

L'interruzione volontaria di gravidanza e la partecipazione delle associazioni di volontariato al S.S.N.: il caso della convenzione tra l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino e l'Associazione Centro di Aiuto alla Vita e Movimento per la Vita "G. Faradini" di Rivoli

(ABSTRACT)

Il contributo offre un commento alla convenzione sottoscritta in data 28 luglio 2023 dall'Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e l'Associazione Centro di Aiuto alla Vita e Movimento per la Vita "G. Faradini" di Rivoli, analizzandone i contenuti nel quadro della disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza.

Alice Cauduro^[1]

Sommario:

1. La disciplina di dettaglio dell'interruzione volontaria di gravidanza - 2. L'interruzione volontaria di gravidanza come prestazione tra i livelli essenziali di assistenza: dalla prestazione medico-chirurgica a quella farmacologica - 3. La convenzione in materia di interruzione volontaria di gravidanza stipulata dall'Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e l'Associazione Centro di Aiuto alla Vita e Movimento per la Vita - 4. Considerazioni conclusive

1. La disciplina di dettaglio dell'interruzione volontaria della gravidanza

A distanza di oltre quarant'anni dalla sua entrata in vigore, la legge che ha disciplinato la prestazione sanitaria dell'interruzione volontaria di gravidanza (legge 22 maggio 1978, n. 194) continua ad essere al centro del dibattito politico, etico e giuridico. Ancora attuale è il tema del ruolo del diritto sul quale si discuteva ampiamente negli anni in cui la legge venne approvata, quando la complessità della discussione era alimentata dalla varietà di posizioni politiche sul tema, anche all'interno del movimento femminista che rivendicava anzitutto la depenalizzazione dell'aborto. Il movimento non solo denunciava i rischi per la salute delle donne collegati alla pericolosità degli aborti praticati clandestinamente, ma metteva in discussione anche il modo in cui il diritto normava il loro corpo, rivendicando l'autodeterminazione delle donne^[2].

Negli anni Settanta dello scorso secolo la depenalizzazione dell'aborto in caso di pericolo per la donna si è realizzata sia tramite l'intervento della giurisprudenza costituzionale sia del legislatore ordinario^[3]. All'epoca dell'approvazione della legge 22 maggio 1978, n. 194, era ancora vigente la legislazione penale che classificava l'aborto della donna consenziente tra i delitti contro «l'integrità e la sanità della stirpe» (art. 546 c. p., poi abrogato dall'art. 22 della l. n. 194/1978)^[4]. La parziale illegittimità costituzionale della norma venne dichiarata nella parte in cui escludeva che la gravidanza potesse essere interrotta in caso di danno o pericolo grave, «medicalmente accertato [...] e non altrimenti evitabile», per la salute della madre; pur riconoscendo fondamento costituzionale (anche) alla tutela del/della nascituro/a, venne affermato che «non esiste equivalenza tra 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»^[5].

Diversi interventi del legislatore andarono a delineare il quadro normativo della disciplina sull'interruzione volontaria di gravidanza come prestazione sanitaria a garanzia del diritto alla salute della donna^[6] (legge 22 maggio 1978, n. 194; legge 23 dicembre 1978, n. 833; la legge 29 luglio 1975, n. 405).

La legge 22 maggio 1978 n. 194 disciplinò la prestazione sanitaria dell'interruzione volontaria di gravidanza realizzando la composizione delle varie istanze politiche polarizzate attorno alle diverse visioni dell'interruzione volontaria di gravidanza: da un lato intesa come espressione dell'autodeterminazione della donna, dall'altro come pratica "controllata dallo Stato". Tale compromesso è evidente già nella rubrica della legge recante *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*. Nel tempo si è chiarito che nel «bilanciamento tra il valore (e la tutela) della salute della donna e il valore (e la tutela) del concepito l'ordinamento consente alla madre di autodeterminarsi, ricorrendone le condizioni richieste ex lege, a richiedere l'interruzione della gravidanza»^[7].

La legge 22 maggio 1978 n. 194 ha disciplinato tempi, condizioni, limiti e procedure per l'erogazione della prestazione sanitaria dell'interruzione volontaria di gravidanza affermando che «Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite» (art. 1, l. n. 194 del 1978). Si distinguono due ipotesi di interruzione volontaria di gravidanza: quella che può essere praticata entro i primi 90 giorni dal concepimento e quella che può avvenire anche dopo i primi 90 giorni. Nel primo caso l'interruzione è ammessa se vi è 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» (art. 4), nel secondo caso, invece, «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» (art. 6). Se non viene riscontrata l'urgenza, il medico deve rivolgere alla donna un «invito a soprassedere per sette giorni», per evitare scelte "poco meditate" o imposte da circostanze esterne, anche socio-economiche: solo una volta trascorso questo tempo la donna può «presentarsi per ottenere la prestazione» (art. 5).

