

Libertà femminile e autodeterminazione

capitolo scritto da: Valeria Casciello

Il punto della situazione

In tema di libertà ed autodeterminazione femminile svolgono, anche in questi ultimi mesi, un ruolo centrale le norme che disciplinano l'aborto e la procreazione medicalmente assistita. Con riferimento al primo l'obiezione di coscienza continua ad essere una questione spinosa, che da anni mina l'effettiva attuazione della legge 194/1978. I dati presentati dal Ministero della Salute nell'ultima Relazione, mettono, infatti, in luce come il numero dei ginecologi obiettori di coscienza sia in lieve, ma costante aumento. Il livello di insostenibilità di questa situazione è stato confermato anche dal CCPR, International Covenant on Civil and Political Rights (Comitato Internazionale sui Diritti Civili e Politici) dell'ONU che ha manifestato la sua preoccupazione per le difficoltà di accesso, in Italia, agli aborti legali a causa del numero di medici obiettori di coscienza. Analogo timore è stato espresso anche con riferimento al numero di aborti clandestini.

Con riferimento alla legge 40/2004, che disciplina la procreazione mediata assistita la principale novità risiede nella la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 contenente i nuovi Livelli essenziali di assistenza – LEA. Tale provvedimento inserisce per la prima volta nell'elenco delle prestazioni erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) la PMA omologa e eterologa.

Resta terribilmente preoccupante il numero delle donne che subiscono violenze e sono uccise per mano degli uomini: dal primo gennaio 2017 ad oggi si è registrata in media di una vittima ogni tre giorni. Sono, per tanto, da salutare con favore i 5 milioni di euro annui che un emendamento alla legge di bilancio ha destinato al piano antiviolenza, ai servizi territoriali, ai centri antiviolenza e ai servizi di assistenza alle donne. Infine, è necessario dare atto della mobilitazione globale delle donne in occasione della Giornata internazionale della Donna

Aborto (IVG)

Il 7 dicembre 2016 è stata trasmessa al Parlamento la Relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della legge 194/1978, che disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), nella quale vengono presentati i dati relativi agli anni 2014 e 2015. Per, vero, come si legge nella presentazione della Relazione, i dati sono definitivi e completi solo per ciò che attiene gli interventi di IVG non anche con riferimento all'esercizio dell'obiezione di coscienza, rispetto alla quale l'indagine è stata condotta solo per l'anno 2014.

Del resto, quella dell'obiezione di coscienza è questione complessa che, come dichiara la ministra

Lorenzin nella Relazione, «è oggetto di particolare attenzione e di un monitoraggio estremamente dettagliato e articolato, a livello sub-regionale, che richiede ogni anno una interrogazione ad hoc alle regioni(1)». Insomma, l'obiezione di coscienza è sotto tutti i fronti una questione spinosa, che da anni mina l'effettiva attuazione della legge 194/1978. E certamente i dati del 2014 non smentiscono questa affermazione, ma anzi mettono in luce come il numero dei ginecologi obiettori di coscienza sia in lieve, ma costante aumento. Si registrano, infatti, il 70,7% di medici ginecologi obiettori di coscienza a fronte del 70% dell'anno 2013 e del 69,6% del 2012. Come sempre, poi, se si guardano i dati su base regionale ci si rende conto di quanto la situazione sia allarmante. In Italia meridionale l'80,4% dei ginecologi sono obiettori di coscienza, in Molise la percentuale raggiunge l'89,7% e in Basilicata l'88,1%. Il quadro è analogo nell'Italia insulare, dove spicca la Sicilia con l'89,1% di ginecologi obiettori (2). Non che la situazione in Italia settentrionale e centrale sia delle migliori. Nel nord Italia si contano, infatti, il 65,1% di ginecologi obiettori e spicca, come negli anni precedenti, seppur in lieve diminuzione, la percentuale della Provincia Autonoma di Bolzano (85,9% rispetto al 92,9% nel 2013). In Italia centrale ad esercitare il diritto di obiezione di coscienza sono il 68,6% dei ginecologi e sempre critico, seppur in miglioramento, si mostra il dato relativo al Lazio (78,2% rispetto all'80,7% nel 2013).

Migliore la situazione tra gli anestesisti e il personale non medico, dove la percentuale degli obiettori è in calo rispetto agli anni precedenti: si passa dal 49,3% degli anestesisti nel 2013 al 48,4% nel 2014 e dal 46,5% del personale non medico nel 2013 al 45,8% nel 2014. Ciò, però, non appare sufficiente a giustificare le affermazioni della ministra Beatrice Lorenzin, secondo cui i dati raccolti in relazione all'obiezione di coscienza mostrano come l'applicazione della legge 194/78 sia appieno garantita. Ad avviso della ministra, infatti, «in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per se? a determinare eventuali criticità? nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78(3)». A conferma di questa valutazione positiva del Ministero ci sarebbero anche i dati raccolti nel 2014 circa l'offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori, ossia al carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore, che, a livello aggregato regionale, indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore. Su 44 settimane lavorative in un anno (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei), il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle d'Aosta alle 4.7 del Molise(4), con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana, uguale al 2013, e leggermente superiore all'1.4 del 2012. Un quadro da ritenersi comunque positivo secondo la Relazione del Ministero, dal momento che l'evoluzione storica degli interventi di IVG carico del personale non obiettore dal 1983 al 2014 mostra come questi si siano dimezzati, passando da 3.3 a 1.6 a settimana.

