dei non obiettori né forme di compensazione del mancato servizio degli obiettori.

Il turno in Pronto Soccorso è un turno che a noi non piace, ciò nonostante è una cosa importante. Questo accordo è un accordo che si basa sul buon senso. Non sempre è rispettato perché dipende anche dai compiti che ognuno di noi ha, ma si tende a quella soluzione. Se vogliamo cavillare si potrebbe discuterne: se la legge mi dice che posso obiettare, io lo posso fare. Ma non c'è nessuna legge che mi dice che posso non fare il Pronto Soccorso… dopodiché ci si mette d'accordo (Ginecologo, obiettore).

Il concetto di *reasonable accommodation* è nato in ambito giuridico ed è stato inizialmente pensato per indicare la necessità che alcuni contesti lavorativi facessero aggiustamenti ragionevoli della loro struttura o organizzazione in vista dell'inclusione di persone con handicap o patologie[28]; ha poi

[28] Si vedano ad esempio: L.L. Mancuso, *Reasonable accommodation for workers with psychiatric disabilities*, in «Psychosocial Rehabilitation Journal», 14, 1990, n. 2, pp. 3-19; E.H. Shaller, *«Reasonable accommodation» under the Americans with disabilities act. What does it mean?*, in «Employee Relations law Journal», 16, 1991, n. 4, pp. 431-451.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

visto un'estensione e un massiccio utilizzo in diversi ambiti, per indicare una tensione organizzativa che mira a un trasformazione volta alla creazione di servizi maggiormente inclusivi nei confronti delle minoranze, siano esse etniche, culturali o religiose[29]. In senso sempre più lato esso viene anche utilizzato per riferirsi a qualsiasi «accomodamento ragionevole che consenta di contemperare le esigenze di tutte le parti in gioco»[30]. Con questa accezione il concetto può rappresentare un valido strumento analitico anche per il caso che abbiamo presentato, dove il soggetto da tutelare non è la minoranza intesa in senso etico, culturale o religioso bensì la minoranza in senso numerico, ovvero i non obiettori.

3. *Organizzare il servizio in un contesto ad alta presenza di obiettori*

La nostra ricerca non può essere classificata come comparativa in senso stretto, ma la flessibilità metodologica adottata ci ha permesso, di volta in volta e a seconda dei casi trattati, di cercare a livello nazionale casi o contesti specifici che sono apparsi ai nostri occhi come particolarmente rilevanti in virtù di una spiccata differenza rispetto al nostro caso studio principale. Questa ricerca di modelli diversi ci è servita non tanto per confrontare, quanto per ampliare lo sguardo e valutare quanto le ipotesi analitiche emerse dal nostro lavoro acquistassero o perdessero senso all'essere calate in uno spazio diverso.

Per quanto riguarda il tema dell'aborto, il contesto scelto è stato l'Ospedale centrale di Bolzano, centro ospedaliero in cui si trova il reparto ginecologico che rappresenta il punto di riferimento per tutto l'Alto Adige e struttura in cui abbiamo osservato un'organizzazione che riteniamo abbia qualcosa da aggiungere agli aspetti fino ad ora trattati. In confronto al contesto torinese – luogo principale della nostra ricerca – l'Ospedale di Bolzano presenta una situazione molto diversa: in primo luogo la dimensione dei centri urbani[31] e degli ospedali stessi è molto diversa, ma soprattutto cambia il rapporto tra ginecologi obiettori e non obiettori. Nel periodo in cui abbiamo condotto le nostre interviste con il direttore del reparto ginecologia ed ostetricia e con l'infermiera che gestisce il servizio per le IVG, erano in servizio nell'ospedale 20 ginecologi, di cui 17 obiettori (18 fino a pochi mesi prima delle nostre interviste). La proporzione tra obiettori e non obiettori è quindi bassa, decisamente più bassa di quella presente presso il S. Anna di Torino.

[29] Si veda tra gli altri: L.G. Beaman (a cura di), *Reasonable Accommodation: Managing Religious Diversity*, Vancouver-Toronto, UBC Press, 2012.

[30] A. Sperti, *Obiezioni di coscienza e timori di complicità*, in «federalismi.it», 20, 2017.

[31] Il Comune di Bolzano presenta una popolazione inferiore ai 108.000 abitanti, mentre Torino ha una popolazione circa 8 volte maggiore.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Dalla Relazione annuale sull'attuazione della 194 emerge che la Provincia autonoma di Bolzano è a livello nazionale il contesto con la minor percentuale di punti IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili[32]. Inoltre, se a livello nazionale si registra una generale diminuzione del carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore, a Bolzano – così come in Campania e in Basilicata – si rileva un aumento[33]. Questo aumento si registra anche se siamo di fronte a una diminuzione percentuale del numero di aborti, trend riscontrato in tutta la penisola, ma che è particolarmente accentuato proprio nella Provincia di Bolzano (-8,3%)[34]. Viene spontaneo chiedersi se la diminuzione del numero di interventi non dipenda proprio dal basso numero di strutture dove si pratica l'IVG – elemento che potrebbe favorire una mobilità verso altre Regioni o verso l'estero – ma la risposta a questo quesito avrebbe bisogno di dati che non possediamo.

La scelta del contesto di Bolzano è dipesa, quindi, dalle caratteristiche del contesto in termini numerici – numeri particolarmente alti per quanto riguarda la presenza di obiettori – ma anche dalla volontà di rendere più complesso il discorso che colloca il «problema» degli obiettori prevalentemente nel sud del paese. Storicamente, il reparto di ginecologia dell'Ospedale di Bolzano è stato diretto da ginecologi obiettori e la percentuale di ginecologi obiettori è sempre stata alta. Nel rispetto delle norme che regolano le assunzioni nella Pubblica amministrazione nella Provincia autonoma di Bolzano, il personale appartiene in parte uguale al gruppo di lingua tedesca e a quello di lingua italiana. Secondo il direttore del reparto queste differenze linguistico-culturali affondano le radici in un comune retroterra religioso che sarebbe la motivazione dell'alto numero di obiezioni nella zona. Ciò non esclude, ovviamente, che così come avviene anche in altre zone di Italia, l'obiezione sia usata anche per motivazioni diverse da quelle etiche.

Probabilmente connesso al numero delle obiezioni, assistiamo in Alto Adige a un'organizzazione che di fatto incarna il modello dei poli di riferimento territoriali che abbiamo in precedenza illustrato:

> L'anno scorso in Provincia sono state fatte circa 500 IVG, almeno 3/4 vengono fatte a Bolzano. Delle donne che trattiamo, circa l'85% viene dal resto della Provincia. Negli altri ospedali, come Brunico, Bressanone o altri non viene fornito questo servizio. Le IVG si fanno solo a Merano e a Bolzano ma comunque è Bolzano a farne la maggior parte (Direttore reparto ginecologia, obiettore).

[32] Ministero della Salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 6. Nello specifico, nella Provincia autonoma di Bolzano sono presenti 8 stabilimenti con un reparto di ginecologia e solo in due di essi si praticano IVG, ovvero nel 25% dei casi (ivi, p. 48).

[33] Ivi, p. 6.

[34] Ivi, p. 11.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

L'infermiera che gestisce l'ambulatorio IVG ha aggiunto che l'Ospedale di Merano garantisce una seduta di interruzioni ogni due settimane – realizzate dall'unico ginecologo non obiettore in organico – mentre l'organizzazione realizzata a Bolzano fa sì che si possano effettuare le interruzioni una volta a settimana.

Molti ospedali della zona realizzano quindi una forma di «obiezione di struttura», ovvero non implementano un servizio, in aperto contrasto con ciò che la legge 194 afferma. Non è questa la sede in cui valutare quanto l'assenza del servizio IVG in diversi ospedali della Provincia impatti sulle donne che si devono spostare per trovare questo servizio. Nel contesto di questa ricerca, però, ci pare utile descrivere come il servizio viene implementato in un ospedale ad alto numero di obiettori per ribadire che se questa volontà organizzativa andasse di pari passo con la de-ospedalizzazione dell'aborto da un lato (coinvolgendo la rete territoriale dei consultori familiari) e con l'allargamento delle figure professionali che possono praticare aborti, il panorama nazionale potrebbe trasformarsi.

Nonostante l'alto numero di obiettori, l'Ospedale di Bolzano garantisce il servizio di IVG, organizzato come segue: un'infermiera non obiettrice è totalmente dedicata al servizio e ha a disposizione una stanza in cui riceve le donne che desiderano accedere. La sua presenza è garantita per accessi in presenza o per informazioni telefoniche quattro giorni a settimana. Due giorni su quattro l'infermiera lavora insieme a un ginecologo non obiettore, reclutato con contratto *ad hoc* per effettuare IVG. Il ginecologo è presente nell'ambulatorio una volta a settimana per le visite e una volta a settimana per gli interventi.

Se si vuole organizzare un servizio si organizza. Non è un servizio così difficile da mettere in piedi, l'atto chirurgico in sé è una banalità, non si sta parlando di chirurgia avanzata. Allora se io faccio difficoltà a organizzarlo devo chiarire quale sia il motivo che rende difficile l'organizzazione (Direttore reparto ginecologia, obiettore).

L'esperienza dell'Ospedale di Bolzano dal punto di vista organizzativo è caratterizzata da due scelte fondamentali: la prima è quella di dedicare l'intero orario di un'infermiera non obiettrice all'apertura dell'ambulatorio; la seconda è quella di reclutare un ginecologo esterno per la giornata dedicata agli interventi. Si tratta di un medico che non fa parte dell'organico della struttura, ma ha una collaborazione continuativa con l'Ospedale di Bolzano da circa 20 anni per le ore di servizio effettivamente prestate nell'ambulatorio IVG. L'infermiera in questione, invece, lavora in questo ospedale da circa 15 anni e si è sempre occupata di questo ambulatorio. Questi due soggetti sono i pilastri su cui si basa la continuità del servizio.

La donna chiama direttamente questo ufficio, io le do un primo appuntamento quasi sempre durante la stessa settimana. Poi vengono a fare la visita e l'ecografia e in quella mattina fanno le analisi, l'ecografia e la visita con l'anestesista. Quel

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

giorno le viene dato l'appuntamento successivo. Ci sentiamo una settimana dopo. Se sono ancora convinte e se è tutto a posto con le analisi vengono in reparto qualche giorno dopo e viene fatto l'intervento (Infermiera, non obiettrice).

Questa scelta richiede uno sforzo economico da parte della struttura – che deve retribuire un ginecologo non in organico – ma tutela i pochi non obiettori in organico che svolgono IVG solo in caso di urgenze (ad esempio quando arriva una donna vicino al termine dei 90 giorni che non può attendere il giorno normalmente previsto per le interruzioni) e svolgono le ITG. L'esito è che a differenza di ospedali in cui i pochi non obiettori sono gravati da un peso, in questo contesto non c'è su questi ginecologi un grande carico di lavoro e questo è forse anche una garanzia per la struttura stessa che previene così il rischio di ulteriori obiezioni.

Anche in un contesto caratterizzato da un alto numero di obiettori abbiamo quindi riscontrato un discorso che punta sulla *volontà* che sta alla base dell'organizzazione del servizio[35]. Questo aspetto che lega il servizio alle motivazioni individuali rappresenta certamente una risorsa, ma può anche essere molto pericoloso perché può implicare che laddove manca la volontà personale vanga a mancare il servizio. Similmente, la giurista Elena Caruso riporta che a seguito dei pronunciamenti CEDS contro l'Italia alcuni ospedali hanno assunto personale *ad hoc* per le IVG e commenta che molte di queste risposte hanno avuto un carattere «temporaneo» e «frammentario», poiché basate «sulla reattività delle singole amministrazioni nel dare priorità al problema delle IVG, contribuendo ad amplificare la già rilevante disparità dei livelli sanitari di assistenza tra i diversi territori»[36].

Va specificato che la nostra prospettiva si è collocata dentro il servizio e non ha dialogato con le persone che ne usufruiscono. Sicuramente non si può negare che per le donne possa comunque essere impattante il fatto di recarsi in un contesto dove lo sguardo sull'aborto è particolarmente stigmatizzante[37]. Consapevoli della parzialità della nostra prospettiva, abbiamo scelto di integrare il dibattito attualmente esistente intorno al tema dell'aborto relazionandoci con chi il servizio lo offre.

L'infermiera che si occupa dell'ambulatorio commenta così l'organizzazione della struttura:

Secondo me nonostante il numero alto di obiettori qui si è riusciti a organizzare un buon servizio. Penso che l'organizzazione che c'è qui sia molto rara! Io sono

[35] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 59.

[36] E. Caruso, *Il crocevia mancato tra Roma e Strasburgo in materia di interruzione volontaria di gravidanza*, cit., pp. 457-458.

[37] La pagina internet della Provincia autonoma di Bolzano sul tema dell'interruzione volontaria di gravidanza ci sembra un buon esempio di questo sguardo: http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/comitati-commissioni-reti/interruzione-volontaria-di-gravidanza.asp (ultima consultazione 10/12/2020).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

soddisfatta perché faccio tutto quello che è possibile per le donne […] loro sanno che questa stanza è un luogo protetto, non vengono rimbalzate da una persona all'altra. Da quando sono qui non ci è mai capitato di mandare via una donna (Infermiera, non obiettrice).

Il caso di Bolzano – scelto per le grandi differenze rispetto al nostro caso studio principale – ci è utile perché, partendo da premesse radicalmente diverse, ci permette di ribadire che l'obiezione di coscienza è solo uno dei motivi che ostacolano l'accesso all'aborto e che i fattori che intervengono nell'organizzare o meno il servizio sono anche di natura diversa. Si rende quindi urgente osservare l'offerta di IVG nel nostro paese da prospettive nuove che non sostituiscano, bensì integrino, il decennale dibattito sull'obiezione di coscienza.

4. *Un istituto giuridico, due ambiti applicativi: l'obiezione di coscienza nell'IVG e nella PMA*

Come già visto, l'obiezione di coscienza è evocata, facendo ricorso addirittura alle stesse parole, nella legge 194/78 e nella legge 40/2004. Sebbene il tema sia meno noto, anche nel caso della PMA la legge prevede che un professionista possa astenersi da alcune pratiche, e in particolare da quelle attività strettamente e necessariamente connesse alla prestazione richiesta. Analogamente a ciò che avviene per l'aborto, un professionista non può astenersi dall'attività di assistenza che precede e segue l'intervento. Inoltre, ancora al pari di quanto avviene in materia di interruzione di gravidanza, al personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non si richiede né di motivare la propria scelta sulla base di convinzioni personali né di offrire una prestazione alternativa rispetto a quella rifiutata sulla base del diritto all'obiezione di coscienza[38]. È significativo constatare che gli unici due ambiti medici[39] in cui alcuni professionisti possono essere esonerati da una mansione su base etica appartengono alla sfera ostetrico-ginecologica e, in particolare, a quella parte dell'ostetricia e della ginecologia che si occupa di salute riproduttiva.

Questa constatazione ci spinge a confrontare l'istituto dell'obiezione di coscienza così come si presenta nel contesto dell'IVG e nel contesto della

[38] B. Liberali, *Il diritto di obiezione di coscienza nella procreazione medicalmente assistita: quale configurazione a seguito delle decisioni della Corte costituzionale?*, in «Forum di Quaderni Costituzionali», 15, 2011.

[39] Si esclude, quindi, il riferimento all'obiezione di coscienza sulle sperimentazioni sugli animali e i dibattiti in merito al suicidio assistito. Per gli ambiti in cui è prevista l'obiezione di coscienza si rimanda all'Introduzione. Per i dibattiti sul suicidio assistito si rimanda al volume II.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

PMA per cercare tanto nelle norme, quanto nelle rappresentazioni professionali e nelle opinioni dei ginecologi, le ragioni di un uso diametralmente opposto di questo strumento.

La prima constatazione riguarda il fatto che mentre l'obiezione è uno dei punti focali del dibattito intorno all'IVG, poiché da molti considerato causa di disservizi e problemi di accesso per moltissime donne, questo tema è quasi assente nei discorsi sulla PMA. Per essere precisi bisognerebbe dire che l'obiezione di coscienza è spesso evocata come categoria nel dibattito pubblico quando si trattano quei temi che chiamano in causa profondi convincimenti umani, ciò è avvenuto sia nel caso della PMA sia in altri ambiti in cui la legislazione non la prevede[40], ma è stata fino ad ora scarsamente usata nell'ambito della riproduzione artificiale da quei professionisti che ne avrebbero facoltà. Non è irrilevante, a questo proposito, segnalare che molti ginecologi con cui abbiamo dialogato non fossero nemmeno al corrente dell'esistenza dell'obiezione di coscienza all'interno della legge sulla PMA o, comunque, non lo ritenessero un tema particolarmente degno di attenzione.

> Non mi sono mai soffermato sul fatto che la legge preveda l'obiezione di coscienza […] nella storia del nostro servizio nessuno ha mai obiettato (Ginecologo, obiettore).

Analizziamo dunque alcune significative differenze riguardanti i due servizi. Essendo la PMA un servizio altamente specialistico, ad esempio, va da sé che esso non venga offerto in tutti gli ospedali, ma solo in alcuni centri[41]. A differenza della legge n. 194 del 1978, inoltre, la legge n. 40 non impone agli ospedali e alle Regioni di organizzarsi in modo tale da garantire in ogni caso la prestazione[42]. Per continuare i paragoni tra come è immaginata l'erogazione delle due prestazioni, è utile portare l'attenzione su due elementi che segnano altre grandi discontinuità organizzative: la prima è il fatto che per legge l'IVG sia praticabile solo in ospedali pubblici o in cliniche convenzionate, mentre la PMA si svolga anche nei centri privati[43]. Una seconda differenza è che la legge 194 prevede che tutti i ginecologi non obiettori debbano praticare aborti. Come abbiamo visto nel capitolo precedente questo significa che i turni vengono organizzati conteggiando tutti i non obiettori disponi-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[40] Per questi profili si rimanda alla parte I del volume II.

[41] In Italia sono attivi 366 centri, di cui 114 pubblici, 21 privati convenzionati, 231 privati. Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, 2019, p. 5.

[42] B. Liberali, *Il diritto di obiezione di coscienza nella procreazione medicalmente assistita*, cit.

[43] Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*, cit. Si veda in particolare p. 5 per il numero dei centri attivi in Italia e per il numero di cicli effettuati.

bili, causando quei fenomeni che abbiamo chiamato «obiezione di comodo» e «obiezione per l'organizzazione del servizio». Al contrario, per via dell'alta specializzazione del servizio, il numero di ginecologi che lavorano negli ambulatori di PMA è limitato a coloro che, già in fase di specializzazione, hanno scelto di approfondire gli studi in questo settore. Si opera, quindi, una selezione a monte per accedere a lavorare nei servizi di PMA e la selezione è legata alla dimensione delle scelte personali nella sfera professionale.

Da sempre la PMA è riservata a medici che hanno una formazione e un interesse particolare, per cui sono loro che hanno scelto di fare PMA. Sicuramente ci sarà qualcuno che per principio è contrario ma non si nota perché semplicemente non sceglie di lavorare in questo ambito. Mentre le IVG dovrebbero farle tutti i ginecologi del reparto, la PMA è completamente un'altra cosa: non tutti i reparti ce l'hanno e i reparti che ce l'hanno tendono ad assumere ginecologi già formati in quell'ambito (Ginecologo, obiettore).

La scelta di operare nell'ambito della PMA è qualcosa che si compie sin dagli anni della specializzazione; è quindi «presumibile che coloro che hanno deciso di lavorare presso le medesime strutture abbiano già risolto l'eventuale contrasto di coscienza rispetto alle tecniche di procreazione assistita e alla modalità di nascita»[44]. Questo aspetto è stato quello principalmente richiamato dai nostri interlocutori per spiegare la grande differenza di utilizzo dell'obiezione di coscienza nei due ambiti in cui essa è prevista.

Che sappia io, mai nessuno ha obiettato! Chi non si vuole occupare di questa branca della medicina perché non ne sa nulla, perché non è d'accordo o perché non gli interessa non prende quel tipo di percorso, ma non ho mai visto una obiezione dichiarata (Ginecologo, obiettore).

Alle questioni legate all'organizzazione del servizio, si aggiungono quelle legate alle rappresentazioni professionali che oppongo il lavoro in IVG – pesante ed emotivamente impegnativo dal punto di vista umano e inutile e poco soddisfacente dal punto di vista professionale – alla partecipazione alle tecniche di PMA, campo scientifico in rapida espansione, dove la ricerca è in fermento, e campo medico che gode di un diffuso plauso sociale. Basti pensare che se alcuni medici che praticano aborti sono stati definiti «medici che tifano per la morte»[45], colleghi che si occupano di riproduzione assistita godono nei media del soprannome di «angelo delle coppie»[46].

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

[44] B. Liberali, *Il diritto di obiezione di coscienza nella procreazione medicalmente assistita*, cit.

[45] S. Lorenzetto, *Il medico che tifa per la morte*, in «ilGiornale.it», 24 settembre 2005, https://www.ilgiornale.it/news/medico-che-tifa-morte.html (ultima consultazione 10/12/2020).

[46] A. Nicolini, *Prima fecondazione eterologa con l'angelo delle coppie folignate*, in «Corriere dell'Umbria», 14 ottobre 2014, https://corrieredellumbria.corr.it/news/foligno/151947/Prima-fecondazione-eterologa-con-l-angelo.html (ultima consultazione 10/12/2020).

Il confronto tra IVG e PMA dalla prospettiva dell'obiezione di coscienza, per quanto il tema abbia pesi radicalmente diversi nei due ambiti, nasce dalla constatazione che il non esercizio dell'obiezione nel campo della PMA non possa essere riconducibile a una minor problematicità etica della pratica. Nonostante anche all'interno di quello che viene normalmente considerato «il mondo conservatore» ci sia stato sin da subito un certo grado di apertura e di interesse nei confronti delle tecniche di fecondazione assistita[47], questo non ha liberato il campo da accesi dibattiti visto che le tecniche di PMA stanno producendo dirompenti cambiamenti rispetto ai tradizionali costrutti culturali e sociali sulla maternità, sulla paternità e sulla genitorialità in senso lato[48].

Le posizioni di un potenziale obiettore di PMA potrebbero afferire allo stesso retroterra ideologico cui afferiscono le posizioni di alcuni obiettori per l'IVG, opinioni che propongono l'etica della sacralità della vita e che si riferiscono all'embrione come essere umano. Ciò nonostante i due tipi di obiezione possono anche essere intesi in contraddizione l'uno con l'altro poiché in un caso si difende la vita e nell'altro la si crea[49].

Nell'ambito della PMA non si viola nessuno dei comandamenti se vogliamo intenderlo in modo religioso. Al contrario dell'IVG, qui la vita la crei, quindi è una cosa completamente diversa (Ginecologo, obiettore).

Io lavoro in PMA e non faccio IVG. Sarà un ragionamento terra terra, ma mi sembra non molto coerente fare di tutto per dare i figli alla gente che non può e poi fare IVG a chi se lo ritrova e non lo voleva. Va bene tutto… io però mi sono dedicato a formare embrioni e a cercare di farli diventare bambini. Mi viene difficile immaginare di dedicarmi anche a eliminare gravidanze che diventerebbero bambini ma io arrivo e glielo impedisco. Per carità, non sono figli miei e i genitori hanno diritto di scegliere, ma se posso evitare di prestarmi lo faccio. È un'obiezione laica, io non sono un cattolico osservante ma obietto perché vedo una contraddizione tra le IVG e il mio lavoro principale che è quella di fare fecondazioni, embrioni e quindi bambini (Ginecologo, obiettore).

Ciò nonostante queste interpretazioni sono del tutto personali e nei Centri di PMA degli ospedali pubblici operano sia ginecologi obiettori che ginecologi non obiettori.

Va detto che questa legge – esattamente come è stato per la legge sull'aborto – è stata l'esito di un compromesso che ha su molti temi assecondato le istanze del mondo cattolico e conservatore, tanto che la legge 40 è

[47] C. Flamigni e M. Mori, *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*, Milano, Net, 2005, p. 21.

[48] P. Di Nicola, C. Lonardi e D. Viviani, *Forzare la mano. Natura e cultura nella procreazione medicalmente assistita*, Milano, FrancoAngeli, 2018.

[49] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 83.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

stata chiamata «la legge cattolica sulla riproduzione»[50], «legge ideologica»[51] e «legge che dimostra la chiusura del legislatore nei riguardi del sapere scientifico»[52]. Queste difficoltà sono riconducibili a quella «tensione tra diritto ed etica»[53] che caratterizza i temi che in questo volume trattiamo, tensione che si colloca tra posizioni etiche diverse ma anche tra posizionamenti diversi all'interno della società (associazionismo, singoli, professionisti, assetto normativo). Tale tensione non va analizzata solo con l'obiettivo di mostrare i diversi punti di vista, ma con uno sguardo più ampio poiché

> dietro la qualificazione di alcuni temi come eticamente sensibili o controversi si cela più di un'insidia e, in particolare, il rischio di un arretramento del diritto, di una abdicazione alla sua primigenia funzione di regolazione della vita associata e di risoluzione di conflitti tra i consociati, così rimessi a diverse valutazioni di natura eticomorale. […] Questa tendenza e, più in generale, la difficile elaborazione di norme giuridiche sulla procreazione sono da ricondursi non solo alla intrinseca complessità dei temi in discussione, ma anche e non di meno alla difficoltà, tutta interna al dibattito propriamente giuridico-costituzionale, di individuare univocamente valori, principi, interessi e beni meritevoli di tutela giuridica[54].

Alcuni esempi di potenziali temi di dibattito etico che è stato inizialmente sopito dalla legge stessa sono il numero di embrioni prodotti, il tema degli embrioni sovrannumerari, la fecondazione eterologa, l'accesso alle pratiche di fecondazione a coppie dello stesso sesso o alle donne single. La legge stessa ha sopito il rischio di obiezione di coscienza perché si è collocata sulle posizioni più «tradizionaliste», come si vede dal nome stesso che è stato dato alla legge *Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*. Parlare di «procreazione» significa fare una scelta terminologica ben precisa, ovvero richiamare il dogma religioso della creazione piuttosto che il processo biologico della riproduzione[55]. Si tratta tra l'altro di una scelta diversa da quella fatta in altri paesi europei, dove si parla, ad esempio, di *medically assisted reproduction* e di *reproducción humana asistida*. Questa scelta è in linea con quella che ha portato a chiamare la legge 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, anche in questo caso marcando una netta differenza rispetto alle scelte attuate in altri contesti europei, dove si parla di *Abortion Act* nel Regno Unito e di *Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse* in Francia.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[50] C. Flamigni e M. Mori, *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*, cit., p. 9.
[51] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice. Fecondazione assistita, riflessioni e prospettive*, Milano, FrancoAngeli, 2010, p. 36.
[52] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 5.
[53] Ivi, p. 2.
[54] *Ibidem.*
[55] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 83.

Per richiamare solo gli aspetti della legge più rilevanti in questo discorso, ricordiamo che la legge 40 imponeva il limite di tre embrioni producibili per ogni ciclo di stimolazione ovarica e l'obbligo di destinarli a un unico e contemporaneo impianto. La legge vietava inoltre la crioconservazione degli embrioni, concessa solo in caso di gravi motivi di salute della donna che le rendessero impossibile sottoporsi alla fecondazione nel momento previsto. La legge conteneva inoltre l'assoluto divieto di fecondazione eterologa e contemplava come condizione necessaria per l'accesso al servizio l'esistenza di una coppia eterosessuale. Come sostiene Liberali, quindi:

> Il diritto all'obiezione di coscienza di cui all'art. 16 poteva originariamente non ritenersi esercitato in misura tale da compromettere la stessa applicazione della legge n. 40, in ragione della identità fra impianto originario della legge n. 40 e posizione del potenziale medico obiettore di coscienza rispetto all'intenzione di garantire la preminente tutela dell'embrione[56].

Seppur questo ambito di applicazione medica non sia privo di aspetti che lo rendono eticamente problematico – *in primis* il fatto stesso che il concepimento non avvenga più in modo «naturale», bensì artificiale, col conseguente risvolto di scindere l'atto procreativo dall'atto sessuale[57] – la legge 40 non ha però visto un'applicazione del diritto di obiezione di coscienza in riferimento al suo testo originario. Significativo che nelle 272 pagine che compongono la Relazione annuale sull'applicazione della legge 40 le parole «obiezione» e «obiettore» (incluso quando questa compare per indicare un non obiettore) non compaiono nemmeno una volta, contro le 61 volte in cui questi due termini compaiono nelle 57 pagine di Relazione annuale sull'applicazione della 194.

Si è fatto ricorso all'obiezione di coscienza, o l'obiezione è stata quanto meno evocata, non in merito alla legge, bensì alle sue modifiche, ovvero alle decisioni dalla Corte costituzionale che hanno ampliato sia il ventaglio di tecniche applicabili, sia le tipologie di coppie che possono ricorrere al trattamento, incidendo sulla pratica professionale del personale coinvolto nei servizi di PMA e ampliando il bacino di potenziali utenti che hanno la possibilità di accedere alle tecniche in Italia, senza dover far ricorso a costose e talvolta poco tutelate esperienze di «turismo riproduttivo»[58].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[56] B. Liberali, *Il diritto di obiezione di coscienza nella procreazione medicalmente assistita*, cit., p. 8.

[57] M. Strathern, *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies,* New York, Routledge, 1992. Si veda anche I. Bertini, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino, 2018.

[58] C. Flamigni e A. Borini, *Fecondazione e(s)terologa*, Roma, L'Asino d'oro, 2012. Su questo tema si segnalano i lavori dell'Osservatorio sul turismo procreativo.

L'intervento della Corte costituzionale […] da un lato valorizzando specificamente i diritti riconducibili in capo alla coppia e dall'altro lato ampliando la tipologia di tecniche applicabili nonché la stessa categoria di soggetti destinatari è suscettibile di incidere sulla decisione dei medici di sollevare obiezione di coscienza[59].

Seppur questo non sia avvenuto in forma massiccia, è noto per la visibilità che ha avuto sui giornali il caso delle due biologhe dell'Ospedale di Rovigo che hanno dichiarato la loro obiezione nell'aprile 2014, all'indomani della sentenza che ha aperto le porte alla fecondazione eterologa. Altrettanto note sono le conseguenze di questa scelta che ha causato il licenziamento di una delle due biologhe e lo spostamento di mansione dell'altra[60]. Nel settembre dello stesso anno, il Policlinico Gemelli di Roma, una delle strutture autorizzate dalla Regione ad attuare le procedure necessarie per la fecondazione eterologa, ha dichiarato che non avrebbero reso disponibile la pratica. Nelle parole del direttore dell'Istituto di bioetica dell'Università Cattolica Antonio Spagnolo:

La fecondazione eterologa a causa dell'anonimato va contro il diritto del nascituro a conoscere i propri genitori biologici. E dalla prospettiva della coppia la genitorialità risulta frammentata perché il bambino non nasce come frutto dell'amore tra due persone ma perché un gruppo di medici riceve dei gameti e li mette insieme[61].

Ciò che ha spinto verso l'obiezione in questi casi non è tanto una contrarietà alla tecnica – che dal punto di vista procedurale è uguale a quella che si utilizza nella fecondazione omologa – ma è la provenienza dei gameti utilizzati per creare l'embrione e le motivazioni attingono quindi alle concezioni di famiglia in generale e di «famiglia naturale» in particolare[62]. Considerazioni simili sono emerse in seguito all'apertura alle possibilità di diagnosi genetica preimpianto, ammessa peraltro in Italia solo per coppie (fertili o infertili) in cui uno o entrambi i membri siano portatori di malattie genetiche.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[59] B. Liberali, *Il diritto di obiezione di coscienza nella procreazione medicalmente assistita*, cit., p. 6.

[60] M. Nicolussi Moro, *Obiezione alla fecondazione assistita, biologa licenziata dall'Usl di Rovigo*, in «Corriere della Sera», 11 luglio 2014, https://corrieredelveneto.corriere.it/verona/notizie/cronaca/2014/11-luglio-2014/obiezione-fecondazione-biologa-licenziata-dall-usl-223551660351.shtml (ultima consultazione 10/12/2020).

[61] *Fecondazione, il policlinico Gemelli: «Qui non faremo l'eterologa»*, in «la Repubblica», 17 settembre 2014, https://roma.repubblica.it/cronaca/2014/09/17/news/fecondazione_il_policlinico_gemelli_qui_non_faremo_l_eterologa-96010639/ (ultima consultazione 10/12/2020).

[62] L'antropologia lavora da decenni per decostruire l'idea di una famiglia naturale. Si vedano, tra gli altri: S. Forni, C. Pennacini e C. Pussetti (a cura di), *Antropologia, genere, riproduzione*, Roma, Carocci, 2006; S. Grilli, *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Roma, Carocci, 2019; F. Remotti, *Contro natura. Lettera al papa*, Roma-Bari, Laterza, 2008; M. Sahlins, *What Kinship Is-And Is Not*, Chicago, University of Chicago Press, 2014; trad. it. *La parentela: cos'è e cosa non è*, Milano, Elèuthera, 2014.

Vincenzo Saraceni, presidente dell'associazione medici cattolici, chiede che i ginecologi vicini al pensiero della Chiesa si «astengano dal praticare la diagnosi preimpianto sull'embrione in quanto è una forma di eugenetica. […] L'obiezione di coscienza è prevista dalla legge sulla fecondazione artificiale quindi non si farà altro che applicarla. Queste linee guida sono inaccettabili perché introducono l'eugenetica. La diagnosi sull'embrione diventerebbe ammissibile solo nel caso in cui esistesse la possibilità di curare l'embrione. Non certo per buttarlo via se si scoprisse che è malato[63].

Il ricorso all'obiezione di coscienza, effettivo o puramente discorsivo, emerge quando si toccano gli aspetti più sensibili e problematici della riproduzione assistita. Ha quindi senso chiedersi se il limitato ricorso all'obiezione dipenda dal fatto che l'eterologa è oggi principalmente appannaggio di centri privati e che quindi non riguardi se non una piccola parte dei ginecologi del SSN. Anche in centri pubblici dove ad oggi non si effettuano fecondazioni eterologhe, alcuni ginecologi ritengono necessario che su questa tecnica rimanga valida la possibilità del medico di obiettare. Ha anche senso ricordare che il ricorso all'obiezione di coscienza potrebbe avvenire anche nel futuro, ad esempio nel caso la diagnosi preimpianto venga concessa a tutte le coppie, se l'accesso alle tecniche venisse garantito alle donne single o alle coppie dello stesso sesso e se si aprisse la possibilità che donne effettuino la gestazione per altri. Come afferma Boltanski in tema di aborto, infatti, «il nostro atteggiamento nei confronti delle possibilità offerte dallo sviluppo tecnologico va dall'ammirazione affascinata alla reticenza inquieta»[64].

5. *PMA: un caso di obiezione «contra legem»?*

Il fatto che nel campo della PMA non si sia manifestato un alto numero di obiettori non significa affatto che la legge sia stata vista con favore. La legge, approvata dopo un iter parlamentare eccezionalmente lungo e tormentato durato ben 19 anni[65], nella sua formulazione originaria è stata accolta in chiave molto critica dal mondo civile, dagli intellettuali e dai professionisti. Alla base di queste critiche stanno ovviamente motivazioni diverse,

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[63] *«Obiezione di coscienza sulla fecondazione»*, in «Corriere della Sera», 3 maggio 2008, https://www.corriere.it/salute/08_maggio_03/fecondazione_obiezione_coscienza_81205dfe-18dd-11dd-8268-00144f486ba6.shtml (ultima consultazione 10/12/2020).

[64] L. Boltanski, *La condition foetale: Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004; trad. it. *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Milano, Feltrinelli, 2007, p. 3.

[65] G. Ricci *et al.*, *Il difficile percorso normativo italiano sulla Procreazione Medicalmente Assistita: revisione della letteratura e stato dell'arte*, in «La Clinica Terapeutica», 166, 2015, n. 3, pp. 234-241.

che toccano tanto la sfera dei diritti sociali e civili quanto le considerazioni mediche e cliniche. Trattiamo in questo ultimo paragrafo delle critiche emerse nel mondo medico e di come la legge sia stata recepita.

Come scrive Patrizia Borsellino nell'introduzione a un numero monografico di «Politeia», interamente dedicato all'obiezione di coscienza, l'obiezione di coscienza non è un fenomeno unitario[66], ma molto più eterogeneo di ciò che si pensi[67]. I diversi fenomeni che rientrano sotto questa etichetta sono accomunati dal rifiuto di obbedire a una legge, ma tale rifiuto può esprimersi in diversi modi e con diverse finalità. In questa sede ci interessano soprattutto le prime due distinzioni operate dall'autrice, che distingue innanzitutto le obiezioni in base alla loro legittimazione sul piano giuridico, distinguendo tra obiezioni di coscienza *secundum legem*, da quelle *contra legem*[68]. Le prime sono attuate all'interno di un quadro normativo che prevede l'istituto dell'obiezione, pertanto chi obietta agisce all'interno di ciò che è previsto dalla legge, di cui riconosce la validità; le seconde sono invece forme di azione contro la legge, di cui quindi non viene riconosciuta la validità. Coloro che rifiutarono di prestare il servizio militare prima del 1972, ovvero prima che la legge offrisse un'alternativa al servizio di leva, chi ha obiettato si è opposto a quello che allora era un obbligo, pagando la sua scelta col carcere. Questi uomini venivano definiti dai giornali «obiettori totali»[69] in quanto si opponevano alla norma nella sua interezza. Per alcuni, ancora oggi, questa forma di contestazione è l'unica vera e propria obiezione[70]. Una seconda distinzione operata dall'autrice riguarda le finalità dell'atto di obiettare:

> casi di obiezione di coscienza, ai quali è del tutto estraneo l'intento di contestare la validità delle norme dalla cui osservanza si richiede di essere esonerati, si differenziano nettamente dai casi in cui, dietro la testimonianza di valori considerati irrinunciabili, si intravede il tentativo dell'obiettore di rendere ineffettiva la legge che non li recepisce[71].

Queste due distinzioni sono a nostro avviso rilevanti per parlare di PMA, perché a fronte di centri che hanno applicato le legge in tutte le sue parti, ce ne sono stati altri a livello nazionale che l'hanno disattesa, almeno sino alla già citata sentenza n. 151/2009 con cui è venuto meno sia il limite di produrre tre embrioni, sia l'obbligo di impiantarli contemporaneamente. La scelta di disattendere la legge è stata presentata da chi l'ha fatta come

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[66] P. Borsellino, *Introduzione*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 3-10.
[67] Si veda anche: C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit.
[68] P. Borsellino, *Introduzione*, cit., p. 4.
[69] C. Lalli, *C'è chi dice no*, cit., p. 19.
[70] R. Lanzillo, *L'obiezione ecologica*, in B. Perrone (a cura di), *Realtà e prospettive dell'obiezione di coscienza*, Milano, Giuffrè, 1992, p. 338.
[71] P. Borsellino, *Introduzione*, cit., p. 5.

una scelta etica, poiché si basava sull'idea che «la coscienza medica indica di fare il miglior trattamento possibile al paziente, che non è il feto ma la donna». Ciò perché per molti la legge era in aperto contrasto con l'art. 32 della Costituzione e, in particolare, con la tutela della salute nella sua accezione più ampia[72]. La legge 40, invece, come ci è stato detto da alcuni medici e come è stato ampiamente commentato anche al di fuori dell'ambito sanitario, aveva come chiaro e dichiarato principio ispiratore la tutela dell'embrione o del concepito, considerato come soggetto di diritti[73]. Questo principio ispiratore è dichiarato sin dal primo articolo della legge in cui si esplicita che il «concepito» è considerato come uno dei soggetti coinvolti e, come tale, portatore di diritti. In definitiva, la legge 40 poneva «divieti che hanno come risultato pratico quello di rendere il ricorso alla fecondazione assistita più difficile, più esposto a insuccessi e maggiormente lesivo della salute della madre»[74].

Il punto nodale della critica – ovvero dell'obiezione alla legge – era l'obbligo di fecondare solo gli ovuli che sarebbero stati impiantati in utero con un limite massimo di tre. Stabilire un numero fisso voleva dire partire dal presupposto che gli ovuli di tutte le donne sono uguali, mentre è noto che ci sia una grossa differenza da una donna all'altra e anche che ci sia differenza in una stessa donna in momenti diversi della sua vita. Nel caso di una coppia giovane, infatti, la possibilità di ottenere tre ovuli fecondati in grado di impiantarsi è molto alta e, nel caso questi fossero stati impiantati contemporaneamente, ci si sarebbe potuto aspettare di trovarsi di fronte a una gravidanza plurigemellare. D'altra parte, la scelta di ridurre a uno il numero di ovuli da fecondare per diminuire il rischio di gravidanze plurime non sembrava coerente con l'invasività dell'iter complessivo a cui la coppia, e in particolar modo la donna, si doveva comunque sottoporre. In questo caso, dunque, l'obbligo di impiantare tutti e tre gli ovuli fecondati poteva tradursi in un errore, nel senso di una produzione eccessiva di embrioni. Allo spettro opposto, nel caso di coppie al limite dell'età fertile, il tetto di tre ovuli era decisamente troppo basso per garantire un buon esito della pratica. Le percentuali di successo si attestavano, in quegli anni, intorno al 25%[75]. In molti casi, quindi, la creazione di tre embrioni risultava sproporzionata per difetto, con la conseguenza di dover spingere le donne a tentativi successivi, che richiedevano la necessità di ulteriori cicli di stimolazione ormonale, con i rischi che questi comportano dal punto di vista psicofisico.

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[72] G. Ricci *et al.*, *Il difficile percorso normativo italiano sulla Procreazione Medicalmente Assistita*, cit., p. 234.

[73] C. Flamigni e M. Mori, *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*, cit., p. 46.

[74] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice*, cit., p. 20.

[75] C. Flamigni, *La procreazione assistita*, Bologna, Il Mulino, 2002, p. 66.

A logica, che cosa mi aspetto se prevedo un'applicazione rigorosa della legge 40? Un crollo dei risultati: un calo della *pregnancy rate* generale da un lato, ovvero una diminuzione importante della probabilità di gravidanza complessiva rispetto al numero delle pazienti (perché le pazienti più anziane vengono fortemente penalizzate dal fatto di usare solo tre uova) e un aumento dell'incidenza delle gravidanze gemellari e trigemellari dall'altro.

Complessivamente, però, negli anni in cui la legge è stata in vigore interamente – 2004/2009 – si è verificato solo il secondo esito: sono aumentate le gravidanze gemellari ma non è diminuita l'efficacia generale del trattamento. Questo ci dice che in media la legge è stata applicata poco (Ginecologo).

Ciò significa che, anche prima della sentenza del 2009, era prassi diffusa fecondare più di tre ovuli per trattamento, registrando però nelle cartelle cliniche che ne erano stati fecondati solo tre. Si attuava cioè una valutazione rispetto al numero di cellule uovo da fecondare caso per caso e poi si impiantavano solo quelle che si erano trasformate in embrioni[76]. Questo andamento è stato così diffuso che uno dei nostri interlocutori ha definito la legge 40 «la legge mai applicata».

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[76] Sulla rigidità della legge e sui suoi effetti indesiderati si veda: C. Casonato, *Legge 40 e principio di non contraddizione: una valutazione d'impatto normativo*, in E. Camassa e C. Casonato (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita. Ombre e luci*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2005, pp. 13-40.

Capitolo quarto

IVG, PMA e libertà di coscienza: pluralità di approcci e nuove sfide nell'attività ospedaliera

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *Obiezione di coscienza all'IVG: l'ambivalenza delle esigenze organizzative*

L'analisi svolta a partire dalle interviste condotte nella nostra ricerca, proprio perché legata a contesti come quello torinese che, per dimensioni, numero di professionisti e approcci organizzativi, riesce a garantire effettivo accesso all'IVG, ci consente di concentrare la nostra riflessione su alcune problematiche specifiche.

Eliminando considerazioni legate a un numero troppo esiguo di professionisti, proprio di realtà provinciali più piccole, a forme di chiusura o ad approcci poco attenti a nuove e meno invasive tecnologie per la donna – elementi che, come noto e come già ricordato[1], contribuiscono ad aggravare le disparità di tutela nei diversi contesti ospedalieri e regionali – focalizzeremo l'analisi su problematiche che possono essere considerate intrinseche all'esercizio dell'obiezione di coscienza all'aborto per come disciplinato nel nostro ordinamento e per le peculiarità del tipo di azione cui si obietta.

Questo secondo aspetto è legato ai profili già ricordati e in questa sede quindi solo ripresi a completamento del quadro entro il quale muovere le riflessioni: il fatto che l'interruzione di gravidanza sia generalmente una pratica semplice, imposta a tutti i professionisti non obiettori, dalla quale non poter trarre spinte, ma eventualmente solo ostacoli, alla propria carriera incide inevitabilmente sull'approccio dei professionisti all'obiezione. Ciò risulta ancora più evidente nel confronto con la PMA, su cui torneremo.

Per quanto riguarda il primo aspetto menzionato, ossia la disciplina dell'obiezione di coscienza all'aborto, le interviste confermano come pesino le lacune legislative sulle modalità e sugli accorgimenti organizzativi che le Regioni e le strutture sanitarie potrebbero e dovrebbero adottare. La legge si limita infatti a un generico richiamo alla loro responsabilità nel garantire «in

Questo capitolo è di Elisabetta Pulice.

[1] *Supra*, cap. I.

ogni caso» l'accesso all'IVG e a menzionare la mobilità del personale, senza prevedere strumenti idonei a superare i limiti che l'elevato numero di obiettori pone all'effettiva tutela dei diritti della donna e dei professionisti non obiettori.

Da questo punto di vista è bene però sottolineare che per quanto riguarda il raggiungimento del risultato dovuto, da tale imprecisione della norma non discende l'attribuzione di una discrezionalità amministrativa. Le norme che tutelano i diritti della donna e l'applicazione dei principi di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione (art. 97 Cost.) rendono necessaria e doverosa la regolazione organizzativa dell'obiezione di coscienza. Dall'obbligo organizzativo possono derivare addebiti a carico delle figure apicali[2] e delle Regioni[3].

Va ricordato che anche le violazioni internazionali dell'ordinamento italiano in materia di IVG non derivano dalla disciplina legislativa in sé, ma dalle carenze organizzative.

Del Comitato europeo per i diritti sociali si è già detto[4]. Va inoltre tenuto in considerazione che, come noto, anche dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nonostante il margine di apprezzamento riconosciuto in materie eticamente sensibili, discendono obblighi positivi per gli Stati di adottare le misure idonee a rendere effettivi diritti – l'aborto in questo caso – formalmente riconosciuti dall'ordinamento giuridico. Anche la libertà di coscienza nel contesto professionale dev'essere quindi garantita in modo da non impedire ai pazienti di accedere ai servizi cui hanno legalmente diritto[5].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[2] Il d.lgs. n. 502/92 sul «Riordino della disciplina in materia sanitaria», nel trasformare le USL in aziende con personalità giuridica, pubblica, dotate di specifiche forme di autonomia, individua le figure apicali nel direttore generale (sul quale, ferma restando l'ipotesi di delega di funzioni ai responsabili dei servizi, grava la responsabilità per carenze organizzative), coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo. Per un approfondimento su questi aspetti e sulla possibilità di ricostruire dalle norme di rango ordinario una posizione di garanzia degli organi apicali, che includerebbe anche la garanzia del servizio di IVG, tanto da rendere configurabile, a determinate condizioni, il reato di interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità, di cui all'art. 340 c.p., si veda, ad es., N. Vettori e V. Abu Awwad, *Servizi di interruzione volontaria della gravidanza e obiezione di coscienza: obblighi dell'amministrazione sanitaria e possibili profili di responsabilità penale*, in «Rivista italiana di medicina legale», 1, 2018.

[3] Sulle Regioni, oltre a quanto previsto dalla legge 194 e al dovere di programmazione delle attività di assistenza e cura (integrando i «livelli essenziali e uniformi» in attuazione del piano sanitario nazionale) grava la responsabilità per «la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi […] le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto […] anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie», attribuita loro nei confronti «delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere» (d.lgs. n. 502/92 art. 2 comma 2).

[4] *Supra*, cap. I.

[5] Corte EDU, *R.R. c. Polonia*, ric. n. 27617/04, 26 maggio 2011, § 206. Sull'obbligo positivo di organizzare il servizio in modo da assicurare che la libertà di coscienza non ostacoli

Coerentemente con l'approccio seguito nella nostra ricerca e con la lettura ampia del diritto alla salute su cui si fonda, nell'ordinamento italiano, il diritto di abortire, l'analisi dei profili richiamati non si limita all'impatto dei conflitti sulla possibilità di accedere alle tecniche di IVG. La doverosità organizzativa deve affrontare, infatti, le molteplici prestazioni necessarie a garantire tale diritto in tutte le fasi del percorso della donna, dal primo contatto con il professionista, alle modalità di informazione, al supporto e alla tutela da forme di giudizio o stigma, fino all'intervento interruttivo[6].

Ciò è strettamente legato al profilo principalmente indagato nella nostra ricerca: le conseguenze e le sfide che, per garantire tale percorso nel suo complesso, la gestione dell'alto numero di obiettori comporta nel rapporto tra professionisti.

In tale prospettiva, l'assenza di meccanismi di garanzia delle prestazioni ha un evidente impatto sull'organizzazione del servizio, che, a sua volta, si pone in maniera ambivalente, nei termini che preciseremo a breve, rispetto alla tutela di un ragionevole bilanciamento tra scelta di obiettare e diritto all'aborto.

Per comprendere tale ambivalenza è utile riprendere alcuni criteri-guida e requisiti del citato bilanciamento per definirne, seppur sinteticamente, il quadro dei principi giuridici di riferimento sui quali l'alto numero di obiettori incide.

1.1. *Dall'eccezione alla regola: la difficile costruzione dell'eguaglianza tra obiettori e non obiettori*

Riprendendo i principi fondamentali dell'obiezione di coscienza, va innanzitutto ricordato che la posizione dell'obiettore esprime un diverso bilanciamento rispetto a quello definito dalla legge, che può trovare tutela solo se sono rispettati determinati requisiti[7].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

l'accesso ai servizi garantiti dall'ordinamento, cfr. anche *Steen c. Svezia*, ric. n. 62309/17 (§21) e *Grimmark c. Svezia*, ric. n. 43726/17 (§15), entrambe decisioni del 12 marzo 2020, su cui torneremo. Sulle violazioni dell'art. 8 CEDU per gli ostacoli all'accesso all'IVG, si vedano, inoltre, *Tysiąc c. Polonia*, ric. n. 5410/03, 20 marzo 2007; *P & S c. Polonia*, ric. n. 57375/08, 30 ottobre 2012; *A., B. e C. c. Irlanda* (con riferimento alla terza ricorrente), ric. n. 25579/05, 16 dicembre 2010.

[6] Per un approfondimento su tali profili, cfr. A. Pioggia, *Diritto all'aborto e organizzazione sanitaria, ovvero del diavolo nei dettagli*, in «Medicina Nei Secoli Arte e Scienza», 28, 2016, n. 1, pp. 149-172.

[7] I profili qui solo richiamati sono più diffusamente trattati, anche se con riferimento a un diverso ambito applicativo (rapporto tra obiezione e clausola di coscienza nel fine vita), nel vol. II, cap. IV, cui si rimanda, anche per ulteriore bibliografia.

Innanzitutto, l'obiezione di coscienza, come detto[8], non può recare pregiudizi ai beni giuridici e alle posizioni giuridiche soggettive tutelati dalla legge cui si consente di obiettare.

> Se infatti si tiene presente che un dovere non può essere imposto, a pena di illegittimità costituzionale, se non per il perseguimento di un bene di rilevanza costituzionale, il suo mancato adempimento nella generalità dei casi si tradurrà in un pregiudizio a quel bene giuridico, al cui perseguimento verrà a mancare la collaborazione dell'obiettore[9].

Proprio il venir meno di tale collaborazione incide tanto sul diritto della donna di abortire quanto sulle posizioni giuridiche soggettive dei professionisti non obiettori.

La tutela dell'obiezione di coscienza nell'ambito degli ospedali pubblici comporta, infatti, necessariamente, una conflittualità tra diritti fondamentali, al cui contemperamento è chiamato sia il legislatore attraverso il principio democratico rappresentativo[10] sia l'amministrazione sanitaria.

Il conflitto tra dovere imposto dalla legge e coscienza, intesa come imperativo morale del professionista, per trovare riconoscimento e tutela come obiezione di coscienza non deve compromettere del tutto, quindi rendere impossibile o eccessivamente gravoso, il raggiungimento delle finalità della legge.

La possibilità di garantire il bilanciamento di interessi definito e tutelato dalla disciplina legislativa oggetto di obiezione è inoltre legata all'ulteriore presupposto della natura minoritaria dell'obiezione di coscienza[11]. Proprio dalla tutela di posizioni minoritarie in uno stato di derivazione liberale, fondato sui principi personalista e pluralista, può derivare l'esigenza di tutelare, a determinate condizioni, la libertà di coscienza come obiezione a un dovere giuridico imposto in via generale. Allo stesso tempo, il carattere minoritario dell'obiezione «consente di escludere che la sua legittimazione possa di per se stessa paralizzare sostanzialmente l'efficacia della legge»[12].

Nel caso però in cui, a fronte dell'alto numero di obiettori, quella che l'ordinamento prevede come un'eccezione diventi, nei fatti, la regola, il rischio è che vengano meno i presupposti ora menzionati.

Benché le motivazioni e le argomentazioni emerse dalle interviste – spesso lontane da un'obiezione alla possibilità di abortire in sé – consen-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[8] *Supra*, Introduzione.

[9] D. Paris, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, Passigli, 2011, pp. 267-268.

[10] Cfr., ad esempio, M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, Milano, Giuffrè, 2014, p. 195.

[11] Su questi profili si vedano, ad esempio, D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 178; M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 24.

[12] F. Onida, *Contributo a un inquadramento giuridico del fenomeno delle obiezioni di coscienza*, in «Il Diritto Ecclesiastico», I, 1982, pp. 237 ss., citato anche in D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 178.

tano di escludere che ci si trovi nella situazione, affrontata in termini generali in dottrina, in cui gli obiettori rivendichino la sostituzione di una dimensione individuale e minoritaria a quella collettiva e maggioritaria, l'attuale applicazione dell'obiezione all'aborto mette in crisi un'ulteriore condizione per il suo riconoscimento: il rispetto del principio di eguaglianza. In alcuni contesti rischia inoltre di portare a «un rovesciamento inquietante» delegittimando la scelta del non obiettore[13].

La differenziazione di disciplina normativa tra chi sente nel dovere di eseguire l'aborto una contrarietà insuperabile con la propria coscienza e chi, invece, ritiene tale dovere compatibile con i propri imperativi morali è nella natura stessa del riconoscimento dell'obiezione di coscienza. Tale differenza, per essere costituzionalmente legittima, deve essere ragionevolmente fondata su una effettiva diversità tra le situazioni disciplinate.

Ne discende, da un lato, la necessità di distinguere l'obiezione di coscienza autenticamente fondata su profonde ragioni morali da quella di comodo e, dall'altro, il rispetto del principio di proporzionalità e ragionevolezza nella disparità di condizioni previste per obiettori e non obiettori.

Al rispetto del principio di eguaglianza si legano le considerazioni, già in parte menzionate[14], in merito all'assenza nella legislazione sull'IVG di una prestazione alternativa in caso di obiezione. In dottrina si è sostenuto che tale mancata previsione costituisca un elemento di incostituzionalità della legge per violazione del principio di eguaglianza. Si è però anche sottolineato come dalla Costituzione non discenda necessariamente l'obbligo di una prestazione alternativa in quanto tale. Dal principio di eguaglianza costituzionalmente fondato deriverebbe in particolare l'esigenza che

> il carico di lavoro richiesto sia pari, nel *quantum*, fra obiettori e non obiettori, per cui l'esercizio dell'obiezione deve limitarsi a influire sulla tipologia delle prestazioni dovute, escludendone alcune, ma non sulla quantità complessiva del lavoro richiesto; non un diritto a lavorare meno, quindi, ma un diritto a un lavoro diverso[15].

Il principio di eguaglianza sarebbe quindi violato dall'assenza nella disciplina legislativa di qualsiasi forma di responsabilità in capo al professionista per la sua scelta di obiettare[16].

Ciò che la legge italiana non disciplina con sufficiente rigore è, inoltre, la tutela del personale non obiettore nel non vedersi eccessivamente gravato

[13] S. Rodotà, *Obiezione di coscienza e diritti fondamentali*, in P. Borsellino, F. Forni e S. Salardi (a cura di), *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, p. 33.

[14] Cap. I.

[15] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 218, cui si rimanda anche per le richiamate posizioni dottrinali in merito all'illegittimità costituzionale della mancata previsione di una prestazione alternativa.

[16] Ivi, p. 223. Cfr. inoltre, M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 147.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

da un numero elevato di aborti. Poiché la disparità di disciplina, per essere conforme al principio di eguaglianza, deve essere ragionevole e proporzionata, una violazione può essere ravvisata nella constatazione che – come spesso emerge dalle interviste e dai dati di diverse realtà ospedaliere – le interruzioni di gravidanza rischino di diventare una parte preponderante del carico di lavoro per la minoranza di medici non obiettori[17].

È quindi per coniugare la correzione della disparità di trattamento con l'esigenza di garantire sia il servizio sia l'obiezione di coscienza che gli interventi e gli approcci organizzativi della struttura sanitaria risultano determinanti.

Deve però essere sottolineato che una disciplina più gravosa in termini di prestazioni richieste agli obiettori, pur rappresentando lo strumento più facilmente praticabile ed efficace per arginare, nel limite del possibile, le obiezioni di comodo, per non diventare un'indebita forma di coercizione della coscienza, deve essere sempre ancorata a concrete esigenze e proporzionata all'obiettivo di contenere l'impatto pregiudizievole dell'alto numero di obiettori.

In tale prospettiva, si è ad esempio ritenuto che richiedere agli obiettori di svolgere a titolo gratuito, a favore del Servizio sanitario nazionale, alcune ore extra dedicate alla prevenzione dell'aborto potrebbe costituire una prestazione alternativa coerente con la scelta di obiettare, ma al tempo stesso in grado di imporre una più attenta valutazione dei costi, anche in termini materiali, di tale scelta[18].

Sul piano della doverosità organizzativa, deve in ogni caso essere considerato che l'eventuale previsione di una prestazione alternativa, pur importante sul piano dell'eguaglianza, non risolverebbe di per sé il problema legato al numero di obiettori assunti all'interno di una struttura ospedaliera[19].

Similmente, può aiutare, ma non risolvere del tutto il problema del numero di obiettori l'opzione dei bandi per soli non obiettori. Come emerge chiaramente dalle interviste, l'obiezione tardiva può essere sostenuta da ragioni pienamente meritevoli di tutela e quindi lontane da com-

[17] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 219.

[18] M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 148; D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 222. Propone invece di limitare le prestazioni che il medico può svolgere in regime libero-professionale, per evitare che il carico di lavoro sgravato dall'obiezione si traduca in possibilità di incrementare forme di guadagno personale, F. Cembrani, *Il Comitato europeo dei diritti sociali, lo stato di attuazione della legge italiana sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza e la sostenibilità pubblica dell'obiezione di coscienza*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 27, 2016, p. 27.

[19] Cfr., tra gli altri, B. Liberali, *Le problematiche applicative della legge n. 194 del 978 relative al diritto di obiezione di coscienza ancora a giudizio (Prime osservazioni alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali nel caso CGIL contro Italia)*, in «BioLaw Journal», 2, 2016, p. 431; M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 146.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

portamenti volti ad aggirare i limiti previsti dal bando. Può anzi accadere che sia proprio iniziare a svolgere le IVG, perché ritenute parte del proprio dovere professionale, a fare emergere un impatto emotivo e difficoltà insostenibili.

In ogni caso, le interviste hanno messo in rilievo la necessità di affrontare tale problema alla luce di una effettiva comprensione delle ragioni sottese alle obiezioni tardive. Si tratta, infatti, di uno degli ambiti in cui emerge chiaramente il ruolo ambivalente dell'organizzazione nella gestione dell'impatto dell'obiezione di coscienza sul servizio di IVG e sui diritti dei professionisti non obiettori.

1.2. *L'organizzazione ospedaliera tra motivazioni per obiettare e gestione delle obiezioni*

Nella gestione dei concreti rapporti tra obiettori e non obiettori e nell'organizzazione effettiva del servizio, l'iniziativa, in assenza di risposte normative, è lasciata alle singole strutture e, talvolta, soprattutto per il trattamento dei non obiettori, ai direttori dei singoli reparti. Se, da un lato, soluzioni organizzative sono necessariamente legate alle specificità locali, dall'altro lato, la mancanza di riflessione comune non risolve i problemi delle differenziazioni, e conseguenti discriminazioni, territoriali[20]. Né permette di costruire un modello di gestione dell'obiezione di coscienza all'IVG in grado di conferire il necessario livello di certezza a tutti i soggetti coinvolti.

Le interviste, inoltre, hanno messo chiaramente in luce l'importanza dell'approccio adottato dagli organi di vertice e, in particolare, dai direttori delle singole unità operative.

Se, come negli esempi citati, l'approccio è a favore del pluralismo valoriale e della tutela dei principi di non discriminazione, l'influenza avrà una valenza positiva.

In un contesto di rapporti asimmetrici, un approccio di chiusura nei confronti dell'aborto può invece aggravare la posizione dei professionisti non obiettori, non solo privandoli di un contesto che tenti di trovare correttivi a possibili forme di discriminazione, ma aumentando anche lo stigma che, come visto, è tuttora presente in molti ambienti ospedalieri, nei confronti tanto dell'aborto quanto dei professionisti che lo praticano.

Come anticipato[21], l'impatto del contesto sociale, culturale e professionale in cui il conflitto si manifesta, rappresenta, unitamente agli strumenti

[20] Anche questo, come visto *supra*, cap. I, rientra tra le discriminazioni multiple rilevate dal CEDS.

[21] *Supra*, Introduzione.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

organizzativi disponibili per gestirlo, un elemento di riflessione comune a molti ambiti della nostra ricerca[22].

L'analisi svolta in prospettiva antropologica ha altresì evidenziato come l'impatto dell'organizzazione non sia solo sulla gestione del numero di obiettori per garantire il servizio, ma anche sulla stessa scelta di obiettare. Specifiche scelte organizzative o l'assenza di misure organizzative, infatti, incidono direttamente sull'aumento o sulla riduzione dei numeri di professionisti obiettori.

La «pesantezza morale», sottolineata in molte interviste, così come l'impatto negativo del carico di IVG sulla carriera e sulle aspettative professionali sono evidentemente maggiori per ogni singolo non obiettore se più ampio è il suo coinvolgimento nell'organizzazione del servizio. L'obiezione di coscienza può quindi diventare una forma di «difesa» da un sistema il cui funzionamento non è percepito come efficiente o sufficientemente in grado di tutelare le posizioni soggettive dei non obiettori. Gli esempi di defezioni progressive e le motivazioni ad esse sottese ne sono un chiaro esempio[23].

Sul piano dell'organizzazione merita di essere sottolineato anche in prospettiva giuridica un ulteriore aspetto: quello dell'obiezione motivata da esigenze organizzative.

Tale obiezione può essere interpretata come una forma velata di obiezione di comodo, come un espediente per nascondere motivazioni strettamente legate alle prospettive di carriera o per evitare un'attività percepita – citando quanto emerge dalle interviste – come routinaria, noiosa e irrilevante sul piano professionale, oltre che pesante emotivamente.

Eppure, se si analizzano le argomentazioni fornite alla luce della complessità di esigenze e interessi che una struttura sanitaria deve garantire, emergono alcuni spunti di riflessione interessanti.

