

Con la scusa del Covid-19 si nega il diritto all'aborto

21.04.20

Maria Laura Di Tommaso e Caterina Muratori

Con la crisi sanitaria dovuta al Covid-19 sono diminuite le interruzioni volontarie di gravidanza. Il divieto di spostamento unito all'alto numero di medici obiettori impedisce alle donne di ricorrere all'aborto legale. Così cresceranno quei clandestini.

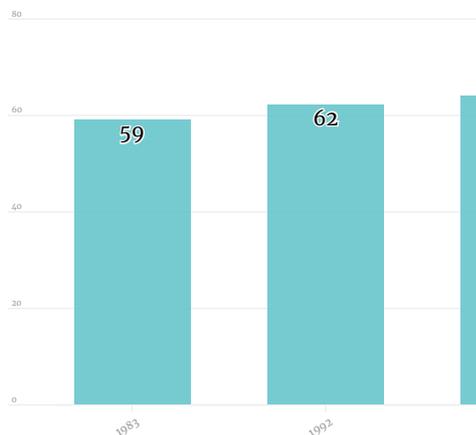
Italia, paese di obiettori di coscienza

Diceva **Simone de Beauvoir**: “Non dimenticate mai che sarà sufficiente una crisi politica, economica o religiosa perché i diritti delle donne siano rimessi in discussione. Questi diritti non sono mai acquisiti. Dovrete restare vigili durante tutto il corso della vostra vita”.

Quanto fossero vere queste parole lo si vede oggi con l'emergenza sanitaria. Le misure di segregazione sociale messe in atto per fronteggiare la diffusione del Covid-19 hanno causato un'improvvisa riduzione dell'accesso al servizio di interruzione volontaria di gravidanza. Sulla base di una dichiarata conformità al decreto del 9 marzo, molti ospedali italiani hanno infatti **sospeso la fornitura del servizio** perché – illegittimamente – lo considerano non essenziale, nonostante la legge 194 inserisca l'interruzione volontaria di gravidanza fra le prestazioni mediche essenziali. La parziale sospensione del servizio – in un periodo in cui si potrebbe verificare un **aumento delle gravidanze indesiderate** per l'incremento delle violenze domestiche **registrato** dall'inizio del blocco – peggiora una situazione, di per sé, già drammatica.

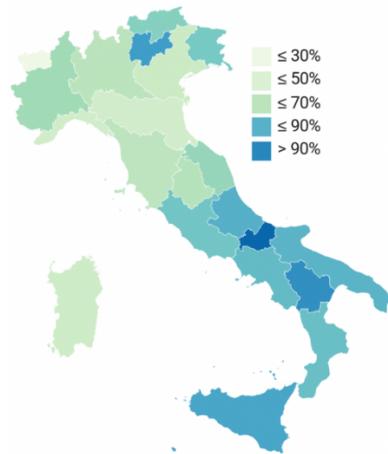
L'Italia è uno dei paesi al mondo col più alto numero di medici obiettori di coscienza, con un tasso in crescita dall'approvazione della legge 194 (figura 1) e con una forte eterogeneità tra regioni (figura 2). In aggiunta, nel 2017 solo il 64,5 per cento degli ospedali con un reparto di ostetricia e ginecologia effettuava interruzioni di gravidanza. Gli altri rientrano in quella casistica che viene definita come “obiezione di struttura”, situazione non ammessa dalla legge 194. Nonostante gli **ammonimenti dell'Unione europea**, che ha definito la situazione italiana come discriminatoria e in violazione dei diritti alla salute, il **ministero della Salute continua a dichiarare** adeguato il livello di offerta del servizio.

Figura 1 – Percentuali di ginecologi che dichiarano obiezione di coscienza in Italia, 1983-2016



A Flourish chart

Figura 2 – Distribuzione regionale delle percentuali di ginecologi che dichiarano obiezione di coscienza in Italia, 2017



Fonte: ministero della Salute.

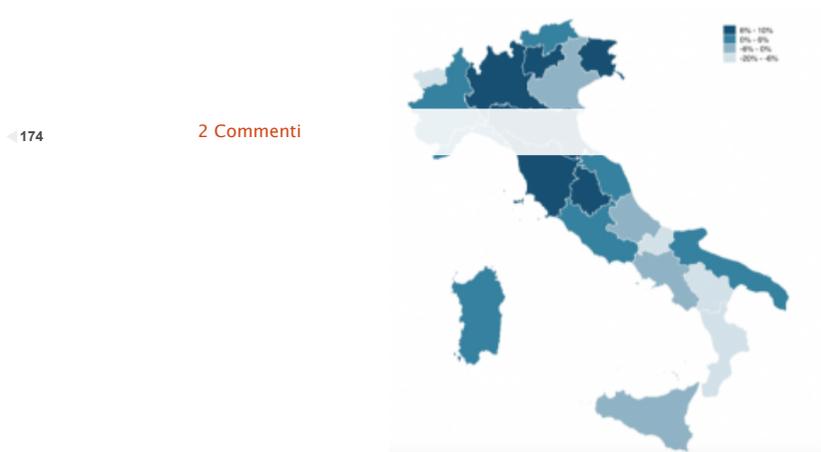
Costrette a spostarsi da un luogo all'altro

Già in condizioni di normalità, questa situazione costringe le donne a muoversi da un comune all'altro e da una provincia o una regione all'altra, per riuscire ad abortire. L'impossibilità di movimento impone fronteggiare il Covid-19 nega a molte donne la possibilità di spostarsi per riuscire a interrompere la gravidanza.