Un'ulteriore conferma che non sarebbe il numero di obiettori di coscienza a determinare la criticità che incontrano molte donne ad accedere all'IVG, ma l'organizzazione interna alla singola struttura sanitaria, sarebbe data, ad avviso del Ministero, dai dati comunicati dalle Regioni (tranne Liguria, Lazio e Sicilia) in ordine ai ginecologi non obiettori assegnati ad altri servizi, diversi dalle IVG. È una valutazione del tutto nuova, non presente nelle precedenti Relazioni sullo stato di attuazione della legge 194/78, da cui è emerso che a livello nazionale l'11% dei ginecologi non obiettori è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG. Si tratta di una quota rilevata in 46 strutture di undici regioni: Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sardegna. Il Ministero deduce dai dati raccolti che «nella maggior parte delle strutture in cui i non obiettori non sono assegnati ai servizi IVG, la disponibilità di personale non obiettore sembra superiore alle necessità: in altre parole in questi casi il numero dei non obiettori

risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi(5)». A chiudere positivamente il bilancio dell'obiezione di coscienza vi sarebbe, infine, il dato secondo cui se in media il numero degli obiettori è aumentato, è diminuito quello dei tempi di attesa tra il rilascio del certificato e l'esecuzione dell'intervento(6). Per vero, come precisa la Relazione, portando ad esempio i dati relativi ad alcune Regioni(7), non vi è relazione tra i tempi di attesa e il numero obiettori, dipendendo i primi dall'organizzazione regionale.

L'ottimismo del Ministero della Salute circa il ruolo che l'obiezione di coscienza svolge nell'attuazione della legge 194/78 non è, però, condiviso dagli operatori del settore. La Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194 (Laiga), continua, infatti, a porre in rilievo come l'Italia sia tra gli ultimi Paesi in Europa per tutela della salute delle donne che vogliono abortire con una media, come si è visto, del 70% di ginecologi obiettori. Un percentuale elevata che, secondo la Laiga, quasi ai livelli dei paesi in cui l'aborto è vietato, ovvero Irlanda e Polonia, e ben lontana da paesi come la Francia dove l'obiezione di coscienza è al 7%, il Regno Unito dove è al 10% o i paesi scandinavi dove l'obiezione di coscienza non si registra del tutto(8).

Come era immaginabile, la situazione non è passata inosservata al CCPR, International Covenant on Civil and Political Rights (Comitato Internazionale sui Diritti Civili e Politici) dell'ONU(9), che si è tenuto a Ginevra nel marzo 2017 e che, come si legge nel documento finale, ha manifestato la sua preoccupazione «per le difficoltà di accesso agli aborti legali a causa del numero di medici che si rifiutano di praticare l'interruzione di gravidanza per motivi di coscienza(10)». Analogo timore è stato espresso anche con riferimento alla distribuzione in tutto il paese dei medici obiettori, e per il numero «significativ(11)» di aborti clandestini. Ad avviso del Comitato, «Lo Stato dovrebbe adottare misure necessarie per garantire il libero e tempestivo accesso ai servizi di aborto legale, con un sistema di riferimento valido(12)».

Come si ricorderà in maniera simile si era espresso lo scorso anno il Comitato Europeo dei Diritti Sociali presso il Consiglio d'Europa (13), pronunciandosi su un ricorso presentato dalla Cgil, affermando che le donne in Italia continuano a incontrare notevoli difficoltà nell'accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza, nonostante la legge 194 /78, e ritenendo, di conseguenza, violato il loro diritto alla salute.

Insomma, sembra davvero che l'unico a ritenere lo stato di attuazione della legge 194/78 in grado di garantire il diritto alla salute delle donne e la loro autodeterminazione nella scelta di essere madri, sia lo Stato Italiano. Sarebbe, forse, opportuna una maggiore capacità di autocritica da parte delle istituzioni nazionali ed una reale presa di coscienza delle dimensioni del problema. Solo così, infatti, è possibile quantomeno pensare a come garantire effettivamente i diritti delle donne, impedendo che essi si riducano ad essere parole di carta.

L'effettiva presa di coscienza del problema dell'obiezione di coscienza in relazione all'IVG e alla sua influenza sull'autodeterminazione delle donne c'è stata nella Regione Lazio, dove il numero degli obiettori di coscienza è talmente elevato da aver indotto la Regione ad indire, la scorsa primavera, un bando finalizzato all'assunzione di medici ginecologi dedicati unicamente al servizio di interruzione volontaria di gravidanza presso l'ospedale San Camillo- Forlanini di Roma. I medici selezionati con detta procedura, che si è conclusa ad inizio 2017, difficilmente potranno fare obiezione di coscienza dal momento che, come dichiarato dal direttore generale dell'ospedale Fabrizio d'Alba, «se chi ha vinto il concorso farà obiezione nei primi sei mesi dopo l'assunzione, potrebbe rischiare il licenziamento, perché sarebbe inadempiente rispetto al compito specifico per cui è stato chiamato(14)». Inutile dire

