

## Francia. Il diritto all'aborto è in Costituzione

di Francesca Paruzzo

Assegnista di ricerca in diritto costituzionale, Università di Torino. Avvocata del Foro di Torino

La Francia è il primo Paese al mondo a introdurre in Costituzione, il diritto all'aborto. Si persegue così l'obiettivo di "mettere al sicuro" l'interruzione volontaria di gravidanza da torsioni revisioniste, vincolando il potere alla garanzia di tale diritto fondamentale della donna.

### 1. Il diritto di aborto in Francia. La sua costituzionalizzazione come punto di arrivo di un processo di progressiva liberalizzazione

Il 4 marzo 2024, il *Congrès du Parlement* francese approva, a larghissima maggioranza (780 voti favorevoli, 72 contrari), una legge costituzionale che prevede l'inserimento, dopo il diciassettesimo capoverso dell'articolo 34 della Costituzione, della seguente disposizione: "la legge determina le condizioni alle quali si esercita la libertà garantita alla donna di ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza".

Dichiara il Primo ministro francese, Gabriel Attal, aprendo il dibattito parlamentare: "abbiamo un debito morale" nei confronti di tutte le donne che hanno "sofferto" a causa di aborti illegali.

Si tratta di una svolta storica in un momento in cui si assiste, in Europa e nel mondo, a continui passi indietro nella garanzia di effettività di tale diritto.

Fino a tale momento, la disciplina sull'interruzione di gravidanza, in Francia, era disciplinata dalla legge n°75-17 del 17 gennaio 1975<sup>1</sup>, la c.d. *loi Veil* in onore della Ministra proponente, che per prima aveva depenalizzato il reato di aborto previsto dal Codice penale dell'epoca<sup>2</sup>. In modo non dissimile a quanto previsto ancora oggi dalla normativa italiana, ci si trovava di fronte, quantomeno nella sua formulazione iniziale, a una disciplina di compromesso, che cercava di bilanciare, in un contesto clinico, il diritto alla vita e alla salute della madre, i corrispondenti diritti del nascituro e il diritto del personale sanitario a veder rispettata la propria sensibilità etica. La liceità dell'interruzione volontaria di gravidanza era infatti subordinata a specifiche condizioni: il dover essere realizzata necessariamente all'interno di una struttura sanitaria, all'esito di due consulti specialistici (uno di natura medica e uno di natura psico-sociale), entro 10 settimane dall'inizio della gravidanza e solo nel caso in cui la donna avesse dichiarato di trovarsi in uno stato di necessità. Inoltre, la legge Veil attribuiva ai medici di un *droit de réserve*, cioè una specifica clausola di coscienza per l'IVG, in base alla quale il personale sanitario poteva legittimamente rifiutarsi di svolgere pratiche abortive<sup>3</sup>.

La legalizzazione dell'aborto, in altre parole, non aveva voluto dire né "libertà delle scelte sessuali e procreative delle donne in funzione della loro autodeterminazione, né tutela piena ed effettiva della

---

<sup>1</sup> Ulteriori informazioni sul percorso storico, sociale e giuridico che ha portato all'adozione di questa legge si veda ASSEMBLÉE NATIONALE, 40ème Anniversaire de la loi sur l'IVG, in <http://bit.ly/3lorLxt> (ultima consultazione 31/03/2024).

<sup>2</sup> L'art. 317 prevedeva la pena della reclusione e dell'ammenda per chiunque si sottoponesse, praticasse o contribuisse alla realizzazione di un aborto, fissando la pena aggiuntiva dell'interdizione dall'esercizio della professione per i medici responsabili delle condotte indicate.

<sup>3</sup> Per una ricostruzione completa, cfr. M. Fasan, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Francia. Verso la definitiva costituzionalizzazione del diritto all'aborto*, in *Biolaw Journal. Rivista di biodiritto*, n. 1 del 2023, 417 ss. Tale legge, inoltre, viene adottata come una legge sperimentale, destinata a restare in vigore solo per cinque anni, al termine dei quali sarebbe stato analizzato l'impatto demografico della sua applicazione, dimostrando, sostiene l'autrice, l'importanza di ricondurre la donna alla sua funzione procreativa anche nella prospettiva di tutelare l'interesse della nazione.