Nei casi in cui una struttura sia specializzata, e diventi quindi punto di riferimento, per interventi chirurgici altamente specializzati, non può che rientrare nei suoi obblighi di tutela di interessi pubblici l'adozione di tutte le misure atte a garantire il necessario livello professionale qualificato. È quindi anche nell'interesse degli utenti che a tale struttura si affidano il compito di garantire che i professionisti altamente specializzati non siano distolti dal loro lavoro con operazioni di routine, cui potrebbero essere destinati, come sottolineato nelle interviste, specializzandi o professionisti con un diverso ruolo nella struttura.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[22] A titolo esemplificativo, per alcune considerazioni sul rapporto tra posizioni assunte dalla categoria professionale, uso di argomentazioni etico-professionali e ricorso all'obiezione o alla clausola di coscienza, si vedano, *infra*, cap. IX in materia di circoncisione e il cap. IV del vol. II per il suicidio assistito; per l'impatto di tali profili e dell'approccio etico, professionale e culturale interno all'équipe sulla gestione dei conflitti nel fine vita cfr. parte II del vol. II.

[23] *Supra*, cap. II.

È pertanto comprensibile che a fronte della richiesta di partecipare indistintamente con tutti i propri professionisti non obiettori al servizio di interruzione di gravidanza, una struttura specializzata debba necessariamente bilanciare tale ruolo con la tutela degli altri interessi ad essa affidati. In un contesto del genere, è difficile escludere che, in assenza di prestazioni sostitutive nel caso di obiezione, professionisti altamente specializzati, e proprio per questo scelti dalla struttura, siano più propensi a obiettare. E questo, come ci è stato detto, indipendentemente da una contrarietà all'interruzione di gravidanza in quanto tale.

Anzi, proprio rispetto a questo profilo deve essere sottolineata l'ulteriore problematica strettamente connessa a un uso dell'obiezione legato alle esigenze organizzative di una struttura altamente specializzata per altri tipi di interventi.

Mentre per molti casi l'interruzione di gravidanza rappresenta un intervento relativamente semplice, possono presentarsi situazioni – soprattutto nell'aborto c.d. terapeutico – in cui l'operazione da eseguire presenta complessità tali da richiedere professionisti specializzati. La decadenza dall'obiezione prevista dall'art. 9 della legge nel caso di compimento di un intervento di IVG impedisce però a tali professionisti, qualora (dichiaratisi) obiettori, di intervenire. Le interviste hanno messo in luce come ciò sia percepito come un limite da alcuni di loro, che preferirebbero poter scegliere, in questi casi, di intervenire a tutela della donna.

È quindi necessario chiedersi se la rigida applicazione di tale profilo della legislazione – il divieto di obiezione selettiva – sia davvero in grado di tutelare, in qualsiasi situazione, tutti i diritti in gioco, *in primis* quello delle donne. E ciò alla luce della dimostrata difficoltà, almeno allo stato attuale, di controllare, mitigare e gestire diversamente le scelte di obiettare.

L'obiezione di coscienza c.d. «selettiva» – la cui necessità, nelle nostre interviste, è emersa in diverse occasioni – si scontra con l'esigenza di tutelare solo conflitti di coscienza tanto forti da non essere altrimenti superabili e, quindi, difficilmente compatibili con una «selezione» degli interventi cui non obiettare da parte degli obiettori stessi. Va infatti ricordato come «la coscienza non consista in una preferenza, ma in una dimensione morale riconoscibile»: tale riconoscibilità è «essenziale per evitare il rischio del "totalitarismo delle coscienze"»[24].

L'obiettivo della nostra ricerca non è però solo quello della ricostruzione teorica, bensì l'analisi dell'impatto concreto dei conflitti di coscienza sull'attività ospedaliera e, di conseguenza, su tutti i diritti coinvolti.

[24] C. Piciocchi, *Diritto e coscienza: circoscrivere per garantire, in nome del pluralismo*, in «BioLaw Journal», 1, 2016, p. 129. Per il «totalitarismo delle coscienze» il riferimento è a A. Pugiotto, *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, in *Digesto (discipline pubblicistiche)*, Torino, Utet, 1995, vol. X, p. 243.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Si tratta, quindi, di profili che per la loro rilevanza pratica dovrebbero essere presi compiutamente in considerazione per una riflessione sulle misure organizzative, ma anche normative, più adeguate.

Può essere interessante ricordare che la regola menzionata non è imposta in tutti gli ordinamenti. Rimanendo a quelli sulla cui disciplina torneremo, non lo è, ad esempio, nelle legislazioni sull'IVG in Francia, Belgio e Regno Unito. La possibilità di obiettare «de manière modulée» all'IVG, rifiutando solo gli aborti «plus tardifs» (come avvenuto con l'ampliamento del termine a 12 settimane nel 2001), è inoltre menzionata tra gli argomenti a favore del mantenimento di una norma specifica sull'obiezione di coscienza all'IVG anche dal *Comité consultatif national d'éthique* (CCNE) francese nel parere del dicembre 2020[25].

Tra gli altri strumenti adottabili sul piano organizzativo, va inoltre considerato che sollevare il personale non obiettore da una parte dei profili più gravosi dell'interruzione di gravidanza può incidere sul numero di obiettori.

In tale prospettiva può essere letta la scelta dell'Ospedale di Bolzano di assumere un ginecologo non obiettore esterno nonostante la presenza nell'organico di due non obiettori che potrebbero garantire il servizio. Come emerso dalle interviste, ai due non obiettori vengono lasciati infatti solo gli aborti più complessi. Ciò permette, forse, di evitare che le interruzioni di gravidanza diventino parte preponderante del loro carico lavorativo, rendendolo quindi più gestibile emotivamente e meno limitante rispetto alla partecipazione ad altre attività professionali.

Soluzioni come queste devono però essere affiancate da figure professionali in grado di gestire l'intero percorso della donna garantendole in tutte le sue fasi la continuità delle cure; risultato potenzialmente più difficile da concretizzare se l'aborto è affidato a medici esterni alla struttura. Come emerso dalle interviste, in assenza di norme o prassi organizzative specifiche, ciò è spesso affidato all'esperienza e alla sensibilità individuali degli operatori cui tale servizio è demandato. Ne possono quindi derivare notevoli differenze in base al contesto o al professionista con i quali la donna deve rapportarsi.

2. *IVG e libertà di coscienza: escludere o tutelare l'obiezione?*

Alla luce delle difficoltà applicative della legge 194, si è in più occasioni discusso nei dibattiti dottrinali sul mantenimento dell'istituto dell'obiezione. In questo paragrafo esamineremo, in prospettiva comparata ed europea, alcuni esempi che supportano l'esclusione della possibilità di obiettare all'aborto oppure la sua tutela.

[25] CCNE, *Opinion sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse*, 8 dicembre 2020, p. 12, su cui si tornerà *infra*.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

2.1. *L'esclusione dell'obiezione di coscienza: alcuni esempi in prospettiva comparata ed europea*

Alcuni ordinamenti, come ad esempio la Svezia, la Finlandia e l'Islanda, non riconoscono un diritto di obiettare in ambito sanitario, impongono la formazione sull'IVG agli specializzandi di ginecologia ed ostetricia e lasciano alle strutture sanitarie la possibilità di valutare caso per caso, nell'ambito del rapporto di lavoro, soluzioni – solo eventuali e subordinate alla garanzia del servizio – per gestire rifiuti di prestazione per ragioni morali e religiose[26]. Le contestazioni non mancano, ma tale approccio sembra essere generalmente supportato anche dalle istituzioni ordinistiche[27] e da un ampio consenso politico e sociale in ambito di aborto. Quanto alle autorità religiose, come nel caso delle critiche all'elevato numero di aborti da parte della Iceland National Church, è stato rilevato come i rappresentanti abbiano manifestato un «relatively liberal standpoint: they respect the law and the individual's conscience, including women's freedom of choice on abortion»[28].

Nonostante l'esclusione dell'obiezione, da un lato, e le posizioni confessionali, dall'altro, l'attenzione al pluralismo etico sembra quindi contribuire a una ragionevole gestione di possibili conflitti.

In Svezia, la *policy* contraria all'obiezione di coscienza viene applicata in maniera rigorosa, permettendo alle strutture sanitarie di licenziare o non assumere professionisti che rifiutino di eseguire aborti ed è confermata anche dalle Corti nazionali. Il ricorso di un'ostetrica licenziata per aver rifiutato di eseguire aborti, ad esempio, è stato respinto poiché «the public interest of having safe and accessible abortion care was deemed more important than [her] freedom of religion»[29]. Interessante notare che anche le autorità mediche si sono espresse ritenendo che chi obietta all'aborto non possa diventare medico in ginecologia od ostetricia.

Il modello svedese è basato, da un lato, sull'assenza di un diritto del professionista di sollevare obiezioni di coscienza e, dall'altro, sulla flessibilità riconosciuta al datore di lavoro di adottare, ove possibile, misure a favore di una *reasonable accommodation*. Lo spazio per tali misure – che possono andare da una diversa attribuzione delle mansioni al trasferimento ad altro settore della

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[26] Cfr., ad esempio, C. Fiala *et al.*, *Yes we can! Successful examples of disallowing «conscientious objection» in reproductive care*, in «The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care», 21, 2016, n. 3, pp. 201-206.

[27] In Finlandia, forse anche perché la legge non è tra le più permissive, la Finnish Medical Association, a fronte di casi di rifiuto di prestazione, ha ritenuto ingiusto lasciare a colleghi l'esecuzione degli aborti rifiutati, ma le posizioni sono analoghe anche negli altri ordinamenti citati. Ivi, p. 203. Cfr. inoltre P. Nieminen *et al.*, *Opinions on conscientious objection to introduced abortion among Finnish medical and nursing students and professionals*, in «BMC Medical Ethics», 16, 2015.

[28] C. Fiala *et al.*, *Yes we can!*, cit., p. 204.

[29] Ivi, p. 202.

struttura – è condizionato da esigenze di efficienza, qualità ed equità nell'accesso al servizio. Se tali misure sono impraticabili, le alternative per il professionista sono: accettare sanzioni contrattuali, come, ad esempio, la riduzione dello stipendio; licenziarsi e trovare un impiego alternativo (in un settore che, come confermato da dottrina e giurisprudenza, pare essere generalmente libero); essere licenziato per il rifiuto di adempiere ad obblighi contrattuali.

Il modello applicato ai conflitti di coscienza in ambito sanitario è comune a tutti gli ambiti lavorativi. Si tratta, quindi, di una regolamentazione applicata in maniera eguale a tutti i lavoratori, fondata sul tipo di mansioni previste dal contratto, sul principio in base al quale il dipendente è tenuto ad adempiere a tutte le sue obbligazioni e su una gestione caso per caso dei conflitti di coscienza lasciata prevalentemente alla disciplina dei rapporti di lavoro[30].

La convinzione, radicata e ampiamente condivisa sul piano sociale, dell'importanza del servizio pubblico, dei relativi doveri civici e di principi quali lo stato di diritto, l'eguaglianza e la non discriminazione è considerata alla base dell'impossibilità di garantire privilegi ad alcuni gruppi di professionisti, a specifiche tipologie di convinzioni morali o a settori del servizio pubblico[31].

Si tratta ovviamente di esperienze normative, professionali e organizzative che, fondandosi su fattori sociali e culturali diversi, sono difficilmente praticabili nell'ordinamento italiano. Anche in Italia, tuttavia, non mancano posizioni a favore dell'esclusione dell'obiezione di coscienza all'aborto nel caso di medici ginecologi.

È stato ad esempio sostenuto che la necessità, sicuramente forte, di riconoscere l'obiezione di coscienza al momento dell'entrata in vigore della legge 194 sarebbe ora più sfumata considerando che uno studente di medicina sa già prima di iscriversi che scegliendo la specializzazione in ginecologia dovrà occuparsi anche di interruzioni di gravidanza. Qualora ciò fosse incompatibile con la sua coscienza potrebbe scegliere un'altra specializzazione, non subendo una limitazione sproporzionata alla sua libertà di scelta professionale, che invece ci sarebbe se non potesse esercitare in via generale la professione di medico[32]. Più in generale, la possibilità di scegliere la «rinuncia all'impiego o alla posizione giuridica condizionata all'onere rifiutato» escluderebbe la violazione della libertà di coscienza[33].

Tali argomentazioni trovano un ancoraggio internazionale in alcune pronunce del CEDS e della Corte EDU sul citato modello svedese.

[30] Per un approfondimento sugli aspetti fin qui menzionati, C. Munthe, *Conscientious refusal in health care: The Swedish solution*, in «Journal of Medical Ethics», 43, 2016, n. 4, pp. 257-259.

[31] Ivi, p. 261.

[32] S. Rodotà, *Obiezione di coscienza e diritti fondamentali*, cit., p. 33.

[33] A. Pugiotto, *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, cit., p. 251.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Nel 2015, il CEDS si è pronunciato su un ricorso contro la Svezia tra i cui motivi vi era anche la violazione dell'art. 11 della Carta sociale europea per l'assenza di un esauriente e chiaro quadro giuridico dell'obiezione di coscienza in ambito sanitario[34].

Il Comitato ha richiamato la normativa interna in materia di eccezione al principio di non discriminazione sul posto di lavoro, a sua volta basata sul diritto dell'UE[35], la giurisprudenza della Corte EDU e la risoluzione dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa sui doveri degli Stati di assicurare sia l'obiezione di coscienza sia i diritti dei pazienti di accedere ai servizi sanitari[36]. Ricordando, inoltre, la sua decisione sulla situazione italiana dei servizi abortivi[37], il CEDS ha escluso una violazione dell'art. 11 sottolineando come la norma non imponga agli Stati alcun obbligo di prevedere l'obiezione di coscienza per i professionisti sanitari e riguardi, invece, primariamente la garanzia di accesso ad adeguate cure e ai servizi sanitari, inclusi quelli per l'IVG.

Anche la Corte EDU si è pronunciata nel febbraio 2020 sulla compatibilità con la CEDU della mancata assunzione e del trasferimento di due professioniste svedesi che, dopo aver seguito il percorso formativo per passare dalla professione infermieristica a quella di ostetrica, avevano manifestato la volontà di obiettare agli aborti.

I giudici sottolineano che il rifiuto di assistere in pratiche abortive per motivi di religione o coscienza è una manifestazione della libertà di pensiero, coscienza e religione protetta dall'art. 9. Le scelte delle aziende sanitarie costituiscono quindi, *prima facie*, un'interferenza nel suo esercizio. La restrizione è stata però ritenuta giustificata.

La Corte ha innanzitutto ribadito che dall'art. 9 non discende un diritto a essere assunti o promossi in una posizione lavorativa nel servizio pubblico[38].

Nell'esercitare la supervisione e la valutazione della proporzionalità delle misure statali, cui è legato il margine di apprezzamento a essi riconosciuto, la Corte, richiamandosi alla sua precedente decisione in *Wretlund c. Svezia*, ha ritenuto che il dovere del dipendente di adempiere a tutti i doveri contrattuali, sottolineato anche dalle Corti nazionali, abbia una solida

[34] CEDS, *FAFCE v. Sweden*, ric. n. 99/2013, 17 marzo 2015.

[35] Il *Discrimination Act 2008* svedese, in attuazione della direttiva europea (direttiva 2000/78/CE del Consiglio, del 27 novembre 2000) sulla parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, ai sensi della quale una differenza di trattamento basata sulle caratteristiche personali del lavoratore non è discriminatoria se fondata sulla natura dell'attività lavorativa, sul contesto nella quale è svolta e si tratta di un requisito essenziale e determinante per lo svolgimento dell'attività lavorativa, proporzionato e volto a una finalità legittima (art. 4, comma 1).

[36] Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE), Resolution 1763 (2010), *The Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care*.

[37] *Supra*, cap. I.

[38] *Steen c. Svezia*, cit., §20 e *Grimmark c. Svezia*, cit., §25.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

base giuridica nell'ordinamento svedese benché non espressamente previsto in una fonte legislativa[39].

L'interferenza è inoltre ritenuta necessaria e proporzionata. I giudici sottolineano gli obblighi positivi della Svezia di organizzare il sistema sanitario in modo da garantire che l'esercizio effettivo della libertà di coscienza non pregiudichi i servizi abortivi previsti legislativamente. Il requisito che tutte le ostetriche siano in grado di svolgere tutte le mansioni inerenti ai posti da coprire non è quindi né sproporzionato né ingiustificato. La Corte ricorda anche la grande flessibilità che i datori di lavoro svedesi hanno nell'organizzazione dell'attività lavorativa e nel richiedere ai dipendenti il completo adempimento dei loro doveri. Nel concludere il contatto di lavoro, inoltre, i dipendenti accettano tali doveri e, nei casi di specie, le ricorrenti avevano volontariamente scelto di diventare ostetriche e di concorrere per i posti disponibili, sapendo che ciò avrebbe comportato anche l'assistenza alle IVG.

Sul piano della proporzionalità, il rifiuto delle strutture non ha infine determinato una situazione di disoccupazione delle ricorrenti, che hanno potuto continuare il loro precedente lavoro di infermiere[40]. Le Corti nazionali avevano inoltre attentamente bilanciato i diversi diritti in gioco[41].

2.2. *L'obiezione di coscienza: riconoscimento e coesistenza di posizioni potenzialmente confliggenti*

In senso opposto a quanto finora richiamato, è stato sostenuto in dottrina che la negazione della possibilità di obiettare creerebbe una situazione «uguale e contraria» a quella che si intenderebbe evitare per tutelare il diritto all'aborto:

> la tutela assoluta del diritto alla salute della donna non lascerebbe alcun margine di spazio per la tutela della libertà di coscienza di chi è chiamato a garantirla. Entrambi gli scenari introdurrebbero un meccanismo assai perverso, che si potrebbe definire come logica dei diritti fondamentali mutualmente escludenti[42].

Tale logica sarebbe pertanto contraria sia al principio personalista sia a quello pluralista che caratterizzano l'ordinamento costituzionale.

Anche da alcune interviste, in cui si sottolinea la scelta di obiettare pur essendo favorevoli all'esistenza di una disciplina sull'aborto, emerge chia-

[39] *Steen c. Svezia*, cit., §20 e *Grimmark c. Svezia*, cit., §25.
[40] *Steen c. Svezia*, cit., §21 e *Grimmark c. Svezia*, cit., §26.
[41] *Steen c. Svezia*, cit., §22 e *Grimmark c. Svezia*, cit., §27.
[42] M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 195. Definisce l'obiezione di coscienza come un «formidabile indicatore democratico nelle società pluraliste» D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 317.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

ramente la logica pluralista su cui si basa il riconoscimento dell'obiezione, volta a tutelare la compresenza di assetti valoriali differenti.

In termini generali, inoltre, l'obiezione all'aborto, se disciplinata, applicata e organizzata in maniera «sostenibile» presenta le caratteristiche che sul piano teorico ne legittimano la tutela nell'ordinamento costituzionale italiano[43]. Benché tale istituto si fondi primariamente sulla tutela della coscienza e non sui beni giuridici perseguiti dall'obiettore[44], i contenuti della coscienza non sono privi di rilevanza: per essere tutelata, la coscienza deve infatti ispirarsi a valori costituzionalmente meritevoli di tutela e non contrastare con i principi supremi della Costituzione[45]. Deve inoltre essere legata a un'azione sulla cui obbligatorietà o liceità vi è una pluralità di posizioni morali nella società e, quindi, tra i destinatari dell'obbligo[46]. L'imperativo «non uccidere», ossia la tutela della vita umana, a partire dal suo concepimento[47], presenta entrambe queste caratteristiche ed è al tempo stesso connotato da un rilievo costituzionale tale da rendere particolarmente forte, se non addirittura doveroso costituzionalmente, il riconoscimento dell'obiezione[48].

Per quanto riguarda invece il ruolo pratico che l'istituto dell'obiezione può avere, anche in questo caso alcuni spunti di riflessione possono emergere dall'analisi comparata e dalla giurisprudenza della Corte di Strasburgo.

Nei casi *P. e S. c. Polonia*[49] e *R.R. c. Polonia*[50], emerge, ad esempio, un uso poco trasparente delle convinzioni personali dei medici, che non avreb-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[43] Cfr. *supra*, Introduzione e, per un approfondimento, i dibattiti sull'obiezione di coscienza nel fine vita, vol. II, cap. IV.

[44] Su tale profilo si tornerà nella parte II, cap. VII, in riferimento alle pretese di tutela alla base di alcune valutazioni professionali sull'accesso delle coppie alle tecniche di PMA.

[45] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 175.

[46] Ivi, p. 147; M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit., p. 193. Si veda anche vol. II, cap. IV.

[47] L'assenza di un consenso su quando inizi la vita è ampiamente trattata in dottrina e trova riscontro anche nella giurisprudenza. In prospettiva europea, si pensi ad esempio alla sentenza *Vo c. Francia* (Grande Camera, ric. n. 53924/00, decisione dell'8 luglio 2004) nella quale la Corte, considerando l'assenza di consenso tra gli Stati europei e quindi la necessità di riconoscere un ampio margine di apprezzamento, ha sottolineato, tra l'altro, come non fosse «neither desirable, nor even possible as matters stand, to answer in the abstract the question whether the unborn child is a person for the purposes of Article 2 of the Convention» (punto 85). In generale, sulla tutela del diritto alla vita nella CEDU, cfr. V. Zagrebelsky, R. Chenal e L. Tomasi, *Manuale dei diritti fondamentali in Europa*, Bologna, Il Mulino, 2019. Sul punto merita però di essere ricordato che la Convenzione interamericana dei diritti umani stabilisce all'art. 4 comma 1 il diritto alla vita fin dal concepimento. Con la sentenza *Artavia Murillo e altri c. Costa Rica*, 28 novembre 2012 (in particolare ai §§ 171-187, 222-253, 264), relativa al divieto di fecondazione medicalmente assistita, la Corte interamericana ha affermato che non si ha concepimento prima dell'impianto dell'embrione nell'utero.

[48] Diversamente dalla minore forza che avrebbe invece, in termini di doverosità costituzionale, l'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale o come precisato *infra*, l'obiezione alla PMA prima della sentenza n. 151/09 della Corte costituzionale. Cfr. D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., pp. 148 ss.

[49] Corte EDU, *P. e S. c. Polonia*, cit., §§ 107 e 108.

[50] Corte EDU, *R.R. c. Polonia*, cit., §§ 106 e 206.

bero dichiarato formalmente l'obiezione di coscienza all'IVG per evitare i doveri informativi previsti dalla legge.

Nella decisione del caso Doogan, la Suprema Corte del Regno Unito, nell'affrontare il problema della portata applicativa dell'obiezione di coscienza nell'*Abortion Act*, ha stilato un elenco di 13 compiti delle coordinatrici di reparto maternità, specificando a quali si potesse obiettare. Per due di queste – le visite in reparto alle pazienti e il supporto alle famiglie – che non possono essere rifiutate, i giudici si chiedono però quale possa essere il ruolo di ostetriche obiettrici considerata l'empatia che dovrebbe caratterizzare tali attività. I dubbi si basano evidentemente sulla considerazione che difficilmente in casi del genere i convincimenti personali del professionista possano non interferire con la relazione di cura[51].

I due profili menzionati mostrano come in alcuni casi riconoscere e disciplinare un diritto di obiezione di coscienza possa svolgere una funzione a tutela dei diritti dei destinatari dell'attività professionale e non solo del professionista, soprattutto in contesti nei quali l'asimmetria dei rapporti potrebbe assumere rilevanza nel momento informativo e di assistenza della persona.

In tali situazioni vi è infatti il rischio, emerso anche in alcuni ambiti della nostra ricerca, che il professionista possa trovare vie alternative all'utilizzo dell'istituto dell'obiezione per persuadere la persona assistita o comunque ostacolare un diritto la cui attuazione ritiene contraria alla propria coscienza.

In questa prospettiva, e considerando il contesto sociale e culturale italiano, mantenere l'obiezione di coscienza, quale espressione della libertà di coscienza costituzionalmente tutelata, prevedendo una rigorosa disciplina che ne garantisca il carattere di eccezione, sembra quindi preferibile a una sua negazione.

In una simile direzione va il citato parere del CCNE francese, chiamato a pronunciarsi su una proposta di legge che, oltre all'estensione da 12 a 14 settimane del termine per l'IVG, mirava a eliminare la «clause de conscience» specifica[52], prevista dalla legge sull'aborto, in considerazione dell'e-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[51] *Greater Glasgow Health Board v. Doogan* [2014] UKSC 68. Il caso riguardava due ostetriche di religione cattolica, coordinatrici del reparto di maternità, che per lungo tempo erano riuscite a gestire in maniera informale la loro convinta obiezione di coscienza all'aborto. Dopo una riorganizzazione dei servizi, le due professioniste avevano chiesto di essere esentate dalle IVG, ma la loro richiesta era stata respinta dall'ospedale poiché la loro attività, non consistente in un'assistenza diretta alle pazienti, non era coperta dall'*Abortion Act*. Per un approfondimento cfr., ad esempio, D. Paris, *Il diritto all'obiezione di coscienza all'aborto nel Regno Unito. Greater Glasgow Health Board v. Doogan and other*, in «BioLaw Journal», 3, 2015, pp. 199-207, anche in riferimento al ruolo dell'obiezione nel rispondere «agli interessi di chi deve garantire il servizio» (p. 204).

[52] Art. L2212-8 Code de la Santé Publique (CSP). Ferme restando le differenze nelle definizioni utilizzate per tali istituti, la «clause de conscience» inserita nella parte legislativa del CSP può essere considerata l'equivalente funzionale del concetto di «obiezione di coscienza»

sistenza della clausola di coscienza generale del CDM[53]. La proposta mirava ad aumentare la tutela delle donne contro la stigmatizzazione per quello che, per i proponenti, dovrebbe essere considerato un atto medico comune a tutti gli altri (già coperti, quindi, dalla clausola deontologica, che in Francia ha natura regolamentare). La modifica è stata fortemente osteggiata dall'ordine dei medici, che ne ha sottolineato l'inutilità per la tutela delle donne, richiamando invece la necessità di adottare gli strumenti necessari per renderne effettivo il diritto[54].

Il parere contrario del CCNE esclude che l'eliminazione della clausola specifica possa essere idonea allo scopo perseguito e menziona ragioni sia giuridiche sia pratiche per il mantenimento di una norma legislativa più difficilmente abrogabile rispetto a quella deontologica. Le ragioni giuridiche hanno un «fondement éthique profond» poiché l'aborto non è «un acte médical comme un autre». Una clausola specifica sottolinea quindi la *singularité* dell'atto abortivo. A conferma della complessità delle questioni analizzate, le ragioni pratiche del CCNE rivelano un approccio diverso da quello svedese. Il comitato sottolinea, infatti, come il mantenimento di una clausola di coscienza solo in una fonte deontologica determinerebbe incertezza per i professionisti quanto alle future condizioni di esercizio della professione. Ciò comporterebbe, inoltre, una scarsa attrattività del mestiere di ginecologo, che potrebbe risultare contro gli stessi interessi delle donne. Una clausola di coscienza a forte valore giuridico permette invece di esercitare anche a chi non vuole praticare IVG, potendo, tra l'altro, come visto, «modulare» la sua obiezione[55].

3. *Obiezione di coscienza all'IVG: verso nuovi approcci organizzativi e deontologici?*

Come garantire che il diritto di obiettare sia sostenibile? Come bilanciarlo con le difficoltà sottolineate dai professionisti sanitari?

Si tratta di risposte che evidentemente presuppongono un insieme di interventi coordinati su più piani – legislativo, amministrativo, deontologico, professionale, sociale e culturale – la cui valutazione specifica esula dalla presente ricerca.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

dell'ordinamento italiano, mentre la norma del codice deontologico corrisponde alla «clausola di coscienza» del CDM italiano, cui corrisponde però il diverso regime giuridico accordato al CDM nell'ordinamento francese (*décret en Conseil d'Etat*, dal 2004 inserito nella parte regolamentare del CSP, cfr. *supra*, Introduzione).

[53] Art. 47 CDM (Art. R.4127-47 CSP).

[54] CNOM, *Clause de conscience spécifique à l'IVG*, comunicato stampa del 10 ottobre 2020, sul sito del CNOM: https://www.conseil-national.medecin.fr.

[55] CCNE, *Opinion*, cit., p. 11.

L'analisi delle interviste mette tuttavia in luce la necessità di interrogarsi sul rapporto tra tutela dell'obiezione, da un lato, e diritti della donna e dei medici non obiettori, dall'altro, seguendo linee di riflessione ulteriori a quanto fin qui richiamato e che tengano in considerazione la molteplicità di fattori e motivazioni menzionati.

3.1. *L'intervento legislativo*

Alla luce delle difficoltà applicative, ma anche del progresso tecnico-scientifico, sarebbe innanzitutto auspicabile un intervento legislativo che permetta di ridefinire alcuni profili della disciplina attualmente in vigore, soprattutto per quanto riguarda le misure organizzative e la prestazione sostitutiva: «circoscrivere per garantire»[56], quindi.

Le argomentazioni del governo in risposta alle decisioni del CEDS riconoscono gli aspetti organizzativi tra le cause principali della problematica attuazione della legge 194. La disattenzione e inadeguatezza della reazione del ministero emerge, in questa prospettiva, sia nella mancata considerazione dei fattori rilevanti nella loro complessità sia, e soprattutto, nell'inerzia a fronte di interventi normativi che potrebbero favorire l'adozione di misure più efficaci e coerenti.

Il dovere di rinviare ad altro professionista, esplicitato in molte normative europee, e la menzionata prestazione alternativa, ad esempio, potrebbero rendere più completa la disciplina legislativa.

Anche la RU486 richiederebbe l'adeguamento della normativa a una diversa articolazione dell'intervento medico rispetto a quanto previsto al momento dell'entrata in vigore della legge 194.

3.2. *Gli strumenti organizzativi*

Sul piano organizzativo, le modalità concretamente scelte a livello territoriale e, più nello specifico, dalle singole strutture ospedaliere si riflettono sui profili analizzati secondo modelli di reciproche influenze con il numero di obiettori, i cui esiti sono legati a una molteplicità di fattori non sempre facili da ricostruire, prevedere e gestire.

Si dovrebbero quindi adottare misure in grado di tenere adeguatamente conto della varietà di ragioni, esigenze e difficoltà che, a vari livelli, accompagnano la scelta di dichiararsi o meno obiettori di coscienza. Definire una disciplina più precisa e severa in «difesa» del bilanciamento adottato dalla legge potrebbe lasciare poi margini di ragionevole flessibilità: ad esempio

[56] Il riferimento è a C. Piciocchi, *Diritto e coscienza*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

per la decadenza dell'obiezione nei casi in cui l'intervento del medico obiettore, anche al di fuori di un rischio per la vita della donna, rappresenti una più efficace tutela dei diritti coinvolti e permetta una più ragionevole differenziazione di autonomie e responsabilità.

In molti ambiti della nostra ricerca è infatti emerso come la gestione o l'esasperazione dei conflitti nasca nei margini di ciò che non è (o non può essere) disciplinato o nelle situazioni in cui la rigidità normativa e organizzativa non è adeguata alla complessità e variabilità dei casi concreti.

Proprio per evitare forme di disparità di trattamento sono però necessari chiari e precisi interventi organizzativi nella gestione delle obiezioni.

Tra gli strumenti per riequilibrare il rapporto tra obiettori e non obiettori, le procedure selettive riservate ai secondi[57] meritano alcune riflessioni ulteriori, anche alla luce dei principi sottolineati dal CEDS e dalla Corte EDU.

Le difficoltà di tale strumento sono legate al menzionato fenomeno delle obiezioni tardive, che preclude la possibilità di risolvere in maniera definitiva il problema dell'elevato numero di obiettori.

Da un lato, come anticipato, l'obiezione tardiva può essere dovuta a diverse ragioni che, al di fuori di quelle meramente di comodo – comunque non provabili –, non possono essere escluse dalla tutela prevista per gli obiettori solo sulla base del momento in cui vengono manifestate. Dall'altro, l'amministrazione potrebbe far valere sul piano del rapporto di lavoro i doveri legati ai posti coperti con il bando.

Si potrebbe distinguere, come fatto da parte della dottrina, tra il periodo di prova o un contratto a tempo determinato – quali situazioni nelle quali alla sopravvenuta scelta di obiettare potrebbe conseguire il recesso dal rapporto di lavoro o il mancato rinnovo del contratto – e l'istaurazione di un rapporto di lavoro a conclusione del periodo di prova, a maggior ragione se a tempo indeterminato, in cui più difficilmente si potrebbe negare al professionista il diritto di obiettare[58]. Poiché i diritti e principi riconosciuti dall'ordinamento giuridico nei rapporti di lavoro rendono difficilmente sostenibile, nonostante la destinazione del bando di concorso alle prestazioni abortive, meccanismi automatici di licenziamento nel caso di successiva scelta di obiettare, l'azienda sanitaria dovrà rimodulare gli strumenti organizzativi valutando caso per caso la situazione. Dovrà farlo tenendo in considerazione l'impatto sul servizio della scelta del professionista, i diritti inclusi nel suo rapporto di lavoro e gli impegni assunti in sede contrattuale dai vincitori del bando[59].

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[57] Cfr. *supra*, cap. I.

[58] Cfr. P. Veronesi, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei «casi» e astrattezza della norma*, Milano, Giuffrè, 2007, p. 149; più nel dettaglio, ad esempio, A. Buratti, *Sui bandi di concorso per i medici non obiettori: problemi applicativi e ricadute sul rapporto di lavoro*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, p. 359.

[59] A. Buratti, *Sui bandi di concorso per i medici non obiettori: problemi applicati e ricadute sul rapporto di lavoro*, cit., p. 359.

Fermo restando l'onere della prova da parte dell'azienda sanitaria, non sembra quindi potersi escludere la risoluzione del contratto nel caso in cui misure meno incisive non riescano a garantire il risultato dovuto.

In riferimento all'obiezione tardiva, anche se con specifico riferimento alla diversa situazione dell'obiezione al servizio militare, a commento della già citata sentenza della Corte costituzionale n. 467 del 1991[60], è stato ad esempio sostenuto che «l'onere della prova di tali esigenze, specialmente l'impatto negativo per il buon andamento dell'amministrazione […], dovrebbe essere a carico dello Stato. Ogni limitazione dovrebbe rispettare il principio di proporzionalità e necessità»[61].

Va inoltre considerato che, similmente ai principi menzionati per il modello svedese, avallato dalla giurisprudenza della Corte EDU e del CEDS, anche nell'ordinamento italiano, nella gestione del bilanciamento tra libertà di coscienza, parità di accesso al lavoro e garanzia del servizio, trasferimenti obbligatori, vincoli nelle assunzioni, se non addirittura la risoluzione del contratto, anche se fondati su convinzioni personali (l'obiezione di coscienza in questo caso) possono essere misure giustificate e non necessariamente discriminatorie. Il d.lgs. n. 216 del 2003, in attuazione della richiamata direttiva comunitaria, prevede infatti che «nel rispetto dei principi di proporzionalità e ragionevolezza e purché la finalità sia legittima, nell'ambito del rapporto di lavoro […] non costituiscono atti di discriminazione» differenze di trattamento basate su «caratteristiche connesse alla religione, alle convinzioni personali […] qualora, per la natura dell'attività lavorativa» o per il contesto nel quale è svolta «si tratti di caratteristiche che costituiscono un requisito essenziale e determinante ai fini dello svolgimento dell'attività medesima»[62].

Un bilanciamento valutato caso per caso, in applicazione del principio di proporzionalità e valorizzando la natura delle mansioni da svolgere, sembra essere confermato anche da alcune pronunce della Corte di giustizia dell'Unione europea, seppur nel più ampio contesto della libertà religiosa[63].

Anche gli strumenti organizzativi ordinari dovrebbero però essere potenziati per adempiere al dovere dell'amministrazione di evitare non solo disservizi, ma anche incertezze operative e disparità di trattamento. Oltre all'organizzazione dei turni, l'azienda sanitaria dovrebbe utilizzare ogni

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[60] *Supra*, Introduzione.

[61] J. Luther, *I diritti della coscienza in attesa di una nuova legge (nota a Corte costituzionale sentenza 467/1991)*, in «Giurisprudenza Italiana», 1992, pp. 629-642, p. 637, citato in D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 226.

[62] D.lgs. n. 216 del 2003, art. 3, comma 3.

[63] Per un approfondimento in ambito giuslavoristico si vedano, ad esempio, i contributi pubblicati nel numero straordinario «In tema di libertà religiosa», in «Variazioni su Temi di Diritto del Lavoro», 5, 2019 e in particolare il saggio di S. Scarponi, *The «fair balance» of fundamental rights in the European Court of Justice decisions in the matter of religious freedom at work and the impact of the principle of «proportionality»*, ivi, pp. 1313 ss.

strumento – dalle linee guida, agli ordini di servizio, ai manuali operativi – per indicare e precisare tanto i comportamenti attesi quanto le attività non rifiutabili. Tali strumenti dovrebbero essere supportati da codici di condotta che prendano specificatamente in considerazione anche l'obiezione di coscienza sia nella definizione della disciplina sia nell'esercizio del potere di vigilanza[64].

Modelli virtuosi di misure che, nei limiti della non discriminazione, possano riequilibrare le difficoltà dei non obiettori, inoltre, potrebbero essere affrontate in maniera più ragionevole sul piano organizzativo e non essere lasciate alle differenti sensibilità dei singoli contesti.

Mitigare l'impatto dell'obiezione di coscienza sull'applicazione della legge 194 e sui diritti dei non obiettori richiede però parallelamente una maggiore sensibilizzazione all'interno della categoria professionale.

3.3. *Il ruolo della deontologia*

A differenza delle scelte adottate in altri settori dell'attività medica, per l'aborto il CDM italiano si limita a richiamare l'ambito e i limiti disciplinati dall'ordinamento giuridico, sia per la legittimità dell'interruzione di gravidanza sia per l'obiezione di coscienza, cui è aggiunto solo il dovere di rispettare gli obblighi inerenti alla relazione di cura.

In altre realtà, invece, i principi deontologici disciplinano in maniera più articolata l'obiezione di coscienza (non necessariamente solo per l'IVG), prevedendo, ad esempio, ulteriori doveri professionali, soprattutto sul piano informativo. Tali doveri sono volti, da un lato, a evitare forme di discriminazione dei pazienti o un indebito impatto delle convinzioni personali del professionista sulla tutela dei diritti del paziente e, dall'altro, a mettere quest'ultimo nelle condizioni di sapere fin da subito quali sono le prestazioni che il medico non intende svolgere per motivi di coscienza e di rivolgersi ad altro professionista.

Un esempio di disciplina così articolata è contenuta nel corpus normativo Good Medical Practice, l'equivalente funzionale del CDM italiano, del General Medical Council inglese[65]. La sensibilità nei confronti dell'influenza che le convinzioni personali del medico possono avere sul rapporto di cura e sul servizio emerge anche dalla pubblicazione nel 2013 della *guidance Personal Beliefs and Medical Practice*[66].

[64] Per un approfondimento su tutti questi profili legati alla doverosità organizzativa, A. Pioggia, *Diritto all'aborto e organizzazione sanitaria*, cit.; N. Vettori e V. Abu Awwad, *Servizi di interruzione volontaria della gravidanza e obiezione di coscienza*, cit.

[65] Sempre nel Regno Unito, nel citato caso Doogan, la categoria professionale si era espressa in senso contrario al diritto delle due ostetriche di obiettare.

[66] La versione più recente è dell'aprile 2020. Entrambi i documenti sono reperibili sul sito del GMC: https://www.gmc-uk.org/.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Oltre ai principi menzionati, possono assumere rilievo anche per l'IVG i doveri di tenere conto della vulnerabilità della persona nell'espressione delle proprie convinzioni e di assicurarsi che riesca a rivolgersi ad altro professionista, attivandosi in caso di sua difficoltà. Interessanti, inoltre, i doveri espressamente riguardanti i rapporti con la struttura e i colleghi. Viene ricordato (§9), infatti, che i datori di lavoro hanno la facoltà di richiedere al medico di adempiere a obblighi contrattuali che potrebbero limitare la sua libertà di coscienza. Similmente al citato approccio svedese di gestione delle obiezioni caso per caso nel rapporto di lavoro, viene precisato che «this is a matter between doctors and their employing or contracting bodies». Il medico ha inoltre il dovere di essere sincero con il datore di lavoro e con i colleghi sulla propria obiezione di coscienza e, in particolare, di individuare con loro la modalità di esercitare conformemente ai propri convincimenti personali «without compromising patient care and without overburdening collegues» (§11).

In molti ambiti analizzati nella nostra ricerca è emersa l'influenza che le posizioni delle categorie professionali coinvolte e la disciplina deontologica possono avere sulle scelte dei professionisti. Nei casi di chiusura al pluralismo valoriale, la deontologia può diventare un deterrente ostacolando di fatto l'attuazione di alcuni diritti. In altri casi però la riflessione interna alla categoria può promuovere modelli virtuosi[67].

Anche in questo caso sarebbe quindi auspicabile una maggiore consapevolezza «di categoria» sulle problematiche legate alla legge 194 e sui rischi di abusi nell'uso dell'obiezione di coscienza. Ciò potrebbe avvenire inserendo doveri professionali ulteriori nel codice deontologico come, ad esempio, quello di indirizzare la donna ad altro professionista seguendo una logica attenta a evitare l'abbandono terapeutico e al fattore tempo; oppure obblighi informativi legati alla prevenzione dell'aborto oppure, ancora, forme di coordinamento con altri professionisti e con le istituzioni sia amministrative sia ordinistiche. Potrebbe essere altresì utile la previsione di doveri specifici per professionisti con responsabilità dirigenziali, basandosi sulla norma già contenuta nel CDM in base alla quale il «medico che svolge funzioni di direzione sanitaria» deve garantire, tra il resto, «la pari dignità dei professionisti all'interno della struttura in cui opera» (art. 69).

Una maggiore consapevolezza di categoria potrebbe così limitare lo stigma subito in alcuni contesti dai medici non obiettori e contribuire a promuovere modelli organizzativi e relazionali più idonei alla complessità dei conflitti di coscienza e delle esigenze legate all'IVG.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[67] Per entrambi questi profili, si vedano, ad esempio, il caso del suicidio assistito nel vol. II, cap. IV e alcuni esempi legati alla circoncisione *infra*, cap. IX.

4. *La PMA tra obiezione di coscienza, ragionevolezza scientifica della legge e autonomia professionale*

Per gli obiettivi della nostra ricerca, la PMA presenta caratteristiche peculiari che ne giustificano la trattazione sia nella parte relativa all'obiezione di coscienza sia, e in maniera più approfondita, nella seconda parte, dedicata ai conflitti tra richieste delle coppie e valutazioni dei professionisti, che esulano dall'ambito dell'istituto dell'obiezione strettamente inteso.

Nel primo capitolo si sono già menzionati gli elementi essenziali della norma che disciplina l'obiezione di coscienza seguendo, salvo che per la c.d. prova di coerenza, il modello della legge sull'IVG. Si sono anche ricordati i principali interventi della Corte costituzionale quanto agli spazi di intervento dei professionisti sanitari, ampliati e valorizzati dal venire meno del limite dei tre embrioni con la sentenza n. 151 del 2009 e, successivamente, dalla dichiarazione di illegittimità costituzionale del divieto di eterologa nella sentenza n. 162 del 2014.

In questa sede, a commento di quanto emerso dall'analisi antropologica, ci si concentrerà sugli spazi di tutela della coscienza individuale e dell'autonomia professionale che emergono dal rapporto tra scelte legislative e sindacato di costituzionalità.

Il dato da cui siamo partite è infatti la constatazione che, mentre, da un lato, vi è uno scarso ricorso, spesso una mancata conoscenza, della possibilità di obiettare alla PMA, dall'altro, le rigidità della legge hanno portato a forme di «obiezione» di tutt'altro tenore e opposta finalità, più propriamente definibili come tentativi di «aggirare», attraverso l'autonomia e responsabilità professionale, una normativa che, di fatto, impediva un'applicazione efficace, e compatibile con la salute della donna, delle tecniche di fecondazione assistita.

Sul piano dell'obiezione strettamente intesa, il valore attribuito al coinvolgimento del professionista in un percorso di nascita è stato indicato come elemento che significativamente riduce contrasti con le posizioni morali individuali. L'impatto più rilevante sembra però emergere da altre due caratteristiche della PMA, strettamente legate alla libertà di scelta e alle aspettative individuali del professionista.

A differenza dell'aborto, infatti, la PMA è innanzitutto un ambito che richiede preparazione ed esperienza specifica; dalla specializzazione sulle tecniche di fecondazione assistita derivano prospettive di carriera in settori dinamici, stimolanti e caratterizzati da un costante sviluppo tecnico-scientifico.

In riferimento alle libertà professionali e di coscienza degli operatori coinvolti, inoltre, l'elemento essenziale è rappresentato dall'assenza, nei fatti, di un obbligo generalizzato di intervenire: per l'alto livello di specializzazione necessario, infatti, occuparsi di PMA è frutto di una libera scelta del professionista.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Difficilmente il servizio potrà quindi essere organizzato coinvolgendo indistintamente, nel «compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita»[68], professionisti che non si siano specializzati a seguito di un percorso formativo liberalmente intrapreso[69].

Per quanto riguarda, invece, le forme di «disubbidienza» alla rigidità della legge emerse nel corso della ricerca, può essere interessante contestualizzare le scelte dei professionisti nel più ampio dibattito sulla «ragionevolezza scientifica»[70] della legge, che ha caratterizzato in maniera peculiare la giurisprudenza costituzionale in ambito di PMA. Fermo restando che, di regola, non spetta ai professionisti eludere quanto legislativamente stabilito.

Alla luce di queste prospettive, tra i molti profili dell'intervento della Corte costituzionale sulla legge 40, tre sono gli aspetti che, benché molto diversi tra loro, possono riguardare la nostra ricerca: la razionalità conferita attraverso la giurisprudenza al riconoscimento dell'obiezione di coscienza alla PMA; la valorizzazione dell'autonomia professionale a fronte dell'irragionevolezza della legge; l'estensione delle possibili ipotesi di obiezione alla PMA.

4.1. *Il superamento di un possibile vizio di ragionevolezza dell'obiezione di coscienza alla PMA*

Riprendendo alcuni profili dell'obiezione di coscienza e della legge sulla PMA menzionati precedentemente[71], la sentenza n. 151 del 2009 della Corte costituzionale, benché rivolta a tutt'altro, può essere letta anche alla luce del rapporto tra bilanciamento definito dal legislatore e bilanciamento espresso dall'obiettore.

A differenza dell'obiezione di coscienza all'aborto che, come visto, si fonda, similmente a quella al servizio militare, sulla tutela della vita umana (del concepito) e, quindi, su un valore di sicuro fondamento costituzionale[72], la sostenibilità dell'obiezione di coscienza alla PMA risultava dubbia prima dell'intervento della Corte.

L'impianto originario della legge, infatti, era fondato, come visto, su una tutela pressoché assoluta dell'embrione. La previsione dell'unico contestuale impianto di un numero massimo di tre embrioni e il conseguente divieto

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[68] Distinte da quelle relative all'«assistenza antecedente e conseguente l'intervento» cui non è invece possibile obiettare (art. 16 della legge 40, *supra*, cap. I).

[69] Cfr. anche C. Melega, *L'obiezione di coscienza e la salute riproduttiva delle donne*, in P. Borsellino, F. Forni e S. Salardi (a cura di), *Obiezione di coscienza*, cit., p. 140.

[70] Il riferimento va a S. Penasa, *La «ragionevolezza scientifica» delle leggi nella giurisprudenza costituzionale*, in «Quaderni costituzionali», 4, 2009, p. 817.

[71] *Supra*, rispettivamente, in questo cap. (par. 1) e nel cap. I.

[72] Cfr. *supra*, cap. I.

di crioconservazione testimoniano la volontà del legislatore di evitare, al di fuori di eventi naturali, ipotesi di soppressione di embrioni. La tutela della vita fin dal suo concepimento rappresentava, quindi, anche l'esito del bilanciamento adottato, e protetto, dal legislatore.

Al momento dell'entrata in vigore della legge e fino al 2009, il fondamento giustificativo dell'obiezione di coscienza doveva essere pertanto individuato in valori diversi. Tra questi, veniva in particolare sostenuta l'illiceità morale delle modalità procreative previste dalla legge[73]. Tale valore, tuttavia, anche qualora basato su convincimenti religiosi, non può avere un fondamento costituzionale tanto forte come quello del diritto alla vita, soprattutto se confrontato con i beni che l'obiezione andrebbe a limitare, tra cui – rimanendo all'impianto originario della legge – il diritto di accedere alla PMA intesa come cura alla sterilità e, pertanto, modalità procreativa con la stessa dignità di quella naturale[74].

La Corte costituzionale, dichiarando incostituzionale il numero obbligatorio di embrioni da creare e impiantare[75], ha di fatto reso possibile la perdita di embrioni al di fuori di eventi naturali. La pronuncia della Corte avrebbe così sanato «con una sorta di razionalità sopravvenuta della norma in esame, un vizio genetico di irragionevolezza» che la previsione dell'obiezione di coscienza alle tecniche di PMA presentava[76].

Dall'intervento della giurisprudenza costituzionale sulle scelte legislative emerge così uno specifico rapporto tra legittimità costituzionale del bilanciamento e riconoscimento dell'obiezione. Il bilanciamento fondato sul valore assoluto della vita umana prenatale, sul quale convergevano legge e obiezione, è stato infatti dichiarato illegittimo dalla Corte. Ciò che, se imposto come regola generale, non è compatibile con la Costituzione può però validamente fondare, come scelta eccezionale e minoritaria, il riconoscimento dell'obiezione di coscienza. Il convincimento morale dell'obiettore, per essere tutelato, deve quindi, come detto, basarsi su un valore fondato costituzionalmente e non contrastare con i principi supremi dell'ordinamento, ma non necessariamente esprimere un bilanciamento tutelabile anche come regola legislativamente prevista[77].

4.2. *Autonomia professionale e ragionevolezza scientifica della legge*

La sentenza n. 151 del 2009 ha interessato anche alcune forme di «obiezione alla norma» descritte nel capitolo precedente.

[73] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit.
[74] Ivi, pp. 142 ss.
[75] *Supra*, cap. I.
[76] D. Paris, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 153.
[77] Ivi, pp. 142 ss.; M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Si tratta di una pronuncia che si inserisce nei noti orientamenti della Corte costituzionale relativi ai limiti che le acquisizioni scientifiche e sperimentali pongono alla discrezionalità legislativa[78]. Come molti settori della medicina, la PMA è infatti caratterizzata da un elevato impatto di conoscenze tecnico-scientifiche altamente specializzate. Lo sviluppo scientifico, così come amplia le possibilità di intervento della medicina aumenta anche le istanze, i diritti, gli interessi che possono essere tutelati.

Ciò porta a nuove e costanti sfide per il diritto nel selezionare in maniera sostenibile e costituzionalmente legittima i margini di scelta tutelabili.

In tale compito, il legislatore deve tenere in considerazione il ruolo della scienza nel dare contenuto a ciò che concretamente può tutelare il diritto fondamentale della salute di cui all'art. 32 della Costituzione.

La ragionevolezza della legge, in questi ambiti, riguarda due profili principali: la capacità del legislatore di tenere compiutamente conto, nell'imporre o vietare un trattamento, dei risultati scientifici accreditati dalla letteratura di riferimento; la scelta di garantire, ove compatibile con la tutela dei diritti fondamentali in gioco, l'accesso a una tecnica o un trattamento che il progresso tecnico-scientifico mette a disposizione.

Saranno quindi irragionevoli le scelte legislative che impongono un trattamento nocivo o non supportato dalle accreditate conoscenze scientifiche o che, viceversa, escludano – in maniera ingiustificata – l'applicabilità di un trattamento sostenuto e considerato efficace da tali conoscenze. Sul piano costituzionale, visto il richiamato rapporto tra scienza e art. 32 della Costituzione, contraddire le acquisizioni scientifiche può diventare un'indiretta violazione del parametro costituzionale[79].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[78] Ci si riferisce, in particolare, alla citata sentenza n. 282 del 2002, alla sentenza n. 338 del 2003, ma anche, come vedremo, alla sentenza n. 162 del 2014. Per un'analisi approfondita della giurisprudenza costituzionale sulle valutazioni tecnico-scientifiche e per un'articolata trattazione, da molteplici punti di vista, della possibilità di enucleare uno «statuto costituzionale della legge a contenuto tecnico-scientifico» si veda A. Iannuzzi, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018, pp. 143 ss. Tra i contributi specificamente dedicati alla PMA, si vedano, ad esempio, A. Patroni Griffi, *Il bilanciamento nella fecondazione assistita tra decisioni politiche e controllo di ragionevolezza*, in «Rivista AIC», 3, 2015; S. Penasa, *Nuove dimensioni della ragionevolezza? La ragionevolezza scientifica come parametro della discrezionalità legislativa in ambito medico-scientifico. Spunti dalla sentenza n. 162 del 2014 della Corte costituzionale*, in «Forum di Quaderni costituzionali – Rassegna», 6, 2014. In prospettiva europea e comparata, si vedano, V. Zagrebelsky, *La irragionevolezza della legge italiana sulla procreazione assistita nel giudizio della Corte europea dei diritti umani*, in «Diritti umani e diritto internazionale», 3, 2012, pp. 669-671; S. Penasa, *Le «scientific questions» nella dinamica tra discrezionalità giurisdizionale e legislativa*, in «BioLaw Journal», 1, 2016, pp. 39-79. In generale sui limiti che le acquisizioni scientifiche e sperimentali pongono alla discrezionalità legislativa, cfr., inoltre, C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in «Rivista AIC», 2, 2016; R. Bin, *La Corte e la scienza*, in A. D'Aloia (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Milano, Giappichelli, 2005, pp. 1-22; sui rapporti tra medicina e giurisprudenza si veda anche L. Chieffi (a cura di), *La Medicina nei Tribunali*, Bari, Cacucci, 2016.

[79] C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, cit., p. 8.

Sul piano europeo e internazionale, va ricordato come il diritto di ogni individuo «a godere dei benefici del progresso scientifico e delle sue applicazioni» sia previsto anche dal Patto internazionale dei diritti economici e sociali delle Nazioni Unite[80].

A dimostrazione di come la PMA sia «una materia in cui occorrerebbe lasciar spazio alle scelte individuali […] e alla responsabilità dei medici nel fare il miglior uso possibile del frutto della ricerca e dell'avanzamento delle conoscenze e possibilità umane»[81] l'irragionevolezza della disciplina italiana – e quindi la violazione dell'art. 8 della CEDU – è stata riscontrata anche dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella pronuncia *Costa Pavan c. Italia*[82], in riferimento al divieto di accedere alla diagnosi preimpianto per coppie portatrici di malattie geneticamente trasmissibili[83].

Nella sentenza *S.H. c. Austria*, in materia di eterologa, inoltre, la Corte, pur escludendo la violazione dell'art. 8, ha richiamato la necessità di un «thorough assessment of the rules governing artificial procreation, taking into account the dynamic developments in science and society»[84], che nel caso di specie il governo austriaco non aveva ancora fatto, sottolineando come in materie «in which the law appears to be continuously evolving and which is subject to a particularly dynamic development in science and law, needs to be kept under review by the Contracting States»[85].

Tornando alla giurisprudenza della Corte costituzionale, va ricordato come nella valutazione della legittimità delle scelte legislative, la Consulta riservi alla scienza e all'autonomia professionale su essa fondata un ruolo significativo[86].

In materia di PMA, come visto[87], la decisione di dichiarare illegittimo il limite di tre embrioni e l'obbligo di contemporaneo impianto nell'utero della donna si fonda, tra l'altro, sull'indebita compromissione dell'autonomia e responsabilità del professionista di adottare le scelte più idonee a tutelare, con valutazioni specifiche per ogni singolo caso, la salute della donna.

La Corte richiama espressamente i «limiti che alla discrezionalità legislativa pongono le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'arte medica» sottolineando come il limite legislativo finisca

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[80] Art. 15, comma 1, lett. *b*). Cfr. V. Zagrebelsky, *La irragionevolezza della legge italiana*, cit., p. 669.

[81] Ivi, p. 671.

[82] Corte EDU, *Costa Pavan c. Italia*, cit.

[83] Sulla contraddittorietà della legge italiana così come rilevata in tale pronuncia cfr. *supra*, cap. I.

[84] Corte EDU, *S.H. e altri c. Austria*, ric. n. 57813/00, 3 novembre 2011, §117.

[85] Ivi, §118.

[86] Cfr. *supra*, Introduzione e cap. I.

[87] *Supra*, cap. I.

per un verso, per favorire – rendendo necessario il ricorso alla reiterazione di detti cicli di stimolazione ovarica, ove il primo impianto non dia luogo ad alcun esito – l'aumento dei rischi di insorgenza di patologie che a tale iperstimolazione sono collegate; per altro verso, determina, in quelle ipotesi in cui maggiori siano le possibilità di attecchimento, un pregiudizio di diverso tipo alla salute della donna e del feto, in presenza di gravidanze plurime, avuto riguardo al divieto di riduzione embrionaria selettiva di tali gravidanze di cui all'art. 14, comma 4, salvo il ricorso all'aborto. Ciò in quanto la previsione legislativa *non riconosce al medico la possibilità di una valutazione*, sulla base delle più aggiornate e accreditate *conoscenze tecnico-scientifiche*, del singolo caso sottoposto al trattamento, con conseguente individuazione, di volta in volta, del limite numerico di embrioni da impiantare, ritenuto idoneo ad assicurare un serio tentativo di procreazione assistita, riducendo al minimo ipotizzabile il rischio per la salute della donna e del feto[88].

È alla luce di tale pronuncia e del ruolo riconosciuto alla valutazione medica che si possono leggere le valutazioni adottate dai medici prima dell'«intervento demolitorio» della Corte così come emerse dalle interviste.

In alcuni casi, e a determinate condizioni, tali scelte possono essere considerate come volte a rimediare, attraverso l'esercizio dell'autonomia professionale, a una situazione irragionevole e, nei limiti delle pronunce menzionate, incostituzionale.

Proprio i medici, in quanto professionisti dotati di specifica competenza, e non solo i giudici, sono infatti i destinatari, in casi come quello esaminato – e nei limiti degli spazi di autonomia loro riconosciuti dal diritto – di una delega di bilanciamento in concreto dei diversi diritti coinvolti[89].

La Corte, nella sentenza in commento, avrebbe infatti modificato

la natura del rinvio alla scienza (in questo caso, medica) compiuto dal legislatore, trasformando un rinvio fisso (massimo di tre embrioni; unico e contemporaneo impianto; divieto di produzione di embrioni soprannumerari) in un rinvio mobile, alla luce del quale «le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario» (art. 14, secondo comma, successivo alla sentenza n. 151 del 2009)[90].

Nel rispetto dei principi costituzionali e dei limiti menzionati, alcune soluzioni adottate dai professionisti sembrano quindi inserirsi nel solco di tale bilanciamento, nella concretizzazione caso per caso del rinvio che la

[88] Corte cost., sentenza n. 151 del 2009, punto 6 del Considerato in diritto. Corsivo aggiunto. Cfr. *supra*, cap. I.

[89] S. Penasa, *Giudice «Ercole» o giudice «Sisifo»? Gli effetti del dato scientifico sull'esercizio della funzione giurisdizionale in casi scientificamente connotati*, in L. Chieffi (a cura di), *La Medicina nei Tribunali*, cit.

[90] *Ibidem*.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

legislazione, per essere ragionevole, avrebbe dovuto fin da subito fare alla scienza e all'autonomia professionale su essa fondata. Benché l'autonomia professionale, sui cui limiti si tornerà ulteriormente nel capitolo VII, non possa legittimare una disobbedienza alla legge per superarne l'irragionevolezza, quest'ultima è confermata proprio dalle reazioni professionali menzionate che testimoniano la distanza tra legge e realtà medico-scientifica che caratterizzava la normativa prima dell'intervento della Corte costituzionale.

4.3. *PMA eterologa ed estensione delle ipotesi di obiezione di coscienza*

Con la sentenza n. 162 del 2014 la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, comma 3, della legge 40 «nella parte in cui stabilisce il divieto del ricorso a tecniche di PMA di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o infertilità assolute ed irreversibili»[91].

Sul rapporto tra diritto di accedere alla PMA c.d. eterologa e altri interessi potenzialmente confliggenti, come quelli del nascituro, si tornerà nella seconda parte.

In questa sede riprenderemo invece le principali argomentazioni che hanno portato la Corte alla declaratoria di illegittimità, per contestualizzare la possibilità di ulteriori ipotesi di obiezione di coscienza, da un lato, e le problematiche di tale tipo di PMA che verranno analizzate nei prossimi capitoli, dall'altro.

La Consulta muove dalla molteplicità di interessi di rango costituzionale coinvolti in materia di PMA e dalla necessità, già sottolineata in altre decisioni, di trovare un giusto bilanciamento tra la tutela dell'embrione, che non è assoluta, e le esigenze della procreazione[92]. Contestualizzando il divieto di eterologa nella necessità di un bilanciamento che garantisca una tutela legislativa minima a tutti gli interessi in gioco, la Corte ritiene che impedire alla coppia «destinataria» della legge «ma assolutamente sterile o infertile, di utilizzare la tecnica di PMA eterologa, [sia] privo di adeguato fondamento costituzionale»[93].

Dal combinato disposto del divieto assoluto di eterologa e dall'unica finalità per accedere alla PMA («rimuovere le cause di sterilità o infertilità» secondo quanto previsto dalla legge) derivava infatti il paradosso «riassumibile nella formula secondo cui per accedere alla PMA era necessario es-

[91] Corte cost., sentenza n. 162 del 2014.
[92] *Supra*, cap. I.
[93] Corte cost., sentenza n. 162 del 2014, punto 6 del Considerato in diritto.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

sere sterili sì, ma non troppo»[94]: non potevano accedere alla fecondazione assistita coppie non sterili, ma nemmeno coppie nelle quali un componente fosse stato completamente sterile.

L'illegittimità costituzionale deriva, più nello specifico, dal mancato rispetto dei principi di ragionevolezza e proporzionalità[95]: il divieto non rappresentava il «minor sacrificio possibile» realizzando «una palese ed irreversibile lesione di alcuni di essi, in violazione dei parametri costituzionali» e in contrasto con la stessa *ratio legis*[96].

Per quanto più interessa la nostra ricerca, l'interesse limitato in maniera irragionevole e sproporzionata viene definito dalla Corte come attinente alla «scelta [della] coppia di diventare genitori e di formare una famiglia che abbia anche dei figli», che «costituisce espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi».

Tale libertà, come ricordato dalla Corte richiamando la sua giurisprudenza

> è riconducibile agli artt. 2, 3 e 31 Cost., poiché concerne la sfera privata e familiare. Conseguentemente, le limitazioni di tale libertà, ed in particolare un divieto assoluto imposto al suo esercizio, devono essere ragionevolmente e congruamente giustificate dall'impossibilità di tutelare altrimenti interessi di pari rango (sentenza n. 332 del 2000)[97].

Più precisamente la Corte ritiene che

> la determinazione di avere o meno un figlio, anche per la coppia assolutamente sterile o infertile, concernendo la sfera più intima ed intangibile della persona umana, non può che essere incoercibile, qualora non vulneri altri valori costituzionali, e ciò anche quando sia esercitata mediante la scelta di ricorrere a questo scopo alla tecnica di PMA di tipo eterologo, perché anch'essa attiene a questa sfera[98].

La Corte sottolinea altresì il diritto alla salute, inteso in senso ampio, «comprensivo anche della salute psichica oltre che fisica», e precisa come

> anche tenendo conto delle diversità che caratterizzano [le tecniche di fecondazione omologa ed eterologa], è, infatti, certo che l'impossibilità di formare una famiglia

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[94] C. Casonato, *La fecondazione eterologa e la ragionevolezza della Corte*, in «Confronti costituzionali», 2014, p. 1. La dottrina sulla sentenza è molto vasta. Tra i molti, oltre ai contributi già citati *supra* par. 4.2 e cap. I, si vedano, ad esempio, quelli pubblicati nella *call for papers La legge 40/2004 dieci anni dopo*, in «BioLaw Journal», 2, 2014. Cfr. anche cap. VI.