che detto bando, fortemente difeso dal presidente della Regione Nicola Zingaretti, ha scatenato le ire dei medici cattolici, del Movimento per la Vita e naturalmente della Cei. Anche il Presidente dell'ordine dei medici di Roma, per vero, ha manifestato le sue perplessità, ritenendo quella attuata al San Camillo- Forlanini di Roma sia una «forzatura gestionale e amministrativa, conculcando un diritto inalienabile, che allarma chi ha il dovere di tutelare la professione medica nei suoi aspetti fondamentali della bioetica e della deontologia che sono ad esclusiva garanzia della comunità sociale (15)». Come era prevedibile, dubbiosa e critica è stata anche la reazione della Ministra Lorenzin, secondo cui «questo tipo di selezione non è previsto dalla legge(16)». Diversa la reazione di numerosi sindacati dei medici, che hanno salutato la scelta della Regione Lazio come un «atto di rispetto della legge (17)», invitando le numerose Aziende Sanitarie e Regioni che non garantiscono l'autodeterminazione della donna a seguire l'esempio del San Camillo- Forlanini e della Regione Lazio. Sulla stessa scia si pone la mozione presentata dalla Senatrice Laura Puppato, con cui ha richiesto l'estensione del modello di concorso adottato dall'ospedale romano a tutte le Regioni Italiane.

Certo, quella di bandire appositi concorsi finalizzati all'assunzione di medici non obiettori di coscienza non è da sé solo uno strumento sufficiente a garantire l'autodeterminazione della donna nella maternità. Come, infatti, mette in evidenza Alessandra Kustermann, primario della Mangiagalli, la clinica ginecologica del Policlinico di Milano, «Bisogna agire sulla cultura di chi sceglie questa professione. Dove tutto fa parte della salute della donna: un parto, un'ecografia, una diagnosi fetale e anche, purtroppo, l'aborto.[...]. E allora se da una parte è disumano obbligare chi fa gli aborti a fare soltanto quello, è ingiusto che ci sia chi se ne lava le mani.. Ognuno di noi deve poter far nascere un bambino, ma se ce n'è bisogno anche interrompere una gravidanza. Questo per me vuol dire essere una ginecologa(18)».

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

La principale novità attinente alla Procreazione medicalmente assistita (PMA) risiede nella la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 contenente i nuovi Livelli essenziali di assistenza – LEA. Il nuovo provvedimento, oltre a segnare un momento storico per la sanità italiana, ha delle ricadute importanti sul diritto di autodeterminazione delle donne e sulla loro libertà. Il nuovo provvedimento, infatti, non solo interviene a distanza di 16 anni dal DPCM con cui si erano definite per la prima volta le prestazioni essenziali di assistenza sanitaria, ma soprattutto, almeno per quello che qui interessa, inserisce per la prima volta nell'elenco delle prestazioni erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) la PMA omologa e eterologa.

Come è noto, infatti, dopo la Corte Costituzionale che nel 2014(19) ha dichiarato illegittimo il divieto di fecondazione eterologa previsto nella originaria versione della legge 40/2004, tale tecnica è entrata a far parte a pieno titolo tra quelle esperibili nell'ambito della PMA, con effetti a dir poco dirompenti. Come si è già avuto modo di porre in rilievo(20), uno dei punti critici della fecondazione eterologa è legato alla sua difficile accessibilità, poiché sono poche le Regioni dove viene fatta nelle strutture pubbliche, dietro pagamento di un ticket che non abbia costi esorbitanti. A tal proposito certamente si ricorderà la vicenda della Regione Lombardia che aveva adottato una delibera(21) in virtù della quale la sola fecondazione omologa fosse soggetta al pagamento del ticket, mentre quella eterologa restava completamente a carico degli assistiti, salvo poi prevedere con un ulteriore provvedimento(22) che tali costi fossero compresi tra i 1500 e 4000 euro. I provvedimenti citati sono stati, poi, annullati in quanto illegittimi dal consiglio di Stato(23), ma rendono bene l'idea dello stato di caos in cui, almeno

fino a marzo di quest'anno, versava il Servizio Sanitario Nazionale in materia di PMA. A tal punto è opportuno precisare che prima dell'adozione del DPCM del 12 gennaio del 2017 nemmeno la fecondazione omologa era compresa nei Livelli essenziali di assistenza, ciononostante, essendo tale tecnica legittimamente praticabile da oltre un decennio, quasi tutte le Regioni avevano deciso di erogarla comunque. Le uniche a non avere centri pubblici erano Calabria, Sicilia e Campania. Naturalmente a subire le conseguenze di detta situazione erano (e forse lo saranno ancora per qualche tempo) gli assistiti: donne e uomini con problemi di fertilità o affetti da malattie geneticamente trasmissibili costretti ad emigrare da una Regione all'altra alla ricerca della struttura pubblica in cui effettuare la PMA senza sborsare cifre astronomiche, oppure a rivolgersi a costose strutture private. Donne e uomini, i cui diritti alla salute, libertà e autodeterminazione dipendevano dalle loro risorse economiche o dalla circostanza di vivere in una Regione piuttosto che in un'altra, in spregio al principio di eguaglianza e di non disparità di trattamento sancito dall'articolo della 3 della Costituzione.