loro salute, ma semmai una limitata liberazione dall'aborto clandestino"<sup>4</sup>. Proprio per tale ragione, a partire dal 1979<sup>5</sup>, il modello di disciplina originariamente introdotto inizia a mutare: nel 1982, con la *loi Roudy*, si prevede per la prima volta la rimborsabilità delle spese mediche sostenute per l'aborto<sup>6</sup>; nel 2001, con la legge n° 2001-588 del 4 luglio 2001, si amplia il termine per l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza da dieci a dodici settimane<sup>7</sup>, si rende facoltativo lo svolgimento del colloquio psico-sociale funzionale al rilascio del consenso all'aborto, si stabilisce che l'accesso all'aborto debba essere garantito, in modo gratuito e anonimo, anche alle donne straniere, che per le minori sia prevista una deroga alla regola del consenso degli esercenti la potestà genitoriale qualora lo stesso possa considerarsi controproducente e che l'IVG possa essere realizzata anche in studi medici e cliniche convenzionate diverse dalle strutture ospedaliere<sup>8</sup>. In particolar luogo, però, la legge del 2001, rafforza quello strumento di tutela per le donne che decidano di interrompere la gravidanza, già introdotto nell'ordinamento nel 1993, e cioè il reato di ostacolo all'aborto, ricomprendendovi "le attività volte ad impedire alle donne l'accesso alle strutture cliniche, le pressioni morali e psicologiche, le minacce o gli atti intimidatori rivolti alle donne che vogliano sottoporsi ad un'interruzione volontaria di gravidanza, ai loro cari e ai medici e ai professionisti sanitari impiegati nella realizzazione dell'IVG"<sup>9</sup>. Nel 2010, poi, è introdotto, per i sanitari, l'obbligo di comunicare immediatamente alle donne la propria scelta di obiezione e di indicare il nominativo di chi possa realizzare, al loro posto, l'interruzione di gravidanza<sup>10</sup>; in ultimo, nel 2014 è eliminato il requisito dello stato di necessità per accedere all'aborto, sancendo, in modo definitivo come non siano necessarie ulteriori condizioni rispetto alla volontà espressa per giustificare l'accesso all'IVG<sup>11</sup>.

Si tratta di interventi normativi che hanno complessivamente ampliato e agevolato, se pur nell'ambito di un persistente bilanciamento dei diritti in gioco, l'accesso delle donne all'aborto, introducendo maggiori margini di autodeterminazione per la donna.

Eppure, nonostante ciò, non sono stati sufficienti a garantire piena effettività al diritto all'interruzione volontaria di gravidanza.

È in questo contesto che si colloca quindi la legge costituzionale approvata il 4 marzo 2024, il cui obiettivo è quello di ricondurre formalmente nell'alveo della tutela costituzionale il diritto all'aborto, garantendone l'esistenza di fronte alla possibilità che anche in Francia possano trovare spazio quelle stesse manovre revisioniste, che, strumentalizzando la tutela del concepito, trovano oggi, in Italia e nel resto del mondo, campo fertile.

## 2. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: un diritto negato?

Similmente a quanto avvenuto in Francia con la *loi Veil*, sin dalla sentenza della Corte costituzionale n. 27 del 1975<sup>12</sup>, in Italia, con riferimento all'aborto, l'autodeterminazione della donna si scontra con

<sup>4</sup> E. Olivito, *L'ultima parola e la prima. "Per il desiderio di chi [non] sono rimasta incinta? Per il desiderio di chi [non] sto abortendo?"*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, n. 2 del 2022, 3.

<sup>5</sup> Nello specifico, il definitivo ingresso della disciplina dell'aborto all'interno del *Code del santé publique* avviene con la legge n° 79-1204 del 31 dicembre 1979, detta anche *loi Pelletier*.

<sup>6</sup> Tuttavia, è opportuno ricordare che la copertura economica totale delle procedure abortive arriva solo nel 2013 con l'adozione della legge n° 2012-1404 del 17 dicembre 2012.

<sup>7</sup> Divenute 14 nel 2022.

<sup>8</sup> M. Fasan, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Francia. Verso la definitiva costituzionalizzazione del diritto all'aborto*, cit., 424.

<sup>9</sup> M. Fasan, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Francia. Verso la definitiva costituzionalizzazione del diritto all'aborto*, cit., 424, 425. Questa fattispecie di reato, poi, è stata ulteriormente ampliata negli anni, facendovi rientrare anche le condotte orientate a ostacolare l'informazione anche online sull'aborto e cercando così di contrastare la pervasiva disinformazione diffusa soprattutto in internet su questo tema. Cfr. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), *Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 1: Information sur l'avortement sur Internet*, 2013.

<sup>10</sup> Ordinanza n° 2010-177 del 23 febbraio 2010.