[95] Sull'uso di tali principi nella giurisprudenza della Corte costituzionale, cfr. M. Cartabia, *I principi di ragionevolezza e proporzionalità nella giurisprudenza costituzionale italiana*, in «Studi della Corte costituzionale», 2013.

[96] Ivi, punto 13 del Considerato in diritto.

[97] Ivi, punto 6 del Considerato in diritto.

[98] *Ibidem*.

con figli insieme al proprio partner, mediante il ricorso alla PMA di tipo eterologo, possa incidere negativamente, in misura anche rilevante, sulla salute della coppia[99].

In tal senso, secondo la Corte, «non sono dirimenti le differenze tra PMA di tipo omologo ed eterologo»[100].

Per quanto riguarda il richiamato rilievo della scienza medica, la sentenza precisa che

> un intervento sul merito delle scelte terapeutiche, in relazione alla loro appropriatezza, non può nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica del legislatore, ma deve tenere conto anche degli indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite [...] anche in riferimento all'accertamento dell'esistenza di una lesione del diritto alla salute psichica ed alla idoneità e strumentalità di una determinata tecnica a garantirne la tutela[101].

Sui profili del rapporto tra diritto della coppia di poter accedere all'eterologa e tutela del nascituro, ritenuta sufficientemente garantita dalle norme già presenti nell'ordinamento, si tornerà nei prossimi capitoli.

Con riferimento all'obiezione di coscienza in senso stretto, va ricordato, invece, che la possibilità di accedere all'eterologa ha ampliato le situazioni in cui possono sorgere conflitti di coscienza manifestati attraverso l'istituto dell'obiezione.

Un caso si era presentato, ad esempio, presso l'Ospedale di Rovigo e riguardava una dirigente biologa in servizio presso il nosocomio dal 1998 sulla base di un bando avente ad oggetto «l'indizione di concorso pubblico per la copertura a tempo indeterminato di un posto di dirigente biologo per la disciplina di patologia clinica da assegnare al Servizio di procreazione medicalmente assistita». Si trattava, quindi, di un ruolo specifico ricoperto già da anni dalla dottoressa, quando, a seguito della sentenza della Consulta, ha sollevato obiezione di coscienza, con conseguente impatto sul servizio. Situazione simile si è verificata per una sua collega biologa non dirigente, ma semplicemente dipendente della stessa struttura. In tal caso la direzione, per evitare pregiudizi al servizio, ha risolto la questione tramite lo strumento della mobilità, in particolare trasferendo la dottoressa in un diverso laboratorio e assumendo altro personale[102].

Il caso della dirigente presentava invece profili di maggiore complessità. Della vicenda non è stato possibile ricostruire gli esiti finali, se non l'iniziale

Copyright © 2021 by Società Editrice Il Mulino

[99] Ivi, punto 7 del Considerato in diritto.
[100] *Ibidem*.
[101] *Ibidem*.
[102] *Un centro PMA di Rovigo assume due biologhe non obiettrici*, in «www.quotidianosanita.it», 24 febbraio 2017.

dichiarazione della ASL che, similmente a quanto sopra richiamato in materia di obiezione e rapporto di lavoro, valorizzando il tipo di prestazione richiesta e la garanzia di un pubblico servizio, ha affermato che

> permanendo la necessità dell'azienda di tale professionalità [per la quale era stato indetto il bando], al fine di evitare l'interruzione di pubblico servizio, si valuterà se procedere alla risoluzione del rapporto di lavoro e all'assunzione di altro dirigente[103].

Indipendentemente dagli esiti concreti, il caso testimonia come le modifiche, in questo caso introdotte dalla giurisprudenza, di una disciplina fortemente legata all'evolvere del sapere tecnico-scientifico si riflettano sui possibili conflitti di coscienza.

Si tratta, più in generale, di situazioni nelle quali, come emerso più volte dalle interviste, può ripresentarsi il tema dell'obiezione c.d. selettiva, che un diritto attento alla complessità dell'ambito medico-scientifico dovrà tenere in considerazione, se non per legittimarla, quanto meno per adottare, accanto a una «difesa» puntuale della disciplina cui si consente di obiettare, misure organizzative in grado di sostenere soluzioni ragionevolmente flessibili in ragione delle caratteristiche e delle esigenze di ogni singola realtà operativa.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[103] Per gli elementi del fatto richiamati e per l'analisi giuridica dei profili più rilevanti si rimanda a E. Camassa, *Procreazione e diritto. Le mobili frontiere dell'obiezione di coscienza*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2015, pp. 99-116.

Parte seconda

Conflitti di coscienza

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo quinto

Il concetto di limite nel campo della PMA

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *L'idea di limite*

La seconda parte del volume è interamente dedicata alla PMA; in particolare in questo capitolo ci addentriamo in un complesso tema che è emerso con forza durante la nostra ricerca, sia nei dialoghi diretti che abbiamo avuto con i professionisti, sia durante i dibattiti – pubblici o ristretti agli ambienti di lavoro – cui abbiamo potuto assistere ma che, ciò nonostante, ci pare abbia ancora poco riscontro nella letteratura. Si tratta di considerazioni, valutazioni, dubbi e dilemmi etici che emergono nell'incontro con i pazienti che chiedono di ricorrere alle tecniche di PMA e che possono portare medici, psicologi, assistenti sociali e psichiatri – ovvero l'eterogeneo gruppo di professionisti che a diverso titolo entra a contatto con una coppia che richiede il trattamento – a chiedersi se sia eticamente e deontologicamente corretto offrire il trattamento a tutti, oppure se non sarebbe meglio fare delle riflessioni caso per caso, prendendo in considerazione un variegato spettro di caratteristiche della coppia, come le condizioni mediche, la salute psicologica e l'insieme delle caratteristiche sociali ed economiche.

Le riflessioni contenute in questo capitolo emergono sia da considerazioni di carattere generale sia da valutazioni fatte a partire da casi concreti che i professionisti hanno incontrato. Alcune di queste ci sono state riportate in modo diretto, altre le abbiamo raccolte partecipando a momenti formali e informali di scambio tra i professionisti. Alcune sono legate ai contesti di ricerca che nel nostro volume sono già stati menzionati, altre invece appartengono ad altri luoghi, a cui ci siamo rivolte solo ed esclusivamente per questa parte di ricerca. Per via del carattere di riservatezza che hanno alcune informazioni, abbiamo scelto di trattare questi dati col massimo riserbo possibile. A differenza di ciò che è stato fatto per gli altri capitoli, quindi, non dichiareremo la fonte dell'informa-

Questo capitolo è di Laura Ferrero.

zione, il contesto in cui è stata raccolta e il profilo professionale di chi parla[1].

Ci accingiamo dunque a entrare nel delicato tema delle riflessioni etiche sulla PMA da una prospettiva «interna», ovvero con uno sguardo che porta l'attenzione sui dubbi e sulle riflessioni che emergono tra coloro che praticano questa tecnica e si confrontano giorno per giorno – dalle loro diverse prospettive e dai loro diversi ruoli – con le coppie che chiedono di usufruire dei trattamenti. Le riflessioni che rientrano in questo capitolo ruotano intorno al concetto di «limite», inteso filosoficamente non come mancanza, assenza o imperfezione, ma nel suo senso «positivo» e «dinamico»[2], ovvero come necessità di rivalutare costantemente i parametri adottati, a partire dal confronto con casi concreti e situazioni complesse riscontrate «sul campo». Nella vita quotidiana all'interno dei reparti ospedalieri si osservano situazioni che – seppur numericamente ridotte – mettono in luce dinamiche impreviste che spingono in primo luogo a porsi domande caso per caso e poi, eventualmente, a riflessioni di più ampio respiro. Sono quei casi in cui i dubbi e i conflitti etici, se portati all'estremo, potrebbero palesarsi sotto forma di rifiuto di prestazione, eventualità che – sottolineiamo sin da ora – non si è mai presentata nelle testimonianze che abbiamo raccolto. A tal proposito, l'art. 6 della legge 40 riporta che

> Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

Specificando che il rifiuto di prestazione può dipendere solo ed esclusivamente da motivi di ordine medico-sanitario, si evita di aprire un tema spinoso quale potrebbe essere quello di una «valutazione» della coppia, anche se così facendo si impone di guardare alle coppie solo nel loro essere «corpi» infertili o sterili e non attraverso le loro caratteristiche sociali. Si tratta evidentemente di una scelta che garantisce l'equità, ma va detto che ciò non impedisce che i professionisti siano condizionati da altre caratteristiche che intravedono nella coppia e che, di conseguenza, siano a volte in dubbio rispetto ad alcune situazioni e a certe richieste[3]. Anzi, la non legittimità di questo tipo di riflessioni fa sì che si tratti di domande che di fatto

[1] Per queste ragioni in questo capitolo non si specificano nemmeno il profilo professionale e il genere degli interlocutori. Siamo consapevoli del limite rappresentato da questa scelta, ma anche in questo caso la motivazione è quella di garantire una maggior tutela per i soggetti coinvolti nella ricerca.

[2] A. Gentile, *Filosofia del limite*, Soveria Mannelli, Rubettino, 2012.

[3] C. Quagliariello, *Beyond medical bureaucracy: An inquiry into the obstacles to abortion in a maternity ward in Italy*, in «Antropologica», 5, 2018, n. 2, pp. 120-136.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

non hanno una chiara collocazione. I professionisti che seguono le coppie nei percorsi di PMA sono legittimati a porsi dei dubbi rispetto all'esito del loro intervento, oppure no? Se sì, quale precisa collocazione dovrebbero avere queste riflessioni? Nelle parole di uno degli operatori che abbiamo incontrato nel corso della nostra ricerca: «Esiste? Possiamo concordare un senso del limite? Fino a dove ci spingiamo? È complesso perché si tratta di un senso del limite etico, deontologico, giuridico, ma forse anche ideologico».

I dilemmi etici che interrogano parte dei professionisti coinvolti nella PMA sono a nostro avviso riconducibili a diverse cause. In primo luogo, tra i medici ci sono «coloro che credono che il progresso in questo campo sia utile e la scienza, come tale, non vada limitata e tanti che, all'opposto, temono il progresso a qualsiasi costo e scelgono un atteggiamento conservatore»[4]. Questa differenza ci pare speculare alla distanza che intercorre tra coloro che praticano la tecnica avendo in mente esclusivamente la coppia e chi la pratica pensando al nascituro come soggetto principale del suo intervento.

Dopo la nascita devi tutelare i diritti del bambino, ma prima della nascita devi tutelare i diritti della coppia! È questo il grande problema. La legge 40 non tiene in alcun conto i diritti del nascituro. Tutela l'embrione, che è paradossale, ma non il nascituro! Forse non si volevano mettere i medici in questo grosso pasticcio di dover capire chi può diventare genitore e chi no! Tutto ciò che viene prima è diritto della coppia, ciò che viene dopo è la tutela del benessere e della salute psicofisica del bambino; sono due realtà che viaggiano su due piani diversi, questa è la complessità.

Indipendentemente dal fatto che la legge parli di embrioni e non di nascituri, è molto comune che i dubbi, le riflessioni sul concetto di limite e la sensazione di responsabilità che alcuni professionisti sentono emergano proprio nei confronti di quel nascituro che la legge non menziona. Si tratta di riflessioni che hanno a che vedere con i modelli di genitorialità e con le aspettative rispetto alla famiglia che si andrà a creare, aspettative che sono legate alle caratteristiche psicologiche, economiche e sociali che si intravedono nella coppia. In molti operatori si percepisce un senso di responsabilità legato all'atto di manipolare la tecnica che rende possibile la gravidanza, elemento che differenzia queste nascite da quelle che avvengono spontaneamente e fisiologicamente.

Se incontri il tuo partner fuori di qui ok, ma se io come SSN ti faccio un intervento ho delle responsabilità rispetto a chi metto al mondo.

L'occhio è sempre rivolto a chi verrà anche se la relazione è sempre tra più elementi, in particolare la coppia e il figlio. Noi ci poniamo il problema di chi verrà e

[4] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice. Fecondazione assistita, riflessioni e prospettive*, Milano, FrancoAngeli, 2010, p. 16.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

di come può reggere il nucleo, ovvero la struttura che accoglierà questa vita perché se mi crolla il nucleo mi chiedo che futuro avrà questa vita e viceversa. Noi abbiamo il dovere e lo sentiamo molto forte eticamente… è una materia delicata avere un figlio. Questo bambino deve avere condizioni sicure e serene, che non vuol dire agiate dal punto di vista economico.

Allo spettro più estremo di queste posizioni troviamo chi ritiene che dovrebbero essere proprio i futuri bambini al centro del pensiero di chi realizza le tecniche di procreazione e valuta, dunque, come auspicabile la costruzione di percorsi di accompagnamento alla genitorialità che potrebbero essere utili a tutti i futuri genitori, ma che in questa prospettiva si rendono particolarmente necessari per coloro che arrivano alla genitorialità in forme «diverse» da quella biologica e, ancor più, per quei genitori che condividono parzialmente o non condividono affatto il patrimonio genetico con i loro figli. Evidentemente alcune di queste posizioni sono legate all'idea di uno scollamento tra i progressi della tecnica e il contesto sociale in cui si collocano forme familiari diverse da quelle basate sulla filiazione biologica[5].

Va tenuto presente che le credenze rispetto ai modelli familiari e le caratteristiche che si ritiene debbano essere possedute dai genitori dipendono da contesti sociali e culturali che sono in rapida trasformazione e in cui l'idea stessa di famiglia cambia rapidamente sotto la spinta di trasformazioni sociali, valoriali e legislative[6]. I medici e i professionisti non sono slegati dall'ambiente in cui vivono e in quanto soggetti che appartengono a uno specifico contesto storico, geografico e culturale sono anch'essi portatori di un'etica che rispecchia la loro epoca e che è soggetta a cambiamenti e trasformazioni. Come mostra chiaramente lo stralcio di intervista che segue, il sapere bio-medico standardizzato è infatti costantemente reinterpretato dagli operatori sanitari, impegnati nel compito di mediare le conoscenze e le evidenze scientifiche con i principi e le loro convinzioni personali.

Vent'anni fa avevo dei dubbi sulla fecondazione assistita. Avevo incontrato dei casi problematici e avevo dei dubbi, soprattutto legati alla responsabilità medica, ma dentro di me anche etici. Riguardo all'eterologa poi… era una cosa che non era mai successa al mondo. […] Mi sono interrogata sul sentire di una donna nei confronti dei propri ovociti […] ma poi negli anni i racconti di amici, parenti, pazienti, il veder formarsi queste famiglie mi ha convinta che questa possa essere una via come un'altra per avere una famiglia e un figlio… e questo mi ha convinto. Ma il panorama cambia in continuazione e adesso sono di nuovo qui in un piccolo travaglio interiore perché mi è capitato di una collega di 52 anni che mi ha chiesto informa-

[5] C. Flamigni e M. Mori, *Questa è la scienza, bellezze! La fecondazione assistita come nuovo modo di costruire le famiglie*, Torino, Ananke Lab, 2016.

[6] In riferimento al contesto italiano si vedano, tra gli altri: S. Grilli, *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Roma, Carocci, 2019; M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

zioni su dove effettuare una eterologa… e ho avuto notizie da amici di persone di anche 60-65 anni. Dal punto di vista ostetrico è molto pericoloso, ma si può fare… credo però che se metti al mondo un figlio dovresti cercare di crescerlo… quindi mi sto nuovamente ponendo delle domande.

2. *Che «forma» può avere il dibattito sui limiti?*

Uno degli argomenti spesso sollevati dagli operatori in tema di limiti all'accesso è quello dell'età. Si tratta di un argomento che può essere approcciato da diversi punti di vista, motivo per cui abbiamo incontrato opinioni molto diverse sul perché potrebbe essere necessario abbassare – o quanto meno non aumentare – la soglia dell'età considerata come età massima per sottoporsi al trattamento. Alcuni medici, ad esempio, guardano a questo tema da una prospettiva che mette al centro la relazione tra costo e beneficio.

Noi medici ci teniamo abbastanza al fatto che vengano osservati dei principi generali come quello della relazione tra costo e beneficio. Per noi è giustificato sottoporre un paziente a un trattamento se il beneficio atteso giustifica il costo affrontato dalla comunità. Se le probabilità di successo sono basse a nostro avviso non è giusto che si usino soldi pubblici.

Si tratta di un dato che viene ritenuto centrale per definire e stabilire limiti per l'accesso alla PMA anche nelle linee guida e nei documenti ufficiali, ma in quei contesti l'età viene considerata come una caratteristica che va tenuta in considerazione in quanto «dato clinico» che ha a che vedere con una maggiore o minore fertilità, intesa soprattutto come caratteristica cui si deve porre attenzione rispetto al corpo femminile. Innanzitutto non considerare che anche l'età maschile influisce sul successo e sulle possibilità riproduttive è retaggio di un approccio che per molto tempo ha attribuito alla donna la responsabilità del fallimento del concepimento[7]. Diversi operatori ritengono inoltre che sia criticabile anche la scelta di considerare l'età paterna solo in quanto dato biomedico e ritengono invece auspicabile considerarla anche come «dato sociale»[8].

In questo capitolo ci soffermiamo solo su quelle letture che hanno a che vedere con l'età come dato sociale in quanto casi che dimostrano che nell'applicazione di queste tecniche per molti operatori è impossibile non

[7] S. Vegetti Finzi, *Il romanzo della famiglia, passioni e ragioni del vivere insieme*, Milano, Mondadori, 1997; C. Labadini, *Infertilità e psiche. Attese di ruolo, differenze di genere, sequele psicologiche: uno sguardo all'uomo*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli, 2013, pp. 78-90.

[8] Per un esempio concreto, si veda il prossimo capitolo.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

immaginarsi quale forma di famiglia e quali tipi di genitori stanno contribuendo a creare. Si tratta di scelte che hanno – in modo più o meno diretto – a che fare con l'ambito delle prospettive di genitorialità. Altro motivo per cui questo tipo di posizioni è rilevante nella cornice generale che anima il nostro lavoro è il fatto che ci si muove su un terreno di possibile scontro tra le richieste dei pazienti e le scelte dei medici, soprattutto quando questi ultimi ravvisano nella coppia potenziali rischi che chiamano in causa la loro etica personale, oltre che professionale.

Si tratta di dibattiti dalla difficile collocazione perché spesso sconfinano in ambiti che hanno poco o nulla a che vedere con la sfera medico-sanitaria. Per questa ragione sono pochi gli esempi in cui questi interrogativi sono passati dal confronto «informale» tra colleghi a uno spazio di dibattito formale e, dunque, a un esito che possiamo definire «pubblico» e «ufficiale».

Nel prossimo capitolo vedremo con maggiori dettagli come in un ospedale italiano l'argomento dell'età paterna sia stato affrontato alla luce dei conflitti etici vissuti dagli operatori sanitari nel ricevere richieste di inseminazione da parte di coppie dove il partner maschile era molto più anziano della donna, a volte ultrasettantenne. In questo contesto è rilevante in particolare soffermarsi sul percorso che è stato fatto per legittimare un criterio di accesso non indicato in documenti o linee guida. Il team di PMA che lavora nell'ospedale citato ha preso come punto di riferimento la normativa sull'adozione e, per analogia, ha sottoposto alla direzione e agli uffici legali della struttura sanitaria un'ipotesi di procedura che ha permesso di inserire un criterio che limita l'accesso alle coppie in cui il partner maschile superi i 60 anni.

Questo percorso è testimone di una scelta presa non solo alla luce del dato biomedico, ma in virtù di valutazioni che hanno a che vedere con l'aspetto relazionale e genitoriale, tanto che la valutazione è stata fatta insieme agli uffici legali sulla base della normativa nazionale sull'adozione. Come è noto «in Italia l'adozione è un dispositivo normativo che ha lo scopo di assicurare a ogni bambino il diritto ad avere una famiglia»[9] ed è pertanto costruito intorno alla figura del bambino più che agli aspiranti genitori. Le norme sull'adozione prevedono che tra genitori e figli ci sia una distanza di età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 45, con deroghe che hanno comunque confini molto precisi. Basarsi su questa normativa significa di fatto inserire nelle valutazioni intorno alla PMA quel nascituro che nella legge 40 non è contemplato.

[9] R. Di Silvio, *L'ammaternamento adottivo di figli «diversamente etnici». Tradimenti e trasgressioni della congruità razza-parentela*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura*, cit., p. 76.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

È un discorso di genitorialità. Si pensa già a quando il bambino avrà 10-15 anni e non sarà ancora in grado di essere autosufficiente. Per quanto ci è possibile dobbiamo garantirgli dei genitori che nella media italiana abbiano probabilità di essere vivi. È una scelta fatta pensando al bambino che nasce, sia per ruolo educativo sia per il ruolo economico giocato dai genitori.

Abbiamo riscontrato che la necessità di porre un limite all'età di accesso è collegata anche all'aver notato un legame tra l'età e il benessere psicofisico della coppia:

> Le gravidanze in tarda età sono più inclini a problemi psicologici, a depressioni. Spesso sono gravidanze che vanno peggio, spesso sono cercate da tanto tempo quindi si arriva con una storia carica di interruzioni, aborti, perdite… oppure si arriva perché l'orologio biologico ti dice che è la tua ultima *chance*… e non c'è più tempo di fare un percorso per capire che spazio emotivo dai a quel percorso. La nostra esperienza è che l'età conta.

Nel caso appena richiamato il passaggio dall'informalità alla formalità è stato marcato dal coinvolgimento degli uffici legali dell'ospedale e dal confronto con un'altra normativa in vigore.

In un secondo caso raccolto in un'altra azienda ospedaliera, invece, il passaggio all'ufficialità di dilemmi che hanno a che vedere con la sfera etica è stato segnato da una richiesta che il direttore del Centro di PMA ha rivolto al Comitato etico dell'azienda ospedaliera. Questo luogo è stato quindi il contesto in cui le riflessioni che i professionisti stavano portando avanti sono emerse da una dimensione «informale» per rendersi «pubbliche».

Il caso a cui facciamo riferimento è quello di una coppia che era in trattamento per una fecondazione omologa nel Centro PMA di un ospedale pubblico. La coppia era formata da un uomo con una precedente tossicodipendenza e una donna che lavorava come infermiera. I due si erano conosciuti all'interno di un contesto di cura dove lei svolgeva la sua mansione di infermiera, si erano innamorati e successivamente avevano intrapreso un percorso medico che li aiutasse a concepire un figlio. Durante il periodo in cui la coppia era presa in carico dal centro, al marito era stato diagnosticato un cancro in fase molto avanzata, con una prognosi di pochi mesi di vita residua. In quel momento era già stato fatto il prelievo del liquido seminale e la moglie – in attesa della fecondazione – aveva condiviso con i medici le notizie riguardanti lo stato di salute del marito, dichiarando la volontà della coppia di procedere con il trattamento per avere finalmente quel figlio che da tempo stavano cercando.

Il gruppo di lavoro si è interrogato su questa vicenda. Per alcuni professionisti era rilevante tenere in considerazione la relazione di coppia in generale, mentre per altri il punto fondamentale intorno al quale riflettere era la prognosi dell'uomo.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Sapevamo che la data del decesso era molto vicina; sapevamo che se la donna fosse rimasta incinta questo uomo non avrebbe visto il figlio perché, secondo quanto gli avevano detto, non aveva davanti nove mesi di vita.

È evidente che in questo caso il dubbio etico è emerso non tanto pensando all'uomo e alla donna, ma al figlio, destinato a nascere già orfano. Torna in tutta la sua forza il tema della responsabilità: se in una situazione fisiologica può accadere che una donna incinta perda il partner durante la gravidanza, in una situazione in cui la gravidanza non è ancora avviata e il suo inizio è strettamente legato a una pratica medica, ha senso procedere?

È vero che è naturale che i genitori muoiano, ma questo caso è diverso. C'è una scelta di mettere al mondo un bambino senza padre. Si sopravvive, ma non possiamo dire che sia il modo migliore per partire nella vita. Non si può non immaginare che quel dolore avrà ripercussioni.

Le opinioni dei professionisti non andavano in un'unica direzione ed è proprio per questo che si è deciso di rivolgersi al Comitato etico dell'ospedale. Il direttore del Centro di PMA fu convocato per illustrare il caso e dopo qualche settimana arrivò la risposta: visto che la legge vieta solo ed esclusivamente la fecondazione *post-mortem*, il Comitato non vedeva alcuna problematicità etica nel fatto di fare una fecondazione in vitro sapendo che il padre non sarebbe sopravvissuto, visto che l'uomo era in quel momento ancora in vita. Dato che lo sperma di un uomo può essere usato finché lui è in vita, i medici hanno realizzato due tentativi di fecondazione piuttosto ravvicinati (poiché il primo non era andato a buon fine), mostrando anche un certo grado di empatia con la signora. Al secondo tentativo la donna rimase incinta e, come da prognosi, il marito morì quando lei si trovava al terzo mese di gravidanza. La donna tornò a contattare il centro per informare della nascita del figlio e per ringraziare lo staff di averle dato la possibilità di abbracciare quel bambino, che le ricordava il marito.

Anche a posteriori, le opinioni di chi ha incontrato e seguito la coppia rimangono diverse: per alcuni il fatto di aver reso possibile questa gravidanza è stato un grande successo, per altri era predominante il senso del rischio insito nel mettere al mondo un bambino senza padre e nel fatto che quel bambino potesse divenire l'elemento sostitutivo della presenza dell'uomo nella vita della donna. Per i professionisti che esprimevano maggiori dubbi, l'istituzione avrebbe potuto (o dovuto) porre dei limiti.

Il Comitato etico è però stato interrogato solo ed esclusivamente in merito all'aspetto su cui ha competenza, ovvero a eventuali impedimenti a procedere nonostante la diagnosi tumorale e il previsto decesso dell'uomo prima della nascita del figlio, e non in merito alla relazione della coppia e ai possibili risvolti psicologici di questo percorso, tema

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

che difficilmente avrebbe potuto essere evocato in quel contesto. La risposta è dunque stata univoca e strettamente legata ai contenuti normativi. Intorno a questo tema, infatti, la legge è chiara e la procedura ha poi seguito le indicazioni.

Un terzo caso che avrebbe potuto seguire un percorso simile ai due precedentemente citati, ma il cui iter si è interrotto prima della formalizzazione del quesito, è quello di una coppia che i professionisti definiscono come «disturbata» e con «capacità cognitive evidentemente limitate» che al momento dell'accesso al Centro di PMA era seguita dai servizi territoriali per problemi psichiatrici di entrambi i componenti. Visto che si erano palesate posizioni discordanti rispetto al fatto di far procedere o meno questa coppia, il caso è stato segnalato alla direzione sanitaria che ha convocato una riunione con ginecologi, psicologi, medici legali e assistenti sociali, dove si è deciso di chiedere una relazione dettagliata ai servizi territoriali di psichiatria. Il confronto interdisciplinare, spesso evocato dagli stessi professionisti come lo strumento principale a cui ricorrere di fronte a casi particolarmente complessi, non era in questa situazione sufficiente poiché emergevano posizioni diverse: da un lato chi avrebbe fatto una segnalazione della gravidanza ai servizi territoriali di competenza qualora si fosse deciso di procedere – con evidente rischio che il bambino venisse sottratto alla coppia subito dopo la nascita – e chi invece vedeva questa presa di posizione come un'intrusione in un campo che non era di pertinenza medica e come una lesione di un diritto di due cittadini che chiedevano una prestazione. Quando i medici hanno comunicato alla coppia che avrebbero chiesto una relazione agli psichiatri che li avevano in cura si è di fatto palesato il mancato incontro terapeutico e la coppia si è allontanata dal servizio, probabilmente spaventata dall'esito che questa richiesta avrebbe sortito. La coppia, di fronte a queste difficoltà, ha abbandonato il percorso intrapreso.

Nei casi richiamati in questo paragrafo, i dubbi etici che avevano a che fare con le forme di famiglia che la PMA stava contribuendo a creare e con le caratteristiche dei futuri genitori si sono risolti con il coinvolgimento di contesti deputati: gli uffici legali e il Comitato etico nei primi due casi, un primo coinvolgimento della direzione sanitaria nel terzo. Così come previsto, infatti, non spetta al personale pronunciarsi su aspetti che non siano strettamente legati alla dimensione medico-sanitaria ed evidentemente le «valutazioni» sul futuro di una famiglia e sulle caratteristiche dei potenziali genitori non rientrano in tale dimensione. Dai casi analizzati emerge, però, che spesso è proprio intorno a valutazioni che esulano dalla dimensione medico-sanitaria che si annidano questioni che afferiscono alla sfera dell'etica personale e intorno alle quali alcuni vorrebbero veder sorgere un dibattito che problematizzi la questione dei limiti all'accesso.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

3. *L'informalità del dibattito sui limiti*

Spesso i dibattiti etici non escono dall'informalità di un confronto tra colleghi, proprio perché manca una cornice istituzionale che li contenga e gli conferisca legittimità. Si tratta di un tema molto delicato e complesso che ha a che vedere con l'idea che si ha del ruolo del professionista sanitario: è qualcuno che deve occuparsi solo della sfera medica o deve poter guardare ai pazienti anche per le loro caratteristiche sociali, economiche e culturali? Se questo avviene, dove sta il limite tra un percorso di accompagnamento e un percorso valutativo? Se creare lo spazio per questi dibattiti crea il rischio di selezionare le coppie che presentano le caratteristiche per essere buoni genitori, allora è meglio tacere su quelle domande che emergono nella pratica clinica? Dobbiamo accettare che queste riflessioni siano legate alle convinzioni e ai principi etici, e quindi siano soggettive, o è bene provare a trovare dei punti di vista condivisi rispetto a caratteristiche dei futuri genitori e della coppia? Tutti gli esempi che riporteremo in questo paragrafo sono casi concreti che rimandano a queste domande di ordine generale.

Riconduciamo i casi che ci sono stati raccontati ad alcune categorie intorno alle quali si concentrano le «criticità» che hanno interrogato le coscienze degli operatori: salute mentale, condizioni fisiche, relazione di coppia, condizioni sociali e incomprensione linguistica.

L'ultimo caso presentato nel paragrafo precedente rientra nella categoria della salute mentale, così come le storie di pazienti depresse o di donne con disturbi della sfera sessuale. Gli psicologi dei servizi si trovano spesso di fronte a situazioni complesse dal punto di vista del benessere psicologico, motivo per cui a volte optano per l'invio a valutazioni psichiatriche e altre volte provano loro stessi a mettere in campo accompagnamenti volti a sostenere la coppia durante i trattamenti e l'eventuale gravidanza. Non potendo rendere questi percorsi obbligatori, però, ci sono anche coppie che non accettano questo tipo di sostegno.

I percorsi di accompagnamento in questi casi possono rappresentare una risorsa per i pazienti, oltre che uno strumento per superare i dubbi dei professionisti. È il caso di una donna affetta da vaginismo, che non aveva rapporti con il suo compagno per via di precedenti episodi di abuso e violenza. Il rifiuto di qualsiasi forma di contatto che interessasse la sfera intima le impediva addirittura le visite ginecologiche e i trattamenti. A lungo lei non ha riferito i dettagli della sua storia a nessuno, nemmeno allo psicologo del servizio, che ha però trovato delle strategie di accompagnamento che permettessero alla signora di rilassarsi durante i trattamenti. Un disturbo che poteva quindi interferire col trattamento e far classificare la donna come «non collaborativa» è stato risolto grazie a un approccio che tenesse conto del benessere e dello stato di salute generale della paziente. Non sappiamo quali

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

siano i motivi clinici per cui la coppia è entrata nel percorso di PMA, ma questo caso spinge a guardare a quell'infertilità e a quella sterilità invocate come caratteristiche delle coppie trattate da una prospettiva più ampia del mero dato biologico, e considerarla come caratteristica che può dipendere anche da condizioni psicologiche.

Il benessere mentale e l'influenza che questo può avere sulla gravidanza e sul tipo di legame che la mamma svilupperà con il bambino sono poi al centro del caso di una paziente con una storia complicata: un cancro e un'endometriosi erano all'origine di una depressione e della difficoltà di concepire fisiologicamente, motivo per cui la donna si era rivolta a diversi centri di PMA, realizzando sia in Italia che all'estero 12 cicli di inseminazioni che non avevano portato a risultati. La donna, dal punto di vista degli operatori, era «ossessionata» da questo figlio che non arrivava, al punto che la desiderata gravidanza stava alla base della richiesta di non effettuare un importante intervento legato alla sua patologia che le avrebbe tolto qualsiasi possibilità di una futura gravidanza. I medici intravedevano un eccessivo attaccamento all'idea stessa della gravidanza e della maternità che secondo loro poteva anticipare problemi nella relazione mamma-bambino.

Un ultimo caso riguarda una coppia in cui la donna era seguita dallo psichiatra per una sindrome bipolare. In questo caso i medici non avrebbero voluto procedere per tutelare la vita del bambino, ma invece di ricorrere a un divieto che chiamasse esplicitamente in causa la dimensione psicologica, hanno evidenziato come la azoospermia del marito rappresentasse un limite al percorso di fecondazione omologa che la coppia stava affrontando. Anche se la relazione psichiatrica rientra tra quegli elementi medico-sanitari che potrebbero fermare il trattamento di una coppia, si tratta di percorsi più complessi e più difficili da accettare da parte della coppia. Quando queste situazioni si presentano insieme a un quadro clinico compromesso, è a quest'ultimo che gli operatori preferiscono appellarsi per motivare l'interruzione della pratica.

In continuità col caso appena discusso, altre situazioni complesse dove ci si interroga sulla necessità di interrompere i trattamenti emergono quando la donna presenta condizioni cliniche particolarmente gravi, che possono non solo interferire con la tecnica riproduttiva ma che possono addirittura aggravarsi in seguito alla tecnica stessa. Fino a che punto è «accettabile» procedere? L'obiettivo della gravidanza è da perseguire anche quando mette a rischio la salute della donna? Come conciliare queste valutazioni con le aspettative della coppia? Una situazione in cui un medico ha espresso la sua reticenza è stato quello di una donna che si era rivolta al centro per preservare la sua fertilità a seguito di cure tumorali. Per essere sottoposta a stimolazione ovarica la donna doveva assumere per un periodo di dieci giorni un ormone che è correlato alla crescita delle masse tumorali. Uno dei medici coinvolti ha dichiarato il suo disaccordo: la donna presentava ancora una

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

situazione molto compromessa e la priorità doveva essere per lui la tutela della salute e non la possibilità di una futura gravidanza. Quando i rischi sono stati prospettati alla donna, lei ha scelto di procedere e l'équipe ha infine optato per tenere in considerazione il volere della paziente.

Una situazione in cui il dubbio era invece legato alla qualità della vita del nascituro è il caso di una coppia composta da un uomo e una donna paraplegici, entrambi sulla sedia a rotelle. Non c'erano controindicazioni mediche all'inseminazione e quindi la coppia ha effettuato, con successo, un ciclo di PMA omologa. Gli operatori che li hanno seguiti, però, ammettono di essersi interrogati, pensando allo stile di vita di questa futura famiglia. Evidentemente qui le perplessità sono legate alle aspettative rispetto a genitori in buona forma fisica, pensati come in grado di accudire «meglio» la prole.

La terza categoria di aspetti potenzialmente problematici riguarda la relazione di coppia e la possibilità che i professionisti intravedano nella stessa aspetti che ritengono rivelatori di una scarsa comunione di intenti o di una ridotta condivisione di obiettivi. Spesso si ha l'impressione che il progetto di allargare la famiglia sia soprattutto di uno dei due membri della coppia, nella maggior parte dei casi della donna. Gli atteggiamenti che possono rappresentare dei campanelli d'allarme rispetto alla relazione e al progetto di coppia possono essere semplici atteggiamenti «come quando lei ti pone mille domande e lui guarda il cellulare», o dinamiche di più difficile gestione, tra cui menzioniamo un caso in cui i medici sono venuti a conoscenza dell'esistenza di segreti all'interno della coppia:

> L'uomo era in realtà una donna che si era operata e aveva effettuato il cambio di genere. La compagna non sapeva nulla e noi ovviamente non potevamo dirlo. Ce ne siamo resi conto alla visita ma non ne abbiamo parlato perché siamo tenuti al segreto professionale. Lui le aveva detto di aver subito un intervento che lo aveva reso infertile. Siamo stati in difficoltà, non sapevamo cosa fare… poi abbiamo portato avanti la fecondazione e hanno avuto il figlio.

Il dubbio si basava qui sulla solidità di una coppia che convive con un segreto così grande, mentre nel caso di quegli atteggiamenti interpretati come segno di disinteresse da parte dell'uomo i dubbi si basavano sulla sensazione che questo figlio fosse un progetto individuale, e non di coppia. Oggi dato ampiamente per scontato, il coinvolgimento paterno nei processi riproduttivi è invece un elemento piuttosto recente[10]. Da qualche decennio la presenza di un partner attivo, interessato, presente durante le visite e accudente è letto come elemento di partecipazione e di una buona relazione di coppia. È altresì relativamente recente la consapevolezza delle difficoltà

[10] L. Boltanski, *La condition foetale: Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004; trad. it. *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Milano, Feltrinelli, 2007.

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

psicologiche che caratterizzano la vita degli uomini infertili o sterili[11]. Letture di tipo psicologico sottolineano che

> se da un lato la donna tende a vivere intensamente il problema dell'infertilità lasciandosene coinvolgere emotivamente in maniera totalizzante, pensandoci e parlandone, l'uomo sembra generalmente più propenso a reagire attraverso un ridotto coinvolgimento cognitivo e con l'allontanamento del problema fino alla negazione della sua esistenza[12].

Ciò nonostante, come afferma Gribaldo, «le ovaie sono le grandi protagoniste della riproduzione assistita»[13], mentre scarseggia l'attenzione sugli spermatozoi, la cui unica caratteristica rilevante sembra essere la motilità, contribuendo a rendere sempre più irrilevante il contributo maschile alla riproduzione[14]. Sono quindi gli stessi discorsi e le tecniche implementate che potrebbero rappresentare una causa della scarsa partecipazione – corporea e di conseguenza anche emotiva – degli uomini al processo. Inoltre, anche l'idea che un progetto di genitorialità non possa essere portato avanti da una persona sola è qualcosa che è stato messo in forte discussione dalle tecniche di PMA stesse. Anche se in Italia la presenza di una coppia rimane un requisito per accedere alle tecniche, in altri contesti l'eterologa e la surrogata sono accessibili anche a donne single[15].

Un quarto aspetto che talvolta smuove le coscienze e la morale degli operatori sanitari è quello delle condizioni socioeconomiche della coppia. In questo campo le aspettative sulle forme di famiglia e sulle caratteristiche di un'ipotetica «buona genitorialità» si fanno più forti ed evidenti e, d'altro canto, ci si allontana maggiormente dal campo delle ragioni tecnico-scientifiche che potrebbero essere chiamate in causa per rifiutarsi di svolgere una prestazione.

> Quando hai persone con un passato difficile, come nel caso di persone tossicodipendenti, e sei a conoscenza di queste storie, il tuo dilemma – perché è veramente un dilemma – è quale sia la cosa giusta da fare. A volte non sai che fare… Di fronte ad alcune storie da un lato ti chiedi: «Chi sono io per vietare a questa persona di diventare genitore?»; «Posso per il passato vietare un futuro?». Dall'altro lato ti poni domande sul futuro, sulle condizioni in cui vivrà questo bambino.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

[11] B.E. Menning, *The infertile couple: A plan for advocacy*, in «Child Welfare», 54, 1975, pp. 454-460; C. Labadini, *Infertilità e psiche*, cit.

[12] C. Labadini, *Infertitilità e psiche*, cit., p. 83.

[13] A. Gribaldo, *La natura scomposta: riproduzione assistita, genere, parentela*, Roma, Luca Sossella, 2005, p. 71.

[14] Ivi, p. 79. Si veda anche C. Thompson, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge (MA), MIT Press, 2005, in particolare il cap. IV.

[15] Si veda ad esempio J.G. Schenker, *Legal aspects of ART practice in Israel*, in «Journal of Assisted Reproduction and Genetics», 20, 2003, n. 7, pp. 250-259 per il caso di Israele.

Oltre ai casi di tossicodipendenza, ci sono state raccontate analoghe situazioni che hanno riguardato la relazione tra professionisti e soggetti analfabeti, sieropositivi[16] o con precedenti penali. Il dubbio non emerge, non viene esplicitato e talvolta i professionisti stessi non si sentono legittimati a parlarne perché si tratta di elementi della storia personale che esulano completamente dalla sfera di azione del personale medico; ciò nonostante in questi casi i professionisti immaginano una famiglia che si discosta da un «modello ideale» e quindi alcuni ammettono di porsi domande come: «È giusto sostenere questi progetti di genitorialità?»; «È giusto che il SSN si faccia carico, con fondi pubblici, di questo tipo di richieste?».

È vero che la gravidanza e la fecondazione possono essere controllate però il caso della sieropositività mi interroga: ha senso? È una considerazione etica… un po' per i motivi legati allo stile di vita, un po' perché la malattia può esplodere.

Noi ci troviamo a volte con coppie che magari hanno già 4-5 figli con problemi di mantenimento e vogliono avere un altro figlio. Un caso recente è stato quello di una donna che aveva avuto figli col precedente partner, poi si era fatta chiudere le tube, ma adesso voleva un figlio con il nuovo compagno. Loro avevano seri problemi economici, non potevano nemmeno pagare il ticket. Ma se non hai i soldi per pagare i 60 euro di ticket e fai un figlio, come lo mantieni? Sono domande che ci facciamo tutti… Così come per la coppia rom… pensi: «Non è che facciamo un bimbo che poi ce lo troviamo che chiede l'elemosina qui dietro?».

Veniva da noi una signora agli arresti domiciliari. Sia lei che il marito erano analfabeti e vivevano in una situazione incredibile. Chiaro che così è impossibile… loro sono stati sospesi perché c'era il problema dell'estremo sovrappeso. Lei doveva perdere peso e non lo aveva ancora fatto quindi si prese tempo in questo senso.

Seppur queste domande spesso rimangano tema di riflessione individuale o condivisa solo tra colleghi, è anche vero che quando queste caratteristiche sociali si affiancano a problemi di ordine medico-sanitario, spesso sono questi ultimi a giustificare un rifiuto di prestazione che si basa, però, anche su valutazioni che attingono ad altre sfere e che inevitabilmente condizionano l'operato dei professionisti sanitari in quanto soggetti culturalmente e socialmente situati. Tossicodipendenza, sieropositività[17], microcriminalità e

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[16] La disponibilità di farmaci antiretrovirali ha reso possibile, tra le altre cose, che il virus non venga trasmesso attraverso la maternità e la paternità biologica. Per una riflessione su maternità e donne sieropositive si veda S. Marabello e M.L. Parisi, *Divenire madri e HIV: saperi, senso del tempo e soglie corporee*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura*, cit., pp. 101-132.

[17] P. Farmer, *Aids and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, University of California Press, 1992; E. Moyer e A. Hardon, *A disease unlike any other? Why HIV Remains exceptional in the age of treatment*, in «Medical Anthropology Cross-Cultural Studies in Health and Illness», 33, 2014, n. 4, pp. 263-269.

analfabetismo[18] – seppur fenomeni molto diversi tra loro – sono accomunati dallo stigma sociale che li accompagna e che di conseguenza li rende caratteristiche scarsamente desiderabili per un genitore, talvolta a prescindere da quali siano le circostanze attuali e le biografie dei soggetti. Un'altra categoria che condivide con queste ultime il peso di uno stigma sociale e il fatto di non essere a volte considerata come «meritevole» di ricevere cure sanitarie, soprattutto quando non strettamente necessarie e molto costose, è quella dei cittadini stranieri.

Purtroppo anche i servizi di PMA, così come molti altri servizi all'interno degli ospedali pubblici, non hanno mediatori stabili e lamentano la difficoltà di relazionarsi con i pazienti stranieri[19]. Le difficoltà di relazione vengono espresse attraverso il disagio portato dall'incomprensione linguistica, ma nelle citazioni seguenti è evidente che questo tema è la punta di un iceberg sotto cui si nascondono altri possibili malintesi, alcuni dei quali legati al tema della futura genitorialità, della forma e delle scelte della futura famiglia, quando non all'uso di risorse pubbliche per «produrre» bambini non italiani.

> È arrivata una coppia senegalese. Lei non parla italiano e non le interessa impararlo. Vuole un figlio e poi appena incinta vorrebbe tornare in Senegal e vivere là mentre il marito continua a vivere in Italia e mandarle i soldi. Mi sembra una forma di egoismo. Non vuole imparare l'italiano, vuole usare il servizio per poi partire. […] Non possiamo fare accedere chi non capisce l'italiano. Non abbiamo i consensi tradotti e spesso non abbiamo nemmeno un interprete; il mediatore potrebbe essere chiamato una volta, ma l'azienda non ce lo garantisce per tutto il percorso. Si tratta di terapie importanti, la signora deve capire cosa avviene, deve capire cosa prendere. Già con gli italiani è difficile, se non c'è comprensione non si può andare avanti.

Il tema della comprensione linguistica è un aspetto centrale della relazione con i pazienti stranieri, da cui ovviamente dipende anche la possibilità di costruire un'alleanza terapeutica, oltre che un processo di *compliance*[20]. Quando si parla di procedure e terapie complesse, poi, il tema si interseca con il rischio di vanificare un processo costoso realizzato con denaro pubblico e quindi il fatto di non comprendere la lingua o di non aver interesse a permanere in Italia diventa centrale nel pensare e descrivere chi è «meritevole» di ottenere la tecnica[21].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[18] G. Harrison e M. Callari Galli, *Né leggere né scrivere*, Milano, Feltrinelli, 1971.

[19] A.C. Vargas, *La mediazione interculturale e la formazione*, in E. Castagnone, P. Cingolani, L. Ferrero, A. Olmo e A.C. Vargas (a cura di), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 181-200.

[20] I. Quaranta e M. Ricca, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina, 2012.

[21] Specularmente, nel dibattito relativo all'eterologa sono già state espresse da alcuni preoccupazioni legate al fatto che i bambini nati da eterologa fatta con materiale genetico

Il tema dell'accesso dei pazienti stranieri porta all'estremo riflessioni che in nuce erano già contenute nei casi precedentemente illustrati. Si tratta forse del tema in cui le aspettative sui modelli di genitorialità, di famiglia e di genere emergono in maniera più forte, talvolta veicolati dal solo argomento dell'incomprensione linguistica – che rischia però di diventare esempio di discriminazione istituzionale – talaltra espressi facendo ricorso a stereotipi e pregiudizi fortemente radicati[22]. Le famiglie musulmane[23] sono spesso al centro di un discorso stigmatizzante: in particolare, le donne musulmane sono descritte come vittime passive, mentre gli uomini sono visti come soggetti dotati di un innato «familismo», il cui stimolo procreativo non è dettato da un desiderio di paternità[24], ma da una sorta di fedeltà alla famiglia d'origine e, più in generale, al paese di origine.

Io mi chiedo tante volte perché persone con tre o quattro figli in cui magari lei non lavora… perché fare un altro figlio? È una cosa che fanno soprattutto gli stranieri, soprattutto gli arabi. Ti fai delle domande, ma ovviamente non puoi fare nulla […]. In questi paesi, parlo di marocchini, piuttosto che senegalesi, la donna non è valorizzata in nulla. Non ha potere decisionale. Secondo me i mariti sono anche un ostacolo perché traducono quello che vogliono loro. Vogliono i figli perché non possono tornare al paese d'origine senza un erede perché se no non sei un vero uomo… La donna facciamola pure bombardare di ormoni, tanto lei è lì, non parla. È una questione di consapevolezza di quello che si viene a fare, problema che abbiamo specialmente con gli stranieri. Una quota di pazienti così li abbiamo e forse fermarli a monte qualche volta non sarebbe malaccio… anche solo per fare un accompagnamento diverso. Lei deve capire quello che sta venendo a fare qui. Una donna che non parla l'italiano per me è disarmante.

Salute mentale, condizioni fisiche, relazione di coppia, condizioni sociali e incomprensione linguistica sono i temi attraverso cui abbiamo scelto di mostrare il sommerso dibattito – a volte interiore, a volte sotto forma di confronto tra colleghi – che anima alcuni degli operatori coinvolti nei Centri di PMA.

Alcuni professionisti sentono su di sé una grande responsabilità verso il nascituro, ma anche una forma di solitudine rispetto al fatto che manchi un dibattito pubblico sul tema: «Noi medici siamo lasciati soli a dover perce-

Copyright © 2021 by società editrice il Mulino

proveniente da banche estere non siano geneticamente italiani. Si veda A. Gribaldo, *Tecnologie della maternità: tra desiderio e «resto» della riproduzione*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura*, cit., p. 22.

[22] G. Proglio (a cura di), *Islamofobia e razzismo. Media, discorsi pubblici e immaginario nella decostruzione dell'altro*, Torino, Seb27, 2020.

[23] F. Sona, *New Parenthood and Childhood Patterns. Principles and Praxes in Muslim Realities*, Bologna, Il Mulino, 2019.

[24] Per una critica a questa visione si veda: M.C. Inhorn, *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press, 2012.

pire e capire situazioni complicate». Visto che questa solitudine può anche essere lo spazio entro cui si realizzano forme non volute di discriminazione istituzionale, riteniamo utile partire dai fatti che i professionisti raccontano per portare a galla quella sorta di «spaesamento etico» che sentono di fronte ad alcuni casi e che a nostro avviso potrebbe essere pericolosamente connesso con i concetti di *deservingness* e *undeservingness*, ovvero all'idea che le possibilità mediche e l'accesso a certi servizi sia qualcosa che i cittadini devono meritarsi in base alle loro condotte e alle loro appartenenze.

4. *Le richieste «inaccettabili»*

Un'ultima categoria – dopo quelle dei dibattiti «formali» e «informali» – è quella delle richieste «inaccettabili». Vi rientrano casi che sono, a differenza dei precedenti, più «semplici» in termini di scelta, in quanto le richieste dei pazienti sono in evidente contrasto con ciò che la legge prevede. I dubbi etici o morali che possono sorgere in merito alle richieste dei pazienti, quindi, sono per così dire sorretti dalle norme in vigore che giustificano il rifiuto di prestazione, senza che sia necessario motivarlo facendo ricorso ad ambiti diversi da quello medico. Nonostante le chiare ed evidenti motivazioni di questi rifiuti, essi non di meno possono generare conflitti tra pazienti ed équipe di professionisti della PMA, quei casi che D'Amico e colleghi hanno chiamato «una vera e propria lotta fra la coppia e il medico»[25].

I casi che rientrano in questa categoria riguardano ad esempio richieste di trattamento *post-mortem*, condizioni cliniche che impediscono la realizzazione della tecnica e richieste di non riconoscere i figli nati da PMA.

In relazione al primo tema, si è visto in precedenza nello stesso capitolo che già il caso della prevista morte di un paziente aveva sollevato dubbi etici tra i medici, dubbi che sono stati in quel caso facilmente risolti in quanto il paziente si trovava ancora in vita al momento dell'inseminazione della moglie. Diversa è la situazione in cui la morte del partner maschile sopraggiunga prima dell'inseminazione, come avvenuto nel caso di un uomo deceduto qualche giorno prima del prelievo ovocitario. Dato che il seme dell'uomo era crioconservato all'interno della struttura, la moglie non aveva comunicato ai medici il peggioramento delle condizioni di salute del marito, sperando di poter comunque arrivare a ottenere la gravidanza. I medici entrarono a conoscenza delle reali condizioni dell'uomo e della sua morte quasi per caso, perché il decesso era avvenuto all'interno dello stesso ospedale. Nonostante la donna sostenesse che il marito fosse d'accordo all'inseminazione, la presa in carico dal servizio fu interrotta perché vennero a

[25] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice*, cit., p. 16.

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

mancare la condizione di essere una coppia e la condizione di essere in vita di entrambi i membri della suddetta coppia.

Se la norma parla chiaro rispetto al divieto di inseminazione *post-mortem*, in questo episodio i livelli di conflittualità non riguardarono solo il fatto che l'ospedale non potesse accogliere la richiesta della donna di procedere col trattamento, ma furono accresciuti da due ulteriori aspetti. Il primo è legato al tema della «fiducia» e dell'alleanza medico-paziente; per i medici il fatto che la donna non fosse stata «trasparente» e che non stesse raccontando la verità è stato causa di disappunto. Se non ci fosse stato un evento fortuito alla base della scoperta del decesso dell'uomo, la verità avrebbe forse potuto emergere nel momento del prelievo ovocitario e dello scongelamento del seme crioconservato, momento che normalmente avviene alla presenza dell'uomo. È anche vero che questo avrebbe anche potuto essere bypassato con deleghe e, quindi, esiste una remota possibilità che senza quel casuale passaggio di informazioni la donna sarebbe stata sottoposta a trattamento.

Il tema della fiducia – normalmente posto in ambito sanitario nei termini di fiducia che i pazienti ripongono nel medico – è rilevante anche nell'altra direzione, ovvero in quanto fiducia che il medico ripone nel paziente. In un ambito come la PMA dove, ad esempio, il fatto di essere una coppia va autocertificato senza la necessità di portare «prove» del fatto che sussista un matrimonio o una stabile convivenza tra l'uomo e la donna coinvolti, i medici si devono di fatto fidare di ciò che i pazienti dicono e certificano. Nei racconti dei medici che avevano incontrato questa coppia, il fatto che la donna non avesse raccontato la verità è stato visto come una «aggravante», quasi un motivo in più per non procedere con i trattamenti.

Altro momento di conflitto è stato quello in cui la donna ha chiesto di poter ricevere il seme crioconservato del marito. La richiesta era dal suo punto di vista legittima in quanto l'uomo le aveva dato il consenso; i due avevano già un figlio e desideravano dargli un fratello. Ciò apre un interessante dibattito riguardo alla proprietà di materiale genetico dopo la morte di un individuo. L'ospedale aveva dichiarato di non poter consegnare il liquido seminale ma, procedendo per vie legali, la donna poté riappropriarsi del materiale genetico del marito e, forse, portarlo presso un altro laboratorio.

Parlando dell'attuale legge, dei limiti ad oggi in vigore e di ipotetiche modifiche al testo normativo, un medico evocò il diritto a una «obiezione selettiva», tema che abbiamo già incontrato nel caso delle IVG, ma che non è ad oggi possibile per quelle prestazioni in cui è prevista l'obiezione di coscienza. Evidentemente, però, IVG e PMA interessano un ventaglio di situazioni così ampio e variegato da far ritenere – perlomeno ad alcuni – che la possibilità di obiettare dovrebbe essere non tanto un modo di esprimersi a favore o contro la pratica in astratto, ma una possibilità di valutare caso per caso il proprio personale coinvolgimento.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Adesso la fecondazione *post-mortem* è vietata, ma poniamo che un giorno sia liberalizzata. Io potrei dire: «Faccio la fecondazione, faccio tutte le tecniche esistenti, ma non sono d'accordo su questa cosa». Chiederei di obiettare su questo particolare, perché avremmo comunque la certezza di mettere al mondo un orfano. Si potrebbe discutere se è un uso corretto dell'obiezione, ma secondo me sarebbe comunque difendibile.

Abbiamo già incontrato casi in cui i dubbi etici e morali rispetto a caratteristiche della coppia e dei futuri genitori sono dipesi da situazioni cliniche complicate e dall'esistenza di patologie e polipatologie con cui il trattamento avrebbe potuto interagire negativamente. In questi casi il punto di vista del professionista e dei pazienti può facilmente divergere, vista la diversa percezione del livello di gravità, il diverso peso attribuito alle possibili conseguenze del trattamento e, infine, la diversa rilevanza che ha il raggiungimento dell'obiettivo, ovvero la gravidanza. Anche in questi casi il rifiuto dell'équipe di procedere col trattamento – seppur supportata da pareri di specialisti altri – può scontrarsi col desiderio di avere un figlio di una persona o di una coppia.

In casi complicati chiediamo consulenze di diversi specialisti. Ho visto una ragazza con una osteomielite severa dalla nascita che le aveva compromesso la possibilità di deambulare e respirare in modo corretto, un cancro al colon che l'aveva mandata in menopausa e il diabete… insomma una polipatologia importante. Non possiamo non considerare che l'obiettivo del trattamento è quello di avere una gravidanza che è comunque uno stress per l'organismo, quindi per noi conoscere esattamente la condizione di partenza è importante. Dobbiamo poter valutare se il nostro intervento danneggerà ulteriormente una situazione già compromessa. La donna in questione, ad esempio, ha avuto l'ok di tutti gli specialisti e quindi siamo andati avanti, nonostante tutti le abbiano detto che si tratterà di una gravidanza a rischio.

Laddove invece è presente un danno d'organo e la gravidanza porterebbe a perderlo non si va avanti, su indicazione degli stessi specialisti di riferimento. Abbiamo avuto dei casi simili e non sempre la valutazione medica viene ben accolta. Abbiamo avuto anche momenti difficili con alcune coppie, alcune sono addirittura state aggressive. Non capivano che non potevamo andare avanti per tutelare la loro salute. Di alcuni casi abbiamo la sensazione che si siano poi rivolti ad altri centri per ricevere comunque il trattamento.

Il tema dell'aggressività è emerso in diverse testimonianze raccolte. Si tratta di uno dei modi in cui la differenza tra il punto di vista medico e quello dei pazienti si rende visibile e concreta ed è legato sia al fatto di non condividere o di non comprendere eventuali ragioni mediche che portano al rifiuto, sia alla smisurata fiducia che spesso le coppie ripongono nelle tecniche e che può sfociare in irrealistiche proiezioni e speranze sui poteri delle tecniche riproduttive.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Rispetto ai trattamenti si hanno aspettative altissime, soprattutto sul primo trattamento. Purtroppo le persone imparano sulla loro pelle che non è cosi: i casi di insuccesso sono molti e i casi di successo sono più frequenti nei trattamenti successivi, non al primo. Inoltre il corpo della donna è sottoposto a grande stress: si produce un ormone che dà alla mente l'impressione di essere in menopausa per spingere le ovaie a produrre più uova, ciò provoca una sintomatologia che spesso si manifesta con pianto e rabbia.

Un ultimo esempio di ciò che abbiamo chiamato «richieste inaccettabili» riguarda coppie che hanno eseguito il percorso di PMA in centri diversi da quello in cui è avvenuto il parto, coppie che nella struttura ospedaliera non erano stati precedentemente presi in carico e con cui, di conseguenza, mancano quella relazione e quella conoscenza pregressa che avrebbero potuto facilitare l'emersione di eventuali problemi e condurre a un accompagnamento durante i trattamenti.

Abbiamo incontrato una coppia coniugata che in un'altra Regione aveva fatto una PMA omologa. Avevano già un figlio e l'inseminazione è esitata in una gravidanza gemellare. La coppia sosteneva di non potere mantenere tre figli. Fa quindi tutta la gravidanza dicendo a tutti che erano in attesa di un figlio e dopo il parto dichiarano di volerne riconoscere solo uno. Avevano già un maschietto e la loro richiesta era quella di tenere la femminuccia e dare il maschio in adozione.

La legge non prevede il non riconoscimento di un figlio nato da PMA[26], quindi evidentemente la richiesta della coppia non ha potuto essere accolta, ma non senza difficoltà sul piano della relazione medico-paziente.

5. *Il terreno di confronto sulla fecondazione eterologa*

Molti casi che hanno posto questioni etiche riguardano l'eterologa, fecondazione che – come vedremo ancora nel prossimo capitolo – mette in gioco livelli di complessità maggiori perché coinvolge materiale genetico esterno alla coppia e quindi mette in moto vissuti e aspettative diversi, sia da parte delle coppie che da parte degli operatori. Va tenuto presente che questo ambito di riflessione non è circoscritto agli ospedali in cui si effettua l'eterologa, ma comprende anche i contesti dove la pratica non è offerta ma in cui gli operatori sanitari entrano in contatto con coppie che hanno effettuato la fecondazione all'estero o in un altro centro. L'incontro avviene quindi durante la gravidanza, nei percorsi di accompagnamento al parto e al momento del parto, ovvero verso la fine di un percorso, cosa che contribuisce a renderlo più problematico perché manca una conoscenza

[26] Su questo tema si tornerà nel paragrafo conclusivo del capitolo.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

pregressa e una precedente presa in carico. Inoltre, i criteri e i parametri con cui le eterologhe vengono effettuate in centri privati o all'estero possono non essere condivisi dai centri pubblici in cui le coppie si recano per partorire, ad esempio quando ci sono casi di gravidanze ad alto rischio connesse allo stato di salute della donna. Nelle parole di un operatore «i casi di eterologa che arrivano da fuori sono senza controllo», e ancora «i post partum che hanno fatto l'eterologa all'estero sono i casi più complessi perché non hanno avuto un percorso con noi e non li conosciamo». Anche gli ospedali che non offrono tecniche di fecondazione eterologa esprimono la necessità di sapere quali – tra le coppie che si rivolgono al loro servizio – hanno alle spalle percorsi di PMA con gameti esterni alla coppia effettuati all'estero.

Infatti la fecondazione eterologa viene vissuta dagli operatori come un ambito in cui la relazione con le coppie è più difficile per via di alcuni elementi: dal punto di vista emotivo emergono il timore di estraneità rispetto al bambino e le paure rispetto al futuro; dal punto di vista della relazione con gli operatori, invece, viene sottolineato il fatto che si incontrano più «casi limite» perché le coppie affrontano questo percorso normalmente a un'età più avanzata e spesso dopo diversi fallimenti di omologa, e quindi «da una parte [le coppie] sono più consapevoli, ma dall'altra sono anche più aggressive. Inoltre ripongono una fiducia estrema nella tecnica, vedendola come la soluzione a tutti i problemi».

Questa descrizione riflette una porzione di realtà, ma certamente non tutta; contrasta infatti sia con quella di altri operatori che vedono le coppie dell'eterologa come «più serene e meno vulnerabili, perché evidentemente hanno superato il lutto e a quel punto lo affrontano», sia con quella di alcuni pazienti che rivendicano nei confronti di altri genitori una forma di genitorialità più consapevole e responsabile, perché cercata e fortemente voluta[27]. È quindi probabile che nel descrivere queste coppie come «più difficili» un certo ruolo sia giocato proprio dall'immaginario di queste coppie come portatrici di una genitorialità «diversa» e dunque più «bisognosa» di attenzioni. L'esistenza di questo pregiudizio è stata riconosciuta da un operatore stesso quando ci ha detto

> Dipende sempre dagli occhiali che ci mettiamo: se vediamo che non c'è attaccamento al bambino, ad esempio, dovremmo chiederci se non c'è attaccamento perché ha fatto l'eterologa o se dipende da altro. Molte nascite non sono amori a prima vista anche per chi non ha fatto l'eterologa… anche noi come professionisti dobbiamo lavorarci. Dobbiamo toglierci dall'ottica «l'eterologa è giusta o sbagliata?» e gestirla senza giudizio.

[27] A. Gribaldo, *Tecnologie della maternità*, cit., p. 24.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Il tema si è imposto alla nostra attenzione a seguito di alcuni casi – pochi a livello statistico – in cui a seguito di fecondazioni eterologhe, al momento del parto il «padre sociale» ha dichiarato di non voler riconoscere il bambino. Parlando di trattamenti fatti all'estero alcuni operatori hanno osservato uomini che hanno accompagnato tutto il percorso delle loro compagne e hanno cambiato idea riguardo al loro ruolo a ridosso della nascita o durante la gravidanza, motivo per cui alcune donne sono arrivate al parto da sole. Ciò ha portato in contesti diversi a riflettere sulla necessità che i percorsi delle coppie che fanno fecondazioni eterologhe siano maggiormente accompagnati. Molti operatori ritengono che queste coppie abbiano bisogni e caratteristiche specifiche, su cui bisognerebbe riflettere per modulare un accompagnamento che non sia «valutativo», bensì «preventivo», e per evitare l'insorgenza di temi delicati dopo la nascita.