I nuovi LEA si pongono l'obiettivo di superare queste disomogeneità uniformando l'offerta e dunque le possibilità di accesso alle tecniche di PMA. Si prevede, infatti, l'inserimento nel nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale di tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi del percorso di procreazione medicalmente assistita, sia omologa che eterologa. Dall'entrata in vigore di questi nuovi LEA in tutte le Regioni le tecniche di PMA dovranno avvenire in regime ambulatoriale e non più con ricovero, come invece accadeva in passato. Inoltre le coppie, indipendentemente dalla Regione di provenienza, dovranno arrivare a pagare un ticket quanto più possibile uniforme per il servizio. Fino a pochi mesi fa, infatti, quando la PMA non rientrava nei Livelli essenziali di assistenza, chi si spostava in altra Regione lo faceva a proprie spese, da momento che quella di provenienza non era tenuta per legge a rimborsare i costi(24). Adesso invece, tutte le Regioni saranno tenute a sostenere il costo per la PMA degli assistiti a prescindere dalla Regione in cui è erogata. È certamente una novità da salutare con favore. Resta, però, da chiedersi, quando diventerà operativa, dal momento che all'art. 64 del DPCM 12 gennaio 2017 si prevede che le tariffe massime delle prestazioni previste saranno stabilite da un decreto emanato dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Fino a che dette tariffe non saranno determinate a livello nazionale ed entreranno in vigore, resta della singole Regioni il compito di determinare quale sarà il contributo che dovranno versare le coppie che intendono fare ricorso alla PMA, senza considerare i tempi che ci metteranno le amministrazioni Regionali a deliberare in materia, dal momento che per alcune di esse si tratta di una novità assoluta. Non bisogna dimenticare, infatti, che molte Regioni dopo il DPCM del 2017 dovranno organizzarsi per erogare le prestazioni di PMA, soprattutto di tipo eterologo, che prima non erogavano, ovvero dovranno dare spazio e strutture private convenzionate. Sarà, in ogni caso compito, delle Regioni, anche dopo la piena operatività dei nuovi LEA, fissare l'importo del contributo a carico degli utenti in relazione tutte le spese connesse alle prestazioni di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla PMA eterologa. Così è, infatti, previsto dall'art. 49 del DPCM del 2017, il quale si occupa di specificare che «il Servizio sanitario nazionale garantisce la selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva 2006/17/CE, come modificata dalla direttiva 2012/39/UE e dai successivi decreti di recepimento». Peccato, però, che come si è avuto modo di mettere in rilievo(25), il fenomeno della donazione di cellule riproduttive sia piuttosto raro nel territorio nazionale. Questo con ogni probabilità accade perché in Italia, diversamente da quanto accade in altri paesi europei, come la Spagna, la donazione è totalmente a titolo gratuito. Il risultato è che le strutture italiane dove si pratica la PMA di tipo eterologo sono costrette a ad acquistare le cellule riproduttive da banche

estere, che garantiscono tutti gli standard e i controlli previsti dalle norme europee, con la inevitabile conseguenza dell'innalzamento dei costi per gli utenti italiani. E dell'acquisto di cellule riproduttive ai fini della fecondazione eterologa nei nuovi LEA non se ne fa parola.

In sintesi, sembra che prima che possa parlarsi di un accesso omogeneo e non discriminatorio alle tecniche di PMA occorrerà aspettare ancora del tempo, almeno quello necessario alla piena attuazione dei nuovi LEA e forse anche di più.