<sup>11</sup> Legge n° 2014-873 del 4 agosto 2014.

<sup>12</sup> Che dichiara parzialmente illegittimo l'art. 546 del codice penale, che classificava l'aborto della donna consenziente tra i delitti contro *l'integrità e la sanità della stirpe*. Tale articolo è poi abrogato dall'art. 22 della l. n. 194 del 1978.

un interesse “antagonista”: quello del feto a proseguire il suo processo di sviluppo<sup>13</sup>. Infatti, si legge in tale pronuncia, per quanto non esista “equivalenza fra il diritto non solo alla vita, ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell’embrione che persona deve ancora diventare”<sup>14</sup>, quest’ultimo è comunque meritevole di tutela costituzionale.

È la l. n. 194 del 22 maggio 1978, come noto, alla luce di tale pronuncia, a introdurre per la prima volta nel nostro ordinamento delle *Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza*. L’aborto viene riconosciuto in questo senso come una prestazione sanitaria, posta a garanzia del diritto alla salute della donna più che della sua autodeterminazione<sup>15</sup>. Si rinnega, in questo modo, un regime di libera disponibilità dell’interruzione di gravidanza e si ancora la liceità dell’aborto a una preliminare valutazione delle condizioni atte a giustificarla; ossia, il previo accertamento, affidato al servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero, di danni o pericoli gravi alla salute fisica o psichica della madre che potrebbero derivare dalla prosecuzione della gestazione, “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).

In altre parole, la tutela (anche) del concepito – “inteso come separato dalla donna e che, nell’aborto, le si contrappone”<sup>16</sup> - viene fatta valere nei termini per cui l’ordinamento consente alla madre di autodeterminarsi solo in quanto ricorrano quei rischi per la propria salute fisica o psichica<sup>17</sup> previsti *ex lege* per richiedere l’interruzione della gravidanza<sup>18</sup>.

Al compromesso politico che porta alla l. n. 194 del 1978<sup>19</sup>, la quale ha superato indenne diversi tentativi di abrogazione referendaria<sup>20</sup>, si può ascrivere altresì la previsione della possibilità, per il personale sanitario, di sollevare obiezione di coscienza al fine di astenersi “dal compimento delle

<sup>13</sup> C. Casonato, *Il Principio di autodeterminazione. Una modellistica per inizio e fine vita*, in *Osservatorio Aic*, n. 1 del 2022.

<sup>14</sup> Corte cost., n. 27 del 1975.

<sup>15</sup> B. Pezzini B., *Inizio e interruzione della gravidanza*, in *Il governo del corpo*, in S. Canestrari, G. Ferrando, C.M. Mazzoni, S. Rodotà, P. Zatti (a cura di), *Trattato di biodiritto*, Tomo II, Milano, 2011, 1660 ss.

<sup>16</sup> E. Olivito, *L’ultima parola e la prima. “Per il desiderio di chi [non] sono rimasta incinta? Per il desiderio di chi [non] sto abortendo?”*, cit.

<sup>17</sup> Si deve tuttavia considerare, per quanto l’impianto normativo si focalizzi soprattutto sul diritto alla salute della donna e non sul suo diritto all’autodeterminazione individuale giova evidenziare anche alcune progressive aperture della Corte di Cassazione, che, pronunciandosi in materia di cd. “nascita indesiderata” pare ormai orientata ad affermare che, nei casi in cui l’erronea esecuzione dell’intervento di interruzione della gravidanza determini una nascita indesiderata, “possa essere riconosciuto non solo il danno alla salute della madre ma anche quello sofferto da entrambi i genitori per la lesione della libertà di autodeterminazione, diritto che una lettura costituzionalmente orientata della l. n. 194 del 1978 consente di ricollegare ad una visione complessiva del bene salute, inteso come benessere psicofisico della persona, anche alla luce dell’insegnamento della Corte costituzionale (cfr. Corte Cost. n. 438 del 2008)”. Cfr. Cass, civ. n. 14488 del 2004, n. 13 del 2010, n. 16754 del 2012 e da ultima, ord. n. 2070 del 2018.

<sup>18</sup> Cfr. Cass. Civ, n. 17754 del 2012.

<sup>19</sup> A. Cauduro, *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*, in *Il Piemonte delle autonomie*, n. 3 del 2023.