Il primo aspetto che dal punto di vista degli operatori richiederebbe di essere maggiormente tematizzato e accompagnato dal punto di vista psicologico è quello del riconoscimento.

Avevamo in trattamento una coppia che era già nel percorso di PMA omologa, sono passati a quello di eterologa, ma al momento di ordinare gli ovociti abbiamo interrotto perché lei ha detto che temeva di non accettare la gravidanza. L'ordine non è partito perché lei ha palesato il suo timore dicendo: «Magari la gravidanza la vivo anche bene, ma il contatto col bimbo poi magari no, ho paura di rifiutarlo».

Il tema del riconoscimento è strettamente legato a quello della somiglianza fisica e al timore di avere figli fisicamente molto diversi da sé. Non si tratta di un timore infondato; è dimostrato che la somiglianza abbia implicazioni emotive molto forti nei soggetti coinvolti, tanto da «assumere un'efficacia strutturante i legami di parentela e la formazione del senso di appartenenza ad una famiglia»[28].

I centri che operano in Italia e in Europa rispondono a normative europee che impongono alle biobanche di cercare gameti provenienti da donatori il più possibile somiglianti fisicamente a coloro che saranno i genitori sociali[29]. Si pone attenzione al gruppo etnico di appartenenza e al gruppo sanguigno, ma anche a caratteristiche fisiche quali l'altezza, il colore degli occhi e dei capelli. Ciò nonostante, la somiglianza non può ovviamente essere garantita, e per qualcuno questo dubbio può essere troppo pesante da reggere. Questo tema accomuna la fecondazione eterologa ad altre forme di genitorialità, ad esempio quella adottiva, in cui la diversità tra genitori e figli – spesso anche marcata in termini di tratti somatici e di colore della pelle – deve essere «addomesticata», processo che chiede ai genitori, e alle madri

[28] S. Grilli, *È tutto l'altra madre. Costruzioni procreative e pratiche della genitorialità nella maternità lesbica*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura*, cit., p. 40.
[29] Su questo argomento si veda anche il prossimo capitolo.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

in particolare, di districarsi tra «le inclinazioni dettate da saperi profondamente incorporati e la necessità di innovare strategicamente e creativamente il loro ruolo»[30]. Così come l'adozione, anche la fecondazione eterologa – soprattutto quando si tratta di una doppia donazione – chiede ai genitori di impegnarsi in un processo di *kinning* (imparentamento), percorso che porta un neonato all'interno di una relazione significativa e permanente con un gruppo di persone che esprimeranno quella relazione utilizzando il lessico della sfera familiare[31]. La netta differenza con i percorsi adottivi è che questo processo di imparentamento inizia prima della nascita ed è facilitato dalla gestazione che – anche nel caso di una doppia donazione e quindi quando il nascituro non condivide il patrimonio genetico con nessuno dei due genitori – rende assimilabili queste gravidanze a quelle fisiologiche. Nel caso di donazione singola, gli operatori riscontrano invece una differenza nei vissuti delle coppie che effettuano la tecnica con donazione di uova o di seme:

> Nell'eterologa femminile c'è una maggiore accettazione da parte della coppia perché l'uomo è comunque coinvolto al 100%. La donna, pur non mettendo il patrimonio genetico, è il *carrier* perché l'utero è il suo e ha davanti nove mesi di gravidanza. Un po' per questo e un po' perché spesso la parte femminile è quella più motivata alla gravidanza questi percorsi sono più semplici. L'eterologa maschile in generale è più difficile perché effettivamente l'uomo è più escluso.

La somiglianza e l'avvenuta gestazione sono quindi elementi che alimentano l'«ossessione biogenetica»[32], ovvero quel tentativo di avvicinare simbolicamente genitorialità non biologiche a quelle «naturali»[33].

La gravidanza, il fatto di avere una pancia che cresce e quindi un segno visibile del legame col figlio già prima della nascita, è sicuramente qualcosa che dà una forte spinta a questa tendenza, perché permette di raccontare a sé stessi – e talvolta agli altri – la filiazione come un processo naturale. Altro elemento che va nella stessa direzione è la possibilità data alle famiglie che hanno avuto un figlio da eterologa e desiderano un secondo trattamento di utilizzare gameti dello stesso donatore per «produrre» un secondo figlio geneticamente fratello del primo.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[30] R. Di Silvio, *L'ammaternamento adottivo di figli «diversamente etnici»*, cit., p. 81.

[31] S. Howell, *Kinning: The creation of life trajectories in transnational adoptive families*, in «Journal of the Royal Anthropological Institute», 9, 2003, n. 3, pp. 465-484.

[32] S. Grilli, *È tutto l'altra madre*, cit., p. 51. Si vedano anche: C. Thompson, *Making parents*, cit.; I. Bestard, *Kinship and the new genetics. The changing meaning of biogenetic substance*, in «Social Anthropology: The Journal of European Association of Social Anthropology», 12, 2004, n. 3, pp. 253-263; A. Cadoret, *Des parents comme les autres: Homosexualité et parenté*, Paris, Odile Jacob, 2002; trad. it. *Genitori come gli altri. Omosessualità e genitorialità*, Milano, Feltrinelli, 2008.

[33] M. Strathern, *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

Questa «strategica naturalizzazione»[34] della tecnica ha risvolti affettivi e simbolici ma, talvolta, anche medici. Quando la fecondazione viene narrata come un processo naturale invece che come un processo artificiale si può arrivare a tabuizzare l'origine della gravidanza nei contesti familiari, sociali ma anche nella relazione con i medici che seguiranno la gravidanza (quando non sono gli stessi ad aver effettuato la PMA) o con il bambino dopo la nascita. Gli operatori dicono di aver incontrato diverse coppie che hanno scelto di non rivelare ai figli, ai genitori e ai parenti che il loro figlio è stato generato grazie a un'eterologa, attuando quindi una sorta di rimozione dell'atto della donazione. Oltre a rivelare una difficoltà nell'elaborare – e forse nell'accettare – la propria sterilità o infertilità prima e la necessità di ricorrere a un'eterologa poi, questo tabù può avere un effetto nella relazione tra medico e paziente quando l'origine genetica del bambino viene nascosta anche agli operatori sanitari:

> Nel caso di una eterologa femminile, i test di screening durante la gravidanza vanno fatti con i dati della donatrice, ma a volte c'è reticenza. Sta alle donne comunicarlo ai servizi dove è seguita per la gravidanza, ma alcune coppie tendono a nasconderlo. A volte i test vengono fatti, ad esempio, dichiarando l'età della madre e non quella della donatrice, dando quindi un risultato falsato. […] Poi c'è anche il fatto che una gravidanza da ovodonazione è sottoposta a rischi maggiori rispetto a un'omologa, quindi in generale è un'informazione che andrebbe condivisa con chi segue la gravidanza, ma ovviamente è una cosa che può fare solo la coppia. Altri professionisti, qualora lo sapessero, sono comunque tenuti al segreto professionale.

Anche figure che non rientrano nel percorso di fecondazione, quali i pediatri, sottolineano di aver incontrato situazioni problematiche:

> Avevo in cura un bambino nato prematuro da una fecondazione eterologa che ha avuto problemi respiratori. Purtroppo l'ho scoperto dopo un bel po' di tempo che si trattava di un bambino nato da eterologa perché questo fatto era stato completamente taciuto nell'anamnesi, mentre si trattava di un dato importante.

Evidentemente le implicazioni di quell'ossessione biogenetica che porta a nascondere l'origine del bambino può avere risvolti che entrano nella sfera della relazione con gli operatori che seguono la gravidanza ma anche, in generale, con gli operatori che incontreranno il figlio nell'arco della sua vita. È un tema complesso che si colloca al crocevia tra i diritti e la privacy dei genitori e il diritto di ognuno a conoscere le proprie origini.

[34] C. Thompson, *Making parents*, cit., p. 174.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

6. *Il paragone con la normativa sull'adozione*

È proprio la distanza genetica tra un genitore – o entrambi i genitori – e il figlio a spingere alcuni operatori a paragonare le gravidanze da eterologa a delle nuove forme di adozione, come se fossero adozioni precoci che avvengono prima della nascita. Come abbiamo già accennato e come vedremo più nel dettaglio nel prossimo capitolo, la forza di questa analogia è emersa in contesti in cui ci si è chiesto se porre un limite all'accesso legato all'età paterna. Per risolvere i dubbi rispetto a quale fosse l'età paterna oltre la quale limitare l'accesso alla prestazione è infatti stata presa in considerazione la normativa che regola le adozioni. In questo capitolo si è già discusso di questo caso come uno dei pochi in cui – passando attraverso gli uffici legali dell'ospedale – i dubbi dei professionisti hanno trovato un luogo e una forma che li ha resi pubblici e quindi, in un certo senso, legittimi.

Il confronto tra norme che regolano l'accesso all'adozione e norme che regolano l'accesso alla PMA è stato al centro di un seminario[35] pubblico organizzato a Torino dall'Associazione il Melo[36]. Sulla pagina dell'associazione, relativamente al seminario si legge:

> L'adozione è sempre più vissuta come soluzione al problema della sterilità della coppia e non come in passato, quando la scelta poteva scaturire da motivazioni e ideali di solidarietà. Oggi chi non riesce ad avere un figlio può avvalersi della Procreazione medicalmente assistita (PMA), secondo quanto previsto in Italia dalla legge 40 del 2004, ma anche «appoggiarsi» ad altri Stati europei che hanno leggi più permissive. Tutto questo determinerà la fine delle adozioni o una liberalizzazione senza il presidio delle équipe di territorio e dei Tribunali per i minori?[37]

Trapela da questa presentazione una preoccupazione per lo scenario a cui può portare quella che viene definita una «liberalizzazione senza presidio». In questo contesto – che ha visto gli interventi di psicologi, giudici e assistenti sociali – il tema del confronto tra l'accesso alle due forme di geni-

[35] Il seminario, dal titolo *Genitorialit@.3 – Seminario su adozione e procreazione medicalmente assistita* si è tenuto presso il Collegio Carlo Alberto il 13 giugno 2019.

[36] Dal sito: «L'Associazione promuove studi e ricerche nel campo della psicoterapia dell'età evolutiva e della famiglia, cura la formazione degli operatori che a vario titolo si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza, unitamente al lavoro clinico sul campo. Il Melo quindi si caratterizza come un centro specialistico di prevenzione, diagnosi e psicoterapia a favore di bambini, adolescenti e delle loro famiglie, maturando una specifica competenza nella presa in carico delle crisi adottive, che si manifestano con un disagio acuto del bambino e degli altri membri della famiglia adottiva determinando una sofferenza relazionale», https://www.associazioneilmelo.org/chi-siamo/ (ultima consultazione 24/11/2020).

[37] https://www.associazioneilmelo.org/2019/03/25/genitorialit-3-seminario-su-adozione-e-procreazione-medicalmente-assistita/ (ultima consultazione 24/11/2020).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

torialità è stato affrontato sia dalla prospettiva dei presupposti normativi, sia dalla prospettiva delle caratteristiche della coppia adottiva.

La legge che si occupa di adozione e quella che si occupa di PMA prevedono percorsi incompatibili. La legge sull'adozione mette al centro la disponibilità di una famiglia ad accogliere un bambino che la famiglia l'ha persa. La coppia adottiva parte da una dichiarazione di disponibilità, la coppia che richiede una PMA parte da una certificazione medica. Qual è il presupposto? Non è un bambino, ma lo stato di salute dei genitori. Un altro presupposto differente è la fantasia del bambino: chi ricorre alla PMA si aspetta un bambino perfetto, ad esempio possiamo controllare i disturbi genetici, mentre l'adozione parte dal presupposto che arriverà un bambino con una ferita da colmare.

Questo passaggio dell'introduzione alla giornata di riflessione – che sembra marcare la distinzione tra una «genitorialità altruistica» e una orientata sui bisogni dei genitori – ha portato a una disamina più dettagliata dei criteri di accesso al percorso di PMA, mettendo in luce come le caratteristiche che la legge prevede debbano avere le coppie che accedono al servizio siano da un lato estremamente aperte e dall'altro siano di fatto superate o superabili se teniamo presente che la PMA è un fenomeno globale e che grazie al turismo procreativo le coppie possono recarsi in luoghi con norme meno restrittive.

La legge 40 prevede ad esempio che le coppie che accedono ai servizi siano sposate o conviventi, di maggiore età, di sessi diversi, in età potenzialmente fertile ed entrambi viventi. Come emerso nella giornata, queste condizioni sono nella pratica già superate se si guarda alle coppie che effettuano percorsi procreativi all'estero e poi tornano a partorire in Italia (si faceva riferimento, ad esempio, alla possibilità di procreazione per single e per coppie dello stesso sesso e alla non condivisione a livello internazionale di criteri sui limiti d'età). Inoltre – e questo è l'aspetto più pregnante per il discorso che stiamo portando avanti – sono state sottolineate le grandi differenze tra le «due forme adottive», in quanto i percorsi di adozione sono caratterizzati da una valutazione economica, abitativa e dei tempi lavorativi dei genitori. Tutte queste caratteristiche – che rendono il percorso adottivo una strada lunga e tortuosa per molte coppie – vengono enucleate da una legge che pone al centro della sua attenzione un bambino considerato come un soggetto privato di una famiglia, mentre i percorsi di PMA – essendo considerati come una cura e non come percorsi di filiazione – mettono al loro centro i soggetti fertili o sterili che necessitano di cure, a cui accedono anche se indigenti. In sintesi, nella prospettiva di una delle relatrici «l'idea della valutazione non è quella di dare i figli ai ricchi, ma a famiglie che li possano sostenere». Sempre da questa prospettiva, un altro aspetto che nelle famiglie adottive è indagato a fondo è lo stato di salute dei genitori: se il genitore adottivo deve essere sano, nei percorsi di PMA lo stato di salute

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

compromesso è il requisito per accedere al servizio e, infine, mentre nei percorsi di adozione un giudice fornisce una valutazione della coppia, la PMA offre una possibilità di genitorialità che – così come quella fisiologica – non si deve sottoporre a nessuna valutazione.

Sulla scia di quanto detto, alcuni auspicano che la condivisione tra professionisti diversi porti a un ripensamento delle modalità operative e alla creazione, ad esempio, di un protocollo di base per la gestione dei «casi complessi». L'attivazione di un protocollo sarebbe, per i sostenitori di questa richiesta, un utile strumento di indirizzo per alleviare l'incertezza professionale, quella solitudine che, come abbiamo visto, spesso i professionisti sentono di fronte ai casi che li interrogano. Altri vedono però una simile direzione come rischiosa:

> Ci sarebbe un rischio, quello di categorizzare qualcosa cioè il nostro essere che difficilmente rientra in categorie definite. Se pensiamo a delle linee guida sono per definizione molto nette, ma le cose non sono bianche o nere, e dove metti tutta la variabilità individuale? Tutte le sfumature? Questo sarebbe il rischio… che l'esistenza di un protocollo diventi un modo per dire sì o no. Secondo me bisogna stare attenti, potrebbero essere utili, ma avrei poca fiducia su come potrebbero essere realizzate, quindi la valutazione caso per caso rimane per me la modalità più sensata.

> Si rischia di arrivare a parlare di valutazione delle forme di genitorialità e si finisce in un ginepraio. Secondo me non si può agire a priori, ma solo eventualmente a posteriori.

Nessuno, a quanto ci è parso di capire, auspica che si vada verso un modello operativo così rigido come quello che esiste nel nostro paese per il percorso adottivo, caratterizzato da prolungate indagini istituzionali da parte dei servizi sociali «finalizzate a determinare una sorta di predittività degli esiti dell'apparentamento e spesso accompagnate da un pervasivo addestramento alla buona genitorialità»[38]. Semmai, al contrario, l'auspicio è che dal confronto tra queste due forme di creazione di un nucleo familiare possa derivare un allentamento della rigidità di quelle norme che in Italia regolano l'accesso alle adozioni.

7. *Naturalizzazione, artificialità e responsabilità*

Richiamiamo in chiusura di questo capitolo alcune domande con cui abbiamo aperto e che hanno attraversato l'intero capitolo: i professionisti che lavorano nel campo della PMA possono porsi domande su quali siano i con-

[38] R. Di Silvio, *L'ammaternamento adottivo di figli «diversamente etnici»*, cit., p. 77.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

fini etici del loro operato? Può questa riflessione diventare lo spazio in cui operare delle scelte? Può questo aprire a forme di obiezione selettiva o di rifiuto di prestazione? Quali sono i contesti preposti ad accogliere e a elaborare queste riflessioni sui limiti? Come si può ragionare sui temi emersi costruendo degli accompagnamenti che non si traducano in processi valutativi?

Ci pare che per via della loro indefinitezza, marginalità istituzionale e complessità questi temi non abbiano ancora riscontro nella letteratura e nel dibattito pubblico. D'altra parte essi sono indubbiamente legati al progredire della tecnologia che inevitabilmente pone questioni nuove e costantemente in divenire.

I percorsi di PMA sono interessati da una tensione tra la tendenza verso la «naturalizzazione» e da valutazioni derivanti dall'«artificialità» della tecnica. Per naturalizzazione ci riferiamo a tutti quegli atteggiamenti che portano ad assimilare queste gravidanze a quelle fisiologiche. Si tratta di atteggiamenti messi in campo tanto dai pazienti quanto dai professionisti. Per quanto riguarda i pazienti, il tema emerge chiaramente quando si costruisce intorno all'origine della gravidanza un tabù, un segreto da tenere nascosto sia a livello sociale che col personale medico. Sul fronte dei professionisti, essi stessi riconoscono la validità e il senso dei tentativi di avvicinare la pratica a un processo naturale quando assecondano le richieste di vicinanza fenotipica, dandone per scontato il valore. Il fatto che la rilevanza di questo aspetto sia contenuto nelle normative europee determina che si proceda con certi criteri di ricerca del donatore anche con chi non ne fa esplicitamente richiesta[39]. Nordqvist, nel suo studio sulle coppie lesbiche che fanno ricorso alla donazione di gameti maschili, commenta il desiderio di avere figli che assomiglino ai genitori sostenendo che la condivisione fenotipica diventa il sostituto della condivisione genetica, finendo col rappresentarla simbolicamente[40]. La somiglianza avrebbe quindi il compito di rinviare a un legame biogenetico, quel cosiddetto «legame di sangue» che sta al centro della rappresentazione euro-americana della parentela[41] e che mantiene la sua validità anche di fronte alle sempre più numerose forme di parentela che sfidano questa rappresentazione.

Dall'altra parte, però, i percorsi di PMA e tutti i dilemmi etici che li accompagnano sono legati all'artificialità della tecnica. Il fatto che la riproduzione passi dall'essere un «mero atto biologico» a essere un «fatto medico» pone in prospettive radicalmente nuove il tema della responsabilità medica, visto che di fatto sono i medici a rendere possibili maternità e pa-

[39] P. Nordqvist, *Out of sight, out of mind: Family resemblances in lesbian donor conception*, in «Sociology», 44, 2010, n. 6, pp. 1128-1144.

[40] *Ibidem*.

[41] D.M. Schneider, *American Kinship: A Cultural Account*, Chicago, The University of Chicago Press, 1968.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

ternità diversamente irrealizzabili. In questo capitolo emerge chiaramente la trasformazione della responsabilità medica: i professionisti sanitari diventano attori della riproduzione e in quanto tali si sentono (almeno una parte di loro) chiamati in causa nell'immaginare le famiglie che contribuiscono a creare. Il fatto che la legge 40 incentri il suo discorso sulla coppia e sulle «patologie» rende il percorso di genitorialità un percorso di cura, e questo lascia poco o nullo spazio alle riflessioni sul dopo, sulle condizioni in cui si troverà a vivere quel bambino, invocato nella legge solo in quanto embrione[42].

Per alcuni professionisti è giusto che sia così ed è giusto che i medici non siano coinvolti in «valutazioni» che esulano dalla loro sfera professionale; per altri invece eventuali «elementi di fragilità» di una coppia che emergono nel dialogo con i diversi professionisti dovrebbero sfociare in forme di accompagnamento mirato, quando non in una riflessione sulle condizioni di accesso al servizio.

La tecnologia e l'artificialità del processo riproduttivo pongono in una prospettiva nuova anche il tema della responsabilità genitoriale. Che cosa, di fatto, rende genitori soggetti che a livello genetico non sono legati ai loro figli? Ciò che fa sì che soggetti che fino a qualche tempo fa non avrebbero avuto la possibilità di immaginarsi come padri e come madri è la scelta[43] e, ancor prima, è il desiderio[44] che ha innescato il percorso. La tecnica, infatti, rappresenta una possibilità di rispondere a quel desiderio e non tanto di «curare» quei corpi.

La centralità delle dimensioni della scelta e del desiderio nel costruire questi nuovi genitori è evidente nel fatto che un soggetto che diventa genitore ricorrendo alle tecniche di PMA non possa disconoscere il figlio nato da quella tecnica. Si tratta di una distinzione che crea genitori diversi da altri genitori o di una tutela aggiuntiva per il bambino?

Un caso che mi ha toccato è il caso di un bambino nato da una fecondazione eterologa doppia fatta all'estero a cui non era stato possibile in alcun modo diagnosticare una gravissima sindrome. Il bambino nasce con le ossa fragili, nasce un bambino molto compromesso. I genitori desiderano disconoscerlo, ma la legge 40 lo vieta. Mi sono fatto delle domande: se tu hai un figlio concepito spontaneamente entro poche ore dal parto puoi disconoscerlo, mentre se è stato concepito nell'ambito della legge 40 no. Mi sono chiesto: «Perché?».

Una domanda che per me è sempre un campanello d'allarme quando incontro le coppie è quando mi chiedono: «E se viene brutto?». Cioè… stai per affrontare

[42] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice*, cit., p. 17.
[43] Ivi, p. 16.
[44] C. Thompson, *Strategic naturalizing: Kinship in a infertility clinic*, in S. Franklin e S. McKinnon (a cura di), *Relative Values. Reconfiguring Kinship Studies*, Durham-London, Duke University Press, 2001, p. 179.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

tutto un percorso [di PMA eterologa] lungo, complesso… e la tua domanda è cosa fare se tuo figlio nasce brutto?

Scelta e desiderio, quindi, mettono coloro che diventano genitori con ricorso alla PMA in una posizione diversa da coloro che diventano genitori in maniera fisiologica. Giacalone specifica che la responsabilità genitoriale di questi genitori inizia ancor prima del momento della nascita e che gli stessi «gameti utilizzati per la formazione dell'embrione appartengono a coloro che hanno *scelto* di diventare genitori e non ai donatori esterni»[45]. Il percorso a cui si sottopongono permette di osservare, riflettere e disquisire sulle loro caratteristiche, cosa che ovviamente non accade nei casi di filiazione biologica. La domanda che può guidare tutte le riflessioni stimolate da questo capitolo è dunque: è giusto, è sensato porre alla genitorialità artificiale dei limiti che non esistono nella genitorialità biologica? Se sì, che tipo di limiti?

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[45] F. Giacalone, *La fabbricazione del figlio tra genetica e diritto. Il corpo femminile quale laboratorio biopolitico*, in «EtnoAntropologia», 7, 2019, n. 1, pp. 63-86.

Capitolo sesto

La PMA eterologa arriva in Italia: il caso dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *La PMA eterologa in Italia*

Nel capitolo precedente abbiamo visto che un punto particolarmente denso dei dibattiti sulla PMA intorno a cui si annidano dilemmi e questioni specifiche è quello della fecondazione eterologa. All'interno del presente volume, parlare di questo tipo di PMA acquista molteplici significati: innanzitutto ci permette di fornire dati utili a contestualizzare le informazioni contenute nel capitolo precedente e in secondo luogo porta lo sguardo – in continuità con ciò che abbiamo fatto nella prima parte – sulla relazione tra le norme e la loro implementazione, partendo dalla prospettiva che rappresenta il filo conduttore dell'intero volume, il tema del pluralismo etico. Ci sembra infatti utile ribadire che il divieto di eterologa prima e la sua difficoltosa implementazione poi siano dipesi proprio da quella «tensione tra diritto ed etica»[1] di cui abbiamo già parlato e, in particolare, dalla difficile elaborazione di norme giuridiche sulla procreazione per via dell'impossibilità di individuare univocamente valori, principi, interessi e beni meritevoli di tutela giuridica[2].

In questo capitolo ricostruiamo alcuni significativi passaggi di ciò che è avvenuto all'interno dell'Azienda universitaria ospedaliera Careggi di Firenze (AUO Careggi) – primo centro pubblico a organizzarsi per fornire la PMA di tipo eterologo – dopo che la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo il divieto di eterologa contenuto nella legge 40. In quanto primo ospedale pubblico a offrire questa tecnica, l'Ospedale Careggi ha affrontato problemi a diverso livello: la presenza di una normativa lacunosa, l'ingente domanda di prestazioni proveniente da tutto il territorio nazionale e la scarsità di donatori.

Questo capitolo è di Elisabetta Coccia, Laura Ferrero e Francesca Rizzello.

[1] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, in «Rivista AIC», 1, 2018, p. 21.

[2] *Ibidem*.

«È vietato il ricorso a tecniche di procreazione di tipo eterologo»: con questa frase – contenuta nel comma 3 dell'art. 4 – la legge 40 vietava la donazione di gameti e, quindi, la fecondazione di tipo eterologo[3]. Avendo precedentemente discusso delle prospettive rivelate dalle scelte linguistiche e terminologiche sia all'interno della legge 194 sia all'interno della legge 40, è significativo soffermarci anche in questo caso sulle parole utilizzate dalla legge. Come fanno notare Mori e Flamigni:

> in italiano l'aggettivo eterologo in biologia significa «di specie diversa». La legge non solo ha vietato un comportamento, ma ha anche implicitamente ridefinito il termine, che viene ora a indicare l'uso dei gameti di una persona esterna alla coppia […]. Il neologismo sembra creato apposta per screditare la pratica[4].

Ciò nonostante, l'utilizzo di questo termine ha preso il sopravvento ed è oggi largamente utilizzato tanto nell'ambiente medico quanto dall'opinione pubblica, motivo per cui abbiamo deciso di allinearci a questo utilizzo anche in questo contributo.

Il divieto di ricorrere a questa pratica è stato definito da D'Amico, Alesso e Clara – membri del collegio nazionale di avvocati che ha difeso le coppie davanti alla Corte costituzionale – come «uno dei divieti più rigidi della legge 40»[5], che infatti è stato accolto da forti critiche e che è stato interessato da una battaglia giuridica che ha visto come prime protagoniste le coppie che ambivano al trattamento. Le ragioni di questo divieto sono riconducibili al dibattito che ha circondato la pratica eterologa in particolare e la promulgazione di tutta la legge in generale, approvata – come abbiamo già ricordato – dopo un iter parlamentare eccezionalmente lungo e tormentato durato ben 19 anni[6]. D'Amico e colleghi hanno esaminato i lavori preparatori al progetto di legge, analizzando le informazioni sull'iter legislativo presso la camera e il senato; da questo lavoro hanno dedotto che «a fondamento del divieto di ricorso alla fecondazione eterologa si sia posta la preoccupazione di non ledere l'integrità psicosociale del nascituro»[7]. Secondo gli autori, da tali lavori preparatori emerge più volte il timore che l'utilizzo di

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[3] In Italia la PMA eterologa è stata vietata negli ospedali pubblici da una circolare ministeriale del 1985 da parte dell'allora ministro della Salute, Costante Degan, mentre era consentita nei centri privati. Nel 2004, la legge 40/2004 sulla PMA ha confermato il divieto di eterologa con la donazione di ovuli e sperma sia nel settore pubblico che privato.

[4] C. Flamigni e M. Mori, *La legge sulla procreazione medicalmente assistita. Paradigmi a confronto*, Milano, Net, 2005, p. 134.

[5] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice. Fecondazione assistita, riflessioni e prospettive*, Milano, FrancoAngeli, 2010, p. 107.

[6] G. Ricci *et al.*, *Il difficile percorso normativo italiano sulla Procreazione Medicalmente Assistita: revisione della letteratura e stato dell'arte*, in «La Clinica Terapeutica», 166, 2015, n. 3, pp. 234-241.

[7] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice*, cit., p. 108.

gameti esterni alla coppia possa provocare la «frammentazione delle figure parentali con danni per il nascituro di natura psicosociale […] che possono compromettere l'identità stessa del soggetto», preoccupazioni che però sembrano essere più di principio, che non basate sullo studio e sull'osservazione dello sviluppo di soggetti nati da eterologa[8]. Ripercorrendo i lavori preparatori, dunque, gli autori non ravvedono altre ragioni del divieto diverse dallo scarto che intercorre tra la genitorialità biologica e quella affettiva[9].

Non è questa la sede per riassumere la posizione dell'antropologia sulla relazione tra questi due tipi di genitorialità, ma vale certamente la pena ricordare che da decenni questa disciplina lavora alla decostruzione del concetto di «famiglia naturale», consapevole che esistono molteplici modelli di famiglia. La famiglia non è da intendere come un gruppo naturale dominato da regole immutabili, bensì come una creazione sociale e normativa sottoposta a trasformazioni che la interessano e la attraversano a seconda dei luoghi, delle epoche storiche, delle classi sociali e delle credenze[10]. Di conseguenza, i rapporti, gli obblighi e gli affetti familiari non sono solo la materializzazione e l'espressione di relazioni genetiche, bensì rappresentano il lessico attraverso cui si esprimono forme di solidarietà che possono attingere ad ambiti diversi della socialità; tra questi c'è ovviamente la biologia, ma non solo.

Nel loro libro uscito a ridosso dell'emanazione della legge, Mori e Flamigni hanno compiuto un'operazione intellettuale simile a quella appena descritta: hanno effettuato una disamina degli argomenti utilizzati nel dibattito pubblico e da figure politiche contro l'eterologa per giungere alla conclusione che essi possano essere ricondotti a due macrocategorie: «la difesa della famiglia» e «il bene del bambino»[11]. In linea con queste interpre-

Copyright © 2021 by Società Editrice Il Mulino

[8] *Ibidem*.

[9] Ivi, p. 112.

[10] La produzione su questo tema è molto ampia. Si vedano, a titolo di esempio, F. Remotti, *Contro natura. Una lettera al Papa*, Roma-Bari, Laterza, 2008; M. Sahlins, *What Kinship Is-And Is Not*, Chicago, University of Chicago Press, 2014; trad. it. *La parentela: cos'è e cosa non è*, Milano, Elèuthera, 2014. Per un approccio antropologico vicino ai temi qui trattati: M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018; S. Grilli, *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Roma, Carocci, 2019. Per un approccio giuridico si vedano tra gli altri: A. Margaria, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Leggi e giudici di fronte alle nuove realtà*, Bologna, Il Mulino, 2018; I. Bertini, *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino, 2018.

[11] C. Flamigni e M. Mori, *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*, cit., pp. 137-148. Rientrano nella categoria dei discorsi a favore della «difesa della famiglia» argomenti che vedono la donazione di gameti come causa della dispersione dell'unità familiare, fonte di incesti, motivazione di un disconoscimento di paternità o causa del collasso dei rapporti familiari. Rientrano nella categoria dei discorsi a favore del «bene del bambino» quegli argomenti che vedono una fecondazione eterologa come un danno all'identità personale e una privazione del diritto a conoscere le proprie origini.

tazioni anche il lavoro di Marchesi che – grazie a un'analisi antropologica della legge 40 – mostra come la legge riaffermi la centralità e il valore della famiglia basata sull'unione di un uomo e una donna che concepiscono naturalmente la loro prole e come il divieto di eterologa sia legato alla tutela dell'embrione, soggetto centrale nell'impostazione della legge. Il dibattito che ha portato al divieto di eterologa è stato alimentato dalla presunzione che un figlio concepito con gameti esterni alla coppia alteri l'armonia della famiglia, che risulterebbe quindi basata sull'omologia di matrimonio sociale e gametico[12].

Dieci anni dopo la promulgazione della legge, la sentenza della Corte costituzionale ha ricondotto gli interventi di PMA, sia omologa sia eterologa, nell'ambito dei trattamenti sanitari funzionali a salvaguardare il diritto alla salute[13]. Lungi dall'aver sanato la situazione, la sentenza ha modificato le priorità: da quel momento, gli sforzi si sono spostati dalle battaglie in campo normativo e giuridico alle corsie e agli uffici degli ospedali, dove i professionisti si sono trovati da un giorno all'altro di fronte alla possibilità e al dovere di organizzare un servizio per rendere effettiva la possibilità contenuta nella sentenza della Corte costituzionale.

2. *L'impulso dell'Azienda ospedaliera universitaria Careggi*

L'Ospedale di Firenze è stato luogo dell'immediata ricezione della sentenza e di una rapida messa in piedi di un servizio, e si è per questo qualificato come primo centro pubblico a eseguire fecondazioni con gameti esterni alla coppia.

Il periodo intercorso tra la sentenza e l'esecuzione della prima inseminazione intrauterina con seme donato (eterologa di tipo maschile) sono serviti per la messa in piedi di un servizio che permettesse l'effettiva implementazione della tecnica. Il 4 settembre 2014 si riuniva a Roma una seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per esaminare il testo del documento elaborato dalla Commissione salute a seguito del lavoro istruttorio condotto dallo specifico gruppo tecnico-scientifico di esperti sulla PMA e per condividere riflessioni e ipotesi in merito all'applicazione dell'eterologa a livello nazionale e regionale. L'obiettivo era creare linee di indirizzo operativo e indicazioni cliniche omogenee «al fine di rendere immediatamente esigibile un diritto costituzionalmente garantito

[12] M. Marchesi, *La procreazione politicamente assistita: ordine, disordine e restaurazione dei confini sociali*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli, 2013, p. 73.

[13] A. Vallini, *Sistema e metodo di un biodiritto costituzionale: l'illegittimità del divieto di fecondazione eterologa*, in «Diritto penale e processo», 7, 2014, p. 842.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

su tutto il territorio nazionale»[14]. Questo avrebbe consentito una capacità di *governance* nazionale e definito, in attesa del recepimento in termini di indicazioni o linee guida da parte del ministero della Salute o delle istituzioni, un accordo interregionale. Il documento è stato firmato lo stesso giorno prima dagli assessori e poi dai governatori delle singole Regioni e PP.AA. Gli indirizzi operativi concordati avrebbero poi dovuto essere recepiti a livello di ogni singola Regione o Provincia autonoma con delibera di giunta regionale o con specifico provvedimento regionale. Il documento – seppur con valenza transitoria, in attesa di linee guida da parte del ministero – è ciò che ha permesso alle coppie di accedere alla fecondazione eterologa. Anche dopo la tardiva emanazione di linee guida ministeriali nel 2015[15], questo documento ha continuato a rappresentare la più completa rassegna di indicazioni per gli operatori, e rimane quello maggiormente seguito nei centri.

Nonostante il documento sia stato firmato dai governatori di tutte le Regioni, solo alcune lo hanno sino ad ora deliberato e reso effettivo sul loro territorio. In Toscana la delibera n. 650 del 28 luglio venne recepita dalla direzione dell'AUO Careggi, dando il via all'apertura del servizio che avveniva proprio il 4 settembre.

Firenze diventa così un polo attrattivo per coppie di tutta Italia. Parte di quella domanda che sino a quel momento era rimasta inespressa o si era rivolta altrove[16] trovò finalmente un luogo di approdo nel contesto nazionale. L'introduzione della tecnica avrebbe potuto essere accompagnata da critiche per via del panorama precedentemente descritto, ma l'esperienza del personale dell'Ospedale Careggi è stata di segno opposto. Durante i primi mesi di attività, essi sono stati al centro di un grande interesse mediatico e, a fronte di una grande richiesta di appuntamenti da parte di giornalisti, è stato necessario trovare un modo per proteggere e garantire la privacy dei pazienti e delle pazienti.

Nel giro di poche settimane dall'avvio dell'attività si è generata una lista d'attesa di oltre due anni per la prima visita specialistica. Una delle principali ragioni è il fatto che, all'avvio della PMA eterologa, tutte le coppie ita-

[14] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte costituzionale nr. 162/2014*, 2014.

[15] Inoltre, la successiva emanazione delle linee guida ministeriali sintetizzò i criteri di accesso citando solo due situazioni (le coppie in cui uno o entrambi i partner hanno una comprovata sterilità per cui non dispongono di gameti competenti e i casi in cui la partner femminile è Rh-negativo e gravemente isoimmunizzata e il partner maschile è Rh-positivo). Queste linee guida non includono quindi tutta una serie di indicazioni maggiormente dettagliate che erano invece presenti nel documento redatto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

[16] G. Zanini, *Riproduzione transnazionale: single e coppie omosessuali in viaggio verso la genitorialità*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide*, cit., pp. 167-177.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

liane, indipendentemente dalla loro Regione di residenza, potevano usufruire del servizio pagando un ticket di soli 500 euro, a fronte dei 7000-9000 euro richiesti dalle cliniche private[17]. Per rispondere a questa grande – e in parte inaspettata – domanda, lo staff di direzione organizzò un gruppo di lavoro per rimodulare la nuova gestione. L'analisi del gruppo – circa venti professionisti di diversa tipologia: sanitari, ingegneri e informatici – ha fatto emergere la necessità di nominare nuovo personale medico e infermieristico, con l'obiettivo di dare un impulso strutturale, stabilire i percorsi d'accesso e ampliare il numero delle sedute, arrivando a garantire 10 consulenze per cinque giorni alla settimana in meno di 2 mesi. Le esigenze di questa attività portarono nel giro di pochi giorni all'individuazione di spazi e personale dedicati e all'istituzione di un nuovo call center volto a ricevere esclusivamente le richieste di PMA eterologa.

Il gruppo di professionisti che oggi si occupa della fecondazione assistita a Careggi è un team multidisciplinare formato da medici ginecologi, embriologi, psicologi, medici internisti, esperti di gravidanze a rischio, neonatologi, endocrinologi e andrologi. La medicina della riproduzione è un settore ultra specialistico della ginecologia, che richiede training e competenze specifiche; in questo ambito la PMA eterologa necessita di ulteriori competenze in quanto comprende anche la gestione dei rapporti con le biobanche, istituti preposti alla raccolta organizzata di campioni biologici, e relative informazioni. Inoltre, nonostante esistesse già il Centro di PMA, i medici hanno dovuto fronteggiare, oltre agli aspetti organizzativi, la difficoltà di confrontarsi con una tipologia di pazienti spesso differenti rispetto a coloro che richiedono un trattamento di PMA omologa[18]. Tutti questi aspetti hanno richiesto un continuo monitoraggio dell'attività che ha portato poi alla modulazione di protocolli e procedure.

A titolo di esempio, si può citare il fatto che prima dei divieti imposti dalla legge del 2004, i cicli[19] venivano effettuati per lo più con gameti a fresco o crioconservati con metodiche *slow freezing*[20] nello stesso centro

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[17] Questa possibilità è stata rimodulata in seguito, quando c'è stato un documento regionale che ha ricollocato le risorse per i cittadini toscani. Ciò ha chiesto di aprire un ufficio *ad hoc* che gestisce i rapporti con i pazienti da fuori Regione e si occupa dal punto di vista burocratico-amministrativo delle pratiche sia di coloro che vengono da Regioni in cui la pratica è nei LEA, sia di coloro che vengono da Regioni in cui la pratica è extra-LEA.

[18] Ad esempio in termini di fasce di età (aumento dell'età della donna), presenza di obesità e comorbidità. Su questo tema si rimanda anche al capitolo precedente.

[19] Ci si riferisce qui sia a cicli di omologa realizzati nei centri pubblici, sia ai cicli di eterologa realizzati nei centri privati.

[20] La crioconservazione si riferisce al raffreddamento di cellule e tessuti a temperature sotto lo zero al fine di interrompere tutte le attività biologiche e preservarle per un uso futuro. Negli anni '70 sono stati identificati crioprotettori come propandiolo, glicole etilenico (EG) e dimetilsolfossido (DMSO) che minimizzavano il danno cellulare durante il congelamento. Inoltre, sono state sviluppate tecniche di congelamento lento che utilizzano congelatori pro-

che poi li avrebbe impiegati. La reintroduzione della tecnica in Italia, la grande domanda da parte delle coppie e la ridotta disponibilità di donatori e donatrici, ha invece comportato la necessità di importare ovociti vitrificati da biobanche estere[21]. Il laboratorio ha pertanto necessitato di un adeguamento in termini di materiali, attrezzature, procedure e personale formato su procedure di vitrificazione, ai fini di garantire il corretto scongelamento. Nei primi mesi dall'introduzione della tecnica è stata necessaria una stretta collaborazione tra il laboratorio italiano, che avrebbe ricevuto i gameti, e il laboratorio estero nel quale i gameti erano stati precedentemente prelevati e crioconservati e dal quale erano stati spediti. L'attività del laboratorio della Struttura organizzativa dipartimentale complessa (SODc) di PMA ha dunque necessitato di un monitoraggio degli indici di qualità per poter modulare le procedure in vista di un miglioramento dei risultati. Come conseguenza di questo monitoraggio, ad esempio, il mezzo di spedizione dei gameti è passato da essere «via aerea», alla modalità «via terra», per arrivare infine alla modalità *door-to-door*, ovvero una consegna diretta da laboratorio a laboratorio.

Uno degli aspetti clinici di maggiore rilievo è stato riscontrare un alto numero di donne che necessita di ovodonazione e allo stesso tempo presenta fattori di rischio, tanto per i trattamenti ormonali cui dovevano essere sottoposte, che per la successiva gestione della gravidanza. Si tratta prevalentemente di donne in menopausa precoce o in età avanzata (anche oltre i 45 anni) con comorbidità. Per tale ragione, il Centro PMA di Careggi ha coinvolto la figura di un medico internista che valutasse il profilo di rischio delle pazienti trattate e indicasse eventuali indagini supplementari da effettuare e terapie da affiancare a quelle ormonali. Inoltre, come illustrato nel capitolo precedente, le coppie che affrontano un percorso di PMA eterologa vengono percepite come portatrici di un livello di stress generalmente superiore rispetto alle altre coppie, proprio per via del fatto che la procedura implica il ricorso a gameti di una donatrice o donatore estranei alla coppia. Questa situazione ha rappresentato un altro elemento di novità con cui il personale sanitario ha dovuto confrontarsi in quanto nella relazione col paziente emergevano frequentemente stati di ansia e il peso di un vissuto di anni di ten-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

grammabili per consentire il congelamento a una velocità sufficientemente lenta da consentire una disidratazione cellulare sufficiente per ridurre al minimo la formazione di ghiaccio intracellulare. Negli ultimi dieci anni è stata sviluppata un'alternativa al congelamento lento, la vitrificazione: un processo di crioconservazione che utilizza alte concentrazioni iniziali di crioprotettore e raffreddamento ultra rapido per solidificare la cellula in uno stato simile al vetro senza la formazione di ghiaccio. La vitrificazione è attualmente applicata alla crioconservazione di embrioni, ovociti e tessuto ovarico. Si veda: Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology, *Mature oocyte cryopreservation: A guideline*, in «Fertility and Sterility», 99, 2013, n. 1, pp. 37-43.

[21] Le ragioni e le modalità di questa importazione verranno trattate nel paragrafo 4 di questo capitolo.

tativi di PMA infruttuosi. Questi temi si rendevano visibili nelle aspettative e nelle richieste delle coppie e sono stati al centro della riflessione e della costruzione di un percorso di sostegno psicologico.

3. *L'accesso alla prestazione*

La legge 40 prevede che ci sia una gradualità nell'accesso alle tecniche. Ciò implica che nel momento in cui la coppia si presenta al Centro di PMA, verrà orientata dai medici verso le procedure ritenute idonee e meno invasive. Nelle linee guida per l'applicazione della legge 40 si dice:

> Spetta al medico, secondo scienza e coscienza, definire la gradualità delle tecniche utilizzando in prima istanza le opzioni terapeutiche più semplici, meno invasive e meno onerose, tenendo in debito conto l'età della donna e del partner, le problematiche specifiche della coppia, le presumibili cause dell'infertilità e della sterilità di coppia, i rischi inerenti le singole tecniche, sia per la donna che per il concepito, nel rispetto dei principi etici della coppia stessa e in osservanza della legge[22].

La SODc di PMA dell'AOU Careggi ha al suo interno due percorsi: quello che si occupa delle tecniche di PMA omologa e quello di eterologa. I criteri di accesso ai due servizi sono quelli contenuti nella normativa, ovvero in primo luogo che sussista una comprovata infertilità e che la domanda di trattamento arrivi da parte di una coppia eterosessuale sposata o convivente.

In entrambi i casi, infatti, il percorso clinico è pensato come un percorso di coppia. Tutte le cartelle cliniche contengono un documento medico attestante lo stato di infertilità e un'autocertificazione dove si dichiara l'esistenza della coppia[23]. Sia nel caso di fecondazione omologa che nel caso di fecondazione eterologa la prima visita coinvolge sia l'uomo che la donna e si valuta – tra le altre cose – se le coppie possiedono i requisiti per accedere al servizio.

I criteri per accedere alla PMA eterologa sono esplicitati nelle linee guida per l'applicazione della legge 40 e sono rispettivamente: le situazioni di sterilità comprovata di uno dei due partner, o di entrambi, in cui non si

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[22] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa*, cit.

[23] Gli unici motivi per cui si possono aprire cartelle cliniche individuali sono quelli legati ai percorsi di preservazione della fertilità destinati a donne interessate da patologia oncologica, endometriosi o altre patologie che prevedono l'uso di medicinali chemioterapici che possono avere un impatto sulla fertilità o al *social freezing*, ovvero donne che lo scelgono come strategia per preservare la fertilità anche in assenza di motivazioni cliniche specifiche. Mentre le prime ricevono il supporto economico del SSN, le altre – essendo prive di ragioni sanitarie – pagano i costi del trattamento.

possa disporre di propri gameti competenti e i casi in cui la partner femminile è Rh-negativo e gravemente isoimmunizzata e il partner maschile è Rh-positivo. In maggiore dettaglio le situazioni di comprovata sterilità femminile[24] e maschile[25] sono elencate nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Alcuni di questi criteri non sono solo «oggettivi parametri medici», ma introducono temi che hanno richiesto al centro di attivare valutazioni e scelte, che probabilmente non avrebbero potuto essere affrontate a priori, ma derivano dalla pratica medica e dall'incontro – propedeutico prima e terapeutico poi – con un'ampia casistica di situazioni.

Ci riferiamo, ad esempio, ad alcuni criteri di accesso che si basano sulle cosiddette «situazioni di comprovata sterilità femminile». Una di queste situazioni è descritta come segue: «donne in avanzata età riproduttiva ma comunque in età potenzialmente fertile». Questo criterio è ben lontano dal rappresentare un parametro oggettivo perché l'età fertile di una donna è un qualcosa di estremamente variabile e soggettivo. Il tema dell'età di coloro che richiedono di accedere alla fecondazione artificiale è infatti oggetto di discussione e confronto tra posizioni differenti. In Italia l'età media a cui le donne raggiungono la menopausa è 51 anni[26], ma l'età a cui si calcola che corrisponda un effettivo calo delle probabilità di successo delle tecniche di PMA è decisamente più bassa[27].

In ogni Regione è stato necessario arrivare a delle decisioni riguardanti i soggetti che possono ricevere il trattamento come pratica inserita nei LEA sia di tipo omologo che eterologo in un'ottica che deve tenere conto delle reali possibilità di gravidanza in funzione dell'età della donna e ai costi di tipo sanitario. Non essendo la PMA in LEA nazionale, le singole realtà re-

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[24] Donne con ipogonadismo ipergonadotropo; donne in avanzata età riproduttiva ma comunque in età potenzialmente fertile; donne con ridotta riserva ovarica dopo fallimento di fecondazione omologa; donne che sanno di essere affette o portatrici di un significativo difetto genetico o che hanno una storia familiare di una condizione per la quale lo stato di portatore non può essere determinato; donne con ovociti e/o embrioni di scarsa qualità o ripetuti tentativi di concepimento falliti tramite tecniche di PMA; donne con fattore iatrogeno di infertilità.

[25] Partner maschile con dimostrata infertilità da fattore maschile severo (cioè, azoospermia e oligoastenoteratozoospermia severa o mancata fertilizzazione dopo iniezione intracitoplasmatica di sperma [ICSI]); partner maschile con disfunzione eiaculatoria incurabile; uomini che sanno di essere affetti o portatori di un significativo difetto genetico o che hanno una storia familiare di una condizione per la quale lo stato di portatore non può essere determinato; partner maschile con una infezione sessualmente trasmissibile che non può essere eliminata; uomini con fattore iatrogeno di infertilità; la partner femminile è Rh-negativo e gravemente isoimmunizzata e il partner maschile è Rh-positivo.

[26] F. Parazzini, *Determinants of age at menopause in women attending menopause clinics in Italy*, in «Maturitas», 56, 2007, pp. 280-287.

[27] Registro nazionale procreazione medicalmente assistita, *Attività dei centri di procreazione medicalmente assistita*, 2017.

gionali sono giunte a scelte diverse che in alcuni casi hanno privilegiato il criterio dell'accessibilità (hanno reso il servizio accessibile a un più ampio numero di persone, aprendolo anche a coppie in cui la partner femminile è entro i 50 anni) e in altri il criterio di razionalità della spesa e di probabilità di successo (basato sul dato che rendere il servizio disponibile solo a donne entro i 43 anni, ad esempio, garantisce una maggior percentuale di successi). È noto infatti che la fertilità di una donna diminuisca progressivamente con l'avanzare dell'età. Questa diminuzione è lenta fino alla fine della quarta decade, poi accelera raggiungendo quasi lo zero tra i 45 e 50 anni di età[28]. Una serie di fattori sono coinvolti in questo fenomeno, compreso un progressivo esaurimento della riserva follicolare ovarica[29] e una riduzione progressiva della qualità degli ovociti[30]. Come emerso chiaramente dal capitolo precedente, è quindi evidente che sono state fatte delle scelte e che queste tengono in considerazione sia valutazioni cliniche sia parametri non strettamente medici che hanno a che vedere con scelte organizzative e con riflessioni legate ai modelli di genitorialità.

Nel Registro nazionale PMA, l'età feconda è definita tra i 15 ed i 45 anni[31]. A oggi, nella Regione Toscana, le donne di età inferiore o uguale a 43 anni pagano esclusivamente il ticket sanitario per 4 cicli per la fecondazione assistita omologa e/o eterologa maschile, mentre pagano l'intero importo per le successive. Le donne con età inferiore a 46 anni pagano esclusivamente il ticket sanitario per 4 cicli di fecondazione assistita eterologa femminile, mentre pagano l'intero importo per le successive (giunta regionale n. 1197/2019). In totale la Regione Toscana garantisce a una coppia 4 cicli tra omologa ed eterologa a una coppia in SSR.

Nei cicli di fecondazione assistita senza donazione di gameti, la variabile che maggiormente influisce sul buon esito delle tecniche di fecondazione assistita è l'età della paziente. Con l'aumentare dell'età della donna, il rapporto tra gravidanze ottenute e cicli iniziati subisce una progressiva flessione, mentre aumenta il rischio che la gravidanza ottenuta abbia un esito negativo[32].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[28] J. Menken, J. Trussell e U. Larsen, *Age and infertility*, in «Science», 233, 1986, pp. 1389-1394.

[29] S.J. Richardson, V. Senikas e J.F. Nelson, *Follicular depletion during the menopausal transition: Evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion*, in «Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism», 65, 1987, pp. 1231-1237.

[30] D. Navot *et al.*, *Poor oocyte quality rather than implantation failure as a cause of age-related decline in female fertility*, in «Lancet», 337, 1991, pp. 1375-1377.

[31] Registro nazionale procreazione medicalmente assistita, *Attività dei centri di procreazione medicalmente assistita*, cit.

[32] I tassi di gravidanza diminuiscono linearmente dal 24,0% per le pazienti con meno di 35 anni al 5,7% per quelle con più di 43 anni. Inoltre, mentre le donne più giovani di 35 anni avranno il 19,5% di possibile esito negativo (aborti spontanei, aborti terapeutici e gravidanze ectopiche), le donne con più di 43 anni sperimenteranno un esito negativo in più della metà delle gravidanze ottenute (53,7%).

Dobbiamo anche considerare che una grossa parte delle donne oltre i 40 anni di età non riesce a concludere il ciclo di trattamento, a causa della scarsa risposta ovarica ai farmaci di stimolazione. Infatti, la percentuale di cicli iniziati annullati prima di arrivare al trasferimento è circa al 34,0% nelle classi di età fino a 39 anni, aumenta al 37,6% per le pazienti con età compresa tra i 40 ed i 42 anni e raggiunge il 47,4% per le pazienti con età maggiore o uguale ai 43 anni, per le quali il rischio di annullare un ciclo è 1,7 volte maggiore di quello delle pazienti con meno di 35 anni[33].

Le percentuali di successo delle coppie che effettuano un percorso di PMA con donazione di gameti maschili sono sostanzialmente sovrapponibili, per categoria di età femminile, a quelle della fecondazione omologa.

Le tecniche di PMA con ovodonazione presentano invece uno scenario completamente differente; infatti, è più determinante l'età della donna donatrice che non l'età della donna ricevente. Non solo le percentuali di successo sono notevolmente superiori (tra il 45 e 60% di gravidanza cumulativa)[34], ma viene anche a mancare la relazione lineare con la fascia di età delle donne «riceventi», tanto che i report pubblicati dalla Society for Assisted Reproductive Technology (SART), riguardanti i cicli effettuati negli USA e Canada, riportano i dati complessivi della procedura senza suddividerli tra le categorie delle differenti età.

Sempre in riferimento al tema dell'età materna e alla criticità di una dicitura come «donne in avanzata età riproduttiva ma comunque in età potenzialmente fertile», è significativo confrontare l'indicazione toscana con quella di altre Regioni, perché questo ci permette di mostrare con maggior forza quanto il tema dell'età sia un nodo problematico all'interno dei succitati criteri di accesso. Le diverse Regioni hanno stabilito criteri diversi, tanto per l'omologa quanto per l'eterologa (per quelle Regioni che la realizzano). A mo' di esempio si può citare che mentre in Veneto le coppie che possono accedere a tecniche di I e di II livello sono quelle formate da una donna che non abbia ancora superato i 50 anni e un uomo che non abbia ancora superato i 65 anni (per 4 cicli di I livello o 3 cicli di II livello), in Piemonte l'età prevista per le donne era 43 anni fino al 2019, anno in cui è stata alzata a 46, probabilmente per allinearsi alle scelte prese da altre Regioni.

Queste differenze ci sembrano significative da almeno due punti di vista: in primo luogo sono l'ennesimo esempio di quel «federalismo sanitario» che caratterizza il nostro paese; in secondo luogo sono un esempio di come le decisioni che riguardano il diritto alla salute si giochino in una continua tensione tra valori e istanze molteplici: sul tema dell'età ritroviamo ad esempio il mondo dell'associazionismo e spesso della politica essere aperto e fa-

[33] Registro nazionale procreazione medicalmente assistita, *Attività dei centri di procreazione medicalmente assistita*, cit.

[34] Tasso che indica la probabilità di gravidanza in relazione al numero di cicli eseguiti.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

vorevole all'aumento dell'età di accesso alle tecniche di PMA per le donne, mentre il mondo scientifico guarda più di frequente ai risultati, alle percentuali di successo e ad analisi che tengano conto dell'aspetto dei costi e delle probabilità di successo.

È evidente che la PMA eterologa rappresenti un potente strumento in grado di rendere possibile la gravidanza in donne che sono ben oltre quella che ad oggi è stata considerata l'età fertile. Essa apre a molte aspettative per le coppie e per le pazienti, ma dal punto di vista medico richiede un'attenta valutazione delle condizioni di partenza. Le gravidanze da eterologa sono infatti connesse a rischi maggiori che dipendono sia dall'età della donna, sia dalla tipologia di gravidanza.

Le linee guida, inoltre, parlano di età solo ed esclusivamente in riferimento all'età della donna, nonostante la letteratura scientifica abbia già discusso l'effetto dell'età paterna sui tassi di successo nel caso di trattamenti di PMA omologa[35]. Quando si tratta invece di trattamenti eterologhi, il tema dell'età paterna solleva un ulteriore dibattito: è l'età anagrafica rilevante solo ed esclusivamente in quanto dato correlato alla fertilità? Detto in altri termini: l'età anagrafica è rilevante solo in quanto «dato biologico» e percentuale di successo del trattamento o anche in quanto «dato sociale» che ci parla della distanza anagrafica che separerà i genitori e i futuri figli?

Non si intende con questa domanda entrare in quell'ambito sensazionalistico della cronaca che al rendersi disponibili delle nuove tecniche in Italia diede ampio spazio alla figura delle «mamme-nonne», fenomeno presente ma numericamente poco rilevante se confrontato con il grande numero di coppie che proprio grazie a quelle tecniche ha realizzato la sua ambizione procreativa[36].

Si ritiene però utile portare l'attenzione sul fatto che – in assenza di precise indicazioni sull'età maschile contenute nella legge o nelle linee guida – i medici sono di fatto coloro che nell'esercizio quotidiano della loro professione si trovano di fronte a situazioni che pongono dei dubbi. Cosa fare, ad esempio, nel caso di partner maschili ultrasettantenni?

Il fatto che i documenti ufficiali non prendano in considerazione l'età paterna è stato vissuto dai professionisti dell'Ospedale Careggi come un vuoto normativo su cui è stato necessario riflettere. In linea con quanto osservato nel capitolo precedente, dopo essersi trovati di fronte a richieste di trattamento da parte di coppie con partner maschile ultrasettantenne, e in assenza di una norma sul tema, il team della SODc PMA che lavora nell'ospedale toscano ha preso come punto di riferimento la normativa sull'ado-

[35] G. Cito *et al.*, *Impact of advanced paternal age on the intracytoplasmic sperm injection (ICSI) outcomes in donor egg cycles*, in «Translational Andrology and Urology», 8, 2019, n. 1, pp. 22-30.

[36] M. D'Amico, I. Alesso e M. Clara, *La cicogna e il codice*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

zione[37] e, per analogia, ha sottoposto alla direzione e agli uffici legali della struttura sanitaria un'ipotesi di procedura che ha permesso di inserire un criterio che limita l'accesso alle coppie in cui il partner maschile superi i 60 anni. Tale criterio d'accesso viene esplicitato sia dal momento in cui le coppie contattano il call center, che è di fatto il «primo filtro» per l'accesso dei pazienti.

Dal nostro punto di vista ci sono poi altre indicazioni che, come quelle sull'età, possono sembrare parametri oggettivi, ma aprono di fatto a valutazioni che devono essere fatte quasi caso per caso e che – in continuità con quanto rilevato nel capitolo precedente – stanno talvolta a cavallo tra considerazioni tecnico-scientifiche e valutazioni di più ampio respiro.

Uno dei criteri di accesso alla fecondazione eterologa, ad esempio, è una «situazione di comprovata sterilità femminile», descritta con le seguenti parole: «donne con ridotta riserva ovarica dopo fallimento di fecondazione omologa». Le succitate raccomandazioni non contengono un'indicazione numerica riguardo al numero di tentativi falliti di omologa necessari per accedere a un trattamento eterologo. Il concetto di gradualità inserito nella legge 40 porta la comunità scientifica a ritenere che sia opportuno arrivare a 3-4 cicli se la situazione generale della coppia lascia intravedere possibilità di successo attraverso questa tecnica.

Nella letteratura medica esiste ancora dibattito su quale sia il numero di cicli di omologa massimo da proporre alle pazienti. La fecondazione in vitro (IVF) viene comunemente interrotta dopo tre o quattro trasferimenti di embrioni non riusciti, etichettati come «fallimento di impianto ripetuto»[38]. Ciò, però, può scontrarsi con le aspettative e i desideri della coppia che dopo anche il fallimento di un unico ciclo potrebbe ritenere più opportuno orientarsi verso un percorso di eterologa, attribuendo quindi più rilevanza all'indice di successo (più alto nella tecnica eterologa) che non al legame genetico con il nascituro.

Dal punto di vista medico, però, si tratta di due percorsi distinti. La maggior parte di coloro che accedono al percorso di PMA eterologa lo

[37] Si rimanda al capitolo precedente per una più ampia trattazione del confronto tra normativa sull'adozione e normativa sulla PMA.

[38] Questa pratica è stata influenzata da uno studio su 1.328 trasferimenti di embrioni intrapreso vent'anni fa che ha riportato un calo dei tassi di nati vivi dopo il quarto ciclo (J. Fukuda *et al.*, *Upper limit of the number of IVF-ET Treatment cycles in different age groups, predicted by cumulative take-home baby rate*, in «Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica», 80, 2001, pp. 71-73). Si tratta di uno studio che ha analizzato trasferimenti di embrioni, senza uso di iniezione intra-citoplasmatica di sperma (ICSI), tecnica studiata appositamente per i casi di ridotta fertilità maschile che garantisce dunque una maggior percentuale di successo alle coppie in cui il mancato concepimento dipende da problemi legati al liquido seminale. Studi più recenti supportano, invece, l'efficacia anche di un numero di cicli superiori ai 3 o 4 (A.D.A.C. Smith *et al.*, *Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilisation treatment cycles*, in «Jama», 314, 2015, n. 24, pp. 2654-2662).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

fanno per infertilità di uno dei due partner della coppia. In casi numericamente limitati le coppie che hanno fatto accesso per una omologa passano a una eterologa dopo ripetuti fallimenti[39]. In pochi casi, soggetti che avrebbero le caratteristiche per una omologa chiedono una eterologa se hanno vissuto plurifallimenti (molto spesso in seguito a trattamenti eseguiti in altri centri, talvolta all'estero) o se la donna è vicina all'età limite. In questi casi la richiesta della coppia viene sottoposta a un'attenta valutazione per considerare l'accesso diretto all'eterologa.

Si cerca pertanto di seguire un principio di personalizzazione dell'offerta in linea con le norme: ad esempio in una donna giovane il numero di fallimenti di omologa non rappresenta da solo un criterio di accesso all'eterologa, mentre questo è uno degli elementi considerati se accompagnato da una bassa produzione follicolare. Ovviamente le valutazioni sono più semplici quando i tentativi vengono effettuati nello stesso centro e i professionisti hanno seguito la vicenda clinica della coppia. Quando la coppia ha invece effettuato fecondazioni in contesti diversi, guidati da logiche non sempre omogenee, le valutazioni sono più complesse.

Un ultimo elemento su cui riteniamo utile portare l'attenzione in tema di accesso ai servizi di eterologa è quello della consulenza psicologica. Nelle linee guida si legge:

> Ogni Centro di PMA dovrà prevedere la possibilità di consulenza alla coppia e la possibilità di un supporto psicologico per la donna e le coppie che ne abbiano necessità. L'attività di consulenza e di supporto psicologico deve essere resa accessibile, quindi, in tutte le fasi dell'approccio diagnostico terapeutico dell'infertilità e, eventualmente, anche dopo che il processo di trattamento è stato completato, a prescindere dall'esito delle tecniche applicate[40].

La SODc PMA dell'AOU Careggi vede al suo interno due psicologhe che assolvono ai compiti previsti svolgendo un'attività ambulatoriale dedicata sia a percorsi di coppia che a percorsi individuali. La consulenza psicologica viene offerta alle coppie che accedono per omologa e per eterologa. Come ci ricorda Giacalone, chi vive l'esperienza delle PMA vede il proprio corpo spezzettato in organi e gameti, e fa spesso fatica a ricomporre se stesso come unità, individuale e genitoriale[41]. Molte ricerche che si sono

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[39] Ciò è, però, di fatto possibile. Una coppia, ad esempio, che abbia fatto l'accesso quando la donna aveva 42 anni – e quindi basse probabilità di una gravidanza omologa – può successivamente entrare in un percorso di eterologa fino a quando non avrà compiuto 49 anni (fino a 46 anni il trattamento rientra nei LEA, dopo è extra LEA).