Surrogazione di maternità

Il tema della surrogazione di maternità, vietata nell'ordinamento italiano, è stato di recente oggetto di una forte attenzione mediatica perché posto in relazione alle unioni civili tra persone dello stesso sesso, oggi consentita dalla legge n. 76 del 20 maggio 2016, entrata in vigore il 5 giugno 2016, dopo una lunga serie di polemiche. Nello specifico, tra coloro che si opponevano all'approvazione della citata legge, molti hanno sostenuto che detto provvedimento avrebbe aperto le porte alla maternità surrogata al fine di consentire anche a coppie omolesbiche di avere figli. In realtà la legge che disciplina le unioni civili tra le persone dello stesso sesso nulla ha a che fare con la surrogazione di maternità, la quale, giova ricordarlo, è una procedura, basata tendenzialmente sul principio etico dell'altruismo, che permette di diventare genitore anche a chi, per diversi e gravi motivi clinici, non riesce a portare a termine una gravidanza, grazie ad una donna che accetta di affrontare gestazione e parto per altri. Tale procedura è strettamente correlata alla fecondazione in vitro con successivo trasferimento dell'embrione nell'utero ospitante; fecondazione che può avvenire sia tra seme e ovuli della coppia che ricorre alla maternità surrogata, che di donatori e donatrici. Proprio per la sua stretta correlazione con le tecniche di PMA, la surrogazione di maternità nell'ordinamento italiano è disciplinata dalla legge 40/2004 che al comma 6 dell'art. 12 la vieta espressamente, prevedendo anche le relative sanzioni penali per l'inosservanza del divieto. Disciplina che è rimasta inalterata anche a seguito dell'entrata in vigore della legge 76/2016 che non prevede alcuna deroga al divieto. Si tratta di un divieto che, come si è già avuto modo di porre in rilievo(26), ha dato luogo a numerose pronunce giurisprudenziali nazionali e sovranazionali, in considerazione che in altri Paesi Europei tale pratica è consentita e regolamentata. Si ricorderà la sentenza della Corte di Cassazione civile che nel 2014 ritenne non trascrivibile in Italia l'atto di nascita del nato da maternità surrogata in quanto contrastante con l'ordine pubblico, un contrasto, si sottolineava, reso ancora più evidente dall'art. 12 della legge 40/2004 che prevede la sanzione penale per chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza e pubblicizza la surrogazione di maternità(27). Anche la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nel 2014 e nel 2015 si è pronunciata sull'argomento ritenendo che il divieto di trascrizione dell'atto di nascita del nato da surrogazione di maternità si pone in contrasto con l'art. 8 della CEDU solo quando la disposizione degli ordinamenti nazionali contraria alla trascrizione leda il diritto del nato a vedersi riconosciuto lo *status* di figlio(28). Ed è proprio proprio facendo leva su tale diritto che la I sezione della Corte di Cassazione si è di recente pronunciata in ordine alla trascrivibilità in Italia dell'atto di nascita di un bambino nato in Spagna da due madri e là riconosciuto come figlio di entrambe. Nello specifico Due donne, una di nazionalità spagnola e l'altra italiana, si erano sposate in Spagna e mediante la fecondazione artificiale, avevano concepito un bambino che all'atto della nascita era stato dichiarato figlio di due madri: quella spagnola che lo aveva partorito e quella italiana che aveva donato l'ovulo. Il bimbo aveva acquisito solo la cittadinanza spagnola. In seguito la coppia si era separata ed era sorto l'interesse della madre italiana a far dichiarare il rapporto di filiazione anche in Italia e a far acquisire al figlio anche la cittadinanza italiana. L'Ufficiale dello Stato civile di Torino aveva respinto la richiesta di trascrizione dell'atto di nascita formato in Spagna per contrarietà

all'ordine pubblico Italiano. La sentenza della Corte di Cassazione, che pone fine alla vicenda giudiziaria nata in seguito a tale rifiuto di trascrizione, è importante in quanto contiene principi di diritto che inevitabilmente influenzeranno le future decisioni in materia. Per ciò che qui interessa, sicuramente merita attenzione il principio di diritto affermato dalla Corte in relazione alla PMA e al divieto di surrogazione di maternità secondo cui «la fattispecie nella quale una donna doni l'ovulo alla propria partner la quale partorisca, utilizzando un gamete maschile donato da un terzo ignoto, non costituisce un'ipotesi di maternità surrogata, ma un'ipotesi di genitorialità realizzata all'interno della coppia, assimilabile alla fecondazione eterologa, dalla quale si distingue per essere il feto legato biologicamente ad entrambe le donne registrate come madri in Spagna (per averlo l'una partorito e per avere l'altra trasmesso il patrimonio genetico)[\(29\)](#)». La Corte, quindi, dopo aver escluso che la fattispecie possa considerarsi una surrogazione di maternità (vietata nell'ordinamento italiano), prosegue negando che il fatto che il legislatore italiano abbia deciso di escludere dall'accesso alle tecniche di PMA le coppie dello stesso sesso (divieto rimasto inalterato anche dopo la declaratoria di illegittimità costituzionale del divieto di fecondazione eterologa, come pure la sanzione amministrativa per i terzi che la applicano), non implichi per ciò solo il contrasto della trascrizione dell'atto di nascita con l'ordine pubblico. La legge 40/2004 nel vietare l'accesso alle tecniche di PMA alle coppie dello stesso sesso, infatti, «rappresenta una delle possibili modalità di attuazione del potere regolatorio attribuito al legislatore ordinario su una materia, pur eticamente sensibile e di rilevanza costituzionale, sulla quale le scelte legislative non sono costituzionalmente obbligate[\(30\)](#)». Né, precisa la Corte, il riconoscimento e la trascrizione nei registri dello stato civile in Italia di un atto straniero, validamente formato all'estero, nel quale risulti la nascita di un figlio da due donne (una donna italiana che ha donato l'ovulo l'altra spagnola che l'ha partorito, nell'ambito di un progetto genitoriale realizzato dalla coppia, coniugata in quel paese) contrastano con l'ordine pubblico per il solo fatto che il legislatore nazionale non preveda o vieti il verificarsi di una simile fattispecie sul territorio italiano. Ciò di cui si deve avere riguardo, infatti, è il principio, di rilevanza costituzionale primaria, dell'interesse superiore del minore, che si sostanzia nel suo diritto alla continuità dello *status filiationis*, validamente acquisito all'estero. Tantomeno, precisa la Corte, il diritto del minore può essere compromesso in virtù del disposto di cui al comma terzo dell'art. 269 del codice civile, secondo cui è madre colei che ha partorito. Si tratta di una regola che, come posto in rilievo dalla dottrina civilistica più evoluta, ha solo valenza probatoria e di certo «non costituisce un principio fondamentale di rango costituzionale[\(31\)](#)»