Al compromesso politico che portò alla l. n. 194 del 1978 in Italia si può ascrivere la previsione della possibilità per il personale sanitario di sollevare obiezione di coscienza per astenersi legittimamente dal praticare la prestazione. L'obiezione di coscienza - che esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie «dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione di gravidanza, e non all'assistenza antecedente e conseguentemente all'intervento» - trova tuttavia un limite «quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo» (art. 9). La presenza numericamente significativa di personale sanitario obiettore nelle strutture sanitarie pubbliche ha nel tempo suscitato un ampio dibattito circa le soluzioni organizzative necessarie a garantire l'accesso alla prestazione sanitaria^[8], anche considerato «l'obbligo positivo degli Stati di strutturare il servizio sanitario in modo da non limitare in alcun modo le reali possibilità di ottenere l'aborto e per altro verso di assicurare che l'obiezione di coscienza dei medici non impedisca in concreto l'accesso ai servizi abortivi cui le pazienti hanno diritto»^[9]. Non è questa la sede per approfondire la questione del rapporto tra l'obiezione di coscienza e l'obbligo di servizio pubblico della garanzia delle prestazioni che rientrano tra i livelli essenziali di assistenza, ma è qui di interesse evidenziare come uno degli aspetti che nel tempo hanno condizionato l'effettività del diritto alla prestazione sanitaria di interruzione volontaria della gravidanza sia anche la massiccia presenza di personale sanitario obiettore nelle strutture sanitarie pubbliche.

2. L'interruzione volontaria di gravidanza come prestazione tra i livelli essenziali di assistenza: dalla prestazione medico-chirurgica a quella farmacologica

L'interruzione volontaria di gravidanza come prestazione sanitaria, che trova una disciplina di dettaglio nella richiamata l. n. 194 del 1978, si ispira ai principi della disciplina istitutiva del servizio sanitario nazionale che è fondata sull'universalismo e l'eguaglianza nell'accesso alle cure e che riprende la definizione costituzionale di tutela della salute nella sua duplice accezione, individuale e collettiva (art. 1, legge 23 dicembre 1978, n. 833). Secondo i principi del servizio sanitario nazionale la tutela della salute fisica e psichica deve «avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. [...]» (art. 1, c. 2); servizi e attività sono finalizzati alla «promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica della popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (art. 1, c. 3).

Tramite il servizio pubblico si realizza così quell'eguaglianza sostanziale di accesso alle cure (art. 3 c. 2; 32 Cost.) i cui livelli essenziali «devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, c. 2, lett. m Cost.)^[10]: la prestazione di interruzione volontaria di gravidanza è inclusa nei livelli essenziali di assistenza^[11]. Trattasi perciò di quel nucleo irriducibile del diritto alla salute che il servizio sanitario nazionale deve garantire tramite l'organizzazione e l'attività delle strutture sanitarie^[12]. Se nel 1978 il legislatore aveva come riferimento solo la prestazione medico-chirurgica, oggi l'interruzione volontaria di gravidanza può avvenire anche farmacologicamente, pertanto la prestazione rientra tra i livelli essenziali di assistenza in entrambe le modalità, chirurgica e farmacologica^[13].

Le implicazioni amministrative della qualificazione dell'interruzione volontaria di gravidanza come livello essenziale di assistenza sono emerse fin dall'approvazione della l. n.194 del 1978, le cui disposizioni normative sono state considerate "a contenuto costituzionalmente

vincolato”^[14]. Più di recente la giurisprudenza amministrativa ha chiarito che «l’individuazione del limite di tutela di un diritto non è altro che l’individuazione del contenuto del diritto stesso; e, mutando ancora prospettiva, l’individuazione del contenuto del diritto non è altro che l’individuazione delle prestazioni da garantire affinché che quel diritto possa essere soddisfatto», aggiungendo che «[...] per determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni non debba intendersi esclusivamente l’individuazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni stesse, come pure ha affermato la Corte (cfr. Corte Costituzionale 4 dicembre 2009 n. 322), ma debba anche (e prima ancora) intendersi l’individuazione delle condizioni cui è subordinato l’accesso a quelle prestazioni, giacché sarebbe del tutto illogico ritenere il contrario, e cioè che la norma costituzionale, pur avvertendo l’esigenza di assicurare prestazioni di contenuto minimo uniforme su tutto il territorio nazionale, lasci poi che ciascuna regione possa stabilire quando quelle prestazioni debbano essere assicurate ai cittadini»; si è così affermato che «le disposizioni contenute nella legge n. 194/78, che individuano le condizioni per l’accesso alle tecniche di interruzione volontaria della gravidanza e che disciplinano le procedure per l’accertamento di quelle condizioni, sono disposizioni riconducibili all’art. 117 lett. m) della Costituzione, e quindi riconducibili a materie riservate alla competenza legislativa esclusiva dello Stato. La conclusione risulta avvalorata dal rilievo che sarebbe del tutto illogico permettere che una materia tanto sensibile qual è quella afferente all’interruzione volontaria della gravidanza [...] possa essere disciplinata differentemente sul territorio nazionale, lasciando che le regioni individuino, ciascuna per il proprio territorio, le condizioni per l’accesso alle tecniche abortive e, attraverso la definizione delle procedure, il grado di attendibilità degli accertamenti di quelle medesime condizioni»^[15].