[40] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa*, cit.

[41] F. Giacalone, *La fabbricazione del figlio tra genetica e diritto. Il corpo femminile quale laboratorio biopolitico*, in «EtnoAntropologia», 7, 2019, n. 1, p. 82.

concentrate sui vissuti delle coppie – e delle madri in particolare – hanno dato peso alla frustrazione e alla difficoltà di questo percorso[42].

Da questo primo incontro possono emergere aspetti sui quali eventualmente impostare un percorso di accompagnamento e riflessione; questo passaggio può anche essere considerato come «valutativo» nella misura in cui se si ravvisano motivi tali da impedire l'accesso alla pratica, la coppia può essere indirizzata ad altri specialisti o comunque si procrastina sino al recupero anche di un equilibrio psichico.

Le psicologhe che operano nel centro vedono come auspicabile che le coppie che si affacciano a un trattamento eterologo scelgano di intraprendere un accompagnamento che vada oltre al primo incontro perché la presa in carico del Centro per le PMA eterologa può anche essere lunga e i vissuti delle coppie cambiano nelle diverse fasi. Le motivazioni per cui questo percorso è ritenuto particolarmente utile per coloro che chiedono di accedere a un trattamento di PMA eterologa – come è stato illustrato nel capitolo precedente – hanno a che vedere col fatto che questo percorso è ritenuto sia dai professionisti che dai pazienti più complesso. Per i professionisti è importante assicurarsi che la coppia abbia ben compreso le implicazioni del percorso che sta intraprendendo e sia salda nella sua scelta. Per i pazienti, invece, è molto rilevante il tema del riconoscimento del nascituro. La consapevolezza di una parziale o totale distanza genetica tra i figli e i genitori scatena spesso paure legate al tema del riconoscimento e dell'attaccamento. Il tema del riconoscimento è legato alla consapevolezza che, per via della distanza genetica, il nascituro potrebbe non assomigliare fisicamente a nessuno dei due partner. Per accogliere questi vissuti e, indirettamente, per favorire il processo di attaccamento genitoriale, le normative europee suggeriscono che vengano cercati all'interno delle biobanche gameti provenienti da donatori il più possibile somiglianti fisicamente a coloro che saranno i genitori sociali. L'approccio generale è quello di porre attenzione al gruppo etnico di appartenenza e al gruppo sanguigno, ma anche a caratteristiche fisiche quali l'altezza, il colore degli occhi e dei capelli.

4. *Dall'assenza dei donatori all'approvvigionamento internazionale*

Una delle prime grandi sfide organizzative affrontate è stata quella di procurarsi il materiale biologico, cioè i gameti, con cui soddisfare la richiesta delle coppie che avevano iniziato a contattare l'Ospedale Careggi da tutta Italia. Nelle prime settimane di attività ci si rese infatti conto che la richie-

[42] C. Thompson, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge (MA), MIT Press, 2005; S. Franklin, *Biological Relatives. IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*, Durham-London, Duke University Press, 2013.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

sta era molto superiore a quella attesa e, in particolare, di gran lunga superiore al numero dei donatori e delle donatrici. Nel già citato documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il tema dell'approvvigionamento dei gameti veniva però declinato solo ed esclusivamente in termini di donazioni.

> La donazione di cellule riproduttive da utilizzare nell'ambito delle tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo è atto volontario, altruista, gratuito, interessato solo al «bene della salute riproduttiva» di un'altra coppia. Non potrà esistere una retribuzione economica per i donatori/donatrici, né potrà essere richiesto alla ricevente contributo alcuno per i gameti ricevuti. Non si escludono forme di incentivazione alla donazione di cellule riproduttive in analogia con quanto previsto per donazione di altre cellule, organi o tessuti. Ai donatori con rapporto di lavoro dipendente, ovvero interessati dalle tipologie contrattuali di cui al decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni, possono essere applicate le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività trasfusionali e di trapianto di midollo[43].

Questo passaggio del documento è seguito da due dettagliati paragrafi, uno focalizzato sulla selezione dei donatori e l'altro sulla selezione delle donatrici. In entrambi si menziona il fatto che i soggetti che possono qualificarsi come donatori appartengono a tre categorie:

1) coloro che in modo spontaneo e altruistico decidono di donare i propri gameti e non si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta;

2) coloro che a loro volta si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita;

3) coloro che hanno congelato gameti in passato e, non volendo utilizzarli, decidono di donarli.

Il documento è stato scritto in un momento storico in cui ancora non si conosceva quale e quanta sarebbe stata la richiesta. Queste tre potenziali strade sono state delineate per immaginare forme diverse di donazione di gameti, senza che fosse in nessun modo previsto il ricorso a biobanche. All'atto pratico, però, quanto previsto si è rivelato non percorribile e comunque non sufficiente a soddisfare la domanda.

Per quanto riguarda la prima categoria prevista, i donatori volontari sono stati pochissimi, nonostante sia stato organizzato un call center dedicato e previsto anche l'afflusso di donatori provenienti da fuori Regione. Le ragioni per cui in Italia non vi sono grandi numeri sulle donazioni – considerazione generale che vale per il sangue, il midollo, le cornee ed infine i gameti – solleva alcune considerazioni, tra cui menzioniamo l'impatto

[43] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa*, cit., p. 3.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

del background socio-religioso, la volontà di non diffondere il proprio patrimonio genetico e la mancanza di una forma di «rimborso» o contributo di sostegno che riconosca il valore simbolico della donazione. Inoltre, nel caso della donazione di gameti non vengono riconosciuti eventuali giorni lavorativi persi e non sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto dei farmaci necessari per la fase che precede il prelievo ovocitario. I potenziali donatori vengono sottoposti a una valutazione medica, genetica, infettivologica e psicologica e quindi si attua una sorta di «selezione» sulla base di criteri stabiliti a livello di normativa europea. La bassa presenza di donatori e donatrici riscontrata a Firenze è in linea con i dati nazionali, raccolti nel *Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive* a partire dal 2015. Tra il 2015 e il 2018 sono stati registrati 219 donatori e risultano effettuate: 148 raccolte di liquido seminale da un totale di 60 donatori di sesso maschile e 164 prelievi di ovociti (di cui 151 in modalità *egg sharing*[44] e 13 di sola donazione) da un totale di 159 donatrici (di cui 147 in modalità *egg sharing* e 12 di sola donazione)[45]. I gameti donati secondo questa modalità risultano del tutto insufficienti, se si pensa che nel solo anno 2017 ammontano a 6.771 i cicli di PMA effettuati con donazione di gameti[46].

I gameti disponibili attraverso le modalità di donazione espresse ai punti 2 e 3 (*egg sharing*), invece, possono essere utilizzati solo se soddisfano i requisiti per la selezione dei donatori, compresi i risultati delle indagini genetiche, psicologiche e infettive, secondo le direttive dell'Unione europea. Sfortunatamente, i gameti potenzialmente donati attraverso la condivisione di ovociti e spermatozoi, molto spesso non rispondono ai requisiti di qualità, oltre ad essere numericamente molto inferiori alla domanda. In particolare, la condivisione degli ovociti non rappresenta la via ideale a causa dello stato di infertilità delle potenziali donatrici: le donne che si sottopongono a trattamento di PMA presentano spesso problemi o un'età avanzata (in media 36,7 anni) e quindi donerebbero ovociti che hanno meno chance di produrre una gravidanza rispetto a quelli di donne giovani e in buone condizioni di salute. L'età è il motivo principale per cui la pratica dell'*egg sharing* viene di rado proposta alle donne che sono in trattamento per una PMA omologa. Si tratterebbe infatti di materiale genetico «scarsamente concorrenziale» se paragonato a quello delle biobanche, che invece offrono ovociti di donne molto giovani. In questo caso, oltre al tema della concorrenzialità, bisogna tenere conto che ogni eventuale fallimento comporta uno stress notevole per

[44] A livello internazionale, l'approvvigionamento di gameti femminili avviene attraverso tre pratiche: l'*egg sharing* (dividere parte dei propri ovuli con donne in lista d'attesa), l'*egg giving* (donare tutti gli ovuli al primo intervento) e l'*egg selling* (vendita di ovociti a pagamento).

[45] Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*, 2019, p. 232.

[46] Ivi, p. 83.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

la donna che si sottopone al trattamento e quindi evidentemente l'ospedale preferisce scartare opzioni con scarse o scarsissime probabilità di successo. Per quanto riguarda le donne che accedono al percorso a un'età più giovane, la tendenza è quella di mantenere per sé gli ovuli congelati per eventuali future gravidanze, invece di renderne alcuni disponibili per la donazione.

Anche il liquido seminale da donare deve rispondere a criteri di qualità che spesso non sono raggiunti dal liquido di coloro che stanno facendo un trattamento, a causa del generale peggioramento della qualità del liquido seminale nei giovani uomini[47].

Per quanto riguarda la terza tipologia di donazione considerata nel momento di ratifica del documento, i gameti precedentemente crioconservati si sono rivelati non utilizzabili in quanto uomini e donne trattati non erano stati sottoposti a tutti gli esami clinici, infettivologici, genetici e psicologici oggi richiesti dalle normative europee per donare i gameti[48].

Per tutto questo complesso insieme di cause, a Firenze ci si rese ben presto conto che le tre strade immaginate per l'approvvigionamento dei gameti non avrebbero potuto soddisfare l'alto numero di richieste di trattamento che stavano pervenendo al centro. Per offrire a tutte le coppie che si stavano rivolgendo al centro una reale possibilità, le biobanche erano l'unica via percorribile.

La direttiva europea sui tessuti e sulle cellule 2004/23/CE consente il trasferimento di gameti tra paesi europei e include tutte le norme necessarie per migliorare le misure di sicurezza e protezione per l'importazione e l'esportazione di gameti. La stessa direttiva invita gli Stati membri a includere i principi della donazione volontaria e gratuita nella loro legislazione nazionale; i donatori possono ricevere un risarcimento, ma in quei casi sono gli Stati membri a definire le situazioni in cui può essere concesso un risarcimento. L'Ospedale di Careggi e la sua SODc PMA ha potuto iniziare un rapporto di collaborazione con le biobanche estere a seguito dell'avviso pubblico di *procurement* di gameti attraverso un bando di gara europeo, un complesso processo che è durato un anno e ha portato a selezionare alcune biobanche estere (inizialmente quattro, oggi undici). Grazie a questo percorso, dagli esiti non scontati, la Toscana è stata la prima Regione in Italia a fornire trattamenti con donazione di ovociti e gameti maschili in un centro di salute pubblica, con una spesa di soli 500 euro per il cittadino, a fronte di ben più di migliaia di euro a sostegno del costo rimanente della proce-

[47] H. Merzenich *et al.*, *Decreasing sperm quality: A global problem?*, in «BMC Public Health», 10, 2010, n. 24.

[48] A ciò si aggiunge il fatto che l'Italia ha limitato il numero di nati vivi da un donatore a 10 (secondo il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome numero 4/209/CR02/C7SAN), rispetto ai 25 su una popolazione di 800.000 per gli USA.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

dura, come previsto dal documento regionale n. 650 del 28 luglio 2014. La SODc PMA di Careggi è stata inoltre concepita come unico centro di acquisizione regionale e ha costituito il primo esempio ed esperienza in Italia in cui i gameti maschili e femminili sono stati importati da biobanche di un altro paese. Ad oggi, in tutto il territorio nazionale il ricorso a banche estere rimane il principale mezzo per il reperimento dei gameti. La scelta non è stata esente da critiche, perché a fronte del fatto che la donazione deve essere gratuita, altruistica e volontaria, il SSN – così come i centri privati – si trova a dover di fatto acquistare i gameti all'estero. Non si tratta, ovviamente, di un pagamento diretto alla donatrice o al donatore, bensì al centro che fornisce i gameti, ma ciò nonostante qualcuno ha intravisto in questa spesa una contraddizione eticamente criticabile[49].

Ci preme infine portare l'attenzione su alcuni elementi che possono rappresentare altri spunti di riflessione utili per problematizzare la carenza di donatori e donatrici in Italia. In aggiunta ai parametri e ai requisiti medici precedentemente citati, va anche sottolineata la debolezza normativa sul tema delle donazioni di gameti; i documenti ufficiali menzionano questa possibilità come via per l'approvvigionamento, ma ciò nonostante manca a livello istituzionale una reale politica a favore delle donazioni, aspetto che è molto facilmente collegabile al dibattito etico richiamato in apertura del capitolo, dove si è collegato il divieto di eterologa alle posizioni politiche a difesa della famiglia «naturale».

Iadicicco menziona la mancata regolamentazione degli aspetti tecnici della pratica della donazione come una delle principali carenze politico-normative che hanno condizionato l'immediata possibilità di offrire la PMA di tipo eterologo dopo la sentenza della Corte[50]. Il mancato interesse istituzionale ha caratterizzato questa materia sin dall'uscita della sentenza della Corte costituzionale, all'indomani della quale l'allora ministra della Salute dichiarò di voler proporre alla successiva riunione del Consiglio dei ministri l'adozione di un decreto legge per regolare la pratica della donazione dei gameti. Questa dichiarazione non ebbe mai seguito, mancanza che da molti è stata vista come un tentativo di bloccare, almeno temporaneamente, l'avvio delle pratiche di PMA eterologa in Italia[51]. Negli anni sono mancate, poi, campagne di sensibilizzazione e forme che prevedessero qualche forma di incentivo, pur anche simbolico. Il risultato di questo silenzio è che mentre altre donazioni sono percepite come qualcosa di utile a sé stessi e agli altri (la donazione del sangue, ad esempio) o come gesti fortemente altrui-

[49] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 18.

[50] Ivi, p. 37.

[51] Si veda a tal proposito: *Manifesto dei giuristi per l'immediata attuazione/pieno rispetto della sentenza n. 162 della Corte costituzionale*, reperibile su «www.quotidianosanità.it».

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

stici (come nel caso della donazione di midollo osseo, pratica invasiva e dolorosa), la donazione di gameti non è invece né «politicamente» né «socialmente» incentivata in alcun modo. Alcuni studi si sono inoltre soffermati sulla diversa percezione sociale del donatore di sperma e della donatrice di ovuli[52], mettendo in luce che mentre la donazione femminile è percepita socialmente come un atto di amore, quella maschile rimane caratterizzata dall'ambiguità, sia per la sessualità solitaria necessaria che la raccolta di seme comporta sia per il desiderio del donatore di far nascere creature col suo patrimonio genetico[53]. Riteniamo che questa aura di sfiducia e dubbio sulle motivazioni di chi dona sia alimentata in contesto italiano da quegli elementi che abbiamo prima citato: scarsa attenzione normativa, deboli politiche istituzionali e assenza di sensibilizzazione.

La donazione di gameti avrebbe in comune con altre forme di donazione il fatto di essere anonima; la donazione del sangue, ad esempio, in Italia così come in molti altri paesi del mondo è gratuita, volontaria e anonima. Questo anonimato rende impossibile una qualsiasi forma di reciprocità diretta[54], ma ciò nonostante per altri tipi di donazione esiste una sorta di vincolo comunitario, con lo Stato che svolge la funzione di intermediario[55]. Nel caso della donazione di gameti, venendo a mancare la funzione esplicita dello Stato come intermediario nel processo di donazione, cade anche la possibilità di vedere la donazione di gameti come qualcosa di utile e necessario per la collettività. L'anonimato in cui cadono eventuali donatori e donatrici – che non avranno nessun ruolo nella nascente famiglia e che non godono di riconoscimento sociale – può essere un elemento che demotiva ulteriormente alla pratica[56]. Anche la donazione del seme – che dai medici è definita come tecnicamente più semplice – si attesta di fatto su livelli che non sono nemmeno lontanamente sufficienti a soddisfare la domanda.

Nonostante anche il percorso dei donatori di sperma richieda un certo grado di costanza e di rispetto di parametri medici[57], riteniamo ulterior-

Copyright © 2021 by Società Editrice il Mulino

[52] Per una rassegna in lingua italiana degli studi che si sono occupati delle motivazioni che spingono a diventare donatori si veda C. Lonardi, *I protagonisti della procreazione: anonimato e tutela*, in P. Di Nicola, C. Lonardi e D. Viviani (a cura di), *Forzare la mano. Natura e cultura nella procreazione medicalmente assistita*, Milano, FrancoAngeli, 2018, pp. 137-152.

[53] E. Haimes, *Issues of gender in gamete donation*, in «Social Science and Medicine», 36, 1993, p. 90. Si veda anche G. Becker, *The Elusive Embryo, How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 2000.

[54] I concetti di dono e reciprocità sono in antropologia profondamente legati al nome di Marcel Mauss. Si veda a tal proposito: M. Mauss, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, in «L'Année sociologique», 1, 1924, pp. 30-186; trad. it. *Saggio sul dono*, in M. Mauss (a cura di), *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965, pp. 153-292.

[55] F. Dei, *Antropologia culturale*, Bologna, Il Mulino, 2012, p. 199.

[56] C. Lonardi, *I protagonisti della procreazione*, cit., p. 151.

[57] C. Thompson, *Making Parents*, cit.

mente problematico il fatto che dai documenti in vigore – così come in molti altri documenti simili a livello europeo – trapeli una quasi perfetta simmetria del ruolo dei gameti[58]. Nello stralcio delle linee guida che abbiamo riportato all'inizio del paragrafo si parla infatti di gameti in generale e di donatori/donatrici. La profonda differenza che intercorre tra la donazione di seme maschile e la donazione di ovuli emerge più avanti nel documento quando si legge che la donazione di ovociti «comporta quindi, a differenza della donazione di gameti maschili, considerevoli disagi e rischi per la donatrice»[59]. La non perfetta simmetria dei gameti è legata non solo all'invasività delle tecniche e alla maggior medicalizzazione necessarie per una ovodonazione[60], ma anche a un aspetto quantitativo. I primi mesi di attività presso l'AUO Careggi mostrarono chiaramente che il bisogno di gameti non era equamente ripartito tra gameti maschili e gameti femminili, bensì che la richiesta di gameti femminili era decisamente più alta (circa il 75%). Ciò significa che nella generale disattenzione istituzionale per il tema della donazione di gameti, risulta particolarmente improbabile attendersi che una donazione di gameti femminili avvenga in assenza di un qualsiasi approccio istituzionale al tema e che questa possa soddisfare la domanda[61].

5. *Disuguaglianze e turismo riproduttivo a livello nazionale*

Nonostante i vuoti normativi e le difficoltà organizzative affrontate, l'esperienza di Firenze rappresenta a livello nazionale un modello a cui fare riferimento. Dal momento in cui in Italia è stato possibile praticare fecondazioni di tipo eterologo, all'Ospedale Careggi sono state trattate 962 coppie con il percorso di ovodonazione, 301 con spermiodonazione e 53 coppie con donazione di gameti sia maschili che femminili, con il risultato di aver visto l'esito di 350 nascite.

In conclusione di questo capitolo torniamo ancora una volta sulla non applicazione della norma a livello nazionale per riflettere sulle motivazioni, sulle caratteristiche e sulle conseguenze di questo vuoto applicativo. Le mo-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[58] A. Gribaldo, *La natura scomposta: riproduzione assistita, genere, parentela*, Roma, Luca Sossella, 2005, p. 93.

[59] Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa*, cit., p. 7.

[60] A. Gribaldo, *La natura scomposta*, cit., p. 93. Si veda anche E. Haimes, *Issues of gender in gamete donation*, cit.

[61] I dati della relazione annuale che abbiamo riportato poco sopra, parlano dell'*egg sharing* – ovvero della donazione di ovuli da parte di donne che si stanno sottoponendo ai trattamenti – come di una pratica che potrebbe almeno parzialmente rispondere al bisogno, ma anche in questo caso manca qualsiasi forma di riconoscimento formale, oltre che di riconoscimento di tutte le difficoltà che questa pratica comporta, come precedentemente descritto.

tivazioni possono riguardare livelli molteplici di analisi, all'interno dei quali ritroviamo temi che attingono tanto alla sfera normativa quanto alla sfera etica. Il non appropriato seguito legislativo della sentenza 162/2014 ha rischiato – e di fatto continua a farlo – di rendere la sentenza un mero atto simbolico, più che un atto legale perché

> il suo concreto soddisfacimento presuppone la predisposizione di una disciplina organizzativo-procedimentale che specifichi le forme di esercizio di tale diritto. Alla sentenza n. 162 del 2014 va senz'altro il fondamentale merito di aver chiarito la connessione tra diritto alla salute e accesso alla PMA […]. Ma la giustiziabilità del diritto in parola non può, di per sé, assicurare l'immediata e concreta erogazione della prestazione sanitaria, in quanto il pieno soddisfacimento del diritto passa necessariamente per la previa regolamentazione delle sue forme e dei suoi limiti[62].

Affinché il diritto di accedere alla PMA eterologa sia garantito mancano quindi ancora decisioni politiche e risorse economiche[63]. Anche negli aspetti economici della questione si annidano posizioni diverse: invocare il limite delle risorse disponibili come modo per non fornire una prestazione sanitaria «eticamente controversa» è stato il discorso portato avanti da coloro che hanno messo in dubbio che siffatte pratiche possano qualificarsi come trattamenti sanitari, funzionali alla salvaguardia del bene costituzionale salute, se non in casi estremamente limitati[64].

La conseguenza più grave nel panorama odierno rimane a nostro avviso l'applicazione disomogenea a livello nazionale, con un importante esito in termini di disuguaglianze, direttamente correlato alla disomogenea distribuzione dei centri pubblici che forniscono questo trattamento a livello nazionale. Va ricordato che la disomogeneità risiede anche nelle scelte che le Regioni stesse hanno effettuato. Così come abbiamo già illustrato la varietà di posizioni in merito al tema dell'età, portiamo qui l'attenzione alla questione della copertura del costo della prestazione:

> si va da situazioni di esplicito diniego della copertura del costo della prestazione (Lombardia); alla fissazione di limiti più stringenti per l'accesso al servizio pubblico con costi a carico del SSN (Veneto); alla variabile individuazione dei criteri di de-

[62] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 35.

[63] R. Lugarà, *Fecondazione eterologa: dal riconoscimento del diritto alla sua (in)effettività*, in «Forum di Quaderni costituzionali», 9, 2015; V. Baldini, *La concretizzazione dei diritti fondamentali. Tra limiti del diritto positivo e sviluppi della giurisprudenza costituzionale e di merito*, Napoli, Editoriale scientifica, 2015, p. 106.

[64] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 22. Si veda inoltre: C. Lalli, *La libertà procreativa*, Napoli, Liguori, 2004; S. Niccolai, *La legge sulla fecondazione assistita e l'eredità dell'aborto*, in «Costituzionalismo.it», 2, 2005; L. Ronchetti, *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in «Costituzionalismo.it», 2, 2006.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

terminazione dei ticket che le coppie sono tenute a pagare a titolo di parziale copertura dei costi delle prestazioni; fino a casi di Regioni che, pur avendo formalmente recepito i documenti della Conferenza, non hanno fornito ulteriori indicazioni sul regime economico dei trattamenti[65].

Altre ancora, quali Puglia e Sicilia, negano l'accesso in SSR ai loro cittadini presso strutture pubbliche di altre Regioni che erogano tali prestazioni, non coprendo i costi del rimborso e questo crea forme di diseguaglianza all'interno dello stesso contesto nazionale.

Il fatto che alcune Regioni abbiano reso concreta la sentenza del 2014 e altre no ha sottolineato le caratteristiche di «regionalismo sanitario» e di «federalismo procreativo» che caratterizzano il nostro paese con l'assurda conseguenza che se prima della sentenza le differenze nelle possibilità di accesso divenivano visibili soprattutto tra coloro che potevano permettersi una fecondazione all'estero e chi non poteva permetterselo, oggi assistiamo a un'altra forma di disuguaglianza, con conseguente discriminazione delle coppie sterili che risiedono in Regioni dove non esistono strutture pubbliche o convenzionate abilitate ed autorizzate a praticare il trattamento o nelle quali lo stesso è posto totalmente a carico dell'assistito.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

[65] M.P. Iadicicco, *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, cit., p. 41.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo settimo

La procreazione medicalmente assistita tra autonomia professionale e diritti fondamentali

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *Autonomia professionale e accesso alla PMA: scienza o coscienza?*

L'analisi fin qui svolta ha evidenziato molte delle problematiche che animano i dibattiti sulla PMA, quale «ambito privilegiato di osservazione delle dinamiche che caratterizzano il costituzionalismo contemporaneo»[1]. I rapporti tra scienza e diritto, tutela della donna, della coppia e dell'embrione, nonché dei principi di uguaglianza e ragionevolezza si intersecano, infatti, con quelli della pluralità di modelli familiari e del rapporto tra salute riproduttiva e responsabilità genitoriale, a dimostrazione di come la PMA «non [sia] semplicemente una tecnica» ma «la ragione di un nuovo, straordinario conflitto tra paradigmi»[2].

Per gli obiettivi della nostra ricerca ci concentreremo sui conflitti che possono nascere dall'esercizio dell'autonomia professionale nel percorso di accesso alla PMA.

Il rapporto tra ragionevolezza, in particolare scientifica, della legge, tutela dei diritti fondamentali e autonomia professionale è stato delineato nel suo nucleo essenziale in conclusione della prima parte.

Alla luce delle esperienze emerse dalle interviste e analizzate in prospettiva antropologica, è necessario ora chiedersi fino a che punto possa spingersi l'autonomia professionale che la giurisprudenza costituzionale, come visto, ha più volte richiamato come «regola di fondo» nella pratica medica, tanto da legare alla sua irragionevole compressione ai danni di diritti fondamentali valutazioni sulla legittimità costituzionale della legge.

Questo capitolo è di Elisabetta Pulice.

[1] G. D'Amico, *Le vicende della legge n. 40 del 2004 come esperienza paradigmatica del costituzionalismo contemporaneo*, in S. Agosta, G. D'Amico e L. D'Andrea, *La procreazione medicalmente assistita. Bilancio di un'esperienza, problemi e prospettive*, Napoli, Editoriale scientifica, 2017, p. 37.

[2] C. Flamigni, *Conflitto di paradigmi*, in S. Agosta, G. D'Amico e L. D'Andrea, *La procreazione medicalmente assistita*, cit., p. 93.

Per farlo, è utile richiamare, con specifico riferimento ai profili della PMA qui affrontati, i ruoli e gli ambiti di applicazione delle principali categorie concettuali utilizzate nella nostra ricerca, nelle quali potrebbero essere inserite – almeno sul piano teorico – le valutazioni dei professionisti sui limiti all'accesso delle coppie: obiezione di coscienza, clausola di coscienza e autonomia professionale.

1.1. *Le categorie concettuali a tutela della coscienza: potenzialità e limiti*

Poiché quella alla PMA è un'obiezione di coscienza prevista e disciplinata dalla legge, sul piano applicativo valgono i limiti stabiliti dalla normativa, indipendentemente da valutazioni teoriche inerenti al convincimento morale o ai beni che il professionista intende tutelare obiettando. Ciò che è tutelato è, infatti, la libertà di coscienza individuale e spetta al singolo operatore scegliere se dichiararsi o meno obiettore.

L'esercizio di tale diritto sembra potersi già escludere e, di fatto, così è nella realtà per le ragioni già enucleate (coinvolgimento professionale volontario e fondato su una formazione specifica e altamente specializzata). Tuttavia, nel ricostruire il quadro delle possibili forme che i conflitti di coscienza possono assumere, va ricordato che a differenza di quanto previsto per l'aborto, per la PMA la norma non prevede una «prova di coerenza».

Ciò non legittima di per sé l'obiezione c.d. selettiva, ma lascerebbe maggiori spazi interpretativi per un'applicazione più flessibile della scelta di obiettare.

In ogni caso, tale possibilità potrebbe riguardare solo procedure e attività «specificatamente e necessariamente dirette» a determinare l'intervento di PMA, con esclusione del diritto di obiettare nelle fasi riguardanti l'assistenza «antecedente e conseguente l'intervento»[3]. Applicando l'interpretazione restrittiva di tale limite, adottata dalla giurisprudenza per l'aborto, devono ritenersi quindi escluse molte delle ipotesi di potenziale conflitto emerse nella nostra ricerca poiché collocate in una fase antecedente l'intervento di fecondazione assistita vero e proprio. In linea teorica, qualora, invece, dopo le lunghe fasi che, come visto, portano all'accesso di una coppia alle tecniche di PMA, dovesse residuare un conflitto di coscienza insuperabile per uno dei professionisti coinvolti nell'intervento, non è da escludere l'applicabilità dell'art. 16.

Considerando però i vincoli che, ragionevolmente, discendono dall'esercizio dell'obiezione, la scelta di non prendere parte a un intervento di PMA potrebbe più facilmente rientrare nei rifiuti di prestazione professionale garantiti dai codici deontologici.

[3] Legge 40 del 2004, art. 16. Cfr. *supra*, cap. I.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Per la professione medica viene in rilievo l'art. 22 del CDM, in base al quale «[i]l medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici». La norma prevede due limiti specifici: la prestazione non può essere rifiutata se da tale rifiuto deriva un «grave e immediato nocumento per la salute della persona»; il medico, inoltre, deve fornire «comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione».

Si tratta di una norma che ben si adatterebbe alle esigenze sollevate nell'ambito di analisi poiché tutela il diritto del professionista di rifiutare una prestazione sia nel caso di contrarietà di una richiesta del paziente (o in questo caso della coppia) ad elementi oggettivi, strettamente legati a valutazioni tecnico-scientifiche, sia nel caso di conflitti con la propria coscienza[4].

Sul punto, in dottrina si è sottolineato il legame tra il riferimento alla coscienza e l'ethos professionale, quindi la riflessione deontologica interna alla categoria medica[5].

Rispetto a tale profilo, va rilevato, da un lato, che le regole deontologiche, per le ragioni esposte in Introduzione, sono vincolanti per gli iscritti ed esprimono un'influenza sulle scelte professionali anche indipendentemente dalla definizione dei rapporti formali tra codice deontologico e altre fonti del diritto. La clausola di coscienza può inoltre essere – con le potenzialità, i limiti e le incertezze richiamati in entrambi i volumi – uno strumento di difesa dei principi deontologici rispetto a doveri professionali imposti da altre fonti del diritto.

Dall'altro, però, il limite della dimensione collettiva per la rilevanza della «coscienza» contenuta nelle clausole deontologiche non trova conferma nella lettera dei codici, soprattutto nelle analoghe norme contenute nei codici deontologici di altre professioni sanitarie, che fanno esplicito riferimento alle convinzioni morali e personali del professionista[6]. È quindi da ritenersi che anche i convincimenti individuali possano fondare un rifiuto deontologicamente legittimo.

Nel caso di conflitti tra fonti normative, tuttavia, la deontologia può porsi come fonte che limita l'ampiezza dei diritti costituzionali o come fonte che ne valorizza la tutela. Su questa distinzione si fondano tanto la portata

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[4] I dibattiti sui rapporti tra obiezione di coscienza e clausola di coscienza, diritto e deontologia nel fine vita hanno offerto l'occasione per approfondire questi temi nel vol. II, cap. IV, cui si rimanda, anche per ulteriore bibliografia.

[5] L. Eusebi, *Obiezione di coscienza del professionista sanitario*, in S. Rodotà e P. Zatti (dir.), *Trattato di biodiritto*, vol. III: *I diritti in medicina*, a cura di L. Lenti, E. Palermo Fabris e P. Zatti, Milano, Giuffrè, 2011; M. Saporiti, *La coscienza disubbidiente*, Milano, Giuffrè, 2014, p. 138. Cfr. vol. II, cap. IV.

[6] Così, ad esempio, i codici deontologici delle professioni infermieristiche e della professione di ostetrico/a, giusto per rimanere alle categorie maggiormente coinvolte nell'ambito di questa analisi. Cfr. vol. II, cap. IV.

quanto i limiti del valore giuridico del codice deontologico e, quindi, della clausola di coscienza. Quest'ultima rappresenta, infatti, uno strumento che, se ragionevolmente bilanciato con gli altri diritti in gioco, permette di tutelare il pluralismo etico insito nelle scelte in ambito medico. La sua applicazione non può però porsi in contrasto con la tutela dei diritti fondamentali, né svuotare il bilanciamento legittimamente predisposto a livello legislativo tra interessi potenzialmente confliggenti.

Nel caso di specie, la clausola di coscienza non potrebbe pertanto giustificare un irragionevole e sproporzionato limite al diritto delle coppie di accedere alle tecniche di PMA, benché possa sul piano teorico ricomprendere molti degli scenari emersi dalle interviste.

La realtà clinica analizzata fa emergere però due dati: innanzitutto, come anche nel fine vita, raramente i conflitti di coscienza assumono espressamente la forma dell'applicazione della clausola di coscienza. Inoltre, nell'ambito analizzato vi è un preciso limite giuridico: le valutazioni legate all'accesso a tecniche di PMA possono basarsi solo su motivi medico-sanitari[7], quindi su considerazioni tecnico-scientifiche.

Si rientra, quindi, almeno sul piano teorico, nella dimensione dell'autonomia professionale valorizzata dalla Corte costituzionale in ambito di PMA.

Un riferimento che, come visto, è strettamente legato alla «ragionevolezza scientifica» della legge. Altrettanto ragionevole scientificamente, nel senso di fondato sulle accreditate conoscenze scientifiche, deve pertanto essere l'esercizio dell'autonomia professionale cui, a determinate condizioni e nei limiti ricordati, è delegato il bilanciamento in concreto dei beni giuridicamente protetti[8].

Ne deriva uno stretto ancoraggio a valutazioni di tipo oggettivo sui possibili limiti all'accesso alle tecniche di PMA, sia essa omologa o eterologa.

Ed è proprio questo uno dei nodi più complessi della nostra ricerca: fino a che punto le valutazioni dei professionisti sono davvero di esclusivo tenore tecnico-scientifico? Dove, invece, lo sforzo di ricondurre tali valutazioni al dato oggettivo si scontra con conflitti di diversa natura? Solo le prime hanno infatti, nella PMA, una precisa base giuridica di riferimento.

1.2. *Il difficile equilibrio tra valutazioni tecnico-scientifiche e convinzioni personali*

Il quadro ampiamente descritto e analizzato in prospettiva antropologica dà l'idea della complessità di interrogativi basati sui convincimenti personali e, talvolta, della difficoltà di giungere a linee di demarcazione precise tra va-

[7] Legge 40 del 2004, art. 6. *Supra*, cap. V.
[8] *Supra*, cap. IV.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

lutazioni di natura strettamente oggettiva, o comunque riconducibili al dato scientifico, e valutazioni fondate su ragioni diverse.

Ciò è ancora più evidente, come visto, nella pluralità di questioni, interessi ed esigenze da contemperare e professionalità da coordinare nei Centri di PMA.

Maggiore è tale complessità, maggiori sono, infatti, le esigenze di confronto, riflessione e bilanciamento che l'organizzazione del servizio deve tenere in considerazione.

Anche in questo caso, organizzazione e conflitti sono reciprocamente collegati: le misure organizzative (o la loro assenza) possono essere risposte (o lacune) per bilanciare conflitti posti dall'incontro tra richieste delle coppie e valutazioni professionali, ma esigenze organizzative possono anche determinare specifiche necessità di gestione di tali conflitti.

Il concetto di «limite» è il profilo della nostra indagine che più di ogni altro ha evidenziato il legame – indipendentemente dalla forma che assume e dalla relativa regolamentazione – tra sapere medico-scientifico e convinzioni personali, culturali, sociali che possono connotare l'applicazione del dato tecnico in contesti eticamente e professionalmente sensibili[9].

Nella PMA, l'interesse che fa scattare il possibile conflitto sull'idea di limite e gli interrogativi sull'accesso di determinate coppie alla PMA è primariamente la tutela del nascituro. L'approccio che determina le valutazioni analizzate è dovuto al fatto che, nonostante le finalità proprie della legge 40 – ossia «favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana»[10] –, «l'occhio [sia] sempre rivolto a chi verrà»[11].

Per ciò che più interessa in questa sede, ossia il ruolo del professionista nel percorso per accedere alla PMA, dalle interviste emerge come anche tra gli operatori l'approccio rispetto all'influenza di fattori diversi da quelli tecnico-scientifici sia diverso. Mentre alcuni escludono la possibilità di inserire considerazioni di tipo valutativo sui limiti all'accesso, mantenendo il proprio ruolo strettamente legato agli elementi oggettivi delle tecniche di PMA, altri esprimono chiaramente le difficoltà di gestire interrogativi che sentono di dover sollevare nei colloqui con le coppie nonostante non rientrino in motivi strettamente clinici.

Alcuni di questi interrogativi possono essere direttamente o indirettamente legati a principi sui quali deve, in ogni caso, fondarsi l'attività medica.

Tra questi rientra, ad esempio, la relazione «costi-benefici» menzionata in alcune interviste. Si tratta di un principio che riguarda sia la sfera individuale, quindi i costi e i benefici di una tecnica invasiva sulla donna, sia

[9] Si tratta di un profilo comune a molti degli ambiti analizzati nella nostra ricerca. Si veda, ad esempio, *infra*, cap. IX in materia di circoncisione o le questioni più controverse nell'ambito del fine vita nel vol. II.

[10] Legge n. 40 del 2004, art. 1, da considerare alla luce della giurisprudenza costituzionale richiamata (*supra*, capp. I e IV).

[11] *Supra*, cap. V.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

quella collettiva, ossia l'uso appropriato delle risorse. Negli ospedali pubblici – contesto della nostra ricerca – la soluzione di conflitti di coscienza impone infatti alla struttura ospedaliera di tenere in debita considerazione la tutela degli interessi cui è preordinata la sua attività.

Interrogarsi sull'uso appropriato delle risorse è pertanto un dovere sia giuridico sia deontologico del professionista.

L'art. 6 del CDM, ad esempio, prevede che il medico debba fondare

> l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di *efficacia* e di *appropriatezza*, aggiornandoli alle *conoscenze scientifiche* disponibili e mediante una *costante verifica e revisione* dei propri atti. Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'*uso ottimale delle risorse pubbliche* e private salvaguardando l'*efficacia*, la *sicurezza* e *l'umanizzazione* dei servizi sanitari[12].

Si tratta di principi che evidentemente forniscono un ancoraggio giuridico-deontologico specifico ad alcune valutazioni del concetto di «limite» emerse nei capitoli precedenti.

Anche valutazioni sull'età maschile possono essere indirettamente considerate come dati clinici, benché a prima vista si presentino come considerazioni che esulano dal dato oggettivo del limite naturale alla procreazione nella donna. Anzi, da quanto emerge dall'analisi antropologica, non considerarne l'influenza sugli esiti della procreazione potrebbe derivare da un retaggio culturale e non viceversa.

Più complessa – e frutto di valutazioni che spostano l'attenzione dal focus dell'efficacia e sicurezza delle tecniche al diverso bene che i professionisti ritengono di dover tutelare, ossia quello del nascituro – è l'individuazione di un limite massimo per l'età del partner maschile prendendo come punto di riferimento la disciplina giuridica dell'adozione.

Il riferimento al benessere psicofisico della coppia e, quindi, anche alla tutela della salute mentale è un altro strumento che consente di mantenere le valutazioni su un piano tecnico-scientifico, ancorché fondato su un elevato livello di interdisciplinarità e sulla necessità di rendere più articolato il percorso di accesso alla PMA.

Se, in molti casi, la maggiore complessità di un percorso non è solo ragionevole, ma anche doverosa, alcuni scenari hanno messo invece in luce approcci ed esiti ambivalenti.

In alcuni casi, come ad esempio quello della coppia con «capacità cognitive evidentemente limitate» il riferimento ai servizi territoriali per problemi psichiatrici, quindi l'inserimento di ulteriori elementi di complessità del percorso, ha «risolto» il conflitto per rinuncia della coppia[13]. Ci si potrebbe

[12] Corsivo aggiunto.
[13] *Supra*, cap. V.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

però chiedere quanto possa cambiare l'esito in ragione dei fattori culturali, sociali o comunque personali che, in un rapporto asimmetrico, incidono su quanto semplicemente proposto alla coppia o su quanto, invece, viene inserito in un percorso di accompagnamento condiviso.

In altri casi, la complessità dell'approccio fondato su questioni di salute mentale ha al contrario influito sulla scelta dei professionisti di optare, ove possibile, verso un percorso argomentativo più semplice[14].

Si tratta di uno degli esempi in cui il ricorso al dato tecnico-scientifico è necessario non solo perché giuridicamente imposto, ma anche perché più semplice da gestire, poiché fondato su un linguaggio, su categorie cui gli operatori sanitari sono maggiormente formati[15].

Molto più sfumate, invece, e difficilmente riconducibili a motivi medico-sanitari sono le valutazioni legate alla solidità della coppia, alla possibile scarsa condivisione di intenti e obiettivi, alle capacità di mantenimento ed educazione del nascituro di coppie analfabete o in situazioni di disagio sociale, oppure, ancora, soggette a misure cautelari per la commissione di determinati reati.

In questi casi la domanda che prevalentemente emerge, esplicitamente o implicitamente – «ha senso?» – testimonia come valutazioni legate agli stili di vita della coppia si intersechino con quelle più propriamente cliniche.

È quindi importante comprendere fino a dove possano spingersi le valutazioni dei professionisti e quali possano essere gli strumenti per evitare che preoccupazioni pur comprensibili non influiscano indebitamente sul diritto della coppia, ma vengano incanalate in percorsi idonei a tentare, ove possibile, una mediazione permettendo di rafforzare la tutela tanto della coppia, che necessita di supporto ulteriore, quanto del nascituro.

2. *PMA e forme del conflitto: tra diritto e deontologia*

Il difficile equilibrio tra scienza e coscienza, tra valutazioni tecnico-professionali ed etico-professionali richiede alcune brevi considerazioni sul ruolo che il diritto, inteso in senso lato, può avere.

Come emerge dall'analisi della pratica ospedaliera, nell'ambito analizzato gli strumenti giuridici hanno svolto almeno due ruoli specifici.

Il primo è la definizione di un chiaro limite alle valutazioni professionali all'accesso alla PMA, quello delle motivazioni medico-sanitarie[16].

[14] Cfr. *supra*, il caso nel quale la azoospermia del partner maschile ha definito il limite al percorso di omologa che la coppia stava affrontando, cap. V.

[15] Simile è la preferenza, emersa in materia di circoncisione (*infra*, cap. IX) e di fine vita (vol. II, parte II), di ancorare le motivazioni a dati oggettivi piuttosto che far ricorso a ragioni di coscienza.

[16] *Supra*, cap. V.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

È evidente la chiarezza di una posizione del genere rispetto, ad esempio, al generico richiamo alla deontologia professionale che il legislatore ha invece introdotto nella legge 219/17, con i noti problemi soprattutto in materia di diritto al rifiuto e all'interruzione dei trattamenti sanitari[17].

Se, in quel caso, i limiti tra valutazioni di coscienza e autonomia professionale sono stati, e sono tuttora, oggetto di dibattiti dottrinali, la normativa in materia di PMA offre, almeno sul piano teorico, una scelta precisa che include l'autonomia professionale fondata su dati clinici oggettivi, escludendo valutazioni meramente etiche.

Il secondo riguarda gli strumenti giuridico-amministrativi che «formalizzano» il conflitto.

Il ricorso agli uffici legali dell'ospedale, il coinvolgimento della direzione del centro o del Comitato etico aziendale hanno permesso di dare «forma» a conflitti che invece per la maggior parte dei casi rimangono in una dimensione informale di gestione, spesso interdisciplinare, tra professionisti.

La «forma» richiamata nell'analisi antropologica significa però anche, sul piano più propriamente giuridico, inserire quei conflitti in un quadro normativo di riferimento, che conferisce carattere oggettivo – in termini di legittimità o illegittimità, ragionevolezza o irragionevolezza, di assetti valoriali, bilanciamenti, soluzioni – a valutazioni che altrimenti rischierebbero di rimanere su un piano soggettivo, ancorché mediato dal dato clinico.

In tale prospettiva è importante garantire adeguatamente e, ove necessario e possibile, incrementare la sinergia tra tali strumenti e l'équipe professionale.

Il diritto, inclusa la giurisprudenza, e la disciplina deontologica concorrono inoltre a definire i principi su cui l'autonomia professionale deve fondarsi.

Di come la giurisprudenza costituzionale valorizzi il ruolo di tale autonomia si è già detto. Nel prossimo paragrafo verranno invece precisati alcuni limiti che possono essere rilevanti nell'analisi delle valutazioni professionali sull'accesso alle tecniche di PMA.

In riferimento all'influenza che fattori culturali e sociali hanno, come sottolineato nell'analisi antropologica, sul sapere medico, è importante ricordare che anche il CDM prevede alcuni principi specifici in materia di autonomia, responsabilità e acquisizioni scientifiche.

Tra questi vanno menzionati i principi fondamentali di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità su cui deve fondarsi l'esercizio professionale[18]. Nella versione più recente del codice i principi di autonomia e re-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[17] Vol. II, parte I.

[18] Art. 4, che lega tali principi al ruolo della deontologia e al dovere del medico di esercitare la propria attività senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti. Il medico deve altresì segnalare all'ordine «ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti in contrasto con il Codice» (art. 2).

sponsabilità sono stati inseriti anche all'art. 3 in materia di doveri generali e competenze del medico, nel quale vengono richiamati il ruolo del codice deontologico e delle istituzioni ordinistiche. Tale articolo inserisce, inoltre, la norma relativa alle competenze professionali del medico dopo il comma che esplicita i suoi doveri «al fine di tutelare la salute individuale e collettiva»[19]. Dal combinato disposto di queste norme emerge pertanto la strumentalità delle competenze specifiche ed esclusive del medico (quindi l'impegno diretto dell'autonomia e responsabilità del professionista) rispetto alla tutela dei diritti fondamentali costituzionalmente garantiti. Tutela che – e il profilo è particolarmente rilevante alla luce dei rischi che potrebbero emergere da valutazioni eccessivamente soggettive – deve essere garantita «contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure»[20].

Con la riforma del 2014, la categoria professionale ha preso posizione anche sul ruolo di forme di codificazione del sapere scientifico. In particolare, ha aggiunto delle norme specifiche su linee guida e protocolli. Dalla lettura del codice emerge come, da un lato, la categoria professionale abbia riconosciuto il ruolo di indirizzo e orientamento di tali fonti, rimarcando la rilevanza delle evidenze scientifiche (non più definite come «acquisizioni scientifiche» e sulle quali la prescrizione deve «fondarsi» e non più solo «ispirarsi» come nelle precedenti versioni); dall'altro lato, però, ha rafforzato gli spazi di autonomia, indipendenza e responsabilità del medico nella loro valutazione. Non può quindi mai trattarsi di applicazione acritica di una fonte di codificazione del sapere scientifico, ma di una valutazione che tenga conto della variabilità del caso concreto per garantire la più elevata tutela possibile del bene del paziente o, come nel caso della PMA, della donna e della coppia.

Alcuni doveri e principi professionali specifici sono contenuti anche nella norma del CDM che riguarda espressamente la fecondazione assistita (art. 44). Oltre ai divieti di pratiche quali la selezione eugenetica o lo sfruttamento commerciale o per fini di ricerca degli embrioni, vengono richiamate l'autonomia e responsabilità del medico nelle procedure diagnostiche e nei trattamenti terapeutici relativi alla procreazione medicalmente assistita.

A tal fine il medico deve prospettare alla coppia «le opportune soluzioni *fondate su accreditate acquisizioni scientifiche* e informa[re] sulle possibilità di successo nei confronti dell'infertilità, sui rischi per la salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione».

[19] Art. 3. In base al comma 1 «doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psicofisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera».

[20] CDM, art. 6, che riprende il divieto di discriminazione di cui all'art. 3. Sul principio di non discriminazione come limite all'influenza di convinzioni personali del medico e alla clausola di coscienza cfr. *infra*, cap. IX e vol. II, cap. IX.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Non ci sono, quindi, nel codice deontologico specifici doveri professionali legati a valutazioni sull'idoneità o stabilità della coppia, in funzione della capacità di tutelare adeguatamente il nascituro.

Interessante invece notare che tale norma del codice deontologico, pur facendo «salve le norme in materia di obiezione di coscienza», precisa che l'obiezione possa essere riconosciuta «senza esimere il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della coppia»[21]. Si tratta di un principio che può quindi assumere rilevanza anche nella gestione dei conflitti menzionati.

3. *Accesso alla PMA e bilanciamento dei diritti: i limiti dell'autonomia professionale*

Nel valutare i margini di ampiezza dell'autonomia professionale nei casi relativi all'accesso alla PMA è necessario precisare alcuni elementi del rapporto tra diritto, scienza medica e scelte valoriali.

3.1. *Autonomia professionale e assetti valoriali dell'ordinamento*

Mentre in molti casi analizzati nei capitoli precedenti le valutazioni mediche possono essere ricondotte al dato clinico, in altri sembra emergere, invece, un ruolo dei professionisti nel definire, in ultima analisi, un diverso bilanciamento rispetto a quello definito dalla legge in materia di PMA così come risultante dagli interventi della giurisprudenza costituzionale.

Se è vero, da un lato, che il diritto non può imporsi in maniera unilaterale sulla scienza, è vero però anche il principio contrario: la scienza non può diventare un potere incontrollato[22]. Benché le situazioni analizzate nella nostra ricerca siano lontane da questa deriva, è importante precisare che dalla giurisprudenza costituzionale richiamata[23] non può derivarsi un «principio di assoluta prevalenza della scienza»[24], quindi nemmeno dell'autonomia professionale.

Tra i limiti che devono essere tenuti in considerazione va menzionato anche il principio in base al quale la letteratura medica scientifica può essere la «regola di fondo», un punto di partenza imprescindibile per la disciplina

[21] CDM, art. 44.

[22] C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in «Rivista AIC», 2, 2016, p. 8.

[23] *Supra*, cap. IV.

[24] C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, cit., p. 8. «Salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali» è inoltre, come visto, la precisazione contenuta nella più volte richiamata sentenza n. 282 del 2002 della Corte costituzionale.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

giuridica solo nei settori che le competono e per i quali, quindi, sono necessari dati, categorie, definizioni scientifiche.

La delega cui si è fatto riferimento[25] può riguardare quindi il bilanciamento in concreto, ma non una sostituzione della scienza medica nella valutazione degli assetti valoriali da legittimare legislativamente o nella definizione di principi che esulano dalla sua competenza:

> se la scienza può descrivere in maniera oggettiva un processo e talvolta intervenire su di esso seguendo procedure standard e verificate, essa non [ha] al proprio interno criteri altrettanto «scientifici» per definire lo stesso oggetto della sua attività, né per porne i limiti. Non sono criteri scientifici, obiettivi e neutrali quelli che possono definire quando inizi la vita o la gravidanza, cosa sia un embrione umano (l'ovulo non appena fecondato o quello impiantato in utero o in cui sia comparsa la stria primitiva), entro quali limiti poterne considerare l'utilizzo (a soli fini riproduttivi o anche di ricerca, ad esempio) e in che termini fissarne la tutela (nulla, pari a quella del feto nel primo trimestre o di una persona già nata)[26].

Dovrebbe ritenersi parimenti preclusa all'autonomia professionale la definizione del bilanciamento alla base della disciplina della PMA così come risulta dagli interventi demolitori della giurisprudenza costituzionale e dai principi in essa affermati.

A tal fine è utile riprendere quanto affermato nella già citata sentenza n. 162 del 2014 con la quale la Corte ha dichiarato illegittimo il divieto di eterologa.

La Consulta, infatti, dopo aver definito la scelta di «diventare genitori e di formare una famiglia» come una delle espressioni della «fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi», affronta anche alcuni dei limiti sollevati al riconoscimento dell'eterologa con riferimento al nascituro, che, come visto nel capitolo precedente, sono stati al centro dei dibattiti su tale pratica.

> L'unico interesse che si contrappone ai predetti beni costituzionali è, dunque, quello della persona nata dalla PMA di tipo eterologo, che […] sarebbe leso a causa sia del rischio psicologico correlato ad una genitorialità non naturale, sia della violazione del diritto a conoscere la propria identità genetica[27].

Tuttavia, dall'analisi delle garanzie che già emergono dalla legge 40 e da altri principi dell'ordinamento, la Corte ritiene che i rischi per il nascituro trovino già adeguata tutela. Il divieto assoluto dell'eterologa avrebbe infatti comportato

> una lesione della libertà fondamentale della coppia destinataria della legge n. 40 del 2004 di formare una famiglia con dei figli, senza che la sua assolutezza sia giustifi-

[25] *Supra*, cap. IV.
[26] C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, cit., p. 5.
[27] Corte cost., sentenza n. 162 del 2014, punto 10 del Considerato in diritto.

Copyright © 2021 by Società Editrice Il Mulino

cata dalle esigenze di tutela del nato, le quali, in virtù di quanto […] già desumibile dalle norme vigenti, devono ritenersi congruamente garantite[28].

Ciò è da ritenersi a maggior ragione vero nei casi di PMA omologa.

Ferma restando l'importanza dell'autonomia professionale quando volta a tutelare, sulla base delle conoscenze scientifiche, i diritti fondamentali dei destinatari dell'attività professionale, valutazioni in merito alla genitorialità rischiano quindi di esprimere un bilanciamento diverso da quello definito dall'ordinamento.

E, come già sottolineato[29], l'espressione di un bilanciamento diverso è generalmente espressione di forme di obiezione di coscienza, escluse, però, nei contesti qui analizzati. Anche in questo ambito deve ricordarsi che, in ogni caso, per quanto assuma rilevanza il convincimento dell'obiettore, l'obiezione di coscienza «non è e non può essere una forma di tutela dei beni giuridici perseguiti dall'obiettore»[30]. Ciò in ragione del fatto che

> il bilanciamento fra [beni costituzionalmente rilevanti] viene compiuto dal legislatore in via generale una sola volta e cristallizzato nella legge. Raggiunto l'equilibrio che il legislatore considera accettabile, questo rappresenta un punto fermo su cui l'eventuale previsione dell'obiezione di coscienza tendenzialmente non deve influire[31].

Il confine può risultare labile, ma deve essere tenuto in considerazione per valutare quali possano essere, in concreto, gli strumenti predisposti dall'ordinamento per l'espressione e la gestione dei conflitti analizzati nella nostra ricerca, che pure continuano ad animare i dibattiti.

3.2. *Quale margine di rilevanza per gli interrogativi professionali sull'accesso alla PMA?*

Considerata l'esistenza nella pratica clinica degli interrogativi sulla tutela del nascituro, così come emersi dalle interviste, ci si potrebbe chiedere se una disciplina dell'accesso alla PMA che tenga conto di tali potenziali conflitti possa essere preferibile alla loro esclusione da qualsiasi normativa o prassi.

Come noto, la tutela del nascituro o del nato dalle tecniche cui dare accesso è in realtà spesso il fulcro delle valutazioni giurisprudenziali e dei di-

[28] Ivi, punto 12 del Considerato in diritto.

[29] *Supra*, Introduzione e cap. I.

[30] D. Paris, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, Passigli, 2011, p. 174.

[31] *Ibidem*.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

battiti, non solo italiani, attorno alla PMA. La rilevanza di tale interesse si declina in diversi ambiti[32]: dai requisiti oggettivi e soggettivi di accesso della coppia, all'ampliamento dell'accesso di determinate tecniche per evitare la trasmissione di malattie, alle scelte in situazioni delicate come la malattia, il decesso o la reclusione del genitore biologico, al diritto di conoscere le proprie origini biologiche, alla liceità di pratiche come l'eterologa o la maternità surrogata, allo status di figlio del nato da PMA[33].

A dimostrazione della difficoltà di giungere a soluzioni univoche, rispetto agli approcci emersi nei capitoli precedenti, è interessante notare che la Corte EDU – pur riconoscendo la tutela del nascituro come interesse legittimo e obbligo positivo dello Stato – ha ritenuto violasse l'art. 8 CEDU, per assenza di adeguato bilanciamento tra i diritti in gioco, il rifiuto di fare accedere alla PMA un detenuto condannato per omicidio. La moglie per motivi anagrafici difficilmente avrebbe potuto avere un figlio dopo il rilascio del marito, ma se ne sarebbe potuta occupare pur in sua assenza. La Corte ricorda, tra l'altro, che quando vengono in rilievo scelte identitarie come quella di diventare genitori il margine di apprezzamento riconosciuto agli Stati in questioni eticamente controverse è più ridotto[34].

Tra le forme di tutela del nato, se, come emerso dall'analisi antropologica, il richiamo alla legge sull'adozione è da taluni evocato come un possibile modello di riferimento, va però anche considerato che tale disciplina ha finalità ben diverse da quelle della legge 40. I requisiti legati all'idoneità della coppia a «educare, istruire [...] mantenere» il minore[35] sono inseriti in una legge che mira a tutelare il «diritto del minore a una famiglia», mentre le finalità della legge sulla PMA sono rivolte alla scelta della coppia di diventare genitori superando specifiche problematiche mediche. Inoltre «mentre i limiti all'adozione sono posti a salvaguardia di un soggetto già nato, i

Copyright © 2021 by Società Editrice Il Mulino

[32] Cfr., anche in prospettiva comparata, ad esempio, V. Tigano, *I limiti dell'intervento penale nel settore dei diritti riproduttivi. Modelli di bilanciamento tra tutela del minore e libertà civili nella PMA*, Torino, Giappichelli, 2019; S. Penasa, *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato in materia di procreazione medicalmente assistita*, Trento, Editoriale Scientifica, 2015; i contributi su tali temi in S. Agosta, G. D'Amico e L. D'Andrea, *La procreazione medicalmente assistita*, cit.; F. Angelini, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020.

[33] Ad esempio, a tutela del nato da tecniche di PMA in caso di omogenitorialità, con le sentenze 32 e 33 del 28 gennaio 2021 la Corte costituzionale ha definito «ormai indifferibile» (n. 33/2021) l'intervento del legislatore sullo *status filiationis* poiché «non sarebbe più tollerabile il protrarsi dell'inerzia legislativa» tanto sarebbe grave in questo specifico ambito «il vuoto di tutela del preminente interesse del minore» (n. 32/2021). L'illegittimità di un percorso di PMA non può incidere quindi sui diritti costituzionali del minore (cfr. anche la citata sentenza della Corte cost., n. 347 del 1998 in riferimento all'eterologa).

[34] Corte EDU, *Dickson c. Regno Unito*, ric. n. 44362/04, 4 dicembre 2007.

[35] Legge 149 del 2001, art. 6.

limiti alla procreazione assistita sarebbero nell'interesse di un soggetto che non è ancora nato e che in virtù di tali limiti, evocati a sua tutela, non nascerebbe affatto»[36].

Gli interrogativi emersi dalle interviste richiedono quindi valutazioni diverse, non completamente sovrapponibili a quelle dell'adozione, né a quelle affrontate dalla Consulta nella decisione sull'eterologa.

Interessante da questo punto di vista l'approccio del Regno Unito. Diversamente da molti altri ordinamenti europei, lo Human Fertilisation and Embryology Act (HFE Act) non prevede infatti requisiti soggettivi specifici all'accesso alla PMA, che può essere garantito, ad esempio, anche a donne single, coppie omosessuali o in casi di surrogata. La normativa impone (§13) invece una preliminare valutazione del «welfare of the child» e degli altri bambini che risulterebbero interessati dalla nuova nascita.

La disciplina è affidata al *Code of Practice* della HFE Authority (§8), cui spetta la regolamentazione e l'autorizzazione dei Centri di PMA[37]. Il modello non è esente da profili di criticità, dibattuti in dottrina, con riferimento, ad esempio, all'ingerenza dello Stato nelle scelte riproduttive, ai rischi di discriminazione per donne o coppie che devono ricorrere alle tecniche di PMA, all'impossibilità di rispondere alla domanda sulla qualità della futura responsabilità genitoriale della coppia[38].

Si tratta ciò nonostante di una disciplina che impone ai Centri di PMA di dotarsi di procedure per tali valutazioni e permette di qualificare il tipo di danno o trascuratezza, il cui rischio può limitare l'accesso alla PMA, come *serious*. Consente, inoltre, di considerare sia ragioni mediche sia quelle relative all'ambiente familiare, definendo però il contenuto dei controlli (ad esempio: precedenti condanne per violenza su minori, ambiente violento, abuso di droghe o alcool) e gli obblighi della struttura in caso di rifiuto della prestazione, inclusi l'informazione e il dialogo con la coppia e il confronto tra tutte le posizioni interne all'équipe. Il numero dei rifiuti sembra essere in realtà esiguo[39], ma, pur con le dovute differenze e ferma restando la necessità di una base legale al momento non esistente, il modello richiamato può presentare spunti di riflessione anche per il contesto italiano, se non altro per trovare strumenti in grado di evitare sia la «solitudine» dei

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[36] U. Salanitro, *I requisiti soggettivi per la procreazione medicalmente assistita. Limiti ai diritti fondamentali e ruolo dell'interprete*, in S. Agosta, G. D'Amico e L. D'Andrea, *La procreazione medicalmente assistita*, cit., p. 233.

[37] Per un approfondimento in prospettiva comparata della disciplina della PMA, cfr. S. Penasa, *La legge della scienza*, cit.

[38] Cfr. J. Herring, *Medical Law and Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2012, pp. 390 ss.; S. Elliston, *The welfare of the child principle and the use of PGD: Selecting for disability*, in S. Elliston e S. McLean (a cura di), *Regulating Pre-Implantation Genetic Diagnosis*, Abingdon-Oxon, Routledge, 2012.

[39] J. Herring, *Medical Law and Ethics*, cit.

professionisti sia il rischio di derive discriminatorie di valutazioni che esulano da considerazioni medico-sanitarie.

In questa prospettiva, considerando il ruolo e la portata pratica del CDM e fermi restando i principi costituzionali e gli oneri delle aziende sanitarie, anche l'applicazione dello strumento e delle garanzie della clausola di coscienza, se consapevolmente utilizzato e opportunamente disciplinato (anche nei rapporti tra diritto e deontologia)[40], potrebbe rappresentare un modello di gestione bilanciata dei conflitti. In particolare di quelle forme di conflitto che non sono superabili attraverso valutazioni realmente oggettive o facendo ricorso agli strumenti comunicativi o giuridico-amministrativi emersi nel corso dell'analisi, che, ove possibile, devono però rimanere prioritari.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[40] Sulle potenzialità e lacune del modello di deontologia italiano cfr. *supra*, Introduzione.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Parte terza

Pluralismo culturale e religioso

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo ottavo

Circoncisioni rituali, comunità migranti e servizi sanitari: prospettive di dialogo

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *Corpi in movimento*

Come esempio di pluralismo culturale e religioso all'interno degli ospedali, abbiamo scelto in questo volume di rivolgere la nostra attenzione alla circoncisione rituale maschile[1], un tema parecchio dibattuto a livello nazio-

Questo capitolo è di Laura Ferrero.