Nel 2016 più di 4 mila donne hanno avuto un aborto fuori dalla loro regione di residenza, cifra che rappresenta il 10 per cento del totale. Se si analizza la differenza fra regione di occorrenza dell'aborto e regione di residenza, si può ricavare un indicatore del flusso netto in entrata di donne che vogliono abortire, per ciascuna regione. Le regioni in cui il tasso di aborti per luogo di occorrenza è significativamente minore del tasso di aborti per luogo di residenza, sono quelle in cui è più difficile abortire; al contrario, le regioni per cui la relazione è invertita, che attirano donne dall'esterno.

Il confronto tra la percentuale di medici obiettori e con i flussi in uscita mostra come le regioni con più medici obiettori hanno un problema di accesso all'aborto che spinge le donne a spostarsi per ricevere assistenza (figura 3). **Gli studiosi stimano** che un aumento di 10 punti percentuali nella quota di medici obiettori sia associato con un aumento del 10 per cento nel flusso di donne in uscita.

Figura 3 – Flusso netto in entrata per regione 2016



Fonte: **Tommaso Autorino, Francesco Mattioli e Letizia Mencarini** "The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access", 2020.

Il ritorno dell'aborto clandestino

Ad aggravare la situazione, il 25 marzo l'associazione ProVita e Famiglia (uno dei più importanti gruppi conservatori) ha avviato una **petizione online** indirizzata al ministero della Salute per chiedere di vietare l'aborto. Dall'altra parte dell'oceano, in Texas e Ohio l'aborto è già stato dichiarato intervento non necessario e è stato revocato il diritto di praticarlo.

Dalla **letteratura scientifica** risulta evidente che quando l'accesso all'aborto legale non è garantito, le donne ricorrono a quello clandestino. **L'Istat ha stimato** circa 10 mila-13 mila aborti clandestini in Italia per gli anni 2014-2016. Le conseguenze del coronavirus e le sue conseguenze sull'accesso all'interruzione di gravidanza potrebbero aver fatto esplodere il fenomeno. Nonostante la vendita online di pillole abortive abbia reso la procedura meno rischiosa che in passato, il fenomeno persiste.

clandestinamente continua ad avere comunque molti rischi per la salute della donna. [L'Organizzazione mondiale della sanità](#) ha calcolato che a livello mondiale il costo annuale per il trattamento delle complicazioni derivanti dagli aborti clandestini si aggira intorno ai 553 milioni di dollari.

Il processo di costruzione di misure di contenimento per affrontare la diffusione del coronavirus necessita di uno sguardo più attento alla centralità dei corpi delle donne come fulcro delle disuguaglianze di genere all'interno del nostro paese. Dobbiamo evitare che una crisi sanitaria si trasformi in una crisi sociale e politica che costringa le donne ad arretrarsi nell'esercizio dei propri diritti.

Questo articolo è pubblicato in versione più estesa [su inGenere](#).

In questo articolo si parla di: [aborto](#), [aborto clandestino](#), [Caterina Muratori](#), [covid](#), [diritto all'aborto](#), [interruzione c](#), [gravidanza](#), [legge 194](#), [Maria Laura Di Tommaso](#), [obietto](#), [di coscienza](#)

BIO DELL'AUTORE

MARIA LAURA DI TOMMASO



Maria Laura Di Tommaso è Professoressa Ordinaria in Economia Politica presso il Dipartimento di Economia e Statistica "Cognetti de Martiis" dell'Università di Torino. È affiliata al Collegio Carlo Alberto, e al Frisch Center for Economic Research a Oslo. In precedenza ha lavorato come College Lecturer in Economia presso il Robinson College e Research Associate nel Department of Applied Economics dell'Università di Cambridge. I suoi interessi di ricerca sono nel campo dell'economia di genere e femminista. I progetti di ricerca attuali includono le differenze di genere nell'istruzione e in particolare nello studio della matematica e delle scienze in Italia (progetto MathGenderGap), la valutazione di incentivi economici per l'integrazione dei migranti in Norvegia, il lavoro di cura degli uomini, le conseguenze del Covid-19 sulla violenza domestica violenza contro le donne.

[Altri articoli di Maria Laura Di Tommaso](#)

CATERINA MURATORI



Caterina Muratori è dottoranda in Economia presso l'Università degli Studi di Torino e il Collegio Carlo Alberto. Ha conseguito la laurea triennale in Economia dello Sviluppo e Cooperazione Internazionale all'Università di Firenze nel 2016 e la laurea magistrale in Economics all'Università di Bologna nel 2018. I suoi interessi accademici ricadono nell'ambito dell'economia femminista. Attualmente sta facendo ricerca sulla relazione fra aborto clandestino e obiezione di coscienza, e sull'impatto delle politiche istituzionali sul fenomeno della violenza domestica.

[Altri articoli di Caterina Muratori](#)