Posto che la prestazione di interruzione volontaria di gravidanza realizza quel nucleo incompressibile del diritto alla salute che il servizio sanitario nazionale deve garantire attraverso le strutture sanitarie^[16], occorre allora valutare con quali modalità e capacità le regioni assicurino l’effettiva prestazione che il legislatore ordinario ha stabilito nell’esercizio della sua competenza esclusiva.

L’analisi della garanzia effettiva delle prestazioni da parte delle regioni, sul piano legislativo e amministrativo, va condotta considerando anzitutto il rispetto del principio della dignità della persona (art. 2 Cost.) cui debbono ispirarsi tutte le strutture sanitarie nello svolgimento delle loro attività (art. 1, legge n. 833 del 1978). Se dignità e libertà della persona sono principi ispiratori delle attività di servizio pubblico erogate dalla struttura sanitaria, il consenso informato della donna e la sua riservatezza concorrono a garantire un accesso all’interruzione volontaria di gravidanza libero e dignitoso: «il medico che esegue l’interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna» (art. 14, l. n. 194 del 1978)^[17]. Inoltre, qualsiasi sia la struttura o il soggetto alla quale la donna si rivolge - un « consultorio pubblico istituito ai sensi dell’articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia» (art. 4, l. n. 194 del 1978) - il rispetto della sua libertà e dignità presuppone il diritto a ricevere informazioni aggiornate anche «sull’uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell’integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l’interruzione della gravidanza» (art. 15, l. n. 194 del 1978).

Ne consegue che il servizio sanitario nazionale non deve solo garantire, ma anche promuovere l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica, sia in quanto pratica meno invasiva di quella medico-chirurgica sia perché meno rischiosa anche per la salvaguardia della capacità procreativa della donna^[18]. Di recente - anche a seguito delle rilevanti criticità della garanzia dell'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza durante la prima fase della pandemia Covid-19 - una circolare ministeriale^[19] e una determina dell'Agenzia italiana del farmaco^[20], hanno autorizzato a erogare la prestazione farmacologica senza il vincolo del ricovero nella struttura ospedaliera e a ricorrervi fino a 63 giorni dal concepimento, ampliando così la garanzia del diritto alla prestazione come livello essenziale di assistenza. Sono entrambe previsioni che impongono una risposta organizzativa regionale affinché le strutture sanitarie garantiscano la libera e dignitosa scelta della donna che richiede la prestazione.

La disciplina generale dell'interruzione volontaria di gravidanza come prestazione sanitaria ricomprende anche quella istitutiva dei consultori pubblici (legge 29 luglio 1975, n. 405), cui la stessa legge n. 194 del 1978 fa ampiamente rinvio (artt. 2, 3, 4, 5, legge n. 194 del 1978). Trattasi di strutture socio-sanitarie dedicate a svolgere la funzione di supporto alla donna sia nella informazione procreativa, quindi anche contraccettiva, sia nelle scelte in merito alla interruzione di gravidanza «a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti sul territorio; [...] d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza» (art. 2, c. 1 e 2, legge n. 194 del 1978). Il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità erogato dai consultori «ha come scopi: a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile; b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso» (art. 1, l. n. 405 del 1978). A tal fine il legislatore ha mostrato attenzione alla qualificazione professionale del personale, specificando che quello di «consulenza e di assistenza addetto ai consultori deve essere in possesso di titoli specifici in una delle seguenti discipline: medicina, psicologia, pedagogia ed assistenza sociale, nonché nell'abilitazione, ove prescritta, all'esercizio professionale» (art. 3). Anche il finanziamento dei consultori da parte delle regioni pare strettamente collegato al perseguimento delle finalità di servizio previste dalla legge, infatti, è erogato «tenuto conto delle proposte dei comuni e dei loro consorzi nonché delle esigenze di una articolazione territoriale del servizio [...] sempre che si riscontrino le finalità indicate all'articolo 1 della presente legge» (art. 6).

Se il supporto della donna è attività di servizio pubblico (legge n. 194 del 1978; legge 29 luglio del 1975, n. 405) ad essa possono partecipare anche associazioni, giacché tra i principi del servizio sanitario nazionale vi è quello della partecipazione associativa: «Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge» (art. 1 legge n. 833 del 1978)^[21]. Anche la disciplina dei consultori stabilisce che questi «sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della

collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita» (art. 2, c. 1 e 2, legge n. 194 del 1978). In generale il legislatore non si limita a legittimare che attività di servizio sanitario siano svolte con la partecipazione di privati, ma stabilisce la promozione di tale partecipazione (d. lgs. 3 luglio 2017, n. 117) e ciò vale anche per la prestazione di interruzione volontaria di gravidanza, purché tale partecipazione sia svolta nel rispetto delle finalità del servizio pubblico e tenuto conto degli obblighi di prestazione dell'amministrazione pubblica sanitaria^[22]. D'altronde nelle attività di interesse generale possono essere coinvolte organizzazioni anche in forma atipica a condizione che non abbiano scopo di lucro e perseguano «finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale» (art. 4, d.lgs., 3 luglio 2017, n. 117)^[23].