[1] Si rende necessario far seguire la dicitura «circoncisione rituale» dall'aggettivo «maschile», perché è piuttosto diffusa l'abitudine di utilizzare il termine circoncisione anche per gli interventi di modificazione dei genitali femminili. Tale tendenza si riscontra tanto nei mass media quanto in articoli scientifici (si vedano ad esempio: A. Wahlberg, B. Essén e S. Johnsdotter, *From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys*, in «Culture, Health & Sexuality», 21, 2019, n. 6, pp. 619-635 e M.C. Johnson, *«The proof is on my palm»: Debating ethnicity, Islam and ritual in a new African diaspora*, in «Journal of Religion in Africa», 36, 2006, n. 1, pp. 50-77). All'interno dell'antropologia ci sono però anche voci che si alzano contro un utilizzo di questo termine a indicare tanto le modificazioni dei genitali maschili quanto le modificazioni dei genitali femminili. Secondo Fusaschi, ad esempio, le due pratiche sarebbero asimmetriche e non equivalenti sia per quanto concerne l'aspetto meramente tecnico, sia per gli effetti che le operazioni producono sugli individui coinvolti e questo renderebbe improprio l'utilizzo di un termine che storicamente fa riferimento a un'operazione compiuta sugli organi genitali maschili per indicare anche gli interventi compiuti su corpi femminili. Cfr. M. Fusaschi, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003, pp. 123-129. Per far intendere al lettore quanto sia significativa la scelta dei termini da utilizzare, si porta l'attenzione sul fatto che associazioni, medici e studiosi con una posizione contraria alla circoncisione maschile e che si battono per la sua abolizione propongono di chiamare mutilazioni anche gli interventi sul corpo maschile, così come si fa per le modificazioni femminili che a livello internazionale sono molto spesso dichiarate illegali o contrarie ai diritti umani. Si veda ad esempio L.B. Glick, *Marked in Your Flesh: Circumcision from Ancient Judea to Modern America*, Oxford, Oxford University Press, 2005. Non ci addentriamo in questo dibattito, ma specifichiamo che nel nostro lavoro di ricerca ci siamo occupate solo ed esclusivamente di interventi rituali su corpi maschili. Utilizzeremo dunque il termine circoncisione senza ulteriori specifiche per riferirci solo ed esclusivamente al rituale maschile, accogliendo la terminologia utilizzata dalle Risoluzioni e dalle Raccomandazioni europee, dove il termine circoncisione senza alcun aggettivo viene usato in riferimento alla sola circoncisione maschile.

nale e internazionale e a nostro avviso particolarmente interessante perché chiama in causa l'appartenenza religiosa, la dimensione culturale, gli aspetti medico-sanitari e i diritti umani, tanto il diritto alla libertà religiosa quanto il diritto all'integrità fisica. Si tratta di un tema connesso con ciò che abbiamo chiamato «scelte genitoriali», in quanto è una pratica che per un gran numero di famiglie nel mondo avviene nei primi giorni, mesi o anni di vita del bambino e che coinvolge – a seconda del luogo in cui le persone si trovano – aspetti sociali, medici, rituali e normativi.

Questo tema offre anche una valida prospettiva da cui osservare come i cambiamenti demografici avvenuti nel nostro paese – dovuti principalmente all'aumento della popolazione di origine straniera – abbiano portato nuove opportunità e nuove sfide per il SSN. I servizi sanitari si stanno infatti confrontando con diverse interpretazioni di salute, morte[2] e malattia, con persone che non comunicano fluentemente nella lingua degli operatori e che nella loro vita avevano esperienze di servizi e professionisti della salute anche molto diverse da quelle diffuse in Italia. Ma non si tratta solo di interpretazioni e abitudini diverse. La migrazione ha portato nel nostro contesto anche l'alterità corporea dei migranti[3]: corpi che si muovono diversamente, che sentono e si esprimono diversamente e anche corpi talvolta segnati da procedure «altre» rispetto alle pratiche rituali e medico-sanitarie del contesto di accoglienza.

La circoncisione rituale maschile non può però essere considerata a tutti gli effetti come una pratica estranea al nostro contesto, perché in Occidente è sempre stata praticata dalla comunità ebraica[4]. Negli ultimi anni, d'altra parte, la migrazione ha portato con sé un aumento delle persone circoncise e, ancor più rilevante, un aumento dei genitori che desiderano far circoncidere i propri figli, mettendo in luce la polisemia e l'eterogeneità che da sempre ha caratterizzato questo rituale di modificazione dei genitali maschili. Le diverse modalità con cui viene praticata la circoncisione, l'eterogeneità delle regole che prescrivono chi, come, dove e quando il bambino deve essere circonciso e la variabilità di significati che a questo intervento sono attribuiti fanno sì che non esista una categoria transculturale di circoncisione, bensì che esistano molti rituali di circoncisione, accomunati dal simile risultato estetico che l'intervento produce[5].

Il fatto che in Italia la circoncisione sia passata dall'essere una pratica presente in una comunità religiosa minoritaria ma autoctona – radicata sul

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[2] Per un approfondimento si rimanda alla parte III del volume II.

[3] S. Taliani e F. Vacchiano, *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopli, 2006.

[4] L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit., p. 11.

[5] J.A. Boon, *Circumcision/uncircumcision: An essay amidst the history of a difficult description*, in S.B. Schwartz (a cura di), *Implicit Understandings: Observing, Reporting, and Reflecting on the Encounters Between Europeans and Other Peoples in the Early Modern Era*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 556-585.

territorio e con forti legami con lo Stato[6] – a essere diffusa tra gruppi diversi e praticata in modalità meno codificate e note ha di fatto portato questo tema all'attenzione di studiosi, politici, associazioni e dei media. Spesso l'attenzione è stata indirizzata sull'argomento da episodi di cronaca nera che hanno visto bambini circoncisi morire o essere ricoverati d'urgenza per gli effetti di tale intervento. Ricordiamo – per la rilevanza che ha nel contesto di cui ci occupiamo – un caso avvenuto a Torino nel maggio 2016 che ha visto come protagonista un neonato ghanese, circonciso da un connazionale che nel processo penale aveva dichiarato di aver seguito in Ghana un corso per effettuare le circoncisioni[7]. Il bambino, trasportato d'urgenza all'Ospedale Maria Vittoria di Torino è morto per sepsi poco dopo l'intervento. Questo caso, come vedremo, avviene in un momento in cui un medico musulmano di origine marocchina che opera in Piemonte e l'allora consigliera e coordinatrice del forum Politiche di integrazione e nuovi cittadini della circoscrizione 7 avevano già iniziato un informale confronto sui bisogni sanitari della comunità marocchina in particolare e di quella musulmana in generale. Da questo scambio era emersa la necessità di creare un percorso di circoncisione rituale all'interno degli ospedali, idea che è stata immediatamente discussa con l'allora assessora che aveva tra le sue deleghe quella all'Immigrazione e l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte.

L'esito di questo percorso verrà descritto e discusso più avanti, ora preme sottolineare che se da un lato le riflessioni sulla circoncisione possono essere inquadrate all'interno del più ampio dibattito sui simboli religiosi in società multiculturali e multiconfessionali[8], dall'altro il tragico episodio avvenuto a Torino – che purtroppo non è stato l'ultimo caso in Italia – ha fatto sì che la circoncisione entrasse in maniera urgente all'interno dell'agenda di politici, di fatto spostando il discorso dalle questioni meramente culturali ai «problemi di salute e sicurezza pubblica», così come era già successo in altri paesi europei[9].

[6] Sul rapporto tra lo Stato italiano e l'Unione delle comunità ebraiche italiane, si veda il primo paragrafo del prossimo capitolo.

[7] S. Martinenghi, *Neonato morto a Torino dopo circoncisione, il «medico» fa in realtà il saldatore: pagato cento euro*, in «la Repubblica», 7 giugno 2016, https://torino.repubblica.it/cronaca/2016/06/07/news/neonato_morto_a_torino_dopo_circoncisione_il_medico_che_lo_ha_operato_fa_in_realta_il_saldatore-141510114/ (ultima consultazione 11/12/2020).

[8] A. Angelucci, *Dietro le circoncisioni. La sfida della cittadinanza e lo spazio di libertà religiosa in Europa*, Torino, Giappichelli, 2018.

[9] Come scrive Colla in Svezia: «La volontà di pervenire ad una disciplina giuridica della circoncisione si delineò tra il 1999 e il 2000, sull'onda emotiva di alcuni fatti di cronaca: la morte di un bambino musulmano in seguito ad un'operazione effettuata in condizioni igieniche precarie e la condanna inflitta a un padre in istanza di divorzio, reo di aver fatto circoncidere il figlio senza il consenso della madre. […] Il 1 ottobre dello stesso anno entrava in vigore la legge sulla circoncisione dei fanciulli». Si veda P. Colla, *Svedesi o ebrei? Conformità religiosa e cittadinanza nella querelle sulla circoncisione rituale*, in «Contemporanea», 6, 2003, n. 4, p. 738. Similmente in Irlanda: «Alle ore 17 di domenica 17 agosto del 2003, Callis

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

All'interno di questa cornice, l'intento di questo capitolo è quello di dar conto della molteplicità di tradizioni e significati a cui il rituale della circoncisione risponde, di riflettere sull'idea di mantenimento e trasformazione dei rituali in contesto migratorio e di descrivere il percorso intrapreso della Regione Piemonte, una delle prime Regioni in Italia ad aver reso possibile l'intervento di circoncisione rituale all'interno di uno degli ospedali della città di Torino. Nel fare questo si metteranno in luce tanto gli aspetti su cui il punto di vista medico può confliggere col punto di vista di chi richiede la pratica, quanto quella possibilità di apertura dei sistemi sanitari che permette di inquadrare questo caso come un esempio di *reasonable accommodation*.

Per indagare ritualità, significati e modalità di intervento si è partecipato ai tavoli che sono stati convocati in Regione con i medici responsabili del servizio e i rappresentanti di alcune moschee cittadine nella fase di avvio della sperimentazione, è stato organizzato un incontro col rabbino della sinagoga di Torino e sono state svolte interviste con le infermiere pediatriche e le mediatrici culturali di due consultori pediatrici torinesi ad alta affluenza di stranieri, che hanno condiviso la loro esperienza professionale, raccontando la relazione tra neo-genitori stranieri e servizi sanitari in tema di circoncisione.

Perseguendo l'obiettivo di descrivere quello che nella città di Torino è stato portato avanti in fatto di circoncisioni si sono raccolte informazioni in merito alla prima sperimentazione che era stata realizzata nel 2006 presso l'Ospedale infantile Regina Margherita e soprattutto in merito al percorso attualmente attivo all'Ospedale Maria Vittoria. Per fare ciò, abbiamo incontrato l'allora assessora che aveva tra le sue deleghe quella all'Immigrazione, il direttore dell'Ospedale infantile Regina Margherita, il direttore della Struttura complessa di anestesia e rianimazione dell'Ospedale Maria Vittoria e il direttore del reparto di pediatria dell'Ospedale Maria Vittoria.

2. *Uno sguardo antropologico sulla circoncisione*

L'antropologia, avendo come suo principale interesse le manifestazioni culturali, si è da sempre occupata di come le società si relazionano e in-

Osaghae, un bambino di 4 settimane è stato portato al Waterford General Hospital dopo una circoncisione effettuata in casa. Il bambino è morto la mattina seguente. […] Come risultato della morte di Callis, il ministero della Salute emanò un rapporto in cui raccomandava che le circoncisioni rituali maschili fossero fornite a livello regionale all'interno del servizio sanitario da professionisti formati». Si veda K. Radford, *«Unkind cuts»: Health policy and practice versus the health and emotional well-being of asylum-seekers and refugees in Ireland*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», 36, 2010, n. 6, pp. 899-915.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

tervengono sul corpo. Per questa ragione ha descritto le modalità, i riti e i significati della circoncisione in diversi contesti geografici e culturali[10]. Se per lungo tempo, però, gli antropologi hanno potuto limitarsi a descrivere le pratiche che studiavano senza che questo chiedesse loro di intervenire nella sfera pubblica, oggi il fatto che queste stesse pratiche si realizzino anche nei paesi di immigrazione chiede alle scienze sociali un coinvolgimento maggiore.

Lo studio dei rituali di circoncisione maschile ha portato ad affermare che «il prepuzio è un fatto culturale»[11], ma per dare conto del modo in cui l'antropologia inquadra lo studio del corpo e delle pratiche rituali, estetiche e igienico-sanitarie che lo coinvolgono, dovremmo dire che il corpo in generale è un fatto culturale. Quest'idea emerge già nel 1936 con l'elaborazione da parte di Marcel Mauss del concetto di «tecniche del corpo»[12], col quale l'autore si riferisce all'ampia gamma di attività che si possono fare *col* corpo e *sul* corpo. Mauss sottolineava la variabilità che il significato dei gesti, delle posture e degli atteggiamenti ha avuto nelle diverse epoche storiche e nei diversi contesti geografici e culturali. Con questo sguardo, tutte le modificazioni che gli uomini inscrivono sul corpo per scopi non terapeutici – che vanno dalla depilazione, all'uso di ornamenti, ai tatuaggi e così via – vengono intese come espressioni di una dimensione sociale di gestione del corpo. In tempi più recenti, l'antropologia si è spinta oltre e ha affermato che non solo le culture «usano» i corpi in modo diverso, ma che le culture «creano» corpi diversi, idea espressa da una teoria che va sotto il nome di antropopoiesi[13]. Ogni società pratica azioni volte a perfezionare il corpo, a renderlo più adatto o più bello al contesto, ovvero più conforme all'idea che quella società si è data su come un corpo dovrebbe essere. Il neonato possiede un corpo in qualche modo incompleto che verrà – a seconda dell'epoca e del luogo – trattato e modificato per renderlo socialmente accettabile. Il modellamento degli individui ha lo scopo di «fabbricare un uomo o una donna che prendano posto in un certo ordine sociale e cosmico»[14]. Possiamo quindi affermare che il sapere antropologico non vede nel corpo un costrutto biologico che risponde a un funzionamento fisico e anatomico, ma lo osserva come costruzione sociale ed è pertanto interessata ad indagarne la pluralità di significati.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[10] Per una rassegna che include molti di questi studi si veda E.K. Silverman, *Anthropology and circumcision*, in «Annual Review of Anthropology», 33, 2004, pp. 419-445.

[11] J.A. Boon, *Circumcision/uncircumcision*, cit.

[12] M. Mauss, *Les techniques du corps*, in «Journal de Psychologie», 32, 1936, n. 2; trad. it. *Le tecniche del corpo*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965, pp. 386-409.

[13] F. Remotti, *Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi*, Roma-Bari, Laterza, 2013.

[14] M. Godelier e M. Panoff (a cura di), *Le Corps humain. Supplicié, possédé, cannibalisé*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 1998, p. XI.

Francesco Remotti suggerisce addirittura che la prima nascita di un individuo – quella biologica, legata al momento del parto – sia spesso seguita da una o più «nascite sociali»[15], segnate da una tipologia di riti che gli antropologi hanno chiamato «riti di passaggio»[16]. In questo senso, al rito della circoncisione maschile è stato in molti contesti attribuito il senso di trasformare i bambini o i ragazzi in uomini.

Stime dell'Organizzazione mondiale della sanità indicano che il 30% della popolazione maschile a livello globale sia circoncisa[17]. All'interno di questo gruppo rientrano tanto uomini appartenenti alla fede ebraica e a quella islamica – circoncisi principalmente per motivazioni religiose – quanto uomini che hanno sperimentato questa pratica per il ruolo culturale, tradizionale o sanitario che essa ricopre nel contesto dove sono nati.

La più antica testimonianza di circoncisione è stata trovata dentro una tomba egizia e si ritiene che in quel contesto l'intervento fosse considerato come un momento di transizione all'età adulta, oltre che un segno di purezza. Seppur esistano teorie differenti, è piuttosto accreditata quella che vede nelle circoncisioni una tradizione antica che sarebbe iniziata nell'Egitto faraonico[18] e poi diffusasi presso le popolazioni vicine, che l'avrebbero mantenuta anche dopo la conversione alle religioni monoteistiche.

Nel caso la circoncisione sia effettuata per motivi religiosi, possiamo parlare di una soluzione «antropo-teologica», che attribuisce a un'entità sovrannaturale o divina le indicazioni su come si debba trattare il corpo[19]. Dall'antichità ai giorni nostri, il riferimento imprescindibile che lega la circoncisione alla fede ebraica è il capitolo 17 del libro della Genesi. La circoncisione assume qui un significato centrale dal punto di vista teologico, in quanto viene a indicare il patto che lega il popolo di Israele in ogni suo componente di sesso maschile con Dio. In Genesi XVII, 10-14, si legge

> Disse Dio ad Abramo: […] Sia circonciso tra di voi ogni maschio. Vi lascerete circoncidere la carne del vostro membro e ciò sarà il segno dell'alleanza tra me e voi. Quando avrà otto giorni, sarà circonciso tra voi ogni maschio di generazione in generazione […]; così la mia alleanza sussisterà nella vostra carne come alleanza perenne. Il maschio non circonciso […] sia eliminato dal suo popolo[20].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[15] F. Remotti, *Fare umanità*, cit., p. 50.

[16] A. Van Gennep, *Les Rites de passage*, Paris, Nourry, 1909; trad. it. *I riti di passaggio*, Torino, Bollati Boringhieri, 1985.

[17] WHO, *Male Circumcision. Global Trends and Determinants of Prevalence, Safety and Acceptability*, Genève, WHO Press, 2007.

[18] L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit.

[19] F. Remotti, *Fare umanità*, cit., p. 69.

[20] Si veda: D. Luciani, *La circoncision, parcours biblique*, in V. Fortier (a cura di), *La circoncision rituelle. Enjeux de droit, enjeux de vérité*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2016, pp. 41-54.

Per quanto riguarda la religione ebraica ci troviamo in presenza di una ritualità molto codificata che prevede che la circoncisione avvenga l'ottavo giorno dopo la nascita di un bambino, preferibilmente in sinagoga, e che venga praticata da un circoncisore rituale [*mohel*, pl. *mohelim*], ovvero un medico ebreo che ha acquisito anche il titolo di *mohel*, oppure un *mohel* non medico con conoscenza della normativa religiosa. Nonostante la rigidità di alcune prescrizioni, anche la ritualità ebraica si è trasformata nello spazio e nel tempo. A tal proposito, vale la pena menzionare a mo' di esempio due aspetti. In primo luogo la ritualità ebraica consta di tre fasi: il taglio, il rovesciamento della mucosa e la suzione. Come si legge in Angelucci

> il taglio si effettua con il cosiddetto bisturi del circoncisore, un coltello dotato di una lama particolare, quasi sempre a doppio filo, ossia affilata dalle due parti, in considerazione del riferimento, in un Salmo, a coloro che inneggiano a Dio con la spada a doppio filo nella loro mano. Il rovesciamento della mucosa non presenta particolarità, diversamente, invece, dalla suzione per il fatto che, secondo la tradizione, si dovrebbe fare (e, talvolta, ancora oggi si fa) direttamente «a bocca»[21].

L'UCEI (Unione delle comunità ebraiche italiane) sconsiglia questa pratica perché è un mezzo attraverso cui potrebbero essere trasmesse malattie o infezioni dal circoncisore al neonato e viceversa. La suzione diretta secondo l'UCEI può essere consentita solo previo accertamento dello stato di salute infettivo del neonato e del circoncisore, con certificato medico rilasciato poco prima della circoncisione. Anche se tradizionalmente la suzione era una parte costitutiva del rito, oggi si preferisce ricorrere a una cannula.

Un altro elemento che nel corso dei secoli ha subito una trasformazione è il riconoscimento della figura del *mohel*. A tal proposito, l'UCEI e AME (Associazione medica ebraica) hanno recentemente deciso la creazione di un albo dei *mohelim*[22], figure che devono possedere una certificazione rilasciata da riconosciuti organismi ebraici internazionali e un'accertata esperienza pratica. L'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo è titolo preferenziale[23].

La comunità ebraica di Torino è relativamente piccola. A detta del rabbino si tratta di circa 800 ebrei e si effettuano solo una o due circoncisioni l'anno. Di norma i genitori che decidono di circoncidere i figli si rivolgono alla comunità, che si occupa di contattare il *mohel*. La circoncisione avviene in sinagoga, dove si svolgono anche le preghiere e le ritualità collettive che accompagnano il momento della circoncisione[24].

[21] A. Angelucci, *Dietro le circoncisioni*, cit., p. 21.

[22] Soluzioni simili sono state trovate anche in USA (L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit., p. 223) e in Svezia (P. Colla, *Svedesi o ebrei?*, cit., p. 738).

[23] G. Mortara, *Impegno per una «milà» più sicura*, 7 marzo 2018, https://www.mosaico-cem.it/vita-ebraica/ebraismo/impegno-per-una-mila-piu-sicura/ (ultima consultazione 20/12/2020).

[24] Colloquio non registrato con il rabbino della sinagoga di Torino.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

L'atto della circoncisione è normato in maniera meno prescrittiva all'interno della religione islamica. La circoncisione maschile è una pratica precedente all'islam[25] che non trova menzione nel Corano. Ciò nonostante è praticata per seguire la *sunna*, gli insegnamenti e le abitudini del profeta Maometto, ed è infatti menzionata in diversi *ahadit* [sing. *hadit*], i racconti sulla vita del profeta. Dal punto di vista religioso, la circoncisione risale ad Abramo, il primo uomo che si è circonciso per seguire un ordine divino[26]. Il fatto che la circoncisione non sia menzionata direttamente nel Corano fa sì che le diverse scuole giuridiche islamiche offrano interpretazioni differenti: per alcuni la circoncisione sarebbe consigliata, ma non obbligatoria, per altri sarebbe invece obbligatoria[27]. C'è consenso invece intorno al fatto che la circoncisione consista nella rimozione della maggior parte della pelle che ricopre il glande e che l'intervento debba essere fatto prima della fine dell'infanzia[28]. Di fatto, la circoncisione è molto diffusa tra i musulmani, tanto da poter affermare che è molto raro trovare un uomo musulmano non circonciso[29].

Un altro tema rispetto al quale ci sono opinioni diverse è quello dell'età: alcuni sostengono che non ci sia un momento prestabilito per effettuare la circoncisione, in quanto Abramo si sarebbe circonciso solo in tarda età. I rappresentanti di alcune scuole giuridiche affermano che l'importante è che la circoncisione venga effettuata prima della pubertà, mentre altri dichiarano che essa deve avvenire nel settimo giorno di vita[30].

Questa differenza di vedute emerge anche dai nostri colloqui:

> Dal punto di vista religioso la circoncisione non è un obbligo, ma è qualcosa di preferibile. Non è obbligo assoluto come fare la preghiera; è qualcosa di raccomandato per motivi igienici quindi non ci sono prescrizioni precise su come e quando farlo. […] Io ad esempio l'ho fatta molto tardi, avevo già 6 anni, perché io sono cresciuto qui e non c'erano possibilità di farla (Medico e imam di origine marocchina).

> Da noi [in Marocco] lo fanno tutti al 100%, non c'è nessuno che non lo fa. L'età è varia, c'è chi lo fa a uno, a due addirittura a tre anni… in generale si preferisce che il bambino non cresca troppo. […] Io ad esempio non potevo tornare nel mio paese di origine e al mio bambino l'ho fatto a tre anni, ma a quell'età è tardi perché soffre e si ricorda. Diciamo che non c'è una regola, ma prima si fa meglio è (Mediatrice marocchina di un consultorio pediatrico).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[25] M. Delafosse, *Haut-Sénégal-Niger* (1912), Paris, Maissoneuve et Larose, 1972, p. 176.

[26] N.M. Dessing, *Rituals of Birth, Circumcision, Marriage, and Death among Muslims in the Netherlands*, Leuven, Peeters, 2001, p. 44.

[27] G. Alahmad e W. Dekkers, *Bodily integrity and male circumcision: An Islamic perspective*, in «Journal of the Islamic Medical Association of North America», 44, 2012, n. 1.

[28] *Ibidem.*

[29] *Ibidem.*

[30] N.M. Dessing, *Rituals of Birth,* cit., p. 51.

Mio figlio è stato circonciso in Libano perché allora qui non c'era possibilità. Aveva un anno circa… ma un anno è troppo tardi! Quando è piccolo la pellicina è troppo morbida e si fa anche senza anestesia. A un anno il bambino ti fa morire; ha paura di far pipì perché gli brucia. Noi lo facciamo tutti da piccoli, la maggior parte a una settimana. […] Marocchini ed egiziani lo fanno anche dopo, a tre o cinque anni. Mi hanno stupito! In Siria, Libano, Giordania e Palestina si fa presto, come fanno gli ebrei. In Medio Oriente abbiamo questa cultura: lo fai presto così non lo fai soffrire (Mediatrice siriana di un consultorio pediatrico).

Come si evince da questi brevi stralci di comunicazione, la circoncisione è un momento poco codificato tra i musulmani e questo riguarda non solo l'età, ma anche le indicazioni rispetto al luogo e a chi deve compiere questo atto. In molti paesi per molto tempo (e ancora oggi, seppur in maniera residuale) i circoncisori sono stati soprattutto i barbieri.

[La scelta di dove farla] è anche una cosa generazionale: a noi l'ha fatta a casa il barbiere che era colui che aveva a che fare con degli strumenti taglienti. Ora la maggior parte delle persone va in clinica, almeno in città, mentre in campagna è ancora comune che siano persone che non sono medici oppure che il medico venga a farla a casa per mantenere la festività. Se si fa a casa nella stanza ci sono i genitori o qualche parente. Quando l'ho fatta io tutti erano nel corridoio che ballavano o cantavano! […] Dal punto di vista religioso non ci sono prescrizioni rispetto a chi deve farla, ma culturalmente ci sono delle preferenze (Medico e imam di origine marocchina).

Da noi per molto tempo non è stata una figura medica quella che praticava questa cosa, ma era il *hallaq* (barbiere). Non ti spaventare! Oggi comunque molti lo fanno nelle cliniche. […] Per noi non è importante che il medico sia musulmano, visto che in Medio Oriente lo facciamo tutti, ci sono anche medici cristiani che lo fanno. L'importante è che venga fatta bene (Mediatrice siriana di un consultorio pediatrico).

La circoncisione è stata ed è ancora praticata anche per motivazioni diverse da quelle religiose appena descritte. A livello globale, i contesti dove si trovano più uomini circoncisi sono l'Africa, il Medio Oriente, l'Asia, l'Australia e gli Stati Uniti[31], dove la circoncisione si è diffusa per i supposti benefici igienici e medici che comporta[32]. In molti paesi dell'Africa subsahariana, la circoncisione è un momento prescritto come passaggio all'età adulta, indipendentemente dalla religione e in altri contesti, dove si circoncide durante l'infanzia, è invece simbolo di purezza[33].

Una delle provenienze interessate dalla pratica e ampiamente rappresentata a Torino è quella nigeriana. Una delle mediatrici nigeriane con cui

[31] B.J. Morris *et al.*, *Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcision*, in «Population Health Metrics», 14, 2016, n. 4, pp. 1-13.
[32] L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit.
[33] WHO, *Male Circumcision*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

abbiamo dialogato ci ha spiegato che in Nigeria ci sono diversi gruppi religiosi e che la circoncisione è indipendente dall'appartenenza religiosa, poiché vengono circoncisi tutti i bambini maschi. La motivazione è principalmente igienica ed estetica, tanto che definisce un pene circonciso «più bello e ordinato».

> Da noi non è solo un fatto religioso, ma anche culturale. I cristiani cattolici che seguono la Bibbia lo fanno all'ottavo giorno. Anche i non credenti lo fanno, magari per loro non è importante farlo l'ottavo giorno, ma è comunque importante farlo entro due settimane per una ragione di pulizia. Per i cristiani è pulizia, ma anche obbedienza a Dio. Chi conosce bene la Bibbia sa che chi non era circonciso veniva considerato non credente. La circoncisione è un ordine di Dio. In Nigeria tutti si circoncidono. Cristiani, musulmani e anche altri. Un uomo che non fa questa cosa non è considerato normale, non viene considerato pulito. Sarà difficile per lui trovare una moglie. Avrà una vita sociale molto difficile[34]. […] Da noi lo fanno le levatrici, spesso sono donne anziane che hanno imparato dai genitori. Non sono medici ma persone che hanno imparato guardando i loro genitori. Non c'è anestesia, tanto si fa quando la pelle è ancora tenera. Nei villaggi quando si circoncide, il pezzetto di pelle [che si taglia] si dà alla mamma che lo seppellisce dove vuole, di solito vicino a casa. Per loro è importante perché è una parte del corpo e una parte del corpo non si butta (Mediatrice nigeriana di un consultorio pediatrico).

Da questa intervista emerge chiaramente quanto la cosiddetta categoria della circoncisione rituale sia spesso sovrapposta e intrecciata con la circoncisione per motivi religiosi, tant'è che spesso non si può operare una netta separazione tra le due. Dal nostro punto di vista, quindi, una distinzione tra circoncisioni per motivi rituali e circoncisioni per motivi religiosi è poco proficua dal punto di vista epistemologico, seppur sia molto presente nella letteratura, nei documenti delle organizzazioni internazionali e, come vedremo, nella giurisprudenza. Se il cristianesimo ha infatti eliminato la pratica ebraica della circoncisione, vi sono contesti in cui i cristiani si circoncidono riconducendo la loro scelta *anche* a motivazioni religiose che si radicano all'interno di un contesto in cui la pratica della circoncisione è riconosciuta come rilevante da tutte le comunità ed è quindi un fenomeno trasversale nella società.

Da questa intervista emerge un altro elemento centrale, ovvero il tema della pulizia. Chi esegue la circoncisione considera un pene circonciso come più pulito – oltre che esteticamente più bello – e in alcuni contesti i discorsi sulla purezza del credente e sulla pulizia fisica si incontrano. La spiegazione della pulizia è corroborata da discorsi scientifici – supportati anche

[34] Il tema dell'esclusione sociale per i non circoncisi è reale tanto nelle comunità che la praticano per motivi religiosi, quanto in quelle che la praticano per motivi culturali. Si vedano A. Angelucci, *Dietro le circoncisioni*, cit., p. 20 e WHO, *Male Circumcision*, cit., p. 5.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

dall'OMS[35] – che dimostrano che la circoncisione riduce il rischio di contrarre l'HIV e altre malattie infettive[36], motivo per cui in diversi paesi, soprattutto subsahariani, la circoncisione è oggi proposta come strumento di prevenzione. A metà del XIX secolo, l'idea di prevenzione è stata alla base della diffusione della pratica nei paesi di lingua inglese[37], diffusione che ancora oggi determina una marcata differenza di vedute tra i pediatri americani – generalmente a favore della circoncisione dei neonati – e quelli europei. Il fatto che medici ebrei e medici musulmani a loro volta spieghino spesso i benefici della circoncisione tanto dal punto di vista religioso che da quello igienico-sanitario fa capire quanto le riflessioni di Mary Douglas su ciò che culturalmente viene percepito come sporco o pulito (spesso collegate a ciò che è impuro e a ciò che è puro) siano una lente interessante attraverso cui analizzare i discorsi sulla circoncisione[38].

3. *Rituali in movimento*

Molte delle circoncisioni che a livello globale avvengono per motivazioni religiose o culturali sono realizzate in un contesto non medico, anche se in diversi paesi sta crescendo la porzione di popolazione che si rivolge a cliniche[39]. A seconda del contesto, poi, variano anche le tecniche utilizzate e la quantità di prepuzio asportato[40].

Dopo aver fornito alcune informazioni che danno conto dell'eterogeneità di tecniche, prescrizioni e credenze che ruotano intorno alla circoncisione, ci preme riflettere sull'impatto che le migrazioni internazionali hanno sul mantenimento e sulla trasformazione dei riti. Come si è visto per la pratica della suzione e per la figura del *mohel* nella circoncisione ebraica, le ritualità non sono fisse, ma evolvono. Lo spostamento delle persone – con ciò che comporta in termini di perdita di capitale sociale da un lato e contatto con visioni nuove dall'altro – è uno degli elementi che può contribuire a introdurre cambiamenti nelle pratiche rituali. Nel suo studio sulla comunità

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[35] WHO e UNAIDS, *Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications*, Genève, WHO, 2007.

[36] R. Gray *et al.*, *Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomised controlled trial*, in «Lancet», 369, 2007, pp. 657-666; R.C. Bailey *et al.*, *Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial*, in «Lancet», 369, 2007, pp. 645-656; B. Auvert *et al.*, *Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial*, in «PLoS Medicine», 2, 2005, n. 11.

[37] L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit.

[38] M. Douglas, *Purity and Danger*, Harmondworth, Penguin Books, 1970; trad. it. *Purezza e pericolo*, Bologna, Il Mulino, 1975.

[39] WHO, *Male Circumcision*, cit., p. 19.

[40] Ivi, pp. 19-20.

somala, Wahlberg e i suoi colleghi hanno indagato come sono cambiate le percezioni legate alle circoncisioni maschili e alle modificazioni dei genitali femminili in Svezia, osservando una tendenza dei migranti ad abbandonare le modificazioni degli organi femminili, ma non degli organi maschili. Questo cambiamento è stato interpretato dagli autori come l'esito del divieto in Svezia di praticare modificazioni sui genitali femminili, ma anche come il frutto dell'incontro con musulmani provenienti da altri contesti dove non si praticano interventi sui genitali femminili; incontro che avrebbe rafforzato l'idea che la circoncisione maschile è una pratica musulmana, mentre quella femminile no[41]. La circoncisione maschile, a differenza di quella femminile, non è considerata illegale in Europa[42] e questo gioca forse a favore del mantenimento della pratica, seppur come abbiamo visto le norme che preesistevano all'arrivo dei movimenti migratori erano costruite avendo come unico interlocutore la comunità ebraica e lasciano oggi «scoperta» una porzione del fenomeno.

Possiamo senza dubbio affermare che in contesto migratorio viene conservato il valore simbolico, religioso o culturale dell'atto del circoncidere. Questo valore, però, viene risignificato nel nuovo contesto di vita perché quando i migranti performano rituali al di fuori del loro paese di provenienza reinventano categorie culturali ed estendono il significato simbolico di tali atti[43]. Si può ritenere che gli attori sociali attribuiscano un ulteriore valore simbolico a questi segni sul corpo che diventano «segni distintivi» rispetto a un contesto che dal punto di vista sociale spesso rende i migranti soggetti marginali[44].

Mbito e Malia hanno studiato la circoncisione tra i Kikuyu keniani residenti negli Stati Uniti. È necessario precisare che tra i Kikuyu la circoncisione è un momento rituale che avviene alla fine della pubertà per rendere i ragazzi uomini e iniziarli alla vita adulta. Gli studiosi hanno riscontrato una diffusa tendenza al mantenimento della circoncisione, spogliata però da alcune ritualità che accompagnano l'intervento nel paese di origine. Tra i nostri interlocutori non ci sono persone che provengono da gruppi dove si pratica la circoncisione alla fine della pubertà, ma quello che possiamo recuperare da questo studio è l'idea che in migrazione alcuni riti si riproducano con una struttura cerimoniale impoverita[45]. L'impoverimento cerimo-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[41] A. Wahlberg, B. Essén e S. Johnsdotter, *From sameness to difference*, cit.

[42] Per un'analisi comparata sui dibattiti e sui diversi approcci adottati in alcuni ordinamenti giuridici europei si rinvia al prossimo capitolo.

[43] P. Werbner, *The Migration Process: Capital, Gifts and Offerings among British Pakistanis*, Oxford, Berg, 1990.

[44] M. Fusaschi, *I segni sul corpo*, cit., p. 111; M.C. Johnson, «*The proof is on my palm*», cit.

[45] M.N. Mbito e J.A. Malia, *Transfer of the Kenyan Kikuyu male circumcision ritual to future generations living in the United States*, in «Journal of Adolescence», 32, 2009, pp. 39-53.

niale può dipendere dal fatto di trovarsi fuori dal proprio contesto, ma si ritrova anche nei paesi di origine laddove aumenta la preferenza per l'ospedalizzazione della pratica. In un caso e nell'altro si assiste a una separazione tra l'atto e il momento festivo, che per i migranti può addirittura essere posticipato al momento in cui si rientrerà nel paese di origine[46].

Un altro aspetto che impatta sulla ritualità è quello economico. Nella comunità ebraica torinese – una comunità autoctona, economicamente solida e con un elevato capitale sociale e culturale – la realizzazione di una circoncisione non rappresenta un problema. Normalmente se il *mohel* viene da fuori città, la comunità gli rimborsa le spese che sostiene per il viaggio, ma è prassi che egli eserciti a scopo religioso, quindi senza chiedere retribuzione[47]. È dunque evidente che anche i rischi connessi alla circoncisione maschile sono legati a doppio filo con il tema delle disuguaglianze sociali, in quanto i soggetti più a rischio di circoncisioni non sicure sono coloro che da un lato non possono permettersi un intervento in una clinica privata e dall'altro non trovano all'interno delle loro comunità soluzioni che li tengano al riparo da rischi.

È molto difficile dire quanto costi «mediamente» una circoncisione in contesto non terapeutico perché molte variabili influenzano il prezzo: il fatto che la persona che compie la circoncisione sia un medico, il luogo dove viene fatto l'intervento, che tipo di materiale viene utilizzato e il numero di bambini circoncisi nello stesso giorno. Riteniamo che non si discosti molto dal vero affermare che una circoncisione fatta da persone che nel loro paese hanno una qualifica di medico possa aggirarsi tra i 200/250 euro[48]. Sembra sia diffuso, quanto meno all'interno delle comunità arabe musulmane, organizzarsi in modo da far fare alla stessa persona un certo numero di circoncisioni nello stesso giorno, di modo da ottenere una sorta di «sconto» che permette al gruppo di offrire l'intervento a genitori indigenti che non potrebbero permetterselo[49]. Pratiche collettive come questa rientrano nella più ampia cornice del sostegno che viene fornito dalle reti

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[46] N.M. Dessing, *Rituals of Birth*, cit., p. 77.

[47] Diversa è la situazione di altre città italiane dove si trovano migranti di religione ebraica, come Milano o Roma, ma questa situazione non si pone a Torino. Colloquio non registrato con il rabbino della sinagoga di Torino.

[48] Ancor più difficile è dare un'idea di quanto costi la pratica nei paesi d'origine. In linea generale si può dire che quando la circoncisione viene effettuata da figure tradizionali spesso non si paga nulla o si paga molto poco. In contesto clinico, invece, il prezzo può variare. Sia nei tavoli convocati in Regione sia in un convegno che si è tenuto a Torino sul tema della circoncisione, esponenti di comunità musulmane hanno sottolineato che 280 euro di ticket è un prezzo proibitivo per molte famiglie immigrate. I medici ritengono invece di aver fissato un prezzo politico ragionevole che sicuramente non copre tutte le spese di personale e attrezzatura e che sembra non discostarsi troppo da quello che spesso le famiglie pagano al di fuori del circuito sanitario.

[49] N.M. Dessing, *Rituals of Birth*, cit., p. 56.

sociali legate al paese di origine e che vanno lette come una forma di welfare comunitario[50].

In alcuni casi l'indigenza diventa elemento che impedisce l'accesso al rituale. Una delle mediatrici nigeriane interpellate nella ricerca ci ha riferito che in Nigeria spesso la circoncisione non viene pagata, ma ci si limita a devolvere un'offerta alla figura tradizionale che la pratica. In contesto migratorio, alcuni nigeriani si rivolgono alla comunità araba per avere contatti di figure che praticano la circoncisione, mentre altri si rivolgerebbero a una donna nigeriana.

> C'è una donna nigeriana, nessuno fa il suo nome. […] lo fa come in Nigeria, senza anestesia e prima dei 10 giorni. Chi non lo fa in quei tempi è perché non ha soldi, perché qui a differenza della Nigeria [questa donna] si fa pagare, anche 200 euro. In Nigeria proprio non vogliono. […] Se qualcuno non fa circoncidere entro l'ottavo giorno è per mancanza di soldi, ma soffrono. Una signora che veniva qui [al consultorio] non aveva i soldi per far circoncidere il suo bambino ed era preoccupata. Diceva: «Non so come fare». Io le dicevo: «Non succede niente, lo farai quando puoi». Ma dalla Nigeria le dicevano che doveva farlo (Mediatrice nigeriana di un consultorio pediatrico).

Non circoncidere i propri figli – anche quando la motivazione è di natura economica – può implicare una preoccupazione da parte dei genitori, che può riflettersi anche sulla relazione con la famiglia nel paese d'origine.

Un altro elemento che condiziona in parte anche la festività della circoncisione è l'aura di segretezza che caratterizza la pratica. Se è vero che la circoncisione in sé è considerata lecita, è anche vero che alcune modalità attraverso cui essa viene praticata stanno in zone grigie tra la legalità e l'illegalità.

Le persone, quindi, non condividono volentieri informazioni su come e dove svolgono le circoncisioni. Denunce e arresti che hanno interessato figure mediche e non che praticavano circoncisioni in modalità diverse da quelle previste dalla legge hanno contribuito a un progressivo aumento della segretezza rispetto a come si svolgono le circoncisioni. Se queste informazioni circolano all'interno delle comunità religiose e dei gruppi di connazionali, la volontà di occultarle emerge soprattutto nella relazione con i professionisti.

Dal confronto con le infermiere dei consultori pediatrici emerge infatti una difficoltà di comunicazione sul tema della circoncisione. Le infermiere, raccontando della loro quotidianità professionale, hanno messo in luce il fatto che quando al primo bilancio di salute di un neonato viene chiesto ai genitori se intendono far circoncidere il bambino, normalmente si ottengono

[50] L. Ferrero, *Dentro le reti per la salute dei migranti: tracce di welfare di comunità*, in E. Castagnone, P. Cingolani, L. Ferrero, A. Olmo e A.C. Vargas (a cura di), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 201-230.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

risposte vaghe che lasciano poco spazio per la proposta di un percorso alternativo fatto all'interno dell'ospedale. Alcuni genitori evitano di portare i bambini al consultorio nei giorni immediatamente successivi alla circoncisione e tornano alle visite solo quando la ferita è ormai guarita. Quando capita, invece, che i bambini vengano portati al consultorio dopo la circoncisione, le infermiere sottolineano comunque una reticenza dei genitori a raccontare dell'intervento. È degno di nota il fatto che la comunicazione, e dunque la collaborazione, è difficoltosa anche quando si porta l'attenzione solo sull'aspetto medico, senza che vi sia l'obiettivo di indagare luoghi e modalità dell'intervento.

Questo vuoto comunicativo può essere interpretato alla luce dei seguenti elementi: in primo luogo molte di queste pratiche avvengono, come abbiamo già detto, in una zona di «incertezza giuridica», con il conseguente timore di denunce da parte di chi si rivolge a circoncisori non qualificati e con la sensazione che la segretezza sia tanto un modo per non incorrere in problemi penali quanto un modo per garantire la sopravvivenza della pratica. Dall'altro lato giocano un ruolo importante le interpretazioni e le aspettative che i genitori stranieri hanno nei confronti del servizio sanitario: ritenendo la circoncisione rituale come una pratica «non medica», molti genitori non ritengono consultori e pediatri come validi interlocutori sul tema. Ancor di più, sapendo che la pratica non è diffusa in contesto italiano, si qualificano i servizi come «non adatti» a trattare il bambino subito dopo la circoncisione.

Dal canto loro alcune infermiere, seppur molto aperte verso l'alterità culturale e ben disposte ad accogliere pratiche rituali con un atteggiamento non giudicante, descrivono una certa impreparazione «tecnica» nella gestione del fenomeno. Una di loro ha raccontato di aver ricevuto una mamma ghanese che portava il suo piccolo di due settimane per il controllo del moncone. Quello è stato uno dei pochi casi in cui l'infermiera ha visitato un bambino subito dopo la circoncisione, che secondo lei era stata fatta uno o due giorni prima. Il bambino aveva il pene giallo e l'infermiera non sapeva se si trattasse di una pomata o di una secrezione. Ha poi appreso che è piuttosto comune trattare la parte interessata con un medicinale tipo aureomicina, un unguento antibiotico con una colorazione giallastra. La situazione è ancor più complicata quando i bambini vengono trattati con medicinali che arrivano dai paesi di origine o con galenici privi di bugiardino che i genitori non sanno descrivere col loro nome scientifico.

Non sapevo nemmeno se fosse normale o meno che il pene fosse gonfio perché non siamo abituate a vedere circoncisioni su bambini così piccoli. Qual è il normale decorso? Lo posso toccare? Come lo devo medicare? Noi siamo preparate per fare pulizia a una sutura, ma nel caso della circoncisione rituale non c'è sutura: come lo dobbiamo pulire? Come dobbiamo intervenire sulla mucosa? (Infermiera di un consultorio pediatrico).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Abbiamo scelto di dialogare con i consultori pediatrici in quanto essendo punti diffusi sul territorio a cui i genitori accedono nei primi anni di vita del bambino per i periodici bilanci di salute, riteniamo che questi luoghi giochino un ruolo chiave nell'accogliere e indirizzare l'utenza straniera verso altri servizi e riteniamo che tali luoghi potrebbero svolgere un ruolo fondamentale nella costruzione di ponti comunicativi con l'utenza straniera. Si rileva dunque una necessità di formazione e informazione da destinare a infermieri pediatrici, pediatri e mediatori culturali[51] per far sì che intorno alla circoncisione si costruiscano alleanze e per far sì che l'apertura del SSN che verrà descritta nel prossimo paragrafo sia accompagnata da una sempre più ampia consapevolezza degli operatori rispetto agli aspetti terapeutici e non solo connessi a questo intervento.

4. *Circoncisione rituale a Torino*

Torino è una città che in diversi ambiti ha mostrato apertura e capacità innovativa sui temi legati all'immigrazione e alla multiculturalità, forte di una solida rete che connette le istituzioni con le associazioni del terzo settore, tra cui sempre più importanti sono le associazioni di cittadini di origine straniera[52]. Gli effetti di questa attenzione alle trasformazioni sociali e ai bisogni espressi dai nuovi cittadini si riflettono anche all'interno degli ospedali e nelle pratiche degli operatori sanitari.

Già nel 2006 Torino era stata protagonista dell'attivazione di una progettualità che aveva avuto l'obiettivo di portare le circoncisioni rituali nello spazio ospedaliero[53]. Richiamare questa esperienza è importante per dare conto di quanto a livello cittadino fosse già stato fatto, ma anche per mettere in luce le difficoltà che si incontrano quando si tenta di trasportare una pratica rituale in contesto medico, per via di non facili valutazioni di tipo etico, economico e organizzativo.

Un'assistente sociale e una delle mediatrici culturali che sono state coinvolte nel progetto del 2006 hanno sottolineato che la fine degli anni '90 e l'inizio degli anni 2000 sono stati un periodo di grande attenzione all'aspetto dell'interculturalità e un momento in cui la mediazione culturale era un servizio stabile e fornito da persone molto preparate. In questo contesto si è vissuto anche in ambito ospedaliero un fermento di pensieri e attività volti

[51] Sulla figura del mediatore si veda il capitolo precedente. Si veda anche A.C. Vargas, *La mediazione interculturale e la formazione*, in E. Castagnone, P. Cingolani, L. Ferrero, A. Olmo e A.C. Vargas (a cura di), *La salute come diritto fondamentale*, cit., pp. 181-200.

[52] L. Ferrero, *Dentro le reti per la salute dei migranti*, cit.

[53] Negli anni altre sperimentazioni sono state avviate in Toscana, Liguria, Friuli e Lazio. Il panorama dell'assistenza ospedaliera in tema di circoncisione rimane frammentato e altamente disomogeneo, sia in termini di offerta che in termini di costi e di requisiti di accesso (es. età).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

a offrire servizi inclusivi. Il progetto del 2006 prende dunque il via in un momento in cui dentro all'ospedale c'era una grande collaborazione tra assistenti sociali, mediatori e medici che intendevano offrire una risposta concreta alle famiglie straniere. Vale la pena ricordare i momenti formali che hanno dato il via a questa sperimentazione che purtroppo si è conclusa dopo un anno di attività.

Nella giunta regionale del 20 marzo 2006 si deliberava l'approvazione della sperimentazione relativa alla circoncisione rituale in *day surgery* presso l'azienda sanitaria ospedaliera OIRM/S. Anna di Torino. Nel verbale della giunta si legge che

> per quanto attiene quella [la circoncisione] rituale praticata per ragioni religiose nell'età prepuberale è stata accertata la sua non illiceità, come ampiamente sottolineato dal Comitato nazionale per la Bioetica. […] La radicata convinzione religiosa e culturale delle etnie che nel rispetto della tradizione attuano tale pratica, impone nell'ambito della nostra società di fornire le opportunità più idonee e evitare che si ricorra a forme non del tutto compatibili con il più rigoroso rispetto dell'igiene e dell'asepsi, con conseguenze negative sul soggetto circonciso.

L'opportunità che in quel momento veniva fornita si concretizzava nello stanziamento di 120.000 euro da parte della Regione per permettere alla direzione sanitaria di attivare una sperimentazione della durata di un anno a copertura di una casistica di circa 300 pazienti.

A livello organizzativo si specificava che l'azienda ospedaliera doveva provvedere all'organizzazione del servizio senza compromettere l'ordinaria attività del presidio e che la circoncisione rituale in quanto prestazione extra LEA[54] era a carico di fondi della Regione.

Altro momento fondamentale di questa esperienza è stata la richiesta di un parere all'ordine dei medici inviata dal dott. Cavallaro, allora direttore della Struttura complessa di chirurgia pediatrica, che riferiva all'ordine «di aver ricevuto pareri estemporanei diversificati»[55]. Dalla risposta si evincono le seguenti conclusioni: la circoncisione è «compatibile con il vigente ordinamento giuridico», la pratica è riconducibile ai margini di discrezionalità educativa riconosciuti ai genitori dall'art. 30 della Costituzione, i medici possono preventivamente esercitare «obiezione di coscienza» e gli interventi di circoncisione rituale non possono essere posti a carico del SSN. Nella stessa risposta si legge:

> Un atto che comporta comunque una menomazione, seppur lieve, della integrità corporea di un minore, la cui volontà è totalmente assorbita da quella dei genitori

[54] L'unica Regione ad aver inserito la circoncisione rituale nei LEA è la Toscana.

[55] Il parere dell'ordine dei medici può essere letto integralmente qui: https://www.olir.it/documenti/parere-06-gennaio-2006/.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

che esercitano su di lui la patria potestà, suscita comunque qualche interrogativo nella coscienza medica […]. La circoncisione rituale non è infatti sorretta da alcuna beneficialità in senso proprio della infrazione corporea che potrà anche essere giustificata sul piano giuridico ordinamentale e religioso, ma che nel contesto della beneficialità *strictu sensu* non ha agganci. La Commissione, dopo attenta riflessione, è pervenuta a ritenere che, nel contesto di un Paese che va diventando sempre più multietnico, la coscienza medica debba essere coniugata con le nuove realtà sociali, perché anche la medicina non può restare avulsa da esse o, peggio, abdicare ad atti propri, confinandone l'esecuzione fuori della medicina[56].

Questo passaggio mette in luce la negoziazione in atto tra sapere biomedico e saperi o pratiche altre. È un passaggio importante perché descrive la coscienza medica come qualcosa di mutevole, in quanto calata in una storia, in uno spazio e in un contesto geografico specifici. Questi principi stanno alla base di un processo di *reasonable accommodation* e rendono possibile la trasformazione dell'offerta sanitaria in virtù di un ampliamento della stessa per accogliere richieste e visioni del corpo diverse.

Tra questi [principi etici] rientra anche la libertà di coscienza del singolo medico che non può essere sacrificata sull'altare della prevalenza dell'altrui coscienza religiosa, specie quando si contrappongano valori di paritario rilievo, anche nel contesto di uno Stato che ha accolto il principio della laicità. In questi casi, come per altro in analoghi già conosciuti dall'ordinamento, occorre saper coniugare le due esigenze, garantendole nello stesso modo, così da non attribuire all'una la prevalenza sull'altra. La Commissione Medici ritiene pertanto che l'obiezione di coscienza, che il medico può esercitare preventivamente, possa garantire entrambe le esigenze.

Dopo aver riconosciuto che dal punto di vista giuridico la circoncisione per soli motivi religiosi o di costume senza indicazione clinica è lecita, ci si sposta sul piano deontologico. Visto che la circoncisione è un intervento che comporta una menomazione dell'integrità corporea del minore[57], in contesto occidentale ci sono molte voci contrarie all'esecuzione di questa pratica[58] e dunque l'ordine dei medici ha previsto di inserire nel suo parere un riferimento all'obiezione di coscienza[59]. Se da un lato questo riferimento può dar conto del dibattito etico che si sviluppa intorno a questo tema e della neces-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[56] *Ibidem.*

[57] Alahmad e Dekkers discutono di come l'idea stessa di integrità corporea sia culturale. Si veda G. Alahmad e W. Dekkers, *Bodily integrity and male circumcision*, cit.

[58] Si vedano ad esempio: L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit.; G.C. Denniston, F. Mansfield Hodges e M. Fayre Milos, *Circumcision and Human Rights*, Berkeley, Springer Science, 2009 e U. Schüklenk, *Europe debates circumcision… and what about the child's best interest?*, in «Bioethics», 26, 2012, n. 8, pp. II-III.

[59] Anche in altri contesti si è ricorso alla possibilità di obiettare nei servizi di circoncisione. Per l'Irlanda si veda K. Radford, «*Unkind cuts*», cit. e per il caso svedese si veda A. Wahlberg, B. Essén e S. Johnsdotter, *From sameness to difference*, cit., p. 622.

sità di coniugare i diritti dei nuovi cittadini con quelli dei medici, l'espressione obiezione di coscienza è usata in senso lato, in quanto nessun medico è mai stato obbligato a compiere circoncisioni rituali. Seppur alcuni medici abbiano espresso il loro dissenso rispetto alla realizzazione della circoncisione in ambito medico[60], la sperimentazione prevedeva che partecipassero solo i medici interessati e in regime di orario straordinario.

Il servizio di circoncisione in *day surgery* presso l'Ospedale pediatrico Regina Margherita è stato attivo dal 3/10/2006 fino al 31/10/2007, ha realizzato un totale di 118 interventi, di cui il 75% su bambini di età compresa tra 1 e 3 anni, il 22% su bambini tra i 4 e i 6 anni e il resto su bambini di oltre 6 anni. Il 50% dei bambini interessati possedeva cittadinanza marocchina, il 19% italiana e la restante parte egiziana, tunisina, congolese, nigeriana, albanese ed etiope[61].

Dopo un anno di attività il progetto si è concluso. Nel ricostruire l'andamento di questa sperimentazione abbiamo incontrato voci diverse rispetto al perché essa non sia stata rinnovata. Ci preme richiamare le diverse voci non tanto per rigore di cronaca, ma perché si tratta di aspetti che mettono in luce la complessità di un percorso come questo: alcuni hanno chiamato in causa una diminuita volontà dei medici di prendere parte a un lavoro in orario straordinario a fronte di una retribuzione giudicata come troppo bassa[62], altri hanno fatto riferimento a scelte politiche che hanno spinto per destinare gli stessi fondi a interventi più «urgenti» e infine pare ci siano state lamentele da parte di alcuni genitori rispetto al risultato finale della circoncisione, elemento che avrebbe demotivato ulteriormente i medici a partecipare all'iniziativa. La pronuncia della Corte di Cassazione che nel 2007 ha implicitamente sostenuto l'incompatibilità tra circoncisione non terapeutica e utilizzo dei fondi pubblici potrebbe aver avuto ripercussioni negative sulle sperimentazioni in quel momento in atto.

Per una decina d'anni i servizi pubblici si sono occupati solo marginalmente dell'argomento, sino a quando con la morte del piccolo Henry nel 2016 il tema della circoncisione si è imposto in una logica di inclusione ma anche e soprattutto di sicurezza. Come è stato già menzionato, questo episodio avviene in un momento in cui in città stava già prendendo forma un interesse a tornare sul tema delle circoncisioni rituali.

In data 28 giugno 2016, con una nota informativa la direzione sanità della Regione Piemonte richiama la propria d.g.r. n. 39-2418 del 20 marzo 2006 che approvava le modalità per l'effettuazione a carico del SSR degli in-

[60] Per ricostruire parte del dibattito, si veda https://www.lastampa.it/2006/10/04/cronaca/via-alla-circoncisione-rituale-nuova-bufera-sul-santanna-9WaPkaSNgP6voC1ZELOqaI/pagina.html (ultima consultazione 11/12/2020).

[61] Ringrazio il dott. Santucci per avermi fornito queste informazioni.

[62] La retribuzione per le ore aggiuntive dedicate alla circoncisione era pari a quella della libera professione *intramoenia* stabilite con regolamento aziendale.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

terventi di circoncisione rituale e nel mese di luglio dello stesso anno viene avviato un percorso di informazione, collaborazione e confronto con i rappresentanti delle moschee e delle comunità musulmane piemontesi sul tema della circoncisione rituale.

La Regione ha sollecitato sul tema l'ASL unica di Torino e nelle parole dell'allora assessora Cerutti

> con fatica si è individuato chi poteva intervenire come anestesisti, pediatri e tutte le altre figure professionali necessarie. Quando l'ASL è riuscita a individuare dove c'erano i professionisti disponibili abbiamo iniziato a lavorare. Il contesto quindi è stato scelto sulla disponibilità delle professionalità.

In prima battuta è stato individuato l'Ospedale Martini, dove a settembre 2017 è stato inaugurato il «polo circoncisioni rituali». Nel momento in cui la proposta messa in piedi dall'Ospedale è stata presentata dalla Regione ai rappresentanti delle moschee è stata bocciata. I presenti all'incontro hanno espresso perplessità rispetto alla scelta dell'Ospedale di praticare l'intervento a bambini che avessero già compiuto otto anni perché, come abbiamo visto, quasi sempre la circoncisione viene effettuata prima. In effetti, in un anno di attività l'Ospedale ha avuto solo una richiesta. A questo punto, il percorso di individuazione della struttura ha dovuto tornare sui suoi passi e l'ASL – nella persona del dott. Alberti – ha sollecitato una risposta dall'Ospedale Maria Vittoria, dove esiste un servizio di anestesia pediatrica. All'inizio del 2018 con una nuova delibera, l'ASL approvava il nuovo progetto per la circoncisione rituale.

L'organizzazione del servizio è stata un processo complicato perché si è trattato di mettere insieme figure professionali diverse (urologi, anestesisti, pediatri e infermieri) e organizzare gli spazi – soprattutto l'accesso alla sala operatoria – per rendere possibile a una pratica non terapeutica – e in questo senso potremmo dire «non urgente» o «non necessaria dal punto di vista medico» – di realizzarsi senza impedire il regolare svolgersi delle altre attività ospedaliere, in particolare quelle chirurgiche. Anche in questo caso i professionisti coinvolti sono solo alcuni di quelli presenti nell'ospedale, ma, a differenza del progetto del 2006, è stato scelto di far svolgere l'attività all'interno dell'orario di servizio e dunque senza alcun guadagno aggiuntivo[63].

[63] L'attivazione della procedura avviene tramite CUP ospedaliero, con una impegnativa del pediatra curante che rechi la dicitura «visita pediatrica per circoncisione rituale» e pagamento del ticket (26,70 €). La visita avverrà alla presenza di un mediatore nel caso uno o entrambi i genitori presentino difficoltà linguistiche. Stesso criterio verrà adottato per i passaggi successivi. I genitori devono concordare sulla richiesta di sottoporre il bambino a circoncisione rituale e lo devono dichiarare firmando un modulo. Il giorno della visita si apre una cartella di ricovero in regime *day hospital* e si procede con una visita urologica e una anestesiologica

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Sia la direzione sanitaria che la Regione hanno ricevuto critiche per l'attuazione del servizio, tanto per il fatto di dedicare risorse pubbliche a un servizio rivolto quasi esclusivamente alla popolazione straniera sia per una valutazione stessa dell'atto della circoncisione, che alcuni valutano come lesiva dell'integrità fisica[64].

Alcuni aspetti dimostrano l'attenzione che l'ospedale ha voluto mettere nell'organizzazione di questo servizio: avendo all'interno della struttura professionisti di religione musulmana, è stato chiesto loro di essere inseriti nel gruppo (si tratta di un anestetista camerunense e un medico rianimatore iraniano). Dato che non ci sono urologi di fede musulmana, nel consenso informato si specifica che la circoncisione viene effettuata da un medico non musulmano e infine è previsto l'uso di mediatori culturali qualora ce ne fosse bisogno.

La circoncisione rituale presenta alcune differenze rispetto a quella terapeutica: in primo luogo il prepuzio deve essere asportato completamente (c.d. circoncisione radicale) e in secondo luogo normalmente non si pratica la sutura. Conoscendo queste aspettative dell'utenza, l'ospedale cerca di realizzare la circoncisione in questo modo, soprattutto per quanto riguarda l'asportazione totale del prepuzio. In altri contesti – e in tempi passati anche a Torino – genitori musulmani sono stati scontenti di circoncisioni praticate in ambito medico poiché il prepuzio non era stato rimosso in modo completo, arrivando sino a chiedere di ripetere l'intervento[65]. In merito a questo tema, mediatrici di varie provenienze geografiche hanno sottolineato il timore che la circoncisione possa essere fatta in modo diverso da come le persone si aspettano e hanno identificato questo come un elemento che potrebbe limitare l'accesso al servizio.

> Se iniziano a farlo negli ospedali c'è il rischio che la gente non si fidi (Mediatrice siriana di un consultorio pediatrico).

> Un papà ha fatto fare la circoncisione al figlio da una signora [figura tradizionale]. Quando gli ho chiesto: «Ma non hai paura? Perché non lo fai in ospedale?»

e una pediatrica, necessarie per escludere patologie che rendano l'intervento controindicato. Il giorno prima dell'intervento il bambino dovrà essere visitato dal pediatra curante che deve certificare il buono stato di salute del bambino. Il giorno dell'intervento si deve pagare la seconda parte del ticket (253,30 €), il bambino viene accolto e in presenza dei genitori gli viene somministrata una pre-anestesia e una crema anestetizzante che sarà necessaria per il posizionamento dell'agocannula. Uno dei due genitori potrà entrare nella sala operatoria e rimanervi fino all'induzione dell'anestesia. Al termine dell'intervento e risveglio completato il bambino è portato in pediatria. In assenza di complicazione il bambino sarà dimesso dopo due o tre ore. La procedura viene completata da un controllo post ricovero.

[64] Per parte del dibattito si veda: http://www.emiliaromagnamamma.it/2017/10/la-regione-piemonte-non-incoraggiamo-le-mutilazioni-genitali/ (ultima consultazione 11/12/2020).

[65] G. Alahmad e W. Dekkers, *Bodily integrity and male circumcision*, cit.; K. Radford, «*Unkind cuts*», cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

lui mi ha detto: «Lascia perdere, questa non è roba per i bianchi. Non sono bravi a farlo» (Mediatrice nigeriana di un consultorio pediatrico).

Come si è notato poco sopra, il fatto che alcuni reputino la pratica come atto rituale e non medico toglie «autorità» alle figure sanitarie, che non da tutti vengono ritenute le più adatte per svolgere la circoncisione. Altre resistenze legate allo spostamento della pratica nell'ambiente ospedaliero potrebbero essere legate alla conseguenza di eliminare la presenza di figure rituali o di momenti di celebrazione contestuali al taglio[66]. Come abbiamo visto, questo elemento può essere rilevante in alcune comunità e quasi assente in altre, ma va sicuramente tenuto presente che la medicalizzazione di una pratica rituale porta con sé una sorta di paradosso: da un lato la medicalizzazione della circoncisione non terapeutica è un atto di tutela del bene primario della salute, nonché un riconoscimento del «principio di laicità che, positivamente interpretato e applicato, chiede di garantire il diritto di libertà religiosa nella società attraverso la collaborazione tra lo Stato e le comunità religiose e/o tradizionali»[67], dall'altro però proprio la natura confessionale e religiosa di tale pratica rende per alcuni impossibile pensare di svolgerla in ospedale, soprattutto se questo richiede di epurare la pratica da qualsiasi ritualità contestuale all'atto.

Osservando il processo di costruzione di questo percorso è possibile individuare alcune delle diverse visioni e opinioni in merito alla circoncisione: in primo luogo vediamo in azione diverse visioni del corpo (quella di tradizioni religiose e culturali diverse e quella biomedica), diverse visioni rispetto a chi e quando debba intervenire in senso rituale sul corpo e diverse percezioni legate al tema della sicurezza. Il tutto è riconducibile alla domanda essenziale: che cos'è una circoncisione? Mentre per alcuni rimane un atto rituale, per altri si tratta comunque di un intervento medico – seppur piccolo –, con tutte le conseguenze che questo comporta. In questa differenza di visioni, molti ponti si possono costruire per aumentare il numero di stranieri che desidera effettuare la circoncisione in ambiente ospedaliero.