<sup>20</sup> Nel 1981 vennero celebrati due referendum. Furono, in origine, presentate tre differenti richieste referendarie: una “radicale” una “massimale” e infine una “minimale”. Il referendum “radicale” si proponeva di sopprimere tutti i procedimenti, gli adempimenti e i controlli di tipo amministrativo riferiti all’interruzione volontaria della gravidanza, come pure tutte le sanzioni per l’inosservanza delle “modalità configurate dalla legge n. 194”. La richiesta “massimale”, di contro, prospettava l’abrogazione della legge n. 194 del 1978, nell’intera parte in cui disciplina e consente - a certe condizioni - l’interruzione volontaria della gravidanza. Infine, la richiesta “minimale” prospettava agli elettori l’abrogazione di ogni circostanza giustificativa ed ogni modalità dell’interruzione volontaria della gravidanza fatta eccezione per l’aborto terapeutico. Con sentenza n. 26 del 1981, i giudici costituzionali hanno dichiarato ammissibile la richiesta “radicale” e quella “minimale”, specificando che la legge 194 del 1978 “rappresenta nel suo contenuto essenziale una norma costituzionalmente imposta dall’art. 32 [Cost.]”. Per un commento si veda A. Pizzorusso, *Osservazione*, in *Il Foro italiano*, parte I, 1981, 921.

procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione di gravidanza"<sup>21</sup> (art. 9).

Nonostante "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 da assicurare che l'obiezione di coscienza dei medici non impedisca in concreto [come invero oggi avviene] l'accesso ai servizi abortivi cui le pazienti hanno diritto"<sup>22</sup>, è proprio la presenza numericamente significativa di personale obiettore nelle strutture sanitarie pubbliche ad aver messo in discussione l'effettività di tale disciplina, sollevando altresì un ampio dibattito circa le soluzioni organizzative necessarie a garantire l'accesso a tale prestazione sanitaria<sup>23</sup>. Quest'ultima infatti non può che essere ispirata ai principi propri della disciplina istitutiva del servizio sanitario nazionale, ossia l'universalismo e l'eguaglianza nell'accesso alle cure (art. 1, legge 23 dicembre 1978, n. 833), il "rispetto della dignità e della libertà della persona umana" (art. 1, c. 2) e la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (tra cui l'IVG rientra) che devono essere assicurati a tutti, sull'intero territorio nazionale<sup>24</sup>.

Eppure, nonostante questo, il Ministero della Salute, nella *Relazione annuale 2023 sull'Attuazione della legge 194 del 1978* ha messo in luce come, nel 2021, ultima annualità disponibile, il numero di ginecologi obiettori sia pari al 63,4%, con picchi fino all'85% in regioni come la Sicilia. Si tratta di dati in grado di paralizzare l'applicazione delle norme che permettono l'aborto<sup>25</sup> e che, analizzati congiuntamente alla forte disomogeneità che caratterizza l'organizzazione dei servizi sanitari a livello regionale, incidono sui modi e sui tempi dell'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza, colpendo inevitabilmente le donne socialmente o economicamente più fragili o che abitano in territori più "periferici" dal punto di vista dell'accessibilità e dell'efficienza dei servizi sanitari<sup>26</sup>. Come sottolineato, tra l'altro, dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali, nella decisione *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) v. Italy*, tale quadro, causando irragionevoli discriminazioni tra categorie di donne di tipo territoriale ed economico, determina una violazione dell'art. 11, relativo al diritto alla protezione della salute, e dell'art. E (parte V), inerente al principio di non discriminazione, della Carta Sociale Europea<sup>27</sup>.

<sup>21</sup> L'obiezione di coscienza trova un unico limite "quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo".

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> Sull'obiezione di coscienza nella pratica di interruzione volontaria di gravidanza: M. Saporiti, *Se fossero tutti obiettori? Paradossi e fraintendimenti dell'obiezione di coscienza all'aborto in Italia*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, n. 2 del 2013, 477 ss.; S. Talini S., *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 del 2017, 1 ss.; M.C. Carbone, *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*, n. 1 del 2020, 1291 ss.; I. Domenici, *Obiezione di coscienza e aborto: prospettive comparate*, in *BioLawJournal-Rivista di BioDiritto*, n. 3 del 2018, 19 ss.; B. Liberali, *Obiezione di coscienza nell'interruzione di gravidanza ancora a giudizio? Punti fermi e prospettive future*, in *BioLawJournal-Rivista di BioDiritto*, n. 3 del 2020, 347 ss.

<sup>24</sup> Sui livelli essenziali delle prestazioni si veda M. Luciani, *I diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della costituzione)*, in *Sanità pubblica*, 2002, 108 ss. e R. Balduzzi, *Note sul concetto di "essenziale" nella definizione dei LEP*, in *Riv. Pol. Soc.*, 2004, 171.