3. La convenzione in materia di interruzione volontaria di gravidanza stipulata tra l'Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e l'Associazione Centro di Aiuto alla Vita e Movimento per la Vita

È alla luce della disciplina richiamata che dev'essere analizzata la convenzione in materia di interruzione volontaria di gravidanza tra l'Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e l'Associazione Centro di Aiuto alla Vita e Movimento per la Vita, stipulata in data 28 luglio 2023 (prot. n. 90704). Le parti hanno convenuto che l'oggetto della convenzione consiste nel «dar seguito a quanto previsto dal D.lgs. n. 117 del 3 luglio 2017 - Codice del Terzo Settore - che a norma dell'art. 1, comma 2, lettera b) della legge 6 giugno 2016, n. 106 provvede al riordino e alla revisione organica della disciplina vigente in materia di Enti del Terzo Settore».

Nelle finalità della convenzione è stabilito che «l'Azienda autorizza l'Associazione ad operare, *secondo le finalità del proprio statuto* (c. d. r.), presso il Presidio Ospedaliero Sant'Anna» (art. 1); le attività che l'Associazione si impegna a svolgere, anche in attuazione della l. n.194 del 1978, cit. sono le attività di «supporto e ascolto a donne gestanti che ne abbiano necessità, nell'ambito di un più generale percorso di sostegno durante e dopo la gravidanza alle donne che vivono il momento con difficoltà e che potrebbero quindi prendere in considerazione la scelta dell'interruzione di gravidanza o che addirittura si sentono costrette a ricorrervi per mancanza di aiuti. Il servizio offre quindi un supporto concreto e una vicinanza umana, così “contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna alla interruzione della gravidanza” (L. 194 art. 2 lett. d)» (art. 1).

Le attività così descritte rientrano - si è detto - tra i compiti di servizio pubblico disciplinati dalla richiamata normativa sull'interruzione volontaria della gravidanza. (l. n. 194 del 1978; l. n. 405 del 1975).

L'Associazione stipulante - che «aderisce con vincolo federativo al “Movimento per la Vita Italiano - Federazione dei Movimenti per la vita e dei centri di aiuto alla vita d'Italia» (art. 1 dello Statuto) - nel definire *le finalità del proprio statuto* stabilisce che “Sono compiti specifici dell'Associazione la tutela e la promozione della vita umana con particolare riferimento a quelle fasi in cui il diritto all'esistenza e l'eguale dignità degli esseri umani sono negati o posti in forse dal costume o dalle leggi e per questo si oppone ad ogni provvedimento che legittimi pratiche abortive [...]” (art. 3 dello Statuto).

Nella convenzione è stabilito che l'attività di “supporto concreto” e “vicinanza umana” nella

fase della scelta della donna (art. 2, lett. d, legge 194/1978) venga «svolta dai volontari scelti tra quelli con maggiore esperienza nell'accompagnamento in gravidanze difficili ed appositamente formati per questo nuovo ruolo, eventualmente anche con il supporto ed il coordinamento del personale sanitario a ciò disponibile» (art. 1). Laddove utilizza l'espressione "eventualmente anche", con riferimento a "il supporto e il coordinamento del personale sanitario a ciò disponibile", la convenzione descrive un modello organizzativo nel quale il volontario compirebbe attività in autonomia dal personale della struttura, specie nel caso non infrequente della carenza di disponibilità di quest'ultimo per i singoli casi.

Nella convenzione manca inoltre un riferimento alla qualificazione del volontario, per contro prevista dal legislatore statale e regionale per l'attività dei consultori, a garanzia della qualità del servizio (art. 3, l. n. 405 del 1978; art. 5, legge regionale, 9 luglio 1976, n. 39). In Piemonte la legge regionale 9 luglio 1976, n. 39 recante *Norme e criteri per la programmazione, gestione e controllo dei Servizi consultoriali* disciplina la qualificazione del personale dei consultori prevedendo inoltre che «[...] Il personale deve essere in possesso dei titoli specifici in una delle seguenti discipline: medicina, psicologia, pedagogia, assistenza sanitaria e sociale, nonché dell'abilitazione, ove prescritta, all'esercizio professionale. Di norma devono essere garantite almeno le seguenti figure professionali: medico preferibilmente ginecologo, psicologo, assistente sociale, assistente sanitaria od ostetrica od infermiera professionale. [...] Può anche essere utilizzato eventuale personale volontario, purché in possesso dei titoli relativi alle discipline di cui al presente articolo» (art. 5).

Anche la previsione sul Comportamento dei volontari evidenzia alcune criticità laddove prevede, perfino con enfasi grafica, che "l'attività deve essere svolta, compatibilmente con le proprie finalità statutarie^[24], con l'obiettivo di soddisfare le esigenze degli assistiti, nonché^[25] nel rispetto delle indicazioni derivanti dai trattamenti clinico assistenziali in corso, nella fattiva e reciproca collaborazione con gli operatori pubblici nell'ambito delle specifiche competenze e con la scrupolosa osservanza delle norme di ordine organizzativo, igienico, sicurezza e comportamentale" (art. 3). Tale formulazione subordina e condiziona al rispetto delle finalità statutarie associative l'impegno a raggiungere l'obiettivo di soddisfare le esigenze degli assistiti.