Sulle diverse visioni del corpo è rilevante notare – oltre alle già citate prescrizioni teologiche e culturali – che a livello fisico ed estetico molti considerano il prepuzio come una porzione di pelle extra, inutile e quindi da rimuovere, motivo per cui ad esempio il concetto di «integrità fisica» – che è privo di una traduzione letterale in lingua araba, ma può essere reso con l'espressione «sacralità del corpo» – non è considerato in contrasto con la circoncisione[68].

[66] M.N. Mbito e J.A. Malia, *Transfer of the Kenyan Kikuyu male circumcision ritual*, cit.; L.B. Glick, *Marked in Your Flesh*, cit., p. 181 e p. 216.

[67] A. Angelucci, *Dietro le circoncisioni*, cit., p. 66.

[68] G. Alahmad e W. Dekkers, *Bodily integrity and male circumcision*, cit.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Il tema dell'anestesia è un punto nodale, attorno al quale si sviluppano discorsi legati a diverse percezioni e a diverse posizioni. Il motivo per cui al polo delle circoncisioni istituito all'Ospedale Martini si era stabilito il limite di età per l'accesso a 8 anni, era legato proprio al tema dell'anestesia. Come già anticipato, il Maria Vittoria è stato identificato come luogo dove riprogettare l'offerta in virtù dell'esistenza di un servizio di anestesia pediatrica e del Centro di riferimento regionale per la retinopatia del prematuro, che si avvale della collaborazione di professionisti di Strutture complesse diverse, che collaborano per garantire l'operabilità di neonati prematuri anche in situazione ad alta complessità, attività che ha permesso di raggiungere un alto livello di competenza anestesiologica nel trattamento dei neonati e dei bambini di pochi mesi. In questo contesto, la scelta di fissare a sei mesi l'età di accesso al servizio è basata su evidenze scientifiche. Nella delibera si legge:

> I bambini sottoposti a intervento chirurgico sono gravati da un significativo aumento di eventi critici maggiori come rischio di morte, arresto cardiaco e gravi danni neurologici persistenti. [Uno dei] fattori di rischio riconosciuti [è] l'età dei pazienti (maggior rischio se sotto l'anno e ancora di più se sotto il mese).

In particolare, dato che prima dei sei mesi ci possono essere turbe del ritmo cardiaco misconosciute e quindi c'è rischio di morte improvvisa, si è valutato che non fosse accettabile dal punto di vista medico sottoporre un bambino molto piccolo a eventuali rischi, soprattutto considerando che si tratta pur sempre di un atto non necessario dal punto di vista sanitario.

Su questo punto si innestano alcune interessanti riflessioni: come abbiamo visto per la popolazione araba musulmana maggiormente presente a Torino (marocchini, egiziani, tunisini), non vi sono rigide prescrizioni rispetto al momento in cui la circoncisione deve essere effettuata e questo è sicuramente un elemento che può facilitare l'incontro col servizio proposto. Per altri gruppi, invece, le prescrizioni rispetto alle tempistiche sono molto rigide e riconducibili a una prescrizione divina. Nel caso degli ebrei il fatto che l'intervento debba avvenire l'ottavo giorno rende l'età dell'accesso un elemento non negoziabile, che diventa un ostacolo nell'incontro col servizio. Lo stesso avviene per arabi musulmani provenienti dal Medio Oriente e ancor di più per persone provenienti da molti paesi africani[69]. In questi casi, purtroppo, seppur il servizio esista e sia accessibile bisogna constatare che genitori di alcune comunità non lo utilizzeranno in quanto questo non consente loro di aderire alle norme religiose o alle prescrizioni culturali che regolano la circoncisione[70].

[69] Può essere rilevante notare che i recenti casi di decesso post-circoncisione hanno interessato spesso bambini molto piccoli. Nel già citato caso torinese, il bimbo di origine ghanese aveva solo un mese.

[70] Si veda K. Radford, «*Unkind cuts*», cit., p. 908. Si veda anche P. Colla, *Svedesi o ebrei?*, cit., p. 739 per il dibattito in Svezia sullo stesso argomento.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Cercare di trovare una mediazione facendo leva sui rischi di un'anestesia sui neonati potrebbe essere addirittura controproducente dato che in molti casi l'anestesia non è ritenuta necessaria *proprio perché* si interviene su bambini molto piccoli. La stessa OMS considera l'anestesia come «necessaria» per bambini più grandi e solo «raccomandata» per i neonati[71]. Paradossalmente ciò che dal punto di vista bio-medico è fonte di «sicurezza» e tutela del bambino, può essere fonte di timore per chi reputa l'anestesia non necessaria[72].

Io se avessi un figlio adesso non lo farei circoncidere in Italia perché non aspetterei fino ai sei mesi. […] Io ti dico la verità sono perplessa per la questione dell'anestesia, soprattutto se totale. […] Ci vuole un minuto a togliere la pellicina… da noi si ferma la mamma, si ferma la zia, si ferma la vicina… cantano, ballano, distraggono il bambino… e lui sta fermo. Secondo me l'anestesia non è gradita. L'anestesia per una circoncisione? A cosa serve? (Mediatrice siriana di un consultorio pediatrico).

Per noi a sei mesi il bimbo è già grande. Quando ha una settimana la pelle invece è molto morbida quindi fai più in fretta. Io penso che [i nigeriani] continueranno così, a meno che non sia qualcuno che come me ha paura (Mediatrice nigeriana di un consultorio pediatrico).

Non rientra nei nostri compiti addentrarci nel tema per dare un giudizio, ma solo ed esclusivamente per mostrare i processi in atto: i discorsi e le percezioni sul tema dell'anestesia ci sono parsi un punto particolarmente denso che mostra come a fronte di un percorso di apertura e inclusione da parte delle istituzioni e del personale sanitario possano permanere aspetti che con alcune comunità non sono negoziabili[73]. I medici coinvolti nel servizio ci parlano di un'alta incidenza di coppie miste, elemento che rivela che la percezione della sicurezza e l'importanza data a una certa ritualità si trasformano in coppie formate da persone con un diverso background culturale.

Il periodo di avvio dell'attività è stato accompagnato dal timore di non avere la forza organizzativa per accogliere una grande richiesta. Uno dei punti di maggior difficoltà organizzativa è la disponibilità della sala operatoria. Il servizio è stato pianificato per realizzare tra le 50 e le 100 circoncisioni l'anno. La speranza dei medici coinvolti e della Regione è quella di

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[71] WHO, *Male Circumcision*, cit., p. 16.

[72] K. Radford, *«Unkind cuts»*, cit., p. 909.

[73] Come abbiamo visto, anche gli ebrei considerano come non negoziabile il fatto di circoncidere all'ottavo giorno. Per questo e per altre ragioni rituali, la comunità ebraica non si rivolge al SSN per la circoncisione. Per loro l'esistenza di questo servizio può essere significativo in caso il bambino presenti patologie e in caso di conversione e quindi di circoncisione in età adulta.

aver fornito, tramite il protocollo operativo, un modello rispetto a come organizzare il servizio e che questo possa essere utilizzato da altri ospedali che si daranno disponibili ad accogliere bambini che vengono circoncisi per motivi rituali. Altra speranza è quella di vedere, anche in Piemonte, la pratica inserita nei LEA, elemento che potrebbe permettere di abbassare il costo del ticket, adesso fissato a 280 euro, di ampliare il numero delle realtà ospedaliere che si danno disponibili per realizzare al loro interno circoncisioni rituali e di incrementare le connessioni tra l'ospedale e i servizi e le comunità del territorio.

Un incontro già piuttosto complicato tra la prospettiva medica e quella dei potenziali fruitori del servizio sul tema dell'anestesia è stato messo ulteriormente in difficoltà da quando SIAARTI (Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva) e SARNePI (Società di anestesia e rianimazione neonatale e pediatrica italiana) hanno pubblicato le *Raccomandazioni Clinico-Organizzative SIAARTI-SARNePI per l'anestesia in età pediatrica*[74], un documento in cui si analizzano i rischi legati alle anestesie pediatriche e si raccomanda di ricoverare i bambini di età inferiore ai 3 anni solo ed esclusivamente negli ospedali pediatrici. Da quando la Regione Piemonte ha recepito questa Raccomandazione, dunque, all'Ospedale Maria Vittoria non è più stato possibile effettuare anestesie su bambini con meno di tre anni, dovendo di fatto alzare l'età a cui si può accedere all'ambulatorio per le circoncisioni rituali.

Le attività ambulatoriali sono iniziate a marzo 2018 e il primo intervento di circoncisione è stato effettuato nel mese di aprile. A dicembre 2019 – data in cui le prenotazioni sono state chiuse per via della pandemia da Covid-19 – erano stati circoncisi 11 bambini sotto i tre anni di età e 26 sopra i tre anni. Nello stesso mese c'erano in lista di attesa altri 45 bambini e, di questi, 36 avevano meno di tre anni e avevano già effettuato la prima visita con relativo pagamento del ticket[75]. Quando l'ambulatorio potrà finalmente riprendere la sua attività, però, i bambini sotto i tre anni non potranno più essere trattati e questo rappresenterà probabilmente un ulteriore scarto tra le aspettative della popolazione straniera e il servizio offerto.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[74] SIAARTI e SARNePI, *Raccomandazioni Clinico-Organizzative SIAARTI-SARNePI per l'anestesia in età pediatrica*, 2019.

[75] Ringraziamo il dott. Manno e il dott. Santovito per averci fornito i dati.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Capitolo nono

Circoncisione rituale maschile tra medicalizzazione e tutela del pluralismo culturale

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1. *Circoncisione rituale maschile: il diritto che (non) c'è*

Le problematiche affrontate nella gestione delle diverse esigenze di tutela sollevate dalle richieste di circoncisione non terapeutica, così come analizzate nel precedente capitolo, si inseriscono in un quadro giuridico ancora poco delineato, per la ricostruzione del quale è necessario fare riferimento a una pluralità di fonti, a livello nazionale e sovranazionale, tra le quali sono rare quelle che contengono specifico riferimento alla circoncisione.

Già questo, come si avrà modo di precisare, può essere indicativo di un ritardo del diritto e della deontologia professionale rispetto alla crescente importanza di un fenomeno sociale difficile da comprendere e disciplinare attraverso le tradizionali concezioni del ruolo della medicina, dei professionisti sanitari e dei loro rapporti con istanze di natura non terapeutica.

Nell'ordinamento italiano, similmente a quanto avviene nella maggior parte degli ordinamenti europei, non esiste una norma che espressamente ammetta o vieti la circoncisione maschile, né tanto meno una sua disciplina. Si tratta di una pratica generalmente ammessa e che, almeno finora, ha reso necessario l'intervento del diritto solo laddove sia emerso un pericolo o una lesione di altri beni protetti dall'ordinamento o la violazione di specifici limiti e divieti. Un intervento, quindi, prevalentemente giurisprudenziale.

Si pensi, in particolare, ai citati casi di circoncisioni di bambini avvenute in contesti non sicuri, che hanno causato loro complicanze gravi, se non addirittura il decesso. Oppure alla violazione del principio in base al quale un atto medico può essere compiuto solo da chi possiede i requisiti imposti dall'ordinamento con conseguente configurabilità dell'esercizio abusivo della professione di cui all'art. 348 c.p. Oppure, ancora, ai reati legati alle condotte di sanitari che qualificano come terapeutiche, dichiarando quindi un problema organico inesistente, circoncisioni fondate su ragioni culturali o religiose allo scopo di farle rientrare tra quelle a carico del sistema sanitario nazionale.

Questo capitolo è di Elisabetta Pulice.

Mentre quest'ultimo aspetto non interessa direttamente la nostra ricerca, la giurisprudenza intervenuta sui primi due profili menzionati merita di essere brevemente richiamata poiché ha iniziato a elaborare alcuni significativi principi in materia di circoncisione rituale maschile.

1.1. *La giurisprudenza italiana: riconoscimento indiretto della liceità della circoncisione*

L'unico riferimento legislativo riguarda, anche se solo indirettamente, la circoncisione effettuata dalle comunità ebraiche nell'ambito della regolazione dei rapporti tra Stato e confessioni religiose, ai sensi dell'art. 8 della Costituzione italiana.

Dalla legge sui rapporti tra Stato e Unione delle comunità ebraiche[1], che contiene alcuni principi applicabili anche alla circoncisione maschile, dottrina e giurisprudenza ne hanno desunto la liceità nell'ordinamento italiano.

La Corte di Cassazione ha sottolineato, in particolare, che tale normativa «contiene un implicito riconoscimento della conformità della pratica circoncisoria ebraica ai principi dell'ordinamento giuridico italiano, come si evince indirettamente dal combinato disposto degli artt. 2, comma 1, e 25»[2].

Il «riconoscimento indiretto della liceità di tale usanza religiosa» alla luce della stessa normativa era stato già affermato dal Comitato nazionale per la bioetica nel citato parere sui profili bioetici della circoncisione del 1998.

Per quanto qui più interessa, la questione della liceità della circoncisione è oggetto anche di sentenze intervenute in merito a pratiche diverse dalla circoncisione rituale ebraica. In questa prospettiva, il riconoscimento giurisprudenziale della non contrarietà, almeno in linea di principio, della circoncisione rituale maschile all'ordinamento giuridico si fonda anche sul confronto con la scelta legislativa di vietare espressamente, con norma penale, solo le mutilazioni genitali femminili e sulla liceità «bioetica» sostenuta nel parere del CNB.

Il tribunale di Bari ha, ad esempio, affermato che

> l'aver approvato una normativa che cita espressamente solo le mutilazioni degli organi genitali femminili, con esclusione di qualsivoglia riferimento alla circoncisione maschile non può essere considerata fattore neutro ascrivibile a mera svista o disinteresse del legislatore, ma ad una precisa scelta di campo del legislatore medesimo, specie considerando il dibattito culturale che ha preceduto l'introduzione di tale normativa[3].

[1] La legge n. 101/89 *Norme per la regolazione dei rapporti tra lo Stato e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane*.

[2] Cass. pen., sez. VI, sentenza n. 43646, 24 novembre 2011, punto 3.1.

[3] Trib. Bari, sentenza 21 maggio 2009. Il caso riguardava la morte di un bimbo a seguito di circoncisione eseguita da un connazionale della madre nigeriana.

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Perché, allora, la circoncisione rituale maschile solleva così numerose problematiche dal punto di vista sia giuridico sia deontologico? Perché la scelta dei genitori di circoncidere i propri figli si scontra con le citate difficoltà di raggiungere un compromesso in grado di soddisfare le esigenze di tutela di tutte le parti coinvolte?

Certo, come visto, l'incertezza giuridica ha, anche in questo caso, come in molti dei conflitti analizzati nella nostra ricerca, un impatto rilevante.

Le libertà, i diritti e i principi posti a fondamento delle posizioni che diritto e medicina assumono nei confronti della circoncisione non terapeutica maschile sono però molteplici, soprattutto nel caso di minori. La loro comprensione è quindi importante non solo per contestualizzare le problematiche emerse dalle interviste, ma per provare anche a ricostruire quali possano essere i margini per un ragionevole bilanciamento tra le diverse pretese in gioco. Per comprendere, in altre parole, fino a che punto possa essere raggiunto un compromesso e, soprattutto, quali siano gli strumenti – giuridici, professionali, deontologici e culturali – di cui è ancora necessario migliorare la comprensione e valorizzare l'impiego per superare barriere che ostacolano forme possibili di *reasonable accommodation*.

Tali considerazioni sono tanto più necessarie quanto più ampio è il coinvolgimento di professionisti sanitari e, quindi, dei principi, degli standard tecnico-scientifici e dei limiti che ne caratterizzano l'attività professionale.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

1.2. *Profili controversi tra sicurezza, religione e cultura*

Una prima fondamentale distinzione sul piano della rilevanza giuridica, professionale e deontologica si ha tra circoncisioni effettuate in contesti sicuri, da circoncisori esperti e con una formazione specifica che includa le necessarie conoscenze mediche e pratiche circoncisorie che, al contrario, presentano elementi di rischio per il minore.

Il diritto alla salute e all'integrità fisica dei minori connota infatti in maniera peculiare la tutela da parte dell'ordinamento giuridico del pluralismo religioso e culturale espresso dalla circoncisione.

I casi in cui tale complessità solleva la necessità dell'intervento del diritto e, più nello specifico, del SSN, emergono chiaramente dall'analisi antropologica.

È evidente, infatti, la differenza tra, da un lato, pratiche circoncisorie svolte all'interno di comunità religiose autoctone, tradizionalmente e storicamente radicate nella società, economicamente solide e in grado di gestirle autonomamente nel rispetto dei principi dell'ordinamento giuridico e, dall'altro, circoncisioni legate a fenomeni migratori, appartenenze culturali e religiose prive di tali caratteristiche nel paese ospitante.

Nella giurisprudenza italiana tali profili si sono intrecciati, non senza incertezze interpretative, alla distinzione tra circoncisioni basate su motivi religiosi e circoncisioni legate a tradizioni culturali.

Il diverso regime giuridico è legato non solo al ruolo che per le motivazioni religiose svolgono i principi costituzionali, europei e internazionali a tutela della libertà di religione, nelle sue molteplici manifestazioni, ma anche al carattere istituzionalizzato e, per quanto riguarda la circoncisione, autonomamente organizzato, della comunità ebraica. Più in generale, è legato, quindi, al modello italiano di libertà religiosa e di rapporti tra Stato e confessioni religiose[4].

Non a caso per la comunità musulmana non è certa la possibilità di estendere alle circoncisioni, che pur rientrano, almeno in alcuni casi, in un modello religioso-confessionale, l'operatività in via automatica delle scriminanti riconosciute per la comunità ebraica. Si tratta di rituali meno codificati e di un gruppo religioso privo di intesa con lo Stato italiano.

Per la comunità ebraica, nella citata sentenza la Corte di Cassazione deriva dall'implicita legittimazione della circoncisione nella citata legge n. 101/89 anche la possibilità che il *mohel* sia dispensato dalla c.d. «riserva di professione» e possa, quindi, eseguire l'intervento pur non avendo la qualifica di medico.

Per la circoncisione rituale ebraica, definibile come confessionale, opererebbero infatti la scriminante dell'esercizio del diritto di professare liberamente la propria fede religiosa (art. 51 c.p.) e quella del consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.), espresso dai soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale. Tali esimenti valgono a giustificare sia il *mohel* che esegue la circoncisione senza essere un medico, salvo non ci siano altri elementi di colpevolezza, sia i genitori che chiedono la circoncisione.

Per quanto più interessa questa ricerca, è interessante notare come in questo caso la Corte espressamente dichiari non solo che la circoncisione rituale praticata dalla comunità ebraica debba «ritenersi non in contrasto con il nostro ordinamento», ma anche che abbia «una preminente valenza religiosa che sovrasta quella medica».

Ne consegue che

> giammai il *mohel* potrebbe incorrere nel reato di esercizio abusivo della professione medica e la sua condotta, che oggettivamente integra il reato di lesione personale, è scriminata, se non determina una apprezzabile lesione permanente e non mostra segni di negligenza, imprudenza o imperizia[5].

[4] Per l'importanza di questi aspetti nella definizione degli interlocutori dell'amministrazione sanitaria in un percorso di mediazione interculturale nel fine vita, cfr. vol. II, cap. IX.

[5] Cass. pen., sez. VI, sentenza n. 43646, 24 novembre 2011, punto 3.1.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Netta la differenza, da questo punto di vista, con altre forme di circoncisione «che esulano da esigenze religiose e identitarie e affondano le loro radici soltanto in tradizioni culturali ed etniche, assolutamente estranee alla cultura occidentale e non sempre compatibili, sul piano operativo, con la nostra legislazione».

Rispetto a tali circoncisioni, corrispondenti al caso oggetto di giudizio, la Corte sottolinea come

> in molti casi l'esecuzione dell'intervento cruento, a differenza di quanto accade nel mondo ebraico, è affidata a persona non qualificata, non dotata cioè di adeguata e riconosciuta competenza, che vi procede in modo empirico e senza alcuna concreta garanzia circa la sua corretta effettuazione, lo scrupoloso rispetto dell'igiene e dell'asepsi, la continuità dell'assistenza anche dopo l'intervento, con conseguente intuibile pericolo per la salute del bambino, alla quale invece il nostro ordinamento impone di dare maggior peso rispetto ai contingenti fattori culturali ed etnici che ispirano, in certi contesti sociali, la pratica di cui si discute.

Questo tipo di pratiche, secondo i giudici, «nulla ha da condividere con la circoncisione rituale di matrice religiosa praticata dagli ebrei, sicché non è invocabile, nella specie, l'esercizio del diritto di professare liberamente la propria fede religiosa».

La Corte conclude, quindi, sottolineando come per la circoncisione motivata da tradizioni etniche non possa soccorrere, «a differenza di quanto previsto per il rito religioso ebraico, una qualche previsione legislativa del nostro ordinamento, che legittimi una tale pratica, sganciata da ogni regola».

Per tali ragioni, in casi come quello sottoposto al suo giudizio, «non può che operare la "riserva professionale" finalizzata a garantire la qualificazione e la specifica competenza della persona che deve procedere all'intervento»[6].

Conformemente, anche il tribunale di Bari, nella citata sentenza, afferma che la circoncisione è «giustificat[a] e giustificabile trovando la sua ragion d'essere nella stessa Carta costituzionale, ma l'espletamento di tale rito non può prescindere dalle più comuni regole poste a tutela del diritto alla salute»[7].

Dal punto di vista della madre, invece, a dimostrazione delle complessità derivanti dal pluralismo culturale, la Corte, in relazione al concorso nel delitto di esercizio abusivo della professione medica, fa riferimento al «reato, per così dire, culturalmente orientato, […] espressione della fedeltà dell'agente alle norme di condotta del proprio gruppo»[8].

Secondo la Corte manca l'elemento soggettivo del reato e sussistono gli estremi dell'*error iuris* scusabile per due principali ragioni, una oggettiva e

[6] Ivi, punto 3.2.
[7] Trib. Bari, sentenza 21 maggio 2009.
[8] Cass. pen., sez. VI, sentenza n. 43646, 24 novembre 2011, punto 3.2.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

l'altra soggettiva. I giudici fanno riferimento, in particolare, alla «oggettiva condizione [della donna] di difficoltà nel recepire, con immediatezza, valori e divieti a lei ignoti» per «il difettoso raccordo che si determina tra una persona di etnia africana, che, migrata in Italia, non è risultata essere ancora integrata nel relativo tessuto sociale, e l'ordinamento giuridico del nostro Paese».

Sul piano soggettivo la Corte fa invece riferimento al

> basso grado di cultura dell'imputata e il forte condizionamento derivatole dal mancato avvertimento di un conflitto interno, circostanze queste che sfumano molto il dovere di diligenza dell'imputata finalizzato alla conoscenza degli ambiti di liceità consentiti nel diverso contesto territoriale in cui era venuta a trovarsi[9].

Poiché l'obiettivo di tale ricerca è indagare situazioni che creano possibili conflitti tra richieste provenienti da utenti del sistema sanitario e risposte dell'organizzazione sanitaria, o dei singoli professionisti, nell'affrontare le sfide poste dal pluralismo culturale, si lasceranno sullo sfondo le considerazioni legate alla specifica situazione della comunità ebraica. Si cercheranno invece di ricostruire gli elementi che rendono complesso il rapporto tra circoncisione, medicina e diritto nei casi in cui non è possibile contare su analoga organizzazione, autonomia e istituzionalizzazione della comunità di appartenenza rispetto alle pratiche rituali e tradizionali.

L'analisi di tali problematiche deve essere innanzitutto inserita in un contesto più ampio di quello che emerge dalla distinzione appena richiamata e nella prospettiva dei principi costituzionali ed europei che incidono sui diritti coinvolti e che non si limitano all'integrità fisica del minore. Un'analisi che tenga quindi conto, da un lato, della pluralità di manifestazioni di credo, rituali, credenze e tradizioni popolari, visioni del mondo (da quelle riconducibili a culti o comunità religiose storicamente riconosciute a quelle legate a forme più o meno istituzionalizzate di convinzioni filosofiche) e, dall'altro, di come, sul piano giuridico e medico, diritti dei genitori e dei minori sottoposti a circoncisione si intersechino in un delicato bilanciamento.

Una volta definito il quadro delle ragioni delle difficoltà giuridiche e deontologiche si indagheranno le problematiche che emergono da quella

[9] *Ibidem*. Per un approfondimento sui profili fin qui richiamati, si vedano, tra gli altri, A. Angelucci, *Dietro le circoncisioni. La sfida della cittadinanza e lo spazio di libertà religiosa in Europa*, Torino, Giappichelli, 2018; Id., *Libertà religiosa e circoncisione in Italia: una questione di specialità confessionale*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 35, 2016; A. Licastro, *La questione della liceità della circoncisione «rituale» tra tutela dell'identità religiosa del gruppo e salvaguardia del diritto individuale alla integrità fisica*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 22, 2019, pp. 28-67; E. D'Ippolito, *Kulturnormen ed inevitabilità dell'errore sul divieto: la corte di cassazione riconosce l'errore determinato da «fattori culturali» come causa di esclusione della colpevolezza*, in «Cassazione penale», 11, 2012.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

che per molti ordinamenti europei è considerata una possibile soluzione: la «medicalizzazione».

2. *Le ragioni delle difficoltà giuridiche e deontologiche: integrità fisica e autodeterminazione del minore*

Un dato dal quale partire per comprendere le difficoltà giuridiche e professionali emerse dall'analisi antropologica non è solo il rischio per l'integrità fisica del minore, ma il fatto stesso che la circoncisione non terapeutica sia una pratica che incide sull'integrità fisica di un minore senza essere fondata su motivazioni legate alla salute. Da ciò discendono precise considerazioni sul ruolo dei diversi attori e della pluralità di istanze e principi coinvolti in una richiesta di circoncisione.

2.1. *Le sfide che la circoncisione pone a diritto e deontologia*

Dal punto di vista delle risposte che il diritto e i professionisti sanitari sono chiamati a dare al fenomeno della circoncisione rituale maschile, vale la pena riprendere la menzionata distinzione tra due tipi di circoncisione.

Nei casi di circoncisioni effettuate in contesti non sicuri, senza preparazione medica, con possibili danni per i bambini, il ruolo del sistema sanitario e dei medici è volto a evitare rischi per i minori predisponendo alternative più sicure.

Vi sono poi casi di circoncisioni effettuate in contesti sicuri, che però, secondo alcune interpretazioni, sono contrarie ai principi dell'ordinamento giuridico e alla deontologia.

Ciò in ragione del fatto che il rilievo del diritto all'integrità fisica del minore non riguarda solo la natura della circoncisione come atto potenzialmente pericoloso. Le problematicità della circoncisione sono, come anticipato, legate alla scelta stessa di eseguire un'operazione che comporta un intervento irreversibile, senza necessità terapeutiche, su un minore che, nella maggior parte dei casi, non è in grado di esprimere il proprio assenso. Si tratta, quindi, di profili che coinvolgono la tutela più ampia dell'autodeterminazione individuale, delle diverse concezioni della salute, del corpo e del ruolo della medicina.

In tale prospettiva, il ruolo del sistema sanitario e delle categorie professionali non è solo quello di evitare rischi, ma anche di trovare un bilanciamento tra le istanze culturali, da un lato, e le esigenze, i posizionamenti etici e tecnico-professionali degli operatori, dall'altro.

In assenza di una disciplina giuridica specifica, nel prossimo paragrafo si ricostruirà brevemente il quadro dei principi che connotano la c.d. tra-

copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

dizione giuridica occidentale in questo ambito, per contestualizzare le difficoltà espresse dalle categorie professionali, cui si dedicheranno i paragrafi successivi.

2.2. *Il difficile bilanciamento tra diritti dei genitori e diritti del bambino: i principi giuridici di riferimento*

L'assenza di indicazioni terapeutiche rende innanzitutto più difficile trovare il giusto bilanciamento tra l'individuazione delle condizioni necessarie per rispettare i diritti delle minoranze religiose e culturali e la garanzia dei valori che tradizionalmente caratterizzano la società, inclusa la concezione della medicina e dei diversi diritti coinvolti[10].

La circoncisione può inoltre essere inserita in quella che, in ragione del delicato bilanciamento tra diritti e doveri costituzionali confliggenti, è stata definita in dottrina una delle sfide più impegnative del pluralismo giuridico nell'attuale scenario europeo, ossia il riconoscimento di spazi di eccezioni giuridiche basate su credenze, convinzioni personali e pratiche religiose[11].

Per quanto più interessa in questa sede, le richiamate caratteristiche della circoncisione coinvolgono una molteplicità di interessi e diritti potenzialmente confliggenti, che devono essere attentamente bilanciati tenendo in considerazione tanto la prospettiva del rapporto genitori-figli minorenni quanto considerazioni legate alla salute individuale (del minore) e pubblica (eventuale coinvolgimento del sistema sanitario nazionale).

Volendo limitare l'analisi al contesto europeo, va innanzitutto sottolineato come il quadro giuridico per la circoncisione non terapeutica maschile sia caratterizzato dalla protezione multilivello di vari diritti, unitamente alla menzionata pluralità di principi e discipline contenute in molteplici fonti del diritto.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[10] La circoncisione rituale maschile rappresenta quindi un esempio della complessità dei rapporti tra diritti delle minoranze e valori della maggioranza in questioni legate alla religione. Su queste questioni si veda, ad esempio, M.C. Foblets, *Introduction*, in «RphZ», 2, 2016, n. 3, pp. 237-243: «the right balance between validating the conditions needed to respect the rights of religious minorities while also guaranteeing the values – which themselves are changing – of the majority society» (p. 241), dove si precisa altresì che «religion» è utilizzato «in its generic sense, that is, to include all forms of belief» (p. 237).

[11] R. Toniatti, *Legal pluralism in Europe and the ordre public exception: An introductory comparative constitutional law framework*, in D. Strazzari e R. Toniatti (a cura di), *Legal Pluralism in Europe and the Ordre Public Exception: Normative and Judicial Perspectives*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2016, pp. 131-162, p. 137. Sul delicato bilanciamento in questioni di pluralismo religioso cfr. anche Id., *Sul bilanciamento costituzionale: fra libertà religiosa e protezione degli animali*, in P. Lerner e A.M. Rabello (a cura di), *Il divieto di macellazione rituale (shechità kosher e halal) e la libertà religiosa delle minoranze*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2010.

Un primo diritto da considerare nel rapporto tra scelta dei genitori e intervento sul minore è quello alla libertà di religione, garantito insieme alla libertà di pensiero e di coscienza – quindi unitamente a convinzioni di natura non religiosa – dalle Costituzioni degli ordinamenti europei e da numerose Carte dei diritti, tra le quali in particolare la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU) e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (CDFUE), rispettivamente agli artt. 9.1 e 10.1, entrambi rubricati «Libertà di pensiero, di coscienza e di religione». Nell'ordinamento italiano l'art. 19 della Costituzione riconosce a chiunque «il diritto di professare liberamente la propria fede religiosa in qualsiasi forma, individuale o associata, di farne propaganda e di esercitarne in privato o in pubblico il culto a condizione che non si tratti di riti contrari al buon costume» e la citata sentenza della Corte di Cassazione ha ribadito come tale limite non sia oltrepassato dalla circoncisione[12].

La libertà di religione include, esplicitamente o attraverso l'interpretazione che ne hanno dato le corti, la libertà *dalla* religione, quindi anche l'ateismo, così come quella di cambiare religione. Il principio di non discriminazione generalmente ne integra la protezione e costituisce elemento di valutazione nel giudizio di legittimità di possibili interferenze nel loro esercizio[13].

Da un punto di vista comparato, benché la prevalenza della salute pubblica sulle manifestazioni della libertà religiosa sia una caratteristica comune agli ordinamenti europei, la risposta giuridica non si orienta necessariamente sempre nella direzione di privilegiare le esigenze legate alla tutela della salute rispetto a quelle religiose, dovendosi più opportunamente ricostruire il rapporto tra salute e religione tenendo conto del carattere multidimensionale delle reciproche interazioni[14].

Proprio con riferimento alla circoncisione maschile è stato ad esempio sottolineato come si tratti di un contesto nel quale l'esito del bilanciamento tra il diritto all'integrità fisica e libertà di religione si risolva a favore di quest'ultima «even if integrity plays a non-marginal (albeit recessive) role»[15].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[12] Corte di Cassazione, sentenza n. 43646 del 2011, punto 3.1, cfr. A. Angelucci, *Dietro le circoncisioni*, cit., e A. Licastro, *La questione della liceità della circoncisione «rituale»*, cit.

[13] L'art. 9.1 della CEDU stabilisce, ad esempio, che «ogni persona ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; tale diritto include la libertà di cambiare religione o credo…». Simile la formulazione dell'art. 10 della CDFUE. Per i possibili limiti a tali libertà e per il principio di non discriminazione si vedano, ad esempio, gli artt. 9.1 e 14 CEDU, artt. 10 e 21 CDFUE, art. 3 della Costituzione italiana. Per un approfondimento cfr. V. Zagrebelsky, R. Chenal e L. Tomasi, *Manuale dei diritti fondamentali in Europa*, Bologna, Il Mulino, 2019. Per un'analisi comparata cfr. A. Saiz Arnaiz *et al.* (a cura di), *Religious Practice and Observance in the EU Member States*, European Parliament, 2013.

[14] A. Licastro, *La questione della liceità della circoncisione «rituale»*, cit., pp. 28-67, p. 57.

[15] A. Saiz Arnaiz *et al.* (a cura di), *Religious Practice and Observance in the EU Member States*, cit., p. 41.

Sul ruolo della tutela dell'integrità fisica e dell'autodeterminazione del minore e su come tali diritti rendano complessa la risposta di diritto e deontologia si tornerà a breve.

Considerando gli obiettivi di questa parte, che concentra l'attenzione sulle sfide poste dal pluralismo etico, religioso e culturale, è interessante sottolineare come nonostante il crescente secolarismo, la religione – intesa, come anticipato, nella sua accezione più ampia – continui a svolgere un rilevante, in alcuni casi crescente, ruolo identitario[16], ponendo continue sfide nel contesto europeo. Se, da un lato, la religione rimane un fattore divisivo, dall'altro, proprio le interazioni tra diversi, spesso confliggenti, sistemi di valori e visioni del mondo hanno infatti costantemente rappresentato un fattore determinante nel costruire il costituzionalismo e la tradizione giuridica occidentale, rendendo pluralismo e tolleranza una delle loro caratteristiche essenziali[17].

È in tale prospettiva che è importante interrogarsi sul difficile, ma necessario bilanciamento tra i valori e gli interessi in gioco, considerando parallelamente se, e in che misura, la circoncisione rituale maschile metta alla prova tradizionali categorie di diritto e medicina richiedendone un'interpretazione dinamica ed evolutiva. Un'interpretazione, quindi, in grado di includere ragionevolmente riti, principi e convinzioni delle persone che vogliono, o devono, rivolgersi al sistema sanitario nazionale nelle scelte di ammissibilità e disciplina di una determinata pratica.

Il coinvolgimento di minori inserisce tale percorso all'intersezione tra i ruoli di diversi attori a vario titolo chiamati a tutelarne i diritti: i genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale), titolari di specifici diritti e doveri nell'educazione dei propri figli; le categorie professionali coinvolte nelle pratiche di circoncisione; lo Stato nelle sue diverse manifestazioni, dal legislatore, all'amministrazione sanitaria, ai giudici.

2.3. *Circoncisione di minori: pluralità di diritti e responsabilità*

Dal punto di vista del rapporto genitori-figli, il diritto di professare il proprio credo è legato al diritto dei genitori di prendersi cura ed educare i propri figli secondo le proprie convinzioni, variamente denominate come religiose, filosofiche o pedagogiche.

Così, ad esempio, l'art. 14.3 della CDFUE richiama il «diritto dei genitori di provvedere all'educazione e all'istruzione dei loro figli secondo le

[16] C. Foblets, *Introduction*, cit., 237.

[17] A. Saiz Arnaiz *et al.* (a cura di), *Religious Practice and Observance in the EU Member States*, cit., p. 25. Sulla diversità culturale e il pluralismo giuridico cfr. anche R. Toniatti, *Il paradigma costituzionale dell'inclusione della diversità culturale in Europa e in America latina: premesse per una ricerca comparata sui rispettivi modelli*, in «JPs Working Papers», 6, 2015.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

loro convinzioni religiose, filosofiche e pedagogiche». Similmente l'art. 2 del primo protocollo addizionale della CEDU fa riferimento alle convinzioni religiose e filosofiche dei genitori[18]. Benché non espressamente menzionata, l'educazione religiosa rientra in via interpretativa anche nel parametro costituzionale dell'art. 30 della Costituzione italiana riguardante il diritto e dovere dei genitori di mantenere, istruire ed educare i figli.

I diritti e le libertà dei genitori devono però essere interpretati alla luce dei diritti dei figli di ricevere la protezione e le cure necessarie al loro benessere, nel rispetto delle loro libertà fondamentali e, compatibilmente con l'età, della loro autonomia[19].

Anche i minori sono titolari, innanzitutto, del diritto alla libertà religiosa, quindi anche del diritto di cambiare o di non avere alcuna religione[20]. Con specifico riferimento alla circoncisione è stato sostenuto che tale diritto ricomprenda anche quello di non essere costretti a portare sul proprio corpo un simbolo indelebile delle convinzioni religiose dei genitori[21].

Più in generale, il diritto dei genitori deve essere esercitato in maniera coerente con la libertà di coscienza dei propri figli e appropriata al loro grado di maturità.

Da questo punto di vista è interessante richiamare la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, dal cui art. 14.2 sembra emergere una concezione dei diritti e doveri educativi dei genitori come accessori «al diritto del fanciullo alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione» tutelato al comma 1[22].

Tali principi devono essere letti alla luce degli altri diritti del minore, tra i quali, oltre alla salute e all'integrità fisica, assume rilevanza il diritto di essere ascoltato, quindi di poter esprimere, compatibilmente con il proprio grado di comprensione e maturità, l'assenso ai trattamenti proposti. Più in generale viene in rilievo il principio dei «best interests» del bambino ed è proprio nell'interpretazione di ciò che concretamente rientra in tale concetto

[18] Con riferimento ad altri documenti internazionali, si vedano ad esempio l'art. 18.4 del Patto internazionale sui diritti civili e politici e l'art. 13.3 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali.

[19] Si veda, ad esempio, l'art. 24 CDFUE.

[20] A. Saiz Arnaiz *et al.* (a cura di), *Religious Practice and Observance in the EU Member States*, cit.

[21] Cfr., *inter alia*, il documento dell'ordine dei medici dei Paesi Bassi sulla circoncisione, KNMG, *Non-Therapeutic Circumcision of Male Minors*, 2010, p. 15.

[22] L'art. 14, dopo avere stabilito che «[g]li Stati parti rispettano il diritto del fanciullo alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione», al comma 2 impone agli ordinamenti statali di rispettare «il diritto e il dovere dei genitori […] di guidare il fanciullo nell'esercizio del summenzionato diritto in maniera che corrisponda allo sviluppo delle sue capacità». Per un'analisi dei principi della Convenzione rilevanti per la circoncisione, cfr. J. Bernaerts, *A medical and legal analysis of circumcision of male children*, in W. Benedek *et al.* (a cura di), *European Yearbook on Human Rights 2014*, Antwerp-Graz, Intersentia, 2014, pp. 443-460, pp. 451 ss.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

che si sviluppano le differenze, ma anche le sfide, più rilevanti nel bilanciamento tra le molteplici istanze coinvolte nella circoncisione.

Da questo punto di vista vanno menzionate, nell'ambito del Consiglio d'Europa, la risoluzione sull'integrità fisica dei minori[23] e la risoluzione sulla libertà di religione e convivenza in una società democratica del 2015[24].

La prima ha infatti espressamente incluso la circoncisione di minori per motivi religiosi tra le «category of violation of the physical integrity of children, which supporters of the procedures tend to present as beneficial to the children themselves despite clear evidence to the contrary» (§2).

Nella seconda viene ribadita la necessità di proteggere «children's rights which the Jewish and Muslim communities surely share», raccomandando che «member States provide for ritual circumcision of children not to be allowed unless practised by a person with the requisite training and skill, in appropriate medical and health conditions»; nonché l'importanza di dare ai familiari ogni necessaria informazione medica affinché possano tenerne conto nel decidere quale sia il migliore e prioritario interesse del minore (§9).

Dall'altro, è interessante notare come in diversi Commenti generali del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia emerga un'ampia attenzione alla complessità degli elementi sociali, culturali, religiosi e familiari che devono essere presi in considerazione nel ricostruire i «best interests» del bambino[25].

Si tratta di considerazioni particolarmente rilevanti a fronte della chiusura che invece in alcuni ambiti giuridici o professionali ancora emerge nel valutare la complessità che deriva dal pluralismo culturale nel decidere se procedere o meno alla circoncisione di un minore.

3. *La «medicalizzazione» della circoncisione: rigidità e opzioni di coscienza*

Come anticipato, nelle legislazioni e nella giurisprudenza degli ordinamenti europei la circoncisione è, espressamente o implicitamente, accettata. Condizione di liceità è però che sia eseguita come atto medico, con la presenza o almeno assistenza di personale qualificato.

Anche la giurisprudenza italiana è chiara nel considerare la circoncisione «un atto medico, perché, pur in assenza di finalità terapeutica, interferisce sull'integrità fisica della persona» e pertanto «presuppone un attento esame

[23] PACE, Resolution 1952 (2013), *Children's Right to Physical Integrity*.

[24] PACE, Resolution 2076 (2015), *Freedom of Religion and Living Together in a Democratic Society*.

[25] Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 5 on the General Measures of Implementation of the CRC*, 2003, §12; *General Comment No. 12 on the Right of the Child to be Heard*, 2009, §§1, 2, 85 e 91; *General Comment No. 14 on the Right of the Child to Have His or Her Best Interests Taken as a Primary Consideration*, art. 3, §1, 2013, §§ 55 e 56.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

delle condizioni [della persona] prima di essere eseguito, richiede l'osservanza di determinate tecniche e di opportune precauzioni, impone il monitoraggio del decorso post-operatorio per prevenire eventuali complicazioni»[26].

In assenza di una normativa specifica, la distinzione giurisprudenziale tra circoncisioni confessionali e circoncisioni culturali solleva incertezze interpretative con riferimento a pratiche del primo tipo diverse da quella ebraica. Mentre per le seconde la medicalizzazione è condizione di liceità, per circoncisioni come quella islamica non è invece chiaro se, almeno nel caso dei neonati, quindi in situazioni di fatto simili a quella ebraica, possa esserci un'estensione per analogia della giurisprudenza richiamata.

Il CNB, ad esempio, pur ritenendo «evidente che l'intervento di un medico, per eseguire la circoncisione rituale di un neonato, ove venga espressamente richiesto, è assolutamente giustificato da un punto di vista etico»[27], ha precisato che «[n]ei soli casi […] in cui la circoncisione sia posta in essere esclusivamente per ragioni rituali, alcuni membri del CNB ritengono che non sia opportuno favorirne la medicalizzazione». La pratica infatti «se da una parte ha obiettivamente la natura di atto medico, almeno nel caso dei neonati per la sua estrema semplicità può senza alcun dubbio essere praticata da appositi e riconosciuti ministri che, indipendentemente da una loro professionalità specifica in campo sanitario, possiedano adeguata competenza»[28].

In un quadro giuridico ancora poco definito emerge però un diverso livello di coinvolgimento dei professionisti sanitari, che da minimo per circoncisioni come quella ebraica diventa massimo a fronte di richieste provenienti da culture che non presentano le stesse caratteristiche, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza dei bambini.

Come emerso dall'analisi antropologica, le difficoltà sollevate dall'inserimento di pratiche rituali in linguaggi e categorie proprie della concezione occidentale della medicina sono molte e portano spesso i genitori ad allontanarsi dal terreno di un possibile compromesso.

Se a ciò si uniscono la mancata previsione, salvo rari casi, della circoncisione nei LEA e le disparità territoriali relativamente alla predisposizione da parte delle strutture sanitarie di un servizio o di un percorso di inclusione che provi a intercettare le istanze legate alla circoncisione[29], è evidente come nel nostro ordinamento il diritto sia ancora lontano da tutelare adeguatamente il pluralismo culturale.

Come visto, la medicalizzazione, benché necessaria in molti casi, può generare forme di rigidità che si traducono in un'incapacità di fatto di tute-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[26] Cass. pen., sez. VI, sentenza n. 43646, 24 novembre 2011, punto 3.

[27] CNB, *La circoncisione: profili bioetici*, parere del 25 settembre 1998, punto 3.1.

[28] Ivi, punto 3.2.

[29] Oltre al caso torinese, si pensi al recente esempio delle Marche. Cfr. *Circoncisione rituale. Nelle Marche si potrà fare in ospedale con una semplice ricetta*, in «www.quotidianosanita.it», 2 luglio 2020.

lare le fasce più deboli, ossia gli appartenenti a comunità che non hanno la stessa stabilità economica ed organizzativa di quella ebraica e che, inoltre, per ragioni politiche o economiche non possono tornare nel paese di origine per effettuare la circoncisione secondo le pratiche e i riti tradizionali.

I tentativi di trovare un compromesso si scontrano non solo con le difficoltà del diritto, ma anche, come vedremo, con una generale difficoltà di comprendere il fenomeno della circoncisione guardando «oltre» le tradizionali categorie della medicina.

3.1. *Un tentativo di bilanciamento tra standard medici accreditati e istanze culturali: il caso tedesco*

A dimostrazione delle difficoltà dell'ambito di analisi, va innanzitutto ricordato che il legislatore tedesco è intervenuto a seguito di numerosi dibattiti e accese contestazioni sollevati dal noto caso di Colonia[30].

Un medico di religione musulmana aveva eseguito nel suo ambulatorio, nel pieno rispetto delle *leges artis*, un intervento di circoncisione non terapeutica, su un bimbo di quattro anni, dietro esplicita richiesta dei genitori. A seguito di un'emorragia secondaria, era stata necessaria l'ospedalizzazione del bambino. In primo grado il tribunale di Colonia aveva assolto il medico sottolineando la liceità della pratica e la sua natura di rituale tradizionale finalizzato a documentare l'appartenenza culturale e religiosa alla comunità musulmana: idoneo, quindi, a contrastare, tra l'altro, il rischio di stigmatizzazione sociale del bambino.

I dubbi di una lesione del diritto all'integrità fisica del minore, sollevati nel corso del processo, sono stati superati dal Tribunale ritenendo conforme all'interesse del bambino un intervento, che, tra l'altro, è stato considerato valido anche dal punto di vista igienico e profilattico.

La decisione e lo stesso approccio alla circoncisione sono stati invece ribaltati in secondo grado. La Corte d'Appello ha confermato l'assoluzione del medico, ma solo sulla base di un errore inevitabile di diritto in cui il medico sarebbe incorso a causa dell'incertezza normativa sulla liceità della circoncisione.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[30] Per un approfondimento si vedano, ad esempio, J. Bernaerts, *The German legislative response to the circumcision of male children*, in «RphZ», 2, 2016, n. 3, pp. 258-265; Id., *A medical and legal analysis of circumcision of male children*, cit.; B. Breig, *Law and religion in Germany: The case of circumcision of boys*, in J. Gerlach e J. Töpfer (a cura di), *The Role of Religion in Eastern Europe Today*, Wiesbaden, Springer VS, 2015, pp. 83-92; R. Merkel e H. Putzk, *After Cologne: Male circumcision and the law. parental right, religious liberty or criminal assault?*, in «Journal of Medical Ethics, Online First», 22 maggio, 2013, pp. 1-6; D. Abraham, *Circumcision: Immigration, religion, history, and constitutional identity in Germany and the U.S.*, in «German Law Journal», 18, 2017, n. 7, pp. 1745-1762; A. Licastro, *La questione della liceità della circoncisione «rituale»*, cit.

Di quest'ultima viene invece sottolineata l'illiceità e la natura di reato di lesioni personali. Secondo i giudici il diritto dei genitori all'educazione religiosa dei propri figli non può prevalere sul loro diritto all'integrità fisica e all'autodeterminazione, incluso quello di mutare il proprio credo.

La riforma del codice civile del 2012 mira a risolvere la questione con una soluzione di compromesso: stabilisce la liceità della circoncisione, imponendo che venga eseguita secondo standard medici accreditati, da persone qualificate, nel rispetto del «best interest» del bambino, ma prevedendo la possibilità di un'eccezione per circoncisioni praticate prima dei sei mesi, proprio per accogliere – con una disciplina ragionevolmente più sensibile nei casi di minore rischio per i bambini – le esigenze derivanti da istanze culturali. In tal caso la circoncisione può essere praticata da una persona indicata dalla comunità religiosa se adeguatamente formata e «comparably qualified» a eseguirla pur non essendo un medico[31].

Ciò nonostante, l'applicazione della norma è stata ostacolata dalle criticità sollevate da alcune società mediche sull'utilizzo legislativo di concetti medici come condizione di liceità della pratica senza una reale corrispondenza agli standard professionali. In relazione all'«effective pain relief», ad esempio, è stata messa in discussione l'idoneità degli anestetici locali usati nei rituali religiosi[32]. Conseguentemente, da un lato, circoncisori che non siano medici non potrebbero impiegare anestetici davvero in grado di alleviare il dolore, dall'altro, il coinvolgimento di un medico sarebbe sempre necessario, in contrasto con il tentativo di compromesso individuato dalla legge[33].

3.2. *Medicalizzazione e coscienza: il caso norvegese*

La medicalizzazione può assumere un rilievo ulteriore se l'intervento deve necessariamente svolgersi nell'ambito del servizio sanitario pubblico. In presenza di disposizioni del genere, infatti, una manifestazione del pluralismo culturale incide direttamente sull'attività lavorativa dei professionisti dipendenti della struttura che deve garantire il servizio, comportando o aumentando la possibilità che vengano sollevate questioni legate a opzioni di coscienza o a rifiuti di prestazione.

La legge norvegese che, nell'inserire la circoncisione rituale maschile come prestazione del sistema sanitario nazionale, ha previsto anche l'obiezione di coscienza[34] è un chiaro esempio del legame tra «medicalizzazione» di una

[31] BGB; §1631d, *Circumcision of the male child*.

[32] J. Bernaerts, *The German legislative response*, cit., p. 263.

[33] *Ibidem*.

[34] *Law on ritual circumcision of boys*, 2015, §4: «To the extent that it does not impede proper service, healthcare personnel who for reasons of conscience do not wish to perform or assist in such interventions shall be accommodated». La traduzione inglese è tratta da L.A.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

pratica rituale e necessaria gestione di conflitti etici nei contesti ospedalieri pubblici.

Per i temi affrontati nella nostra ricerca è particolarmente interessante un'indagine condotta con interviste a medici norvegesi, che ha evidenziato come i professionisti preferissero far riferimento a criteri professionali e, in particolare, ai principi deontologici di beneficienza, non-maleficenza, autonomia e, per quanto riguarda l'uso delle risorse, giustizia. Da un lato, nel parlare dell'impatto dell'obbligo di effettuare circoncisioni, i medici hanno utilizzato riferimenti alla loro libertà di coscienza e integrità personale, lamentando «a notch» nella loro coscienza o «some pangs of conscience» e usando espressioni quali «feelings of powerlessness or irritation», forme di pressione «extremely unpleasant», o addirittura «abuse» e «betrayal». Dall'altro, hanno però ritenuto che la condivisione nell'ambiente professionale delle difficoltà legate alla circoncisione non rendesse necessario ricorrere all'istituto, quindi alle modalità formali, dell'obiezione di coscienza[35].

Anche il Norwegian Council for Medical Ethics ha ritenuto che «physicians should be allowed to refuse to perform ritual circumcision as a matter of conscience»[36].

È quindi necessario chiedersi perché la circoncisione può sollevare rifiuti fondati sulla deontologia professionale e, soprattutto, fino a che punto la riflessione deontologica europea sia in grado di tenere conto del pluralismo culturale.

4. *Circoncisione rituale maschile e ruolo del medico in prospettiva comparata: profili di criticità e pluralità di posizioni*

Le caratteristiche della circoncisione rituale maschile mettono in crisi alcuni dei principi fondamentali della deontologia professionale e, più in generale, dell'approccio delle categorie di professionisti coinvolti rispetto a quello che è tradizionalmente il loro ruolo. Ciò è incrementato dall'assenza di un consenso medico sugli effetti positivi e negativi della circoncisione.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Litleskare *et al.*, *Refusals to perform ritual circumcision: A qualitative study of doctors' professional and ethical reasoning*, in «BMC Medical Ethics», 21, 2020, n. 5, cui si rimanda per un approfondimento e per i dati delle interviste menzionate.

[35] *Ibidem*.

[36] P. Gulbrandsen, *Ritual circumcision of boys*, in «Journal of the Norwegian Medical Association», 121, 2001, n. 25, p. 2994. Per i temi affrontati nella nostra ricerca è interessante menzionare un'ulteriore indagine condotta su studenti di medicina norvegesi comparando tre ambiti comuni alla nostra indagine: aborto, eutanasia e circoncisione. I risultati hanno mostrato come la maggior parte degli studenti fosse incline a rifiutare per motivi di coscienza la partecipazione all'eutanasia (62%), solo il 19% pratiche abortive e un significativo 52% la circoncisione non terapeutica. S.J. Nordstrand *et al.*, *Medical students' attitudes towards conscientious objection: A survey*, in «Journal of Medical Ethics», 40, 2013, pp. 609-612.

Come tali difficoltà siano fortemente legate a fattori culturali emerge dall'analisi comparata di alcune posizioni delle categorie professionali di riferimento.

Uno degli esempi più significativi è rappresentato dalla reazione di 38 medici di diversi paesi europei, Canada e Australia alla posizione assunta nel 2012 dall'American Academy of Paediatrics (AAP). Nel *policy statement* l'AAP aveva indicato i seguenti principi:

> health benefits of circumcision outweigh the risks; health benefits are not great enough to recommend routine circumcision for all male newborns; the benefits of circumcision are sufficient to justify access to this procedure for families choosing it and to warrant third-party payment for circumcision of male newborns; [parents] ultimately should decide whether circumcision is in the best interests of their male child; to weigh medical information in the context of their own religious, ethical, and cultural beliefs and practices […] the medical benefits alone may not outweigh these other considerations for individual families[37].

Gli autori dell'articolo hanno ritenuto che la posizione dell'AAP fosse «strongly culturally biased» in ragione della maggior frequenza della circoncisione negli Stati Uniti[38].

L'articolo affronta anche il tema del dibattito sulla circoncisione ritenendo che

> lacks a serious discussion of the central ethical dilemma with, on one side, parents' right to act in the best interest of the child on the basis of cultural, religious, and health related beliefs and wishes and, on the other side, infant boys' basic right to physical integrity in the absence of compelling reasons for surgery[39].

Tale posizione è simile a quella sostenuta da alcune associazione pediatriche tedesche in un documento nel quale – riprendendo i diritti del minore, inclusa l'autodeterminazione, il principio di non discriminazione rispetto al divieto di mutilazioni genitali femminili e facendo riferimento all'auspicabilità di alternative simboliche alle pratiche circoncisorie – vengono espressi principi rilevanti in relazione al ruolo dei genitori e del medico.

Rispetto ai primi si afferma chiaramente che «[t]he parents right to educate and freedom of religion *end here*, where the rights to physical integrity of an underage person and child who is incapable of giving consent are infringed (Art. 2 GG), without there being a clear medical indication»[40].

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[37] AAP, *Task force on circumcision, circumcision policy statement*, e Id., *Task force on circumcision, male circumcision*, entrambi in «Pediatrics», 130, 2012, pp. 585 ss.

[38] M. Frisch *et al.*, *Cultural bias in the AAP's 2012 technical report and policy statement on male circumcision*, in «Pediatrics», 131, 2018, n. 4, pp. 796-800.

[39] Ivi, p. 799.

[40] W. Hartmann, *Expert Statement: Dr med. Wolfram Hartmann, President of Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte [German Pediatric Society] for the Hearing on the 26th of November 2012 Concerning the Drafting of a Federal Government Bill*, BVKJ, 2012 (corsivo aggiunto).

Con riferimento ai medici si pone invece un interrogativo che riassume efficacemente le difficoltà poste dal pluralismo culturale. Si ritiene in particolare che ai medici

must be allowed as advocates of child welfare, to question thousand years old religious rites and customs, which permanently impair the physical integrity of an underage person or child who is incapable of consent, and in the 21st century, based on new findings, stimulate people to think about them, asking whether or not it would be also possible for boys to be educated in the religious tradition of their parents without needing to have their foreskins removed[41].

Sul piano deontologico, i CDM degli ordinamenti europei non disciplinano generalmente la circoncisione. In alcuni casi sono stati però adottati pareri o linee guida. Ne emerge una generale contrarietà alla circoncisione senza il consenso o con il rifiuto del minore, la conseguente opportunità di posticiparla a un'età in cui il bambino sia in grado di comprendere, la necessità di prevedere rituali simbolici e di dialogare con le comunità di riferimento in considerazione della complessità culturale che caratterizza la circoncisione, che ne rende difficile l'eliminazione nonostante la contrarietà con alcuni principi medico-deontologici[42].

La diversità di posizioni con particolare riferimento alla liceità o meno della circoncisione, al ruolo del medico e a come gestire la valutazione del «best interest» emerge chiaramente dall'analisi comparata dei documenti adottati dalle associazioni mediche nei Paesi Bassi (Royal Dutch Medical Association – KNMG)[43] e nel Regno Unito[44].

La prima assume una posizione netta nel ritenere la circoncisione non terapeutica contraria ai principi dell'etica medica, sottolineando come il suo obiettivo sia quello di «minimise NTC of male minors» e la presenza di «good reasons for a legal prohibition» di tale pratica.

Copyright © 2024 by Società editrice il Mulino

[41] *Ibidem*.

[42] Tali principi sono riscontrabili ad esempio nelle posizioni assunte dalle categorie professionali in Svezia, Danimarca, Paesi Bassi e Norvegia. Per un breve quadro comparato, cfr. BMA, *Non-Therapeutic Male Circumcision (NTMC) on Children. Practical Guidance for Doctors*, 2019; KNMG, *Non-Therapeutic Circumcision of Male Minors*, cit.; Nordic Ombudsmen for Children, *Let the Boys Decide on Ritual Circumcision. Joint Statement from the Nordic Ombudsmen for Children and Pediatric Experts*, Oslo, 30 settembre 2013; P. Gulbrandsen, *Ritual circumcision of boys*, cit.

[43] KNMG, *Non-Therapeutic Circumcision of Male Minors*, cit.

[44] BMA, *Non-Therapeutic Male Circumcision (NTMC) on Children*, cit., cui si aggiungono le regole contenute nel già citato GMC, *General Medical Practice* e in alcune linee guida specificatamente dedicate, a dimostrazione della maggiore sensibilità sul tema, alla tutela dei bambini e all'impatto delle convinzioni personali del medico: GMC, *Protecting Children and Young People. The Responsibilities of All Doctors*, 2018; Id., *0-18 Years: Guidance for all Doctors and the Law*, 2018; Id., *Personal Beliefs and Medical Practice*, 2013. Su quest'ultimo cfr. *supra*, cap. VII e vol. II, cap. IX.

La British Medical Association (BMA), invece, in linea con il GMC, ritiene di non dover prendere una posizione sull'accettabilità della circoncisione in ragione dell'assenza di consenso nella letteratura scientifica e nei dibattiti pubblici; sottolinea la necessità di non assumere posizioni influenzate culturalmente e che l'obiettivo della *guidance* sia semplicemente quello di dare dei punti di riferimento agli operatori sanitari.

Due approcci deontologici che, come visto per altre tematiche eticamente e giuridicamente sensibili[45], possono avere un impatto nell'ampliare o restringere l'attitudine dei professionisti a farsi carico dei conflitti sollevati dal pluralismo etico e culturale.

Le differenze emergono anche dalla valutazione dei «best interests» del minore.

La KNMG, pur ritenendo che si possa considerare «in the presumed interest of the child to undergo [non therapeutic circumcision] because it was associated with important cultural and religious benefits» precisa che «[it] should be pointed out that there is no evidence for this assumption in the literature». Al contrario la BMA sottolinea l'importanza di valutare i «best interests» del bambino considerando «the religious and cultural beliefs and values of the child or young person and their parents as well as any social, psychological and emotional benefits», incluso anche l'impatto che il divieto o il ritardo della circoncisione potrebbero avere. Significativamente le norme deontologiche inglesi, pur ribadendo la necessità di personale medico qualificato, prevedono la possibilità di considerare il coinvolgimento di un membro della comunità nello svolgimento della pratica.

Sul piano della gestione dei potenziali conflitti etici, va inoltre ricordato che la «medicalizzazione» si inserisce in un contesto di asimmetria informativa, nel quale le posizioni del professionista, pur non venendo esplicitate come obiezione o rifiuto di coscienza, possono influire sulla possibilità concreta di costruire un percorso di mediazione. Uno studio tedesco ha evidenziato, ad esempio, il rifiuto di praticare la circoncisione di diversi professionisti. Tra questi il direttore di un reparto di chirurgia pediatrica ha affermato di aver «persuaded no fewer than three quarters of the parents he had seen to rethink circumcision»[46].

Oltre ai motivi etico-professionali, andrebbero infine considerati, dal punto di vista sia della disciplina sia dell'organizzazione amministrativa, anche i timori di rischi legali a fronte di una pratica non ritenuta terapeuticamente necessaria.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[45] Cfr., ad esempio, i diversi approcci della deontologia nel suicidio assistito, vol. II, cap. IV.

[46] J. Bernaerts, *The German legislative response*, cit., p. 264. Più in generale sul ruolo della «persuasione» in medicina cfr. ad esempio B.D. Earp, *Does religion deserve a place in secular medicine?*, in «Journal of Medical Ethics», 41, 2015, n. 11, pp. 865-866.

5. *Limiti e potenzialità della deontologia medica italiana nei possibili percorsi di «reasonable accommodation»*

Le posizioni della deontologia italiana, dal parere del consiglio dell'ordine di Torino del 2016 alle affermazioni della FNOMCeO nel 2019, testimoniano una tendenziale apertura della categoria professionale.

Il parere esclude la contrarietà della circoncisione alla deontologia, precisando però che «non può mai sovrastare la coscienza soggettiva del medico al quale deve essere garantito il principio generale giuridico e deontologico del diritto di obiezione di coscienza» poiché la sua libertà di coscienza «non può essere sacrificata alla coscienza religiosa». Si sottolineava inoltre il necessario intervento di un medico, il rispetto degli standard professionali, etici, e giuridici, escludendo che la circoncisione potesse essere posta a carico del SSN[47].

Nel 2019 la FNOMCeO, in una posizione congiunta con l'AMSI (Associazione medici di origine straniera in Italia) ha sottolineato invece la necessità di una regolamentazione della circoncisione negli ospedali pubblici e privati per evitare pratiche illegali e pericolose e l'inserimento nei LEA[48].

Considerato il ruolo che, come più volte ricordato, la deontologia può avere nel guidare le scelte dei professionisti, sarebbe tuttavia auspicabile una maggiore attenzione da parte della categoria professionale anche nei codici deontologici. Ciò vale sia nei contenuti sia nella previsione di confronti interculturali (oltre che interdisciplinari) nell'elaborazione del codice.

Attualmente entrambi questi profili sono assenti nel modello di deontologia italiano.

Nessuna norma del CDM disciplina o nomina la circoncisione.