<sup>25</sup> In generale, in tema di obiezione di coscienza, si veda A. Pugiotta, *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, in *Dig. disc. pubbl.*, X, Torino, 1995, 251 ss.

<sup>26</sup> C.B. Ceffa, *Gli irrisolti profili di sostenibilità sociale dell'obiezione di coscienza all'aborto a quasi quarant'anni dall'approvazione della legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza*, in *Osservatorio AIC*, n. 1 del 2017; B. Liberali, *"Per l'applicazione esclusiva della legge n. 194": una clausola che viola il diritto di obiezione di coscienza o che attua gli obblighi organizzativi di ospedali e Regioni?*, in *Osservatorio AIC*, n. 1 del 2017.

<sup>27</sup> M. D'Amico, *The Decision of the European Committee of Social Rights on the conscientious objection in case of voluntary termination of pregnancy (Collective Complaint No. 87/2012)*, in M. D'Amico, G. Guiglia (a cura di), *European Social Charter and the challenges of the XXI century. La Charte Sociale Européenne et les défis du XXIe siècle*, ESI, Napoli, 2014, 219 ss.; L. Lanzoni, B. Liberali, *The Protection of the Right to Health and the Procedures for Voluntary Termination of Pregnancy between European Court of Human*

### 3. La costituzionalizzazione del diritto all'aborto. Un passo necessario per una sua tutela effettiva?

L'interruzione volontaria di gravidanza è ancora oggi al centro del dibattito politico, etico e giuridico.

Le problematiche connesse all'aborto, infatti, sono tutt'altro che confinate al piano dogmatico ma appaiono, all'opposto, dotate di significative ricadute pratiche che lasciano il passo alla discussione sugli strumenti che un ordinamento può (e deve) utilizzare per assicurare effettività a tale prestazione pubblica sanitaria.

L'esigenza, avvertita in Francia, di assicurare all'interruzione volontaria di gravidanza una tutela più stringente ed efficace da un punto di vista costituzionale, ben si comprende se si guarda a quanto avvenuto negli Stati Uniti, in seguito all'*overruling*, da parte della Corte Suprema, della sentenza *Roe v. Wade*<sup>28</sup>, la quale aveva inquadrato la tutela dell'aborto nel diritto all'autodeterminazione (*Right of privacy*) della gestante e aveva riconosciuto il diritto ad interrompere la gravidanza anche in assenza di problemi di salute per la gestante, per il feto e per ogni altra circostanza non riconducibile alla libera scelta della donna. Nel giugno 2022, infatti, la Corte Suprema degli Stati Uniti, con la pronuncia *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*<sup>29</sup>, avente ad oggetto la legittimità costituzionale di una legge del Mississippi, il *Gestational Age Act*, che vieta gli aborti elettivi dopo la quindicesima settimana, ma prima della *viability* (cioè la possibilità di sopravvivere al di fuori dell'utero) del feto<sup>30</sup>, ha stabilito, al contrario, che la Costituzione degli Stati Uniti non garantisce il diritto all'aborto e che l'autorità a regolare la materia spetti alla popolazione e ai loro rappresentanti eletti. Il risultato è che le assemblee legislative di alcuni Stati hanno iniziato ad approvare interventi normativi estremamente limitativi della libertà di scelta della donna<sup>31</sup>.

Anche in Europa, però, il diritto all'aborto è ancora oggi messo in discussione: in Polonia è possibile solo se la gravidanza è la conseguenza di un'aggressione sessuale o di un incesto o se minaccia la vita o la salute della madre; a Malta solo in quanto la vita della donna sia a rischio. In Ungheria, nel settembre 2022, è stata approvata una legge che obbliga chi cerca di abortire ad ascoltare il battito cardiaco del feto. Si tratta, quest'ultima, di una proposta di legge simile a quella, di iniziativa popolare, presentata alla Camera dei Deputati (A.C. 1596) il 5 dicembre 2023 da alcune associazioni antiabortiste, e che si propone di introdurre un comma 1 bis all'art. 14 della l. n. 194 del 1978 dal seguente tenore: "il medico che effettua la visita che precede l'interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della presente legge è obbligato a far vedere, tramite esami strumentali, alla donna intenzionata ad abortire, il nascituro che porta nel grembo e a farle ascoltare il battito cardiaco dello stesso".