Criticità si possono trovare anche riguardo alla Riservatezza laddove la convenzione prevede - in modo generico - che "Il Presidente dell'Associazione impegnerà i volontari^[26], a mantenere la riservatezza dei dati acquisiti involontariamente da parte dei pazienti. I volontari non sono tenuti a venire a conoscenza di dati sensibili nello svolgimento delle attività proposte" (art. 7). Sul punto appare evidente la necessità di coordinare tale laconica e imprecisa previsione con la disciplina aziendale sulla protezione dei dati personali, con conseguente attenta attribuzione di compiti e responsabilità riferiti alle varie operazioni di trattamento dei dati stessi.

4. Considerazioni conclusive

La convenzione analizzata suscita perplessità sotto vari profili: anzitutto riguardo alla compatibilità delle finalità associative con quelle assegnate dalla legge alle strutture sanitarie pubbliche, che devono garantire la prestazione. La finalità statutaria si pone infatti esplicitamente in contrasto con la legge laddove «si oppone ad ogni provvedimento che legittimi pratiche abortive» (art. 3). L'associazione si prefigge come scopo quello di

ostacolare la prestazione di interruzione volontaria di gravidanza, mentre l'attività di servizio pubblico di supporto alla donna è finalizzata a una scelta sanitaria libera e dignitosa. Sia nel caso dell'interruzione volontaria della gravidanza medico-chirurgica sia di quella farmacologica la prestazione di cura comprende il supporto psicologico della donna, dove la presa in carico complessiva della sua salute psico-fisica deve essere garantita senza condizionamenti psicologici, siano essi in senso abortivo sia in senso antiabortivo. Se ciò deve essere garantito dal servizio sanitario pubblico - con la sola finalità di garantire la salute della donna che in modo libero e dignitoso decide di interrompere la gravidanza, entro i limiti e secondo le modalità previste dalla legge - la presenza di enti del Terzo settore che statutariamente si oppongono alla pratica abortiva si contrappone alla realizzazione degli obblighi di servizio pubblico secondo i principi e le modalità di legge.

Certo si è detto che la partecipazione delle associazioni non solo è possibile ma è anche promossa dalla legge (v. art. 1 l. 833/1978; d. lgs. 3 luglio 2017, n. 117), tuttavia la presenza dei privati deve essere compatibile anzitutto con le finalità di servizio pubblico che, nel caso dell'interruzione volontaria di gravidanza, attengono alla garanzia della salute della donna. La promozione della maternità e la rimozione delle cause che possono determinare la donna a voler interrompere la gravidanza sono finalità di servizio pubblico che non vanno confuse con la finalità antiabortiva che è di per sé in contrapposizione con la dignità e la libertà di scelta della donna.

Assicurare la libera formazione del convincimento della donna è compito che la legge attribuisce al servizio sanitario nazionale tramite le strutture sanitarie o i consultori. Il personale del Terzo settore può agire a supporto e con il coordinamento del personale sanitario, nei limiti in cui le finalità statutarie non contrastino con quelle di servizio pubblico. La legge n. 194 del 1978 non ha come finalità quella di condizionare la scelta della donna, ma semmai di rimuovere gli ostacoli, anche di ordine economico e sociale, qualora ve ne siano e dovessero fondare la richiesta della donna di accedere alla prestazione. Il supporto psicologico previsto dal legislatore deve essere erogato nella struttura ospedaliera sempre nel rispetto della dignità e libertà della donna^[27]. Attività di convincimento volto unicamente al ripensamento della donna, in ragione del dichiarato fine anti-abortivo dell'associazione, mette a rischio la dignità, l'uguaglianza nell'accesso alle cure, la garanzia della salute come benessere psico-fisico della donna (artt. 2, 3, c.2, 32, Cost.; artt. 1, 2, l. n. 833 del 1978; l. n. 194 del 1978; l. n. 405 del 1978). La promozione della presenza del Terzo settore cui è tenuta l'amministrazione pubblica non può in ogni caso legittimare attività in contrasto con la legge per il raggiungimento di finalità associative. La partecipazione alle attività di servizio sanitario nazionale (artt. 2, 18, 118 Cost.; art. 1, l. n. 833 del 1978, cit.) deve svolgersi compatibilmente con gli obblighi di servizio pubblico dell'amministrazione sanitaria posti a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

In conclusione, volendo offrire un'interpretazione *secundum legem* della convezione: a) si deve escludere ogni rilevanza, con conseguente disapplicazione, della previsione statutaria espressamente formulata in opposizione alla disciplina di legge o di provvedimenti che legittimino le pratiche abortive (art. 3 dello Statuto); b) a garanzia della qualità del servizio la struttura sanitaria deve richiedere all'associazione l'attestazione della professionalità dei volontari prevista per lo svolgimento di analoghe attività nei consultori (art. 3, l. n. 405 del 1978; art. 5, legge regionale, 9 luglio 1976, n. 39); c) il supporto ed il coordinamento del personale sanitario non può essere "eventuale", ma è presupposto della partecipazione dei

volontari alle attività del servizio; d) nel rispetto della riservatezza della donna a tutela della sua dignità (art. 14, l. n. 194 del 1978) ogni acquisizione di dati deve avvenire in modo consapevole e volontario, nel pieno rispetto della normativa in materia.