Quanto alla rilevanza penale delle condotte poste in essere dalle coppie che provano ad ottenere la trascrizione in Italia dell'atto di nascita del bambino nato da maternità surrogata in uno Paese in cui questa è consentita, si è detto come il reato che a queste viene contestato è quello di cui all'art. 567 comma 2 del codice penale che punisce chiunque, nella formazione di un atto di nascita, alteri lo stato civile di un neonato con false dichiarazioni, false attestazioni o false certificazioni. Raramente, però si è giunti alla condanna degli imputati. Ciò perché in tali situazioni i certificati di nascita consegnati dagli imputati alle autorità consolari, per ottenere la trascrizione nel registro dello stato civile, ai sensi degli artt. 15 e 17 del D.P.R. n. 396 del 2000, sono stati validamente formati secondo *la lex loci* del Paese di nascita del minore e quindi non costituiscono false attestazioni o certificazioni, come richiesto dall'art. 567 comma 2 del codice penale, né possono ritenersi ideologicamente falsi[\(32\)](#). Si segnala sul punto una recente pronuncia della Corte di Cassazione penale[\(33\)](#) che, oltre a fondare su tali argomentazioni l'assoluzione dei componenti di una coppia che aveva compiuto la surrogazione di maternità in Ucraina, dove tale pratica è lecita, ha posto in evidenza come il concetto di discendenza oggi prescindendo da un legame meramente biologico, ma venga dato rilievo anche al rapporto giuridico-sociale che si crea fra i diversi componenti della famiglia, che deve essere riconosciuto e tutelato dall'ordinamento.

In conclusione i giudici nazionali siano essi civili o penali, hanno preso atto del fatto che madre non è solo che partorisce il figlio, ma anche quella è la “madre sociale” dello stesso. Sarebbe opportuno che anche il discorso politico tenesse maggiormente in considerazione questo aspetto.

Violenza sulle donne e femminicidio

Dal primo gennaio 2017 a oggi sarebbero almeno oltre 20 le donne uccise per mano maschile: una media di una vittima ogni tre giorni(34). Si tratta di un numero che, con ogni probabilità, dal momento in cui si scrive è tristemente destinato ad aumentare. Negli ultimi dieci anni, infatti, le donne uccise in Italia sono state 1.740, di cui 1.251 (il 71,9%) in famiglia(35).

Per cercare di stigmatizzare la violenza sulle donne da parte degli uomini, un vero e proprio aspetto culturale della società, il Ministero dell'Interno, come si ricorderà(36), ha messo in atto il così detto “Progetto Camper” nell'ambito della Campagna “#questononèamore” , che è proseguito anche nei primi mesi del 2017. Va, però, analogamente rammentato che se e da un lato il Governo italiano ha investito denaro per mandare in giro per (poche) città camper della Polizia affinché le donne denunciino le violenze che subiscono, dall'altro i centri anti violenza, di competenza delle Regioni, sono stati lasciati a lungo senza mezzi di sussistenza.

Dopo l'entrata in vigore della legge 119/2013, infatti, sono stati stanziati dal Governo per le Regioni fondi da destinare a detti centri, ma non tutte le Regioni hanno impiegato tali somme. Inoltre, Le risorse finanziarie del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità stanziato per gli anni 2015 e 2016 sono stati assegnati solo a fine 2016, con due decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 novembre 2016, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 25 gennaio 2017. Detti provvedimenti contengono obblighi di trasparenza, programmazione, attuazione e monitoraggio delle attività rispetto all'utilizzo dei fondi da parte delle Regioni. Si auspica, quindi, che il Governo vigili affinché le Regioni impieghino realmente e proficuamente tale denaro.

Sempre in tema di risorse destinate al contrasto della violenza sulle donne, non rimane che salutare con favore i 5 milioni di euro annui che saranno destinati alle donne vittime di violenza e ai loro figli nel triennio 2017-2019. A prevederlo è un emendamento alla legge di bilancio approvato in Commissione alla Camera. Le risorse andranno al piano antiviolenza, ai servizi territoriali, ai centri antiviolenza e ai servizi di assistenza alle donne.

La violenza sulle donne, si è visto, è un vero e proprio fenomeno sociale destinato per la maggior parte dei casi a manifestarsi tra le mura domestiche, nelle relazioni sentimentali. Quello che spesso non viene preso in considerazione è che la violenza non si esplica solo nei rapporti eterosessuali, ma anche omosessuali. Come succede tra uomo e donna, anche nelle coppie di donne c'è il problema del riconoscimento del fallimento della relazione, a cui si aggiunge quello di prendere atto che si è vittime di violenza, dovuto anche, come spiega la presidente di Arcilesbica Bologna Carla Catena(37), al falso pregiudizio che tra donne non possa esserci violenza. Secondo un'indagine pilota svolta dall'Università La Sapienza e da Arcilesbica di Roma, iniziata nel 2008 e chiusa nel 2010, su 120 donne lesbiche intervistate, tra i 16 e i 40 anni, il 61% dichiara di «avere paura all'interno delle proprie relazioni» e il 47,1%, di aver subito «un danno fisico e psicologico dopo un litigio(38)». Proprio per far fronte a questo problema, a cui a livello mediatico, ma non solo, si dà poco risalto, è nato a Bologna il primo sportello telefonico anti-violenza in Italia dedicato alle lesbiche. Il progetto, nato da un accordo tra Arcilesbica, Casa delle Donne e Comune di Bologna e che ha ricevuto anche il contributo

economico della Regione Emilia- Romagna, è una vera novità per l'Italia.