Il codice contiene inoltre norme che possono avere una funziona ambivalente. Alcune possono promuovere il dialogo e la ricerca di un compromesso. Si pensi alle norme che tutelano i diritti del minore, al principio di non discriminazione, all'equivalenza del tempo della comunicazione come tempo di cura e, più nello specifico, alle norme che riguardano la relazione di cura, l'informazione e la costruzione della fiducia.

Altre norme possono invece limitare la costruzione di un bilanciamento.

Si pensi, ad esempio, all'art. 52 in base al quale «[i]l medico non attua mutilazioni o menomazioni non aventi finalità diagnostico-terapeutiche anche su richiesta dell'interessato» e all'art. 18 ai sensi del quale «[i] tratta-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[47] *Circoncisione. Omceo Torino: «Motivi religiosi non possono mai sovrastare la coscienza del medico»*, in «www.quotidianosanita.it», 8 giugno 2016.

[48] FNOMCeO, *La circoncisione sia inserita nei LEA*, comunicato stampa del 25 marzo 2019: https://portale.fnomceo.it/anelli-fnomceo-la-circoncisione-sia-inserita-nei-lea/ (ultima consultazione 10/2/21).

menti che incidono sull'integrità psicofisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona».

Per creare il terreno idoneo a forme di mediazione è necessario quindi incrementare la riflessione anche in prospettiva deontologica sulla necessità di affrontare i temi legati alla circoncisione e, più in generale, al pluralismo culturale, andando «oltre» la concezione di ciò che tradizionalmente rientra nel ruolo del medico e della medicina[49].

È attraverso una maggiore consapevolezza del fatto che prendersi cura in un contesto interculturale richieda di tenere conto anche della persona nella complessità delle sue convinzioni culturali e di interpretare in maniera dinamica ed evolutiva i principi deontologici (e giuridici) che si possono costruire forme efficaci di *reasonable accommodation* per molti dei conflitti analizzati nella nostra ricerca.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

[49] Alla luce del crescente pluralismo culturale, della mobilità europea e della diversità di posizioni menzionate, sarebbe auspicabile una riflessione congiunta delle categorie professionali, almeno su alcuni profili basilari, a livello europeo.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Postfazione

Il sopravvento della pandemia

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Il 21 febbraio del 2020 ci siamo recate in uno degli ospedali coinvolti nella nostra ricerca con lo scopo di intervistare il primario e alcuni dei medici del reparto di terapia intensiva, che avevano dato la loro disponibilità a incontrarci, rispondere alle nostre domande e confrontarsi con noi sui temi della ricerca. Nel pomeriggio era programmato un corso di formazione sull'etica clinica nelle scelte di fine vita al quale avremmo avuto la possibilità di partecipare come uditrici e osservatrici.

Da poco più di un mese si discuteva a livello internazionale sul Coronavirus Sars-Cov-2. Pochi giorni prima (il 30 gennaio) erano stati accertati i primi casi in Italia ed era stato dichiarato lo stato di emergenza, ma si trattava di casi di importazione e, sebbene si temesse l'arrivo dell'epidemia, nessuno prevedeva la situazione in cui saremmo stati catapultati da lì a poco.

Quella mattina le principali testate giornalistiche trasmisero la notizia del ricovero in terapia intensiva di un giovane uomo che, a Codogno, era stato sottoposto al test per il Covid, sebbene il suo caso non rientrasse nel protocollo diagnostico stabilito. Nel giro di pochi giorni, tutti i media nazionali si sarebbero riferiti a quel giovane come il paziente uno. Nel corso della mattinata altre notizie preoccupanti si aggiunsero, man mano che altre persone venivano testate. A Vo' Euganeo era stato scoperto un secondo focolaio. La situazione precipitava di ora in ora. Mentre le interviste si svolgevano, il primario e gli operatori seguivano con una certa preoccupazione il corso degli eventi, nella consapevolezza che di lì a poco avrebbero dovuto fronteggiare l'epidemia. Nessuno, comunque, ne intuiva la portata e nessuno prevedeva le implicazioni profonde e drammatiche che avrebbe avuto per la nostra società.

Nel pomeriggio, durante la formazione rivolta agli operatori (medici e infermieri di vari reparti di terapia intensiva), i docenti proposero il noto di-

Questa Postfazione è di Laura Ferrero, Elisabetta Pulice e Ana Cristina Vargas.

lemma del carrello ferroviario, proposto da Philippa Foot nel 1967[1], nell'ambito del dibattito sul tema dell'aborto e sull'applicazione della dottrina del doppio effetto.

Nel dilemma originale l'autrice confronta due situazioni artificialmente costruite.

Il primo caso è quello di un giudice o di un magistrato che, agendo come negoziatore nel corso di una rivolta, deve decidere se accettare la richiesta degli insorti, che minacciano di uccidere cinque membri innocenti della comunità tenuti in ostaggio a meno che il giudice non incolpi e condanni a morte un innocente.

Il secondo caso è quello del conduttore di un carrello ferroviario in corsa, che non può fermare il suo mezzo, ma può solo decidere se spostarsi da un binario in cui ci sono cinque lavoratori che saranno inevitabilmente uccisi, ad un altro in cui vi è un unico operaio, anch'egli destinato a perire nell'incidente.

In entrambi i casi un uomo muore perché cinque possano salvarsi ma, per l'autrice, le due situazioni non si equivalgono sul piano etico. Nel primo caso, la morte di un individuo (sebbene provocata da buone ragioni) è il mezzo per ottenere un fine (la salvezza dei cinque ostaggi); nel secondo caso la morte di un individuo è la conseguenza indesiderata del tentativo di salvare le altre cinque persone, ma non è il mezzo attraverso cui questo fine è raggiunto. La differenza radicale fra i due scenari è l'intenzionalità: nel primo caso c'è un'azione concreta che in modo intenzionale e diretto provoca un danno ad un altro essere umano, quindi la dottrina del doppio effetto non può essere invocata. Nel secondo caso, invece, la dottrina del doppio effetto è pertinente perché il danno che viene inflitto, anche se previsto, non è intenzionalmente provocato da chi prende la decisione.

Il dilemma, postulato per mettere in luce i principi etici che entrano in ballo nella valutazione di situazioni in cui il miglior interesse di due esseri umani confligge (nello specifico la madre e il feto), ha in origine l'obiettivo di scomporre, per così dire, la dottrina del doppio effetto, mettendo in evidenza il processo di ragionamento che è chiamato in causa nella sua applicazione e i possibili risvolti critici di questo.

Nel corso della formazione alla quale abbiamo partecipato è stata usata una versione modificata del dilemma, in cui il carrello ferroviario è lanciato a tutta velocità contro un binario nel quale giacciono cinque persone legate, ma chi decide non è l'autista del mezzo bensì un osservatore esterno. I discenti dovevano immaginare di essere spettatori della scena e di aver a portata di mano una leva che potevano azionare per ridirezionare il carrello

[1] P. Foot, *The problem of abortion and the doctrine of the double effect*, in «Oxford Review», 1967, n. 5. Disponibile online su http://pitt.edu/~mthompso/readings/foot.pdf (ultima consultazione 2/12/2020).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

verso un altro binario in cui giaceva un'unica persona legata. «Che cosa fate?» avevano chiesto i docenti. I partecipanti, senza eccezioni, avevano risposto che avrebbero azionato la leva.

A quel punto era stata proposta una seconda situazione, in cui per fermare il carrello ferroviario i discenti avrebbero dovuto spingere giù da un ponte un uomo robusto, la cui corporatura avrebbe fermato il carrello, ma che sarebbe perito nell'impatto. Di fronte a questo secondo esempio, medici e infermieri si divisero: i più, in un modo o nell'altro, evitarono di rispondere; alcuni dissero che nemmeno in quelle circostanze ritenevano giustificabile uccidere una persona; pochissimi altri, invece, dissero che ritenevano che la scelta di salvare i cinque fosse comunque la migliore e si schierarono in favore di spingere l'uomo giù dal ponte. Un elemento trasversale, comunque, fu la difficoltà a spiegare, usando argomenti di tipo etico o filosofico, il perché delle proprie scelte. La maggior parte degli operatori si riferì piuttosto a considerazioni di ordine emotivo («non me la sentirei») o riferì di percepire intuitivamente errata una data decisione sul piano morale («di pancia mi sembra sbagliato»).

Una volta spiegato il concetto di doppio effetto, e chiarite le differenze fra i due dilemmi, i docenti chiesero ai partecipanti di trovare, nella loro pratica professionale, esempi in cui si erano trovati in situazioni in cui il miglior interesse di due pazienti fosse in conflitto e fosse compito loro prendere una decisione in merito. Il pensiero andò immediatamente al numero insufficiente di letti e alla necessità di decidere a chi dare priorità nel ricovero in un reparto di terapia intensiva. Ne seguì un'interessante discussione sui criteri di ammissione alle cure intensive, sull'appropriatezza delle cure e sul senso del limite.

A distanza di molti mesi quel dibattito continua a tornarci alla memoria perché anticipava uno dei più complessi e controversi quesiti etici emersi nel corso della pandemia: quello della necessità di garantire il diritto alla salute ai malati di Covid-19, in una situazione in cui le risorse erano materialmente insufficienti per soddisfare le esigenze di tutti. Nel tentativo di dare una risposta, quantomeno parziale e provvisoria, ai dubbi degli operatori che da soli si stavano trovando a fronteggiare l'emergenza, la SIAARTI produsse il documento *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, che prendeva atto del grave squilibrio tra le necessità cliniche della popolazione e la disponibilità di risorse nelle terapie intensive.

Infatti, le proporzioni e la complessità della prima ondata della pandemia avevano generato gravi squilibri a tutti i livelli, dal Pronto Soccorso alla medicina del territorio, e avevano messo in luce numerose criticità e debolezze di un sistema pubblico gravato, soprattutto negli ultimi anni, da un consistente disinvestimento.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Tra le molte cose che la pandemia ha messo in crisi, c'è anche la declinazione nella pratica clinica di principi giuridici, come ad esempio il diritto alla migliore assistenza sanitaria e al migliore trattamento possibile. Qual è il migliore trattamento possibile in una situazione non solo di urgenza e di necessità di assumere delle decisioni in tempi brevissimi, ma anche di squilibrio tra le necessità cliniche della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse, in particolare nelle terapie intensive?

Si tratta di un problema di difficile soluzione in condizioni di normalità, che è stato inevitabilmente esasperato nel corso della pandemia. In un contesto affine a quelli evocati nella medicina delle catastrofi, per il quale il sistema sanitario si è trovato impreparato, gli operatori si sono confrontati con una condizione di incertezza assoluta, e hanno dovuto colmare come meglio hanno potuto la mancanza di indicazioni concrete e univoche su come agire per contrastare il virus sconosciuto e per garantire l'assistenza a un numero senza precedenti di malati critici.

Nello scenario quasi bellico della prima ondata, il documento SIAARTI si assunse la responsabilità di dare delle indicazioni e di supportare i medici che dovevano affrontare il peso concreto di scelte drammatiche. Nelle Raccomandazioni, di cui abbiamo parlato in più occasioni nel secondo volume della ricerca, il gruppo di bioetica rifletteva sui criteri di accesso e di dimissione dalle cure intensive, tenendo conto tanto dell'appropriatezza clinica, quanto del principio di giustizia distributiva e della necessità di agire nell'ottica di garantire un'appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate.

In quest'ottica, gli estensori mettono in discussione l'automatismo del criterio «first come, first served», e puntano invece verso l'attuazione di un *triage* volto a salvare il maggior numero di vite possibile. Se lo scenario decisionale fosse diventato analogo a quello proposto nel dilemma del carrello ferroviario, i medici avrebbero dovuto prendere in esame più fattori quali la gravità della malattia, la presenza di comorbidità, la compromissione di altri organi e apparati e la reversibilità dei danni per decidere il da farsi. Il documento suscitò numerose controversie a livello italiano e internazionale, che non si sono ancora placate. Al centro del dibattito pubblico, particolare attenzione è stata riservata alla questione dell'età. Nel terzo punto delle Raccomandazioni infatti leggiamo:

> Può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha *in primis* più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone.

Amplificate e, per certi versi, travisate dai mass media, queste parole provocarono una forte paura nelle persone, soprattutto anziane, che si chiedevano angosciate quale fosse «l'età massima» per aver diritto alle cure in-

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

tensive. I timori e le manipolazioni non si sono fatte attendere e hanno affiancato, rendendo più confuso e faticoso, il dibattito scientifico.

Su sollecitazione dell'Istituto superiore di sanità, qualche mese più tardi, quando ormai la prima ondata era finita, venne avviato un percorso interdisciplinare di lavoro sul tema e, nel mese di novembre, quando la seconda ondata era alle porte, fu pubblicato il documento *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia Covid-19*[2], a cura della SIAARTI, della SIMLA (Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni) e di esperti di ambito giuridico.

Il documento, che abbiamo esaminato nel secondo capitolo del volume II, ribadisce il dovere dello Stato e del sistema sanitario nazionale di tutelare i principi di universalità, uguaglianza, non discriminazione, solidarietà e autodeterminazione anche di fronte all'aumento della domanda di assistenza sanitaria dettato dall'emergenza. Il documento, inoltre, ritiene indicato il ricorso al *triage* piuttosto che ad un criterio cronologico (l'ordine di arrivo) o casuale, nell'ottica di garantire l'accesso al trattamento al maggior numero possibile di pazienti che ne possano trarre beneficio. L'età, un parametro che non ha a che fare esclusivamente con il piano sanitario, ma che ha anche valenze sociali profonde, è stato considerato un elemento da includere nella valutazione, non come dato assoluto bensì come parte dell'esame anamnestico delle condizioni di salute della persona. Non c'è, dunque, un'età massima oltre la quale non si può accedere alla terapia intensiva, ma si tiene conto dell'età in relazione alle condizioni cliniche che il paziente presenta al momento del ricovero e al beneficio che potrebbe trarre da un dato trattamento.

La crisi che la pandemia ha provocato nel sistema sanitario ha riguardato, in molti sensi, i suoi valori fondanti, mettendo in questione, ad esempio, gli strumenti necessari a gestire il conflitto tra gli obiettivi di salute pubblica (massimo beneficio per il maggior numero di persone) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente. Se il sistema entra in crisi, e se non ci si può basare su robuste prove di efficacia (come è accaduto trattandosi di un virus nuovo e sconosciuto), è necessario chiedersi quali sono le basi su cui un professionista fonda le proprie scelte e quali sono le responsabilità che ne conseguono. Quando le tradizionali forme di codificazione del sapere scientifico non sono sufficienti, quali strumenti possono offrire il diritto e la deontologia per affrontare dilemmi morali drammatici e gestire i conflitti che emergono?

In casi come questi, sono i riferimenti di etica clinica e deontologici a dover svolgere, unitamente ai principi fondamentali dell'ordinamento giuridico,

[2] SIMLA-SIAARTI, *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia Covid-19*, testo integrale disponibile sul sito: https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2020/11/Documento-SIMLA-SIAARTI.pdf (ultima consultazione 2/12/2020).

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

un ruolo essenziale nell'orientare il medico. A tal fine è necessario avviare delle riflessioni interdisciplinari sulla lettura che il diritto dà a queste fonti e sulla costruzione più chiara dei rapporti tra diritto, scienza e deontologia.

La complessità delle questioni bioetiche che si pongono in situazioni emergenziali come quella che stiamo affrontando richiederebbe una trattazione ampia, e hanno motivato il Laboratorio dei Diritti Fondamentali ad avviare un nuovo progetto di ricerca incentrata sulle scelte imposte ai medici dalla insufficienza dei mezzi disponibili. Questa ricerca è al momento in corso.

L'impatto dell'emergenza sanitaria che stiamo ancora affrontando si è fatto sentire a tutti i livelli del sistema sanitario e non è possibile in questa sede fare un elenco esaustivo delle problematiche emerse nei vari ambiti indagati nella nostra ricerca. Ci pare però significativo illustrare come – seppur fossimo già in chiusura della ricerca – l'effetto dirompente e trasformativo che la pandemia ha avuto sul sistema sanitario nazionale sia stato chiaramente visibile praticamente in tutti gli ambiti che stavamo indagando. Ripercorrendo rapidamente i temi che sono stati trattati nel volume I, sottolineiamo – a titolo assolutamente non esaustivo – come la gestione della pandemia abbia interagito in maniera forte anche con servizi non legati strettamente alla gestione dell'emergenza. Nel caso dell'interruzione volontaria di gravidanza, della procreazione medicalmente assistita e dell'ambulatorio di circoncisione rituale maschile ciò che ha negativamente condizionato l'accesso dei pazienti è stata la chiusura delle attività ambulatoriali.

Nell'ambito dell'IVG – dove l'accesso alle prestazioni è strettamente legato a un preciso criterio di tempo (entro un certo tempo per richiedere l'aborto farmacologico ed entro un certo tempo per richiedere IVG) il rallentamento del ritmo degli accessi che è stato riscontrato in alcuni contesti si è trasformato in impossibilità a ottenere la prestazione, con evidenti conseguenze per la tutela della salute delle donne. Le manifestazioni che si sono tenute in alcune piazze italiane sono il riflesso di precise richieste.

Senza entrare nel merito del dibattito e delle differenze tra diverse Regioni, va però ricordato che questa limitazione all'accesso aveva la potenzialità di introdurre nel sistema sanitario modifiche che non avrebbero smesso di dare i loro frutti anche a pandemia conclusa. Ci riferiamo all'emanazione della circolare ministeriale di *Aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine* che richiama i convincimenti della comunità scientifica internazionale, nonché l'esperienza di gran parte degli altri paesi europei nella pratica delle interruzioni di gravidanza con metodo farmacologico. La circolare ha autorizzato il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico fino a 9 settimane compiute di età gestazionale e la somministrazione della procedura medica «presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Regione, nonché consultori, oppure day hospital». Alcune soluzioni (come quella di prevedere in via transitoria una procedura totalmente da remoto, monitorizzata da servizi di telemedicina, come è già avvenuto in Francia e nel Regno Unito) erano evidentemente pensate per un periodo emergenziale, altre (come la deospedalizzazione delle pratiche relative all'IVG) rispondevano a richieste che alcuni fanno da tempo per rispondere ai problemi organizzativi legati all'alto numero di ginecologi obiettori. Purtroppo va constatato che questa circolare è stata l'ennesima occasione per riaprire il dibattito sul tema dell'interruzione di gravidanza, oltre che l'ennesima occasione che in alcune Regioni ha permesso di rimarcare la volontà politica di avere norme restrittive per l'accesso all'IVG.

Nel caso dell'ambulatorio di circoncisioni rituali aperto in via sperimentale presso un ospedale torinese, il carattere non emergenziale – oltre che non strettamente clinico – dell'attività ha fatto sì che ne fosse decretata la chiusura. L'attività è sospesa da inizio 2020 e ancora non si può prevedere quando potrà ripartire. Purtroppo, sopraggiunte indicazioni rispetto agli ospedali pediatrici (questa volta non dipendenti dal Covid-19) hanno nel frattempo modificato i criteri di età per l'accesso all'ambulatorio, causando il fatto che la maggior parte di coloro che erano in lista d'attesa al momento dell'inizio della pandemia non potranno più essere trattati.

Un analogo rischio di esclusione si ravvisa nei percorsi di PMA. Specularmente a quanto riportato in apertura di questa Postfazione, anche nel caso degli ambulatori di PMA ci trovavamo impegnate nella conduzione delle ultime interviste pochi giorni prima che si realizzasse la portata di ciò che stava avvenendo. In un giorno di inizio marzo, entrando in un Centro di PMA trovammo un'infermiera impegnata nelle chiamate a diverse coppie a cui stava comunicando l'annullamento degli appuntamenti fino a data da destinarsi. Visto che spesso le persone che si rivolgono a questo servizio sono vicine all'età massima per effettuare i trattamenti, anche in questo contesto il blocco degli accessi ha di fatto causato l'esclusione dal percorso di molti.

Nonostante queste criticità, uno sguardo alla situazione internazionale e, in particolare, a quei paesi in cui la salute è privatizzata, ci ricorda l'importanza della presenza di un sistema pubblico e universalistico nel garantire il diritto alla salute. In un'ottica di tutela e potenziamento del servizio pubblico, sarebbe auspicabile che le esigenze poste dalla pandemia si possano trasformare in un'occasione di ripensamento dei principi, di capillarizzazione della rete di cura (come nel caso dello spostamento sul territorio della procedura farmacologica di interruzione di gravidanza) e di ottimizzazione delle pratiche assistenziali.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Bibliografia

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Bibliografia

Copyright © 2022 by Società editrice il Mulino

AAP, *Circumcision policy statement*, in «Pediatrics», 130, 2012, pp. 585 ss.
Abraham, D., *Circumcision: Immigration, religion, history, and constitutional identity in Germany and the U.S.*, in «German Law Journal», 18, 2012, n. 7, pp. 1745-1762.
Abu Awwad, V., *Obiezione di coscienza e aborto farmacologico*, in «www.penalecontemporaneo.it», 27 giugno 2013.
Agosta, S., D'Amico, G. e D'Andrea, L., *La procreazione medicalmente assistita. Bilancio di un'esperienza, problemi e prospettive*, Napoli, Edizioni Scientifiche, 2017.
Alahmad, G. e Dekkers, W., *Bodily integrity and male circumcision: An Islamic perspective*, in «Journal of the Islamic Medical Association of North America», 44, 2012, n. 1.
Alpa, G. e Zatti, P. (a cura di), *Codici deontologici e autonomia privata*, Milano, Giuffrè, 2006.
Andaya, E. e Mishtal, J., *The erosion of rights to abortion care in the United States: A call for a renewed anthropological engagement with the politics of abortion*, in «Medical Anthropology Quarterly», 31, 2016, pp. 40-59.
Angelini, F., *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020.
Angelucci, A., *Libertà religiosa e circoncisione in Italia: una questione di specialità confessionale*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 35, 2016.
— *Dietro le circoncisioni. La sfida della cittadinanza e lo spazio di libertà religiosa in Europa*, Torino, Giappichelli, 2018.
Angioni, F., *Il nuovo codice di deontologia medica*, in «Criminalia», 2, 2007, pp. 277-289.
Arie, S., *Is abortion worldwide becoming more restrictive?*, in «British Medical Journal», rivista telematica, 2012.
Autorino, T., Mattioli, F. e Mencarini, L., *The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access*, in «Social Science Research», 87, 2020.
Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J., Sitta, R. e Puren, A., *Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV Infection risk: The ANRS 1265 trial*, in «PLoS Medicine», 2, 2005, n. 11.

Bailey, R.C., Moses, S., Parker, C.B. *et al.*, *Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial*, in «Lancet», 369, 2007, pp. 645-656.
Bajos, N. e Ferrand, M., *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, 2002.

Baldini, V., *La concretizzazione dei diritti fondamentali. Tra limiti del diritto positivo e sviluppi della giurisprudenza costituzionale e di merito*, Napoli, Editoriale scientifica, 2015.
Bartole, S., *La Costituzione è di tutti*, Bologna, Il Mulino, 2012.
Basaglia, F., *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.
Beaman, L.G. (a cura di), *Reasonable Accommodation: Managing Religious Diversity*, Vancouver-Toronto, UBC Press, 2012.
Becker, G., *The Elusive Embryo, How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 2000.
Benciolini, P., *La deontologia dai galatei ai codici deontologici*, in «La professione. Medicina scienza etica e società», 2010.
Bernaerts, J., *A medical and legal analysis of circumcision of male children*, in W. Benedek, Benoît-Rohmer, F., Karl, W., Kettemann, M.C. e Nowak, M. (a cura di), *European Yearbook on Human Rights 2014*, Antwerp-Graz, Intersentia, 2014, pp. 443-460.
— *The German legislative response to the circumcision of male children*, in «RphZ», 2, 2016, n. 3, pp. 258-265.
Bertini, I., *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Uso e abuso del richiamo alla natura*, Bologna, Il Mulino, 2018.
Bestard, I., *Kinship and the new genetics. The changing meaning of biogenetic substance*, in «Social Anthropology: The Journal of European Association of Social Anthropology», 12, 2004, n. 3, pp. 253-263.
Beynon-Jones, S.M., *Expecting motherhood? Stratifying reproduction in 21st-Century Scottish abortion practice*, in «Sociology», 47, 2013, n. 3, pp. 509-525.
Bin, R., *La Corte e la scienza*, in A. D'Aloia (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Milano, Giappichelli, 2005, pp. 1-22.
— *Diritti e fraintendimenti: il nodo della rappresentanza, in Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, Jovene, 2005, vol. I, pp. 345-374.
— *Critica della teoria dei diritti*, Milano, FrancoAngeli, 2018.
BMA, *Non-Therapeutic Male Circumcision (NTMC) on Children. Practical Guidance for Doctors*, 2019.
Bo, M., Zotti, C.M. e Charrier, L., *Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy*, in «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 20, 2015, n. 4, pp. 272-282.
Boltanski, L., *La condition foetale: Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004; trad. it. *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto*, Milano, Feltrinelli, 2007.
Boon, J.A., *Circumcision/uncircumcision: An essay amidst the history of a difficult description*, in S.B. Schwartz (a cura di), *Implicit Understandings: Observing, Reporting, and Reflecting on the Encounters Between Europeans and Other Peoples in the Early Modern Era*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 556-585.
Borsellino, P., *Introduzione*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 3-10.
Borsellino, P., Forni, F. e Salardi, S. (a cura di), *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101.
Breig, B., *Law and religion in Germany: The case of circumcision of boys*, in J. Gerlach e J. Töpfer (a cura di), *The Role of Religion in Eastern Europe Today*, Wiesbaden, Springer VS, 2015, pp. 83-92.
Brunelli, G., *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in G. Brunelli, A. Pugiotto e

Copyright © 2019 by Società editrice il Mulino

P. Veronesi (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare. Il diritto costituzionale come regola e limite al potere*, Napoli, Jovene, 2009, vol. III.
Brusco, C., *Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dal c.d. decreto Balduzzi*, in «Diritto penale contemporaneo», 4, 2013, pp. 51-71.
— *La responsabilità sanitaria civile e penale. Orientamenti giurisprudenziali e dottrinali dopo la legge Gelli-Bianco*, Torino, Giappichelli, 2018.
Buratti, A., *Sui bandi di concorso per i medici non obiettori: problemi applicativi e ricadute sul rapporto di lavoro*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, pp. 357-359.
Busatta, L., *Nuove dimensioni del diritto all'interruzione volontaria di gravidanza, tra divieto di discriminazioni e diritto al lavoro. Commento alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, reclamo collettivo n. 91/2013, CGIL c. Italy, 11 aprile 2016*, in «DPCE Online», 2016.

Cabrol, V., *La codification de la déontologie médicale*, in «Revue générale de droit médical», 16, 2005, pp. 103-123.
Cadoret, A., *Des parents comme les autres: Homosexualité et parenté*, Paris, Odile Jacob, 2002; trad. it. *Genitori come gli altri. Omosessualità e genitorialità*, Milano, Feltrinelli, 2008.
Camassa, E., *Procreazione e diritto. Le mobili frontiere dell'obiezione di coscienza*, in «Quaderni di diritto e politica ecclesiastica», 1, 2015, pp. 99-116.
Caputo, M., *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure*, Torino, Giappichelli, 2017.
Carsten, J. (a cura di), *Culture of Relatedness. New Approach to the Study of Kinship*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
Cartabia, M., *I principi di ragionevolezza e proporzionalità nella giurisprudenza costituzionale italiana*, in «Studi della Corte costituzionale», 2013.
Caruso, E., *Il crocevia mancato tra Roma e Strasburgo in materia di interruzione volontaria di gravidanza*, in «Comunità internazionale», LXXIV, 2019, n. 3, pp. 447-474.
— *Abortion in Italy: Forty years on*, in «Feminist Legal Studies», 28, 2020, pp. 87-96.
Casonato, C., *Legge 40 e principio di non contraddizione: una valutazione d'impatto normativo*, in E. Camassa e C. Casonato (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita. Ombre e luci*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2005, pp. 13-40.
— *Introduzione al biodiritto*, Torino, Giappichelli, 2012.
— *La fecondazione eterologa e la ragionevolezza della Corte*, in «Confronti costituzionali», 2014.
— *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in «Rivista AIC», 2016, n. 2.
Casonato, C., Busatta, L., Penasa, S. e Tomasi, M. (a cura di), *Costituzione e biodiritto*, numero speciale di «BioLaw Journal», 2, 2019.
Cembrani, F., *Il Comitato europeo dei diritti sociali, lo stato di attuazione della legge italiana sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza e la sostenibilità pubblica dell'obiezione di coscienza*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 2016, n. 27.
Chieffi, G. e Salcedo Hernández, J.R. (a cura di), *Questioni di inizio vita: Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Milano, Mimesis, 2015.
Chieffi, L. (a cura di), *La Medicina nei Tribunali*, Bari, Cacucci, 2016.
Cito, G., Coccia, M.E., Picone, R. *et al.*, *Impact of advanced paternal age on the intracytoplasmic sperm injection (ICSI) outcomes in donor egg cycles*, in «Translational Andrology and Urology», 8, 2019, n. 1, pp. 22-30.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Clarke, S., *Conscientious objection in healthcare: New directions*, in «Journal of Medical Ethics», 43, 2017, p. 191.
CNB, *La circoncisione: profili bioetici*, parere del 25 settembre 1998.
— *Obiezione di coscienza e bioetica*, parere del 12 luglio 2012.
Colla, P., *Svedesi o ebrei? Conformità religiosa e cittadinanza nella querelle sulla circoncisione rituale*, in «Contemporanea», 6, 2003, n. 4, pp. 737-749.
Comité consultatif national d'éthique, *Opinion sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse*, 8 dicembre 2020.
Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14 «The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12)»*, 2000.
Committee on the Rights of the Child, *General Comment No. 5 on the General Measures of Implementation of the CRC*, 2003.
— *General Comment No. 12 on the Right of the Child to be Heard*, 2009.
— *General Comment No. 14 on the Right of the Child to Have His or Her Best Interests Taken as a Primary Consideration*, 2013.

D'Amico, M., *L'incostituzionalità del divieto assoluto della c.d. fecondazione eterologa*, in «BioLaw Journal», 2, 2014, pp. 13-36.
— *The decision of the European Committee of Social Rights on the conscientious objection in case of voluntary termination of pregnancy (collective complaint no. 87/2012)*, in M. D'Amico e G. Guiglia (a cura di), *European Social Charter and the Challenges of the XXI Century*, Napoli, Esi, 2014.
— *I diritti contesi. Problematiche attuali del costituzionalismo*, Milano, FrancoAngeli, 2016.
— *Sui bandi di concorso per medici non obiettori: l'obiezione di coscienza è regola o eccezione in uno stato laico?*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, pp. 350-353.
— *La legge n. 194 del 1978 fra adeguamenti scientifici, obiezione di coscienza e battaglie ideologiche*, in «BioLaw Journal», 3, 2018, pp. 91-109.
D'Amico, M., Alesso, I. e Clara, M., *La cicogna e il codice. Fecondazione assistita, riflessioni e prospettive*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
D'Amico, M., Guiglia, G. e Liberali, B. (a cura di), *La Carta Sociale Europea e la tutela dei diritti sociali*, Napoli, Esi, 2013.
D'Amico, M. e Liberali, B. (a cura di), *Procreazione medicalmente assistita e interruzione volontaria della gravidanza: problematiche applicative e prospettive future*, Napoli, Esi, 2016.
De Zordo, S., *Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza. L'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna*, in «Medicina nei secoli. Arte e scienza», 28, 2016, n. 1, pp. 195-248.
— *From women's «irresponsibility» to foetal «patienthood»: Obstetricians- gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña*, in «Global Public Health», rivista telematica, 2017.
— *Voyager à l'étranger pour une IVG: une étude européenne*, paper presentato alla conferenza REVHO «IVG: progrès et perspectives», 18 maggio 2019.
De Zordo, S., Mishtal, J., Zanini, G. e Gerdts, C., *Consequences of gestational age limits for people needing abortion care during the COVID-19 pandemic*, in «Sexual and Reproductive Health Matters», 28, 2020, n. 1.
Dei, F., *Antropologia culturale*, Bologna, Il Mulino, 2012.
Del Bo, C., *L'obiezione di coscienza e la Ru-486*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 134-139.
Delafosse, M., *Haut-Sénégal-Niger* (1912), Paris, Maissoneuve et Larose, 1972.

Copyright © 2021 Società editrice Il Mulino

Denniston, G.C., Mansfield Hodges, F. e Fayre Milos, M., *Circumcision and Human Rights*, Berkeley, Springer Science, 2009.

Dessing, N.M., *Rituals of Birth, Circumcision, Marriage, and Death among Muslims in the Netherlands*, Leuven, Peeters, 2001.

Devereux, G., *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, Paris, Mouton, 1967; trad. it. *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, 1984.

D'Ippolito, E., *Kulturnormen ed inevitabilità dell'errore sul divieto: la corte di cassazione riconosce l'errore determinato da «fattori culturali» come causa di esclusione della colpevolezza*, in «Cassazione penale», 11, 2012, pp. 3711-3722.

Di Nicola, P., Lonardi, C. e Viviani, D., *Forzare la mano. Natura e cultura nella procreazione medicalmente assistita*, Milano, FrancoAngeli, 2018.

Di Silvio, R., *L'ammaternamento adottivo di figli «diversamente etnici». Tradimenti e trasgressioni della congruità razza-parentela*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018, pp. 71-100.

Douglas, M., *Purity and Danger*, Harmondworth, Penguin Books, 1970; trad. it. *Purezza e pericolo*, Bologna, Il Mulino, 1975.

Dubois, V., *Le trasformazioni dello stato sociale alla lente dell'etnografia. Le inchieste sul controllo degli assistiti sociali*, in «Etnografia e ricerca qualitativa», 2, 2009, pp. 163-187.

Durante, V., *La salute come diritto della persona*, in S. Rodotà e P. Zatti (dir.), *Trattato di biodiritto*, vol. II: *Il governo del corpo*, a cura di S. Canestrari, G. Ferrando, C.M. Mazzoni, S. Rodotà e P. Zatti, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 579 ss.

Earp, B., *Does religion deserve a place in secular medicine?*, in «Journal of Medical Ethics», 41, 2015, n. 11, pp. 865-866.

Edgar, I.R. e Russell, A. (a cura di), *Anthropology of Welfare*, London, Taylor&Francis e-Library, 2005.

Elliston, S., *The welfare of the child principle and the use of PGD: Selecting for disability*, in S. Elliston e S. McLean (a cura di), *Regulating Pre-Implantation Genetic Diagnosis*, Abingdon-Oxon, Routledge, 2012.

Eusebi, L., *Obiezione di coscienza del professionista sanitario*, in S. Rodotà e P. Zatti dir., *Trattato di biodiritto*, vol. III: *I diritti in medicina*, a cura di L. Lenti, E. Palermo Fabris e P. Zatti, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 173-187.

Farmer, P., *Aids and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, University of California Press, 1992.

Ferrero, L., *Dentro le reti per la salute dei migranti: tracce di welfare di comunità*, in E. Castagnone, P. Cingolani, L. Ferrero, A. Olmo e A.C. Vargas (a cura di), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 201-230.

Fiala, C. e Arthur, J.H., *There is no defence for «conscientious objection» in reproductive health care*, in «European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology», 216, 2017, pp. 254-258.

Fiala, C., Gemzell Danielsson, K., Heikinheimo, O., Guðmundsson, J.A. e Arthur, J., *Yes we can! Successful examples of disallowing «conscientious objection» in reproductive care*, in «The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care», 21, 2016, n. 3, pp. 201-206.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Fineschi, M., Neri, M. e Turillazzi, E., *The new Italian law on assisted reproduction technology (Law 40/2004)*, in «Journal of Medical Ethics», 31, 2005, pp. 536-539.
Flamigni, C., *La procreazione assistita*, Bologna, Il Mulino, 2002.
Flamigni, C. e Borini, A., *Fecondazione e(s)terologa*, Roma, L'Asino d'oro, 2012.
Flamigni, C. e Mori, M., *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*, Milano, Net, 2005.
— *Questa è la scienza, bellezze! La fecondazione assistita come nuovo modo di costruire le famiglie*, Torino, Ananke Lab, 2016.
Flick, G.M., *La salute nella Costituzione italiana*, in FNOMCeO (a cura di), *Cento anni di professione al servizio del Paese*, 2010.
FNOMCeO, *Codice di deontologia medica*, 2014.
— *La circoncisione sia inserita nei LEA*, comunicato stampa del 25/03/2019.
Foblets, M.C., *Introduction*, in «RphZ», 2, 2016, n. 3, pp. 237-243.
Forni, S., Pennacini, C. e Pussetti, C. (a cura di), *Antropologia, genere, riproduzione*, Roma, Carocci, 2006.
Fortier, V. (a cura di), *La circoncision rituelle. Enjeux de droit, enjeux de vérité*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2016.
Franklin, S., *Biological Relatives. IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*, Durham-London, Duke University Press, 2013.
Franklin, S. e McKinnon, S., *New directions in kinship study*, in «Current Anthropology», 41, 2000, n. 2, pp. 275-279.
— *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*, Durham, Duke University Press, 2001.
Frisch, M., Aigrain, Y., Barauskas, V. *et al.*, *Cultural bias in the AAP's 2012 technical report and policy statement on male circumcision*, in «Pediatrics», 131, 2013, n. 4, pp. 796-800.
Fukuda, J., Kumagai, J., Kodama, H., Murata, M., Kawamura, K. e Tanaka, T., *Upper limit of the number of IVF-ET Treatment cycles in different age groups, predicted by cumulative take-home baby rate*, in «Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica», 80, 2001, pp. 71-73.
Fusaschi, M., *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

Gentile, A., *Filosofia del limite*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2012.
Gerdts, C., De Zordo, S., Mishtal, J., Barr-Walker, J. e Lohr, P.A., *Experiences of women who travel to England for abortions: An exploratory pilot study*, in «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 21, 2016, n. 5, pp. 401-407.
Giacalone, F., *La fabbricazione del figlio tra genetica e diritto. Il corpo femminile quale laboratorio biopolitico*, in «EtnoAntropologia», 7, 2019, n. 1, pp. 63-86.
Giubilini, A. e Savulescu, J., *Conscientious objection in healthcare: Problems and perspectives*, in «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics», 26, 2017, pp. 3-5.
Giuffrè, M. (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018.
Glick, L.B., *Marked in Your Flesh: Circumcision from Ancient Judea to Modern America*, Oxford, Oxford University Press, 2005.
GMC, *Personal Beliefs and Medical Practice*, 2013.
— *Protecting Children and Young People. The Responsibilities of All Doctors*, 2018.
— *0-18 Years: Guidance for All Doctors and the Law*, 2018.
— *General Medical Practice*, https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice, 2019.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Godelier, M. e Panoff, M. (a cura di), *Le Corps humain. Supplicié, possédé, cannibalisé*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 1998.
Good, B.J., *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
Grandi, F., *L'aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine: l'ultima trincea dell'effettività del servizio di interruzione della gravidanza*, in «Osservatorio costituzionale», 5, 2020.
Gray, R., Kigozi, G., Serwadda, D. *et al.*, *Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomised controlled trial*, in «Lancet», 369, 2007, pp. 657-666.
Gribaldo, A., *La natura scomposta: riproduzione assistita, genere, parentela*, Roma, Luca Sossella, 2005.
— *Tecnologie della maternità: tra desiderio e «resto» della riproduzione*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018, pp. 19-38.
Grilli, S., *È tutto l'altra madre. Costruzioni procreative e pratiche della genitorialità nella maternità lesbica*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018, pp. 39-70.
— *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Roma, Carocci, 2019.
Grilli, S. e Zanotelli, F. (a cura di), *Scelte di famiglia. Tendenze della parentela nella società contemporanea*, Pisa, ETS, 2000.
Guarino, A., *Obiezione di coscienza e valori costituzionali*, Napoli, Jovene, 1992.
Gulbrandsen, P., *Rituell omskjæring av gutter [Ritual circumcision of boys]*, in «Journal of the Norwegian Medical Association», 121, 2001, n. 25, p. 2994.

Haimes, E., *Issues of gender in gamete donation*, in «Social Science and Medicine», 36, 1993, pp. 85-93.
Harrison, G. e Callari Galli, M., *Né leggere né scrivere*, Milano, Feltrinelli, 1971.
Hartmann, W., *Expert statement: Dr med. Wolfram Hartmann, President of Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte [German Pediatric Society] for the Hearing on the 26th of November 2012 Concerning the Drafting of a Federal Government Bill*, BVKJ, 2012.
Herring, J., *Medical Law and Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2018.
Howell, S., *Kinning: The creation of life trajectories in transnational adoptive families*, in «Journal of the Royal Anthropological Institute», 9, 2003, n. 3, pp. 465-484.

Iadecola, G., *Le norme della deontologia medica: rilevanza giuridica ed autonomia di disciplina*, in «Rivista italiana di medicina legale», 2, 2007.
Iadicicco, M.P., *La lunga marcia verso l'effettività e l'equità nell'accesso alla fecondazione eterologa e all'interruzione volontaria di gravidanza*, in «Rivista AIC», 2018, n. 1.
Iannuzzi, A., *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018.
Inhorn, M.C., *The New Arab Man: Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press, 2012.

Johnson, M.C., *«The proof is on my palm»: Debating ethnicity, Islam and ritual in a new African diaspora*, in «Journal of Religion in Africa», 36, 2006, n. 1, pp. 50-77.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Kleinman, A., *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988.
— *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1995.
KNMG, *Non-Therapeutic Circumcision of Male Minors*, 2010.
Kumar, A., Hessini, L. e Mitchell, E.M.H., *Conceptualizing abortion stigma*, in «Culture, Health and Society», 11, 2009, n. 6, pp. 625-639.

Labadini, C., *Infertilità e psiche. Attese di ruolo, differenze di genere, sequele psicologiche: uno sguardo all'uomo*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli, 2013, pp. 78-90.
Lalli, C., *La libertà procreativa*, Napoli, Liguori, 2004.
— *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto, come cambia l'obiezione di coscienza*, Milano, Il Saggiatore, 2011.
— *La verità, vi prego, sull'aborto*, Roma, Fandango Libri, 2013.
— *Aborto: l'obiezione di coscienza e il diritto negato*, in «MicroMega», 2013, n. 9.
Lanzillo, R., *L'obiezione ecologica*, in B. Perrone (a cura di), *Realtà e prospettive dell'obiezione di coscienza*, Milano, Giuffrè, 1992.
Lelli, S., Sacchetti, F. e Tirini, S., *Conflitti identitari e pratiche delle istituzioni*, Milano, FrancoAngeli, 2014.
Liberali, B., *Il diritto di obiezione di coscienza nella procreazione medicalmente assistita: quale configurazione a seguito delle decisioni della Corte costituzionale?*, in «Forum di Quaderni Costituzionali», 15, 2011.
— *Le problematiche applicative della legge n. 194 del 978 relative al diritto di obiezione di coscienza ancora a giudizio (Prime osservazioni alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali nel caso CGIL contro Italia)*, in «BioLaw Journal», 2, 2016, pp. 241-432.
— *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, Giuffrè, 2017.
— *Per l'applicazione esclusiva della legge n. 194: una clausola che viola il diritto di obiezione di coscienza o che attua gli obblighi organizzativi di ospedali e Regioni? (Osservazioni a margine di alcuni bandi di concorso a seguito delle decisioni del Comitato Europeo dei Diritti Sociali contro l'Italia)*, in «Osservatorio Costituzionale», 1, 2017.
— *Un nuovo parametro interposto nei giudizi di legittimità costituzionale: la Carta Sociale Europea a una svolta?*, in «federalismi.it», 13 settembre 2017.
Licastro, A., *La questione della liceità della circoncisione «rituale» tra tutela dell'identità religiosa del gruppo e salvaguardia del diritto individuale alla integrità fisica*, in «Stato, Chiese e pluralismo confessionale», 22, 2019, pp. 28-67.
Litleskare, L.A., Strander, M.T., Førde, R. e Magelssen, M., *Refusals to perform ritual circumcision: A qualitative study of doctors' professional and ethical reasoning*, in «BMC Medical Ethics», 21, 2020, n. 5.
Lombardi, L. e De Zordo, S. (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli, 2013.
Lonardi, C., *I protagonisti della procreazione: anonimato e tutela*, in P. Di Nicola, C. Lonardi e D. Viviani (a cura di), *Forzare la mano. Natura e cultura nella procreazione medicalmente assistita*, Milano, FrancoAngeli, 2018, pp. 137-152.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Luciani, D., *La circoncision, parcours biblique*, in V. Fortier (a cura di), *La circoncision rituelle. Enjeux de droit, enjeux de vérité*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2016, pp. 41-54.
Lugarà, R., *Fecondazione eterologa: dal riconoscimento del diritto alla sua (in)effettività*, in «Forum di Quaderni costituzionali», 9, 2015.

Mancuso, L.L., *Reasonable accommodation for workers with psychiatric disabilities*, in «Psychosocial Rehabilitation Journal», 14, 1990, n. 2, pp. 3-19.
Marabello, S. e Parisi, M.L., *Divenire madri e HIV: saperi, senso del tempo e soglie corporee*, in M. Giuffrè (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pisa, Pacini, 2018, pp. 101-132.
Margaria, A., *Nuove forme di filiazione e genitorialità. Leggi e giudici di fronte alle nuove realtà*, Bologna, Il Mulino, 2018.
Mattalucci, C., *Pro-Life activism, abortion and subjectivity before birth: Discursive practices and anthropological perspectives*, in «Mediterranean Journal of Social Sciences», 3, 2012, n. 10.
Mattarella, B.G., *Le regole dell'onestà, Etica, politica, amministrazione*, Bologna, Il Mulino, 2008.
Mauss, M., *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, in «L'Année sociologique», 1, 1924, pp. 30-186; trad. it. *Saggio sul dono*, in M. Mauss (a cura di), *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965, pp. 153-292.
— *Les techniques du corps*, in «Journal de Psychologie», 32, 1936, n. 2; trad. it. *Le tecniche del corpo*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965, pp. 386-409.
Mbito, M.N. e Malia, J.A., *Transfer of the Kenyan Kikuyu male circumcision ritual to future generations living in the United States*, in «Journal of Adolescence», 32, 2009, pp. 39-53.
McKinnon, S. e Cannell, F. (a cura di), *Vital Relations: Modernity and the Persistent Life of Kinship*, Santa Fe, SAR Press, 2013.
Menken, J., Trussell, J. e Larsen, U., *Age and infertility*, in «Science», 233, 1986, pp. 1389-1394.
Menning, B.E., *The infertile couple: A plan for advocacy*, in «Child Welfare», 54, 1975, pp. 454-460.
Merkel, R. e Putzke, H., *After Cologne: Male circumcision and the law. parental right, religious liberty or criminal assault?*, in «Journal of Medical Ethics, Online First», 22 maggio, 2013, pp. 1-6.
Merzenich, H., Zeeb, H. e Blettner, M., *Decreasing sperm quality: A global problem?*, in «BMC Public Health», 10, 2010, n. 24.
Minerva, F., *Conscientious objection in Italy*, in «British Medical Journal», rivista telematica, 2014.
Ministero della Salute, *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, 2018.
— *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, 2019.
Mishtal, J. *et al.*, *Political (in)action in abortion governance during COVID-19 in Europe: A call for a harmonized EU response during public health crises*, in «Medical Anthropology Quarterly», rivista online, giugno 2020.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Monaco, G., *Il vincolo degli obblighi internazionali e l'utilizzo della Carta Sociale Europea come norma interposta nel giudizio di legittimità sulle leggi*, in «www.forumcostituzionale.it», 20 settembre 2018.
Moret-Bailly, J., *La théorie pluraliste de Romano à l'épreuve des déontologies*, in «Droits», 32, 2000, pp. 171-182.
— *Les déontologies*, Aix-en-Provence, PUAM, 2001.
— *La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive (à propos du décret du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale)*, in «RDSS», 6, 2012, pp. 1074-1083.
Moret-Bailly, J. e Truchet, D., *Droit des déontologies*, Paris, PUF, 2016.
Morgan, L.M., *Materializing the fetal body, or, what are those corpses doing in biology's basement?*, in L.M. Morgan e M.W. Michaels (a cura di), *Fetal Subjects, Feminist Positions*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1999, pp. 13-25.
Mori, M., *Aborto e morale. Capire un nuovo diritto*, Torino, Einaudi, 2008.
Morris, B.J., Wamai, R.G., Henebeng, E.B. *et al.*, *Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcision*, in «Population Health Metrics», 14, 2016, n. 4, pp. 1-13.
Moyer, E. e Hardon, A., *A disease unlike any other? Why HIV remains exceptional in the age of treatment*, in «Medical Anthropology Cross-Cultural Studies in Health and Illness», 33, 2014, n. 4, pp. 263-269.
Munthe, C., *Conscientious refusal in health care: The Swedish solution*, in «Journal of Medical Ethics», 43, 2016, n. 4, pp. 257-259.

Navot, D. *et al.*, *Poor oocyte quality rather than implantation failure as a cause of agerelated decline in female fertility*, in «Lancet», 337, 1991, pp. 1375-1377.
Niccolai, S., *La legge sulla fecondazione assistita e l'eredità dell'aborto*, in «Costituzionalismo.it», 2, 2005.
— *Una sfera pubblica piccola piccola. La sentenza 27/1975 in materia di aborto*, in G. Brunelli, A. Pugiotto e P. Veronesi (a cura di), *«Effettività» e «seguito» delle tecniche decisorie della Corte costituzionale*, Napoli, Esi, 2006, pp. 568-577.
Nieminen, P., Lappalainen, S., Ristimäki, P., Myllykangas, M. e Mustonen, A.-M., *Opinions on conscientious objection to introduced abortion among Finnish medical and nursing students and professionals*, in «BMC Medical Ethics», 16, 2015.
Nordic Ombudsmen for Children, *Let the Boys Decide on Ritual Circumcision. Joint Statement from the Nordic Ombudsmen for Children and Pediatric Experts*, Oslo, 30 settembre 2013.
Nordqvist, P., *Out of sight, out of mind: Family resemblances in lesbian donor conception*, in «Sociology», 44, 2010, n. 6, pp. 1128-1144.
Nordstrand, S.J., Nordstrand, M.A., Nortvedt, P. e Magelssen, M., *Medical students' attitudes towards conscientious objection: A survey*, in «Journal of Medical Ethics», 40, 2013, pp. 609-612.

OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, Genève, 2012.
Onida, F., *Contributo a un inquadramento giuridico del fenomeno delle obiezioni di coscienza*, in «Il Diritto Ecclesiastico», I, 1982, pp. 222-225.

Parazzini, F., *Determinants of age at menopause in women attending menopause clinics in Italy*, in «Maturitas», 56, 2007, pp. 280-287.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Paris, D., *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Firenze, Passigli, 2011.
— *Il diritto all'obiezione di coscienza all'aborto nel Regno Unito. Greater Glasgow Health Board v. Doogan and other*, in «BioLaw Journal», 3, 2015, pp. 199-207.
— *Sui bandi di concorso per medici non obiettori: portati dell'obiezione di coscienza e problemi di attuazione della legge*, in «Quaderni costituzionali», 2, 2017, p. 353.
Patroni Griffi, A., *Il bilanciamento nella fecondazione assistita tra decisioni politiche e controllo di ragionevolezza*, in «Rivista AIC», 3, 2015.
Patuzzo, S., *Il primo Codice di deontologia medica italiano. Nuove ricerche*, in «Professione & Clinical Governance. La cultura della salute fra etica, economia e diritto», 2012, n. 2, pp. 33-39.
Penasa, S., *La «ragionevolezza scientifica» delle leggi nella giurisprudenza costituzionale*, in «Quaderni costituzionali», 4, 2009, pp. 817-842.
— *Nuove dimensioni della ragionevolezza? La ragionevolezza scientifica come parametro della discrezionalità legislativa in ambito medico-scientifico. Spunti dalla sentenza n. 162 del 2014 della Corte costituzionale*, in «Forum di Quaderni Costituzionali – Rassegna», 6, 2014.
— *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato in materia di procreazione medicalmente assistita*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2015.
— *Giudice «Ercole» o giudice «Sisifo»? Gli effetti del dato scientifico sull'esercizio della funzione giurisdizionale in casi scientificamente connotati*, in L. Chieffi (a cura di), *La Medicina nei Tribunali*, Bari, Cacucci, 2016.
— *Le «scientific questions» nella dinamica tra discrezionalità giurisdizionale e legislativa. Uno studio comparato sul giudizio delle leggi scientificamente connotate nelle giurisdizioni nazionali, sovranazionale e internazionali*, in «BioLaw Journal», 1, 2016, pp. 39-79.
Piciocchi, C., *Diritto e coscienza: circoscrivere per garantire, in nome del pluralismo*, in «BioLaw Journal», 1, 2016, pp. 115-130.
Pino, G., *Il costituzionalismo dei diritti*, Bologna, Il Mulino, 2017.
Pioggia, A., *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in «Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico», 1, 2011.
— *Diritto all'aborto e organizzazione sanitaria, ovvero del diavolo nei dettagli te*, in «Medicina Nei Secoli Arte e Scienza», 28, 2016, n. 1, pp. 149-172.
Piras, P., *Quando volere non è potere: in tema di obiezione di coscienza*, in «www.penalecontemporaneo.it», 8 gennaio 2014.
Pizza, G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci, 2005.
Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology, *Mature oocyte cryopreservation: A guideline*, in «Fertility and Sterility», 99, 2013, n. 1, pp. 37-43.
Proglio, G. (a cura di), *Islamofobia e razzismo. Media, discorsi pubblici e immaginario nella decostruzione dell'altro*, Torino, Seb27, 2020.
Pugiotto, A., *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, in *Digesto (discipline pubblicistiche)*, Torino, Utet, 1995, vol. X, pp. 240-252.
Pulice, E., *Deontologia e diritto. Modelli comparati, criticità e prospettive in ambito biomedico*, Napoli, Editoriale Scientifica, in corso di pubblicazione.

Quadri, E., *Il codice deontologico medico ed i rapporti tra etica e diritto*, in «Responsabilità civile e previdenza», 4-5, 2002, pp. 925-948.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Quagliariello, C., *Beyond medical bureaucracy: An inquiry into the obstacles to abortion in a maternity ward in Italy*, in «Antropologica», 5, 2018, n. 2, pp. 120-136.
Quagliariello, C. e Fin, C., *Il consenso informato in ambito medico. Un'indagine antropologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, 2016.
Quaranta, I. e Ricca, M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina, 2012.
Quotidiano Sanità, *Circoncisione. Omceo Torino: «Motivi religiosi non possono mai sovrastare la coscienza del medico»*, in «www.quotidianosanita.it», 8 giugno 2016.
— *Un centro PMA di Rovigo assume due biologhe non obiettrici*, in «www.quotidianosanita.it», 24 febbraio 2017
— *Circoncisione rituale. Nelle Marche si potrà fare in ospedale con una semplice ricetta*, in «www.quotidianosanita.it», 2 luglio 2020.

Radford, K., *«Unkind cuts»: Health policy and practice versus the health and emotional well-being of asylum-seekers and refugees in Ireland*, in «Journal of Ethnic and Migration Studies», 36, 2010, n. 6, pp. 899-915.
Ratzel, R., Lippert, H.D. e Prütting, J., *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte* (MBO), Berlin-Heidelberg, Springer, 2018.
Registro nazionale procreazione medicalmente assistita, *Attività dei centri di procreazione medicalmente assistita*, 2017.
Remotti, F., *Contro natura. Lettera al papa*, Roma-Bari, Laterza, 2008.
— *Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi*, Roma-Bari, Laterza, 2013.
Ricci, G., Delbon, P., Conti, A. e Sirignano, A., *Il difficile percorso normativo italiano sulla Procreazione Medicalmente Assistita: revisione della letteratura e stato dell'arte*, in «La Clinica Terapeutica», 166, 2015, n. 3, pp. 234-241.
Richardson, S.J., Senikas, V. e Nelson, J.F., *Follicular depletion during the menopausal transition: Evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion*, in «Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism», 65, 1987, pp. 1231-1237.
Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf B., Großbölting, R. e Berg, S. (a cura di), *Arztrecht*, Berlin-Heidelberg, Springer, 2012.
Ronchetti, L., *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in «Costituzionalismo.it», 2, 2006.

Saad, T.C e Jackson, G., *Testing conscientious objection by the norm of medicine*, in «Clinical Ethics», 13, 2018, n. 1, pp. 1-9.
Sahlins, M., *What Kinship Is-And Is Not*, Chicago, University of Chicago Press, 2014; trad. it. *La parentela: cos'è e cosa non è*, Milano, Elèuthera, 2014.
Saiz Arnaiz, A., Torres Perez, A., Iglesias, M. e Toniatti, R. (a cura di), *Religious Practice and Observance in the EU Member States*, European Parliament, 2013.
Saporiti, M., *La coscienza disubbediente*, Milano, Giuffrè, 2014.
Saraceno, C., *Coppie e famiglie*, Milano, Feltrinelli, 2012.
Sartea, C., *L'emergenza deontologica*, *Contributo allo studio dei rapporti tra deontologia professionale, etica e diritto*, Roma, Aracne, 2009.
Scarponi, S., *The «fair balance» of fundamental rights in the European Court of Justice decisions in the matter of religious freedom at work and the impact of the principle of «proportionality»*, in «Variazioni su Temi di Diritto del Lavoro», 5, 2019, p. 1313.
Schenker, J.G., *Legal aspects of ART practice in Israel*, in «Journal of Assisted Reproduction and Genetics», 20, 2003, n. 7, pp. 250-259.
Schneider, D.M., *American Kinship: A Cultural Account*, Chicago, The University of Chicago Press, 1968.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Schüklenk, U., *Europe debates circumcision… and what about the child's best interest?*, in «Bioethics», 26, 2012, n. 8, pp. II-III.
Scirè, G., *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Milano, Mondadori, 2008.
Shaller, E.H., *«Reasonable accommodation» under the Americans with disabilities act. What does it mean?*, in «Employee Relations law Journal», 16, 1991, n. 4, pp. 431-451.
SIAARTI e SARNePI, *Raccomandazioni Clinico-Organizzative SIAARTI-SARNePI per l'anestesia in età pediatrica*, 2019.
Silverman, E.K., *Anthropology and circumcision*, in «Annual Review of Anthropology», 33, 2004, pp. 419-445.
Simonetti, H., *Codici di autoregolamentazione e sistema delle fonti*, Napoli, Jovene, 2009.
Smith, A.D.A.C., Tilling, K., Nelson, S.M. e Lawlor, D.A., *Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilisation treatment cycles*, in «Jama», 314, 2015, n. 24, pp. 2654-2662.
Sona, F., *New Parenthood and Childhood Patterns. Principles and Praxes in Muslim Realities,* Bologna, Il Mulino, 2019.
Sperti, A., *Obiezioni di coscienza e timori di complicità*, in «federalismi.it», 20, 2017.
Strathern, M., *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies,* New York, Routledge, 1992.
— *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

Taliani, S. e Vacchiano, F., *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopli, 2006.
Taupitz, J., *Die Standesordnungen Der Freien Berufe: Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung Im Rechtssystem*, Berlin, Walter de Gruyter, 1991.
Terrier, E., *Déontologie médicale et droit*, Bordeaux, LEH, 2003.
Thompson, C., *Strategic naturalizing: Kinship in a infertility clinic*, in S. Franklin e S. McKinnon (a cura di), *Relative Values. Reconfiguring Kinship Studies*, Durham-London, Duke University Press, 2001, pp. 175-202.
— *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge (MA), MIT Press, 2005.
Tigano, V., *I limiti dell'intervento penale nel settore dei diritti riproduttivi. Modelli di bilanciamento tra tutela del minore e libertà civili nella PMA*, Torino, Giappichelli, 2019.
Tognetti Bordogna, M., *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, FrancoAngeli, 2008.
Toniatti, R., *La democrazia costituzionale repubblicana*, in C. Casonato (a cura di), *Lezioni sui principi fondamentali della costituzione*, Torino, Giappichelli, 2008, pp. 35-81.
— *Sul bilanciamento costituzionale: fra libertà religiosa e protezione degli animali*, in P. Lerner e A.M. Rabello (a cura di), *Il divieto di macellazione rituale (shechità kosher e halal) e la libertà religiosa delle minoranze*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2010.
— *Il paradigma costituzionale dell'inclusione della diversità culturale in Europa e in America latina: premesse per una ricerca comparata sui rispettivi modelli*, in «JPs Working Papers», 6, 2015.
— *Legal pluralism in Europe and the ordre public exception: An introductory comparative constitutional law framework*, in D. Strazzari e R. Toniatti (a cura di), *Legal Pluralism in Europe and the Ordre Public Exception: Normative and Judicial Perspectives*, Trento, Università degli Studi di Trento, 2016, pp. 131-162.

Copyright © 2021 by Società editrice Il Mulino

Tripodina, C., *Il «diritto» a procreare artificialmente in Italia: una storia emblematica, tra legislatore, giudici e Corti*, in «BioLaw Journal», 2, 2014.

Vallini, A., *Sistema e metodo di un biodiritto costituzionale: l'illegittimità del divieto di fecondazione eterologa*, in «Diritto penale e processo», 7, 2014, pp. 825-844.
Van Gennep, A., *Les Rites de passage*, Paris, Nourry, 1909; trad. it. *I riti di passaggio*, Torino, Bollati Boringhieri, 1985.
Vargas, A.C., *La mediazione interculturale e la formazione*, in E. Castagnone, P. Cingolani, L. Ferrero, A. Olmo e A.C. Vargas (a cura di), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 181-200.
Vegetti Finzi, S., *Il romanzo della famiglia, passioni e ragioni del vivere insieme*, Milano, Mondadori, 1997.
Veronesi, P., *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei «casi» e astrattezza della norma*, Milano, Giuffrè, 2007.
Vettori, N. e Abu Awwad, V., *Servizi di interruzione volontaria della gravidanza e obiezione di coscienza: obblighi dell'amministrazione sanitaria e possibili profili di responsabilità penale*, in «Rivista italiana di medicina legale», 1, 2018.
Viano, C.A., *La coscienza: voci e mistificazioni*, in «Politeia», 27, 2011, n. 101, pp. 11-28.

Wahlberg, A., Essén, B. e Johnsdotter, S., *From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys*, in «Culture, Health & Sexuality», 21, 2019, n. 6, pp. 619-635.
Werbner, P., *The Migration Process: Capital, Gifts and Offerings among British Pakistanis*, Oxford, Berg, 1990.
WHO, *Male Circumcision. Global Trends and Determinants of Prevalence, Safety and Acceptability*, Genève, WHO Press, 2007.
— *Neonatal and child male circumcision: A global review*, Genève, WHO Press, 2010.
WHO e UNAIDS, *Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications*, Genève, WHO Press, 2007.
Wicclair, M.R., *Managing conscientious objection in health care institutions*, in «HEC Forum», 26, 2014, pp. 267-283.

Zagrebelsky, V., *La irragionevolezza della legge italiana sulla procreazione assistita nel giudizio della Corte europea dei diritti umani*, in «Diritti umani e diritto internazionale» [Nota a sentenza: Corte eur. Dir. Uomo, sez. II, 28 agosto 2012 (Costa e Pavan c. Italia)], 3, 2012, n. 6, pp. 669-671.
Zagrebelsky, V., Chenal, R. e Tomasi, L., *Manuale dei diritti fondamentali in Europa*, Bologna, Il Mulino, 2019.
Zanini, G., *Riproduzione transnazionale: single e coppie omosessuali in viaggio verso la genitorialità*, in L. Lombardi e S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli, 2013, pp. 167-177.
Zolf, B., *No Conscientious objection without normative justification: Against conscientious objection in medicine*, in «Bioethics», 33, 2019, pp. 146-153.

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Copyright © 2021 by Società editrice il Mulino

Finito di stampare nel mese di giugno 2021
presso LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)