Una diversa lettura, che enfatizzasse l'autonomia statutaria associativa, subordinandole l'erogazione di prestazioni sanitarie dovute, sarebbe anche in contrasto con i principi della sussidiarietà orizzontale e della solidarietà sociale, intesi come presupposti irrinunciabili per la collaborazione tra pubblica amministrazione ed enti del Terzo settore^[28].

[Convenzione tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino e l'Associazione Centro di Aiuto alla Vita e Movimento per la Vita "G. Faradini" di Rivoli.](#)

1. Ricercatrice di diritto amministrativo presso l'Università degli Studi di Torino [↑](#)
2. Pitch T. (1998), *Un diritto per due*, Milano, 63 ss., ricorda che «Nei primi anni settanta si possono rintracciare almeno tre, se non quattro, posizioni femministe sull'aborto»; Ronchetti L.(2006) , *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. 2; Saraceno, C. (2018), *Un diritto all'autodeterminazione parziale*, in *Rivista delle Politiche Sociali*, n. 2, p. 79 ss.; Melega C. (2023), *La legge 194: un dibattito riaperto*, in *BioLawJournal-Rivista di BioDiritto*, n. 3/2020 Special Issue 1/2023, 27 ss. [↑](#)
3. Sulle teorie della lesività del delitto di aborto, Zuccalà G. (1958), voce *Aborto*, in *Enc. dir.*, Milano, 128 ss. [↑](#)
4. L'art. 2, comma 1, lett. e) d.lgs. 1 marzo 2018, n. 21 ha inserito nel Codice Penale, tra i Delitti contro la maternità, il reato di Interruzione di gravidanza non consensuale (art. 539 ter c.p.): «Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave quest'ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto». [↑](#)
5. Corte cost., sentenza 18 febbraio 1975, n. 27. [↑](#)
6. Su «L'interruzione volontaria di gravidanza come prestazione sanitaria ...» si veda Pezzini B. (2011), *Inizio e interruzione della gravidanza*, in *Il governo del corpo*, a cura di Canestrari S., Ferrando G., Mazzoni C.M., Rodotà S., Zatti P., Tomo II, in *Trattato di biodiritto*, diretto da Rodotà S., Zatti P., Milano, 1660 ss. Sul diritto alla salute nell'ordinamento italiano si veda: Luciani M. (1998), voce *Salute*, in *Enc. giur. trecc.*, XXXII, Torino, 1 ss.; Ferrara R. *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da Rodotà S., Zatti P., Milano, 2011, 3; Ferrara R. (2007), *L'ordinamento della sanità*, in *Sistema del diritto amministrativo italiano*, diretto da Scoca F.G., Roversi Monaco F.A., Morbidelli G., Torino, 37 ss.; Simoncini A., Longo E. (2006), *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di Bifulco R., Celotto A., Olivetti M., Torino, I, 655 ss.; Balduzzi R. (2006), voce *Salute (diritto alla)*, in *Diz. Dir. Pubbl.*, diretto da Cassese S., vol. VI, Milano, 2593; Ferrara R. (1997), voce *Salute*, in *Dig. Disc. Pubbl.*, Torino, XIII, pp. 513 ss.; Vicentini Amato P. (1975), *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di Branca G., Bologna; Carlassare L. (1967), *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *L'amministrazione sanitaria*, a cura di Alessi R., Milano: "diritto per ogni individuo che provi la propria indigenza, di esigere le cure, gratuitamente, dagli organi dell'amministrazione diretta o indiretta dello Stato." 103 ss.; Mortati C. (1961), *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Riv. Infort. Mal. Prof.*, I, 1 ss. Sulla tutela della salute nell'ordinamento dell'Unione Europea si veda Oddenino A. (2010), *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da Rodotà S., Zatti P., Milano, Giuffrè, 131 ss. Sulla portata che riveste la tutela della salute nell'Unione Europea rispetto alle altre politiche si veda Foà S. (1998), *Il fondamento europeo del diritto alla salute. Competenze istituzionali e profili di*