La violenza sulle donne, come è noto, è un problema che non ha confine è una vera e propria questione globale. Si è già posto in rilievo il fenomeno della tratta di esseri umani che vede molte donne tra le vittime, specie in relazione allo sfruttamento sessuale e del lavoro. Inoltre, spesso le migranti sono costrette a fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Durante il percorso migratorio, sono spesso esposte a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, la malnutrizione, l'impossibilità di essere curate, l'umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti. Proprio al fine di assicurare la migliore assistenza alle vittime di tali forme di violenze, il 22 marzo 2017, il Ministero della Salute ha presentato le "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale". Come si legge nel documento, queste hanno come obiettivo principale quello di assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di titolari e richiedenti lo status di rifugiato e protezione internazionale, ovvero delle persone che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità, che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. L'intento è quello di fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso percorsi per l'individuazione, la presa in carico ed il trattamento di vittime di violenza intenzionale e di tortura, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria. Si tratta di linee guida che, naturalmente, sono rivolte all'assistenza di tutte le vittime, indipendentemente dal genere di appartenenza, ma che rivestiranno un ruolo importante per le donne, spesso maggiormente esposte a tali forme di violenze.

8 marzo: "Se le nostre vite non valgono, noi ci fermiamo"

È opportuno concludere il presente Rapporto dando atto della mobilitazione globale delle donne in occasione della Giornata internazionale della Donna che quest'anno compiva il suo 100° anniversario. Per l'occasione è stato indetto uno sciopero globale delle donne con astensione dal lavoro produttivo e riproduttivo. In Italia lo sciopero è stato promosso dalla rete "Non una di meno", che già nelle giornate del 26 e del 27 novembre aveva organizzato una manifestazione contro la violenza maschile sulle donne a cui hanno partecipato oltre 200 mila donne e uomini. Allo sciopero delle donne hanno aderito anche Usi, Sgb e Usb, nonché Cgil scuola, che hanno proclamato ufficialmente lo sciopero generale di 24 ore. Importante l'adesione anche dei centri anti-violenza della rete Di.Re: per la prima volta anche i 77 centri anti violenza che fanno parte della rete hanno partecipato ad uno sciopero chiudendo o rimanendo aperti in assemblea, sospendendo la partecipazione a eventi istituzionali, proprio per sottolineare il fatto i luoghi che accolgono le donne vittime di violenza non sono né assistenziali, né istituzionali, ma luoghi vissuti da donne che affrontano il tema della violenza maschile come un problema culturale e politico. Ed è proprio per questo che si deve guardare con grande ottimismo alle numerose manifestazioni che si sono svolte in moltissime città italiane in occasione di questa mobilitazione, in specie a quelle che hanno visto la partecipazione delle donne più giovani e del mondo dell'università e della scuola, dove per l'occasione si sono organizzate lezioni alternative in cui è stato spiegato che la violenza maschile contro le donne si combatte in primo luogo con una trasformazione radicale della società.

In conclusione, per la reale affermazione della libertà ed autodeterminazione delle donne è fondamentale, prima di qualsiasi altra cosa, un cambiamento di *habitus mentale*. È necessario, cioè, superare gli stereotipi all'interno dei quali le donne e i loro corpi sono da secoli imprigionati. E questo è un compito che spetta alla società tutta. In primo luogo alle donne.

Note

(1) - Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/1978). Dati definitivi del 2014 e del 2015, p. 1

(2) - Da notare che detta percentuale è aumentata rispetto al 2013 in cui si contava l'87,6 % di ginecologi obiettori.

(3) - Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/1978). Dati definitivi del 2014 e del 2015, p. 5

(4) - Erano 0.5 e 4.7 i valori minimi e massimi nel 2013

(5) - Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/1978). Dati definitivi del 2014 e del 2015, p. 52

(6) - Dal 2006 al 2014 i ginecologi obiettori sono aumentati, dal 69.2% al 70.7%. La percentuale di donne che aspetta meno di due settimane fra rilascio del certificato e intervento è aumentata, dal 56.7% al 64.8%. Al tempo stesso, diminuisce la percentuale di donne (dal 12.4% al 9.2%) che aspetta da 22 a 28 giorni.

(7) - Si fa l'esempio dell'Umbria e delle Marche dove diminuiscono gli obiettori, ma aumentano i tempi di attesa tra certificazione e intervento, al contrario di quanto avviene ad esempio nel Lazio.

(8) - http://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2017/02/22/aborto-in-italia-7-ginecologi-su-10-sono-obiettori_8e057fe0-efcf-4305-8c87-26a6bf6a946c.html

(9) - Il CCPR è un Meccanismo delle Nazioni Unite in cui ogni 4 anni si chiede a uno Stato di presentare un proprio report sullo stato dei diritti umani. Il Comitato esamina il report presentato dallo Stato e fornisce le sue raccomandazioni (suddivise per tematiche) in un dibattito aperto a tutti. Ong e organizzazioni possono inviare i loro report al Comitato e, se lo vogliono, anche partecipare ai lavori e prendere la parola interloquendo con i rappresentanti del governo, i quali sono tenuti a rispondere davanti al Comitato e poi per esteso in forma scritta.