Appare evidente, dal quadro tratteggiato, la fragilità di tale diritto; diritto che può facilmente essere messo in discussione tanto da restrizioni di natura normativa quanto da barriere di fatto; quest'ultime, come avviene nel nostro Paese, costituiscono ostacoli che possono rendere più difficile

---

*Rights and European Committee of Social Rights*, ivi, 231 ss.; B. Liberali, *Il Comitato Europeo dei Diritti Sociali e la salute quale fattore di discriminazione multipla*, in M. D'Amico, F. Biondi (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica*, Franco Angeli, Milano, 2017, 128 ss.; L. Busatta, *Nuove dimensioni del dibattito sull'interruzione volontaria di gravidanza, tra divieto di discriminazioni e diritto al lavoro*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo OnLine*, 2016, II, 311 ss.; S. Talini, *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 del 2017.

<sup>28</sup> *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

<sup>29</sup> *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 U.S. (2022).

<sup>30</sup> S. Mancini, *Il canarino nella miniera del liberalismo: i diritti riproduttivi nell'America di Trump*, in *BioLaw Journal. Rivista di biodiritto*, n. 2 del 2021, 345.

<sup>31</sup> In Oklahoma è stato approvato un disegno di legge che vieta l'aborto quasi in ogni circostanza, con l'unica eccezione della necessità di salvare la vita della donna (SB 612). A tale filone dichiaratamente anti-abortista, va ascritto anche lo "Unborn Child with Down Syndrome Protection and Education Act", recentemente approvato in Virginia. In base a questo testo normativo, ai medici è proibito interrompere una gravidanza, a motivo di una (anche solo presunta) disabilità del feto. Per un quadro più completo, cfr. L. Busatta, M. Tomasi (a cura di), *Dossier Abortion rights negli Stati Uniti*, in [www.biodiritto.org](http://www.biodiritto.org).

l'accesso all'aborto per le donne<sup>32</sup>, causando, come messo in luce dalle *Linee Guida sull'aborto* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'8 marzo 2022, un serio problema di salute pubblica.

È in questo quadro che la modifica della Costituzione intervenuta in Francia, introducendo formalmente l'aborto all'interno della Carta fondamentale, sembra voler mettere al sicuro l'interruzione volontaria di gravidanza da torsioni revisioniste. Si tratta infatti di un intervento normativo che, oltre all'importante valore simbolico, ha il potere di assicurare il massimo livello di tutela costituzionale all'interruzione volontaria di gravidanza, dal momento che la garanzia di un accesso libero ed effettivo alla stessa “diventa il parametro attraverso cui valutare la legittimità costituzionale degli interventi in materia, offrendo così alle donne francesi la possibilità di esercitare pienamente il proprio diritto ad autodeterminarsi liberamente nelle proprie decisioni procreative”<sup>33</sup>.

Nella consapevolezza per cui “i diritti non sono mai definitivamente acquisiti”<sup>34</sup>, tale riconoscimento ha il merito di richiamare il “costituzionalismo contemporaneo al suo ruolo tradizionale, garantendo una corretta limitazione dei poteri al fine di tutelare il diritto fondamentale della donna ad esercitare pienamente la propria volontà in tema di aborto”<sup>35</sup>: quest'ultimo, infatti, non attiene semplicemente all'effettiva applicazione della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza, ma concerne “il valore costituzionale di una libertà femminile intesa come responsabile competenza morale della donna”<sup>36</sup>, che non può essere eluso o invalidato in virtù della sua opposizione al valore costituzionale della tutela della vita<sup>37</sup> o della libertà di coscienza del personale sanitario.

---

<sup>32</sup> L. Busatta, *L'interruzione volontaria di gravidanza entro i primi novanta giorni: una prestazione sanitaria a contenuto costituzionalmente vincolato*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, n. 2 del 2022.

<sup>33</sup> M. Fasan, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Francia. Verso la definitiva costituzionalizzazione del diritto all'aborto*, cit.

<sup>34</sup> S. De Beauvoir, *Le Deuxième Sexe*, Gallimard, Parigi, 1949.

<sup>35</sup> M. Fasan, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Francia. Verso la definitiva costituzionalizzazione del diritto all'aborto*, cit.

<sup>36</sup> M.L. Boccia, R. Tatafiore, *Cancelliamo l'aborto dal codice penale*, in *Democrazia e diritto*, n. 2 del 1993, 240.

<sup>37</sup> M.L. Boccia, R. Tatafiore, *Cancelliamo l'aborto dal codice penale*, cit., 240.