- tutela, in *Profili attuali del diritto alla salute*, a cura di Gallo C.E., Pezzini B., Milano, 74 ss. Per un commento all'art. 35 si veda Lucarelli A. (2001), Art. 35, in *L'Europa dei diritti: commento alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, a cura di Bifulco R., Cartabia M., Celotto A., Bologna, 245 ss.; Consito M. (2017), *Gli stranieri di fronte al diritto alla salute e all'assistenza*, in *Diritti uguali per tutti? Gli stranieri e la garanzia dell'uguaglianza formale*, a cura di Giorgis A., Grosso E., Losana M. in Collana *I diritti negati*, diretta da Zagrebelsky G., D'Amico M., Vol. I, Milano, 155. [↑](#)
7. Cfr. Cassazione civile, sezione III, 2 ottobre 2012, n. 17754. [↑](#)
 8. Sull'obiezione di coscienza nella pratica di interruzione volontaria di gravidanza: Saporiti M. (2013), *Se fossero tutti obiettori? Paradossi e fraintendimenti dell'obiezione di coscienza all'aborto in Italia*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, fasc. 2, 477 ss.; Talini S. (2017), *Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e diritto di accesso alle prestazioni sanitarie nella complessa architettura costituzionale. Profili critici e ipotesi di superamento*, in *Rivista AIC*, n. 2, 1 ss.; Ceffa C. B. (2017), *Gli irrisolti profili di sostenibilità sociale dell'obiezione di coscienza all'aborto a quasi quarant'anni dall'approvazione della legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza*, in *Osservatorio AIC*, fasc. 1, 4 ss.; Carbone M.C. (2020), *L'interruzione volontaria di gravidanza tra esercizio della funzione pubblica sanitaria e libertà di autodeterminazione. Alcune osservazioni sui concorsi "riservati" ai medici non obiettori*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. 1/2020, 1291 ss.; Domenici I (2018), *Obiezione di coscienza e aborto: prospettive comparate*, in *BioLawJournal-Rivista di BioDiritto*, n. 3, 19 ss.; Liberali B. (2020), *Obiezione di coscienza nell'interruzione di gravidanza ancora a giudizio? Punti fermi e prospettive future*, in *BioLawJournal-Rivista di BioDiritto*, n. 3, 347 ss. [↑](#)
 9. TAR Lazio, sez. III, Roma, 5 luglio 2016, n. 8990. Il giudice amministrativo fa riferimento alla giurisprudenza della CEDU: CEDU, P. e S. v. Portogallo 20 ottobre 2012; CEDU, RR v. Polonia 20 novembre 2011; CEDU, Tysiac v. Polonia 20 marzo 2007; CEDU, A.B.C. c. Irlanda 16 dicembre 2010. [↑](#)
 10. Sui livelli essenziali delle prestazioni si veda Luciani M. (2002), *I diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della costituzione)*, in *Sanità pubblica*, 108 ss., specie con riferimento al dibattito sui livelli essenziali, al richiamo al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e alla Legge 2000, n. 328, art. 22 e al "concetto di essenziale"; Balduzzi R. (2004), *Note sul concetto di "essenziale" nella definizione dei LEP*, in *"Riv. Pol. Soc."*, 171. [↑](#)
 11. Già il D. P. C. M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza, ha incluso all'all. 1 l'«attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza». In generale sui livelli essenziali delle prestazioni in sanità si veda Molaschi V. (2010), *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, a cura di Ferrara R., *Salute e sanità*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, Trattato di biodiritto, Milano, 445. Sui livelli essenziali delle prestazioni nella più ampia ricostruzione del "diritto alla salute oggi" Ferrara R. (2013), *Il diritto alla salute oggi: verso la decadenza di un diritto «assoluto»?*, in *Dir. e proc. amm.*, 2-3, 496. [↑](#)
 12. Sul livello essenziale come nucleo irriducibile cfr. Corte Cost., 16 luglio 1999, n. 309; Corte cost., 20 novembre 2000, n. 509; Corte Cost. 20 giugno 2002, n. 282. Sul tema Tubertini C. (2008), *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela nella salute*, Bologna, 52, dove evidenzia che «Il c. d. nucleo essenziale costituisce una soglia obbligata o indisponibile (da parte del legislatore) dei livelli essenziali, che possono però rivestire anche un contenuto più esteso». [↑](#)
 13. Brunelli G. (2009), *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge a contenuto costituzionalmente vincolato*, in *Dei diritti e dell'eguaglianza*, in *Il diritto costituzionale come regola e limite al potere*, a cura di Brunelli G., Pugiotto A., Veronesi P., Napoli, 857, «E c'è il timore che, rendendo superflua l'ospedalizzazione obbligatoria, almeno nei termini in cui oggi la conosciamo, l'uso della RU486 finisca per depotenziare quel formidabile congegno di sabotaggio interno alla legge costituito dall'obiezione di coscienza». [↑](#)
 14. Corte cost., 10 febbraio 1997, n. 35. L'abrogazione degli articoli 4, 5, 12 e 13 della legge n. 194 del 1978 travolgerebbe pertanto disposizioni a contenuto normativo costituzionalmente vincolato sotto più aspetti, in quanto renderebbe 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. [↑](#)
 15. T.A.R Lombardia, sez. III, Milano, 29.12.2010, n. 7735. [↑](#)