(10) - Al paragrafo 16 delle Concluding observations on the sixth periodic report of Italy, si legge testualmente: «The Committee is concerned at reported difficulties in accessing legal abortions owing to the high number of physicians who refuse to perform abortions for reasons of conscience and their manner of distribution across the country, and the resulting in a significant number of clandestine abortions being carried out»

(11) - Ibidem

(12) - Paragrafo 17 delle Concluding observations on the sixth periodic report of Italy, «the State party should take measures necessary to guarantee unimpeded and timely access to legal abortion services in its territory, including by establishing an effective referral system for women seeking legal abortion services»

(13) - Si veda in proposito la precedente edizione del presente Rapporto.

(14) - http://roma.repubblica.it/cronaca/2017/02/22/news/aborto_il_lazio_assume_ginecologi_non_obiettori_rischio_158890433/?ref=HREC1-2

(15) - http://roma.corriere.it/notizie/cronaca/17_febbraio_23/san-camillo-medici-non-obiettori-l-ordine-medici-la-regione-ritiri-l-atto-iniquo-e3252df4-f9c0-11e6-9b43-a08eac6546a0.shtml?refresh_ce-cp#

(16) - http://roma.corriere.it/notizie/cronaca/17_febbraio_23/san-camillo-medici-non-obiettori-l-ordine-medici-la-regione-ritiri-l-atto-iniquo-e3252df4-f9c0-11e6-9b43-a08eac6546a0.shtml?refresh_ce-cp#

(17) - Tanto si legge nell'appello firmato da a Massimo Cozza, Fp Cgil Medici e Dirigenti sanitari; Roberto Bonfili, Uil Fpl Medici; Mauro Mazzoni, Fassid-Simet; Corrado Bibbolino, Fassid-Snr; Alessandra Di Tullio, Fassid-Aipac; Roberta Di Turi, Fassid-Sinafo; Mario Sellini, Fassid-Aopi. In http://roma.corriere.it/notizie/cronaca/17_febbraio_23/san-camillo-medici-non-obiettori-l-ordine-medici-la-regione-ritiri-l-atto-iniquo-e3252df4-f9c0-11e6-9b43-a08eac6546a0.shtml?refresh_ce-cp#

(18) - La dichiarazione della dott.a Kustermann è tratta da http://roma.repubblica.it/cronaca/2017/02/22/news/aborto_il_lazio_assume_ginecologi_non_obiettori_rischio_158890433/?ref=HREC1-2

(19) - Corte Costituzionale sentenza n. 162/2014

(20) - Si veda la precedente edizione del presente Rapporto.

(21) - delibera del 12 novembre 2014 n. X/2344

(22) - delibera del 7 novembre 2014 n. X/2611

(23) - Consiglio di Stato, sez. III, sentenza n. 3297/2016

(24) - Facevano eccezione Umbria, Marche, Veneto e in certi casi il Lazio.

(25) - Si veda la precedente edizione del Rapporto

(26) - Si veda la precedente edizione del presente Rapporto

(27) - Corte di Cassazione Sezione I Civile, sentenza 11 novembre 2014 n. 24001

(28) - La Corte EDU con le sentenze 26 giugno 2014, Mennesson c. Francia, ric. n. 65192/11 e 26 giugno 2014, Labassee c. Francia, ric. n. 65941/11, ha riconosciuto la violazione dell'art. 8 della Convenzione perché le autorità francesi avevano negato di riconoscere valore legale alla relazione tra un padre e i suoi figli biologici nati all'estero facendo ricorso a surrogazione di maternità. Si veda anche Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, sez. II, 27 gennaio 2015, Paradiso e Campanelli c. Italia, ric. n. 25358/12, § 74 e ss..

(29) - Cassazione Civile, sez. I, sentenza 30/09/2016 n. 19599, § 10.2

(30) - Cassazione Civile, sez. I, sentenza 30/09/2016 n. 19599, § 10.1

(31) - Cassazione Civile, sez. I, sentenza 30/09/2016 n. 19599, § 11.1

(32) - Si veda sul punto anche Corte di Cassazione, sezione V penale, sentenza n. 13525 del 5 aprile 2016

(33) - Corte di Cassazione, sez. VI penale, sentenza 17/11/2016 n. 48696

(34) - Fonte Ansa, in www.ansa.it/sito/notizie/speciali/editoriali/2016/11/24/giornata-mondiale-2016-contro-la-violenza-sulle-donne_f012b86f-eceb-44d6-964d-ee030b123360.html

(35) - Ibidem

(36) - Si veda la precedente edizione del presente Rapporto.

(37) - Si veda http://bologna.repubblica.it/cronaca/2017/03/20/news/bologna_il_primo_telefono_per_le_lesbiche_vittime_di_161003095/?ref=search

(38) - I risultati dell'indagine svolta dall'Università La Sapienza e da Arcilesbica di Roma sono tratti da Repubblica. Si veda http://bologna.repubblica.it/cronaca/2017/03/20/news/bologna_il_primo_telefono_per_le_lesbiche_vittime_di_161003095/?ref=search