16. L'art. 8, l. n. 194 del 1978 dispone che l'interruzione può essere praticata solo «da un medico del servizio ostetrico ginecologico e presso un ospedale generale» nonché «presso gli ospedali pubblici specializzati» e «case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici». [↑](#)
17. Ronchetti L. (2006), *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. 2, «Il rispetto delle convinzioni etiche delle donne imposto al consultorio nello svolgimento dei suoi compiti deve quindi valere anche nel caso dell'interruzione volontaria di gravidanza. Tale rispetto nella legge n. 194 è reso con il riferimento al rispetto della dignità, della libertà e della riservatezza della donna [...]». [↑](#)
18. Grandi F. (2020), *L'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine": l'ultima trincea dell'effettività del servizio di interruzione volontaria di gravidanza*, in *Osservatorio AIC*, fasc. 5, 13 ss., dove ricostruisce l'evoluzione della disciplina sull'accesso all'interruzione di gravidanza farmacologica; Grandi F. (2013), *Aborto farmacologico e attività di secondamento: la disobbedienza intermittente nella dimensione dei doveri*, in *Rivista AIC*, n. 4, 4 ss.; Pellicchia E. (2010), *Aborto farmacologico e disciplina dell'interruzione volontaria della gravidanza*, in *Nuova Giur. Civ.*, fasc. 1; [↑](#)
19. Circolare del Ministero della salute del 12 agosto 2020, n. 27166. [↑](#)
20. Determina AIFA del 12 agosto 2020, n. 865. [↑](#)
21. Paruzzo F. (2023), *Tra valorizzazione della "società solidale" e crisi dello stato sociale. Terzo settore e pubblico potere nell'erogazione di prestazioni sociali*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. 3, 133, dove evidenzia come sia «necessario domandarsi sia se e quanto la supplenza (più che la sinergia) che il privato (sociale) si trova a svolgere rispetto all'azione dei pubblici poteri, condizioni l'erogazione di quelle prestazioni connesse alla garanzia di diritti fondamentali, specialmente di natura sociale; sia se ciò sia compatibile con la vocazione universalistica di questi stessi diritti, in particolare salute, assistenza e istruzione, quale discendente dal carattere generale delle formule impiegate nel testo costituzionale». [↑](#)
22. Sul fondamento giuridico di doveri, obblighi e obbligazioni sanitarie Cavallo Perin, Gagliardi B. (2010), *Pluralità di soggetti e di prestazioni nelle obbligazioni*, in *I diritti sociali come diritti della personalità*, a cura di Cavallo Perin R., Lenti L., Racca G.M., Rossi A., Torino, 13 ss. [↑](#)
23. Sul punto sia consentito il rinvio a Cauduro A. (2022), *La partecipazione amministrativa come trasparente "associazione" o "dissociazione" dalle scelte della pubblica amministrazione*, in *Dir. amm.*, fasc.1, 199. [↑](#)
24. La sottolineatura è nel testo della convenzione. [↑](#)
25. La sottolineatura è nel testo della convenzione. [↑](#)
26. La sottolineatura è nel testo della convenzione. [↑](#)
27. Pioggia A. (2016), *Diritto all'aborto e organizzazione sanitaria, ovvero del diavolo nei dettagli*, in *Medicina dei Secoli, Arte e Scienza*, 28/1, 150, dove osserva che «Ad essere quasi sempre trascurati sono tutti gli altri aspetti che accompagnano il percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza, tutti i servizi, per così dire, accessori: dall'accoglienza e sostegno nella fase della decisione, fino ai modi e ai luoghi dell'intervento abortivo. Delle ferite alla dignità delle donne che avvengono in questo percorso a causa degli atteggiamenti degli operatori, degli abusi o delle mancanze delle strutture sappiamo grazie al coraggio di alcune testimoni e alla sensibilità di studiose o giornaliste che si sono fatte carico di mettercene al corrente. È così che conosciamo vicende di donne abbandonate a se stesse durante i turni in cui sono presenti solo obiettori, di donne ricoverate nella stessa stanza con madri partorienti, di donne umiliate e ferite da colpevoli omissioni di assistenza o peggio da atteggiamenti insultanti...». [↑](#)
28. Sulla partecipazione alle funzioni o all'erogazione di servizi (art. 118, c. 4, Cost.) si rinvia a Trimarchi E. (1970), *La partecipazione del cittadino all'esercizio della funzione amministrativa: tendenze attuali*, in *Amministrare*, n. 39, 9 ss.; Pototschnig U. (1994), *Art. 97 (e 51)*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di Branca G., 361 ss.; Camerlengo Q. (2006), *Art. 118 Cost.*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di Bifulco R., Celotto A., M. Olivelli, Torino, 2350, evidenzia che la sussidiarietà orizzontale di cui all'art. 118, c. 4, Cost. è «relativa ai rapporti tra i pubblici poteri e la comunità». In particolare sulla «condivisione della funzione pubblica» di cui all'art. 55 del d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, recate il *Codice del Terzo Settore* cfr. Corte cost., 26 giugno 2020, n. 131, in *Giur. cost.*, con nota di Arena G., *L'amministrazione condivisa ed i suoi sviluppi nel rapporto con cittadini ed enti del Terzo settore*, 1449 D; ID., *Cittadini attivi*, Roma-Bari, 2005, 19. [↑](#)