

# *La coscienza dell'obiezione. Pratiche e atteggiamenti dei medici sull'interruzione volontaria di gravidanza*

## **1. Parole chiave**

*IVG; obiezione di coscienza; legge 194/1978; diritti riproduttivi; disuguaglianze; professione medica; salute*

## **2. Analisi di contesto**

L'interruzione volontaria di gravidanza è regolata in Italia dalla legge 194 del 1978. Dal 1980 è inoltre attivo un Sistema di Sorveglianza Epidemiologica che permette di disporre e pubblicare dati su questo fenomeno nella maniera più completa e tempestiva che esista tra Paesi Europei. Il sistema ha così ampiamente documentato che, dall'istituzione della legge a oggi, dopo un iniziale picco di aborti nel 1983, il numero di interruzioni volontarie effettuate è andato sempre diminuendo. Oggi il tasso di abortività (N. IVG su 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia) è pari a 6,0 per 1.000 (Ministero della Salute, 2019) con una riduzione del 65,1% rispetto al 1982. Parimenti, il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è 173,8 nel 2018, ovvero il 54,3% rispetto al 1982, e questo rapporto va letto in considerazione anche del calo della natalità in Italia. Il ricorso all'IVG è insomma diminuito, e questo vale per le donne di tutte le classi di età e regioni: i tassi di abortività più elevati restano fra le donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni e tra le straniere, che rappresentano un terzo delle donne che vi fanno ricorso.

La diminuzione nel ricorso all'IVG va senz'altro letta alla luce di cambiamenti culturali ed economici che guidano le pratiche sessuali e contraccettive, in cui il ruolo di counseling dei Consulenti familiari è fondamentale, ma anche da cambiamenti in ambito farmacologico e istituzionale, come l'introduzione della contraccezione d'emergenza, per la quale è stato abolito l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni. Il dato italiano rimane comunque tra i valori più bassi a livello internazionale.

Il rapporto annuale del Ministero della Salute sulle IVG rende conto in maniera puntuale anche del numero e della distribuzione dei medici che astengono dal prendere parte alle interruzioni di gravidanza. La legge 194/1978 prevede infatti che il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non sia tenuto a prendere parte alle procedure di interruzione di gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione (art.9). A tempo stesso, la legge prevede che le Regioni assicurino che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, garantendo il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e assicurando l'accesso ai servizi IVG, minimizzando l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto.

Ebbene, **nel 2018 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 69% dei ginecologi, il 46,3% degli anestesisti e il 42,2% del personale non medico**, ma questo valore conosce un'altissima variabilità regionale, con punte tra i ginecologi che superano l'80% in Regioni come il Molise, l'Abruzzo, la Puglia, la Basilicata, la Sicilia o nella PA di Bolzano. Il punto cruciale è **che il dato è in aumento**: soltanto quindici anni fa, nel 2005, la quota era inferiore all'attuale di più di dieci punti percentuali (58.7%) e in trent'anni il numero dei medici obiettori è aumentato di quasi il 30%.

Per capire quale impatto tali percentuali abbiano sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, il sistema di sorveglianza stima tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati negli anni precedenti, a partire dal 2013; in particolare viene misurato a livello di singola struttura di ricovero il carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obietto, al fine di

individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale. Nel 2018 le strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia che effettuano le IVG rappresentano il 64,9% del totale a livello nazionale, ma in alcuni casi, come Bolzano e Campania, i punti IVG questa percentuale scende sotto il 30% e in circa la metà delle regioni italiane il valore medio dell'indicatore è pari al 58%.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 2,9 punti IVG, con un'alta variabilità tra Regioni, motivo potenziale di mobilità sanitaria. Il Ministero registra, a tal proposito, che nel 2018 il 92,3% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di cui l'87,0% nella Provincia di residenza – il che significa che circa 4000 donne ogni anno effettuano una IVG in una regione diversa da quella in cui risiedono. I motivi che stanno alla base della mobilità possono essere molteplici (oltre all'obiezione di coscienza dei ginecologi, ci possono essere cambi di domicilio per studio o lavoro e non di residenza da parte delle donne, ricerca di riservatezza, miglior qualità o fama delle strutture sanitarie in altre regioni). Per far luce su questo aspetto, i demografi Autorino, Mattioli e Mencarini (2018) hanno analizzato i dati regionali per il periodo 2002-2016, ponendo in relazione una misura di mobilità territoriale delle donne che abortiscono con la percentuale di ginecologi obiettori, ma controllando per altre caratteristiche regionali che avrebbero potuto contribuire a spiegare la mobilità per IVG: il livello di fecondità e la religiosità della popolazione, la presenza di donne straniere e le condizioni economiche e lavorative nelle regioni, percentuale di nascite fuori regione. I risultati dell'analisi dimostrano che, tenendo conto di tutti i fattori sopra elencati, le regioni che registrano maggiori flussi in uscita di donne in cerca di un'IVG e dove i tempi di attesa tendono ad essere più lunghi sono proprio quelle dove l'obiezione di coscienza è più diffusa. Lo stesso studio, prendendo in considerazione anche le caratteristiche individuali delle donne che abortiscono, quali l'età, la condizione occupazionale, lo stato civile, la cittadinanza, il numero di figli, il ricorso pregresso all'IVG e l'urgenza dell'intervento stesso, ha confermato che la probabilità che una donna abortisca fuori dalla propria regione di residenza aumenta significativamente quanto maggiore è la diffusione dell'obiezione di coscienza nella regione stessa.

I dati 2018 sull'epoca gestazionale in cui vengono effettuate le IVG in Italia, inoltre, mostrano che il 50,9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (un dato in miglioramento, anche grazie all'aumento dell'utilizzo del Mifepristone e prostaglandine), ma evidenziano anche un aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5,6% nel 2018 rispetto al 3,8% nel 2012). L'obiezione di coscienza non è l'unico motivo per cui un IVG avviene tardivamente, ma è certo uno dei motivi, nella misura in cui può allungare i tempi di attesa alla ricerca di una struttura e di personale sanitario che effettui le IVG (cfr. Ghigi, a cura di, 2018).

Il Ministero considera nel suo rapporto un terzo parametro in riferimento all'impatto dell'obiezione di coscienza sull'implementazione della legge: il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore e la sua variazione nel corso del tempo. Nel 2018 il carico di lavoro settimanale attribuibile ad ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero arriva in due casi a superare le 9 IVG a settimana (14,6 in Puglia e 9,5 in Calabria).

Un ulteriore motivo di criticità nella situazione italiana anche rispetto ad altri Paesi europei e alle indicazioni OMS consiste nella **tecnica abortiva utilizzata**. Il ricorso all'aborto farmacologico varia enormemente tra regioni; nel 2018, l'isterosuzione con il metodo Karman è ancora la procedura più utilizzata, mentre a essere basato sul ricorso a mifepristone e prostaglandine è il 24% delle IVG in Italia, di nuovo con grande variabilità regionale (dal 44% delle IVG in Piemonte all'1,2% in Molise). Le recenti modifiche legislative in materia (in particolare, la circolare del Ministero della Salute di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine" e la Determina Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) n.865/2020 del 12 agosto 2020 che modifica le modalità di impiego del medicinale a base di mifepristone o RU486) potrebbero avere come effetto un aumento di queste percentuali, ma non sono ancora noti gli effetti dell'implementazione.

La letteratura internazionale conferma, inoltre, che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione non è necessario il ricorso all'anestesia generale e quella locale è preferibile. Ad esempio, la seconda edizione delle linee guida *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* dell'OMS (2012) raccomanda l'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi

per la salute della donna, una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. Ciò non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale obietto. Eppure, il ricorso all'anestesia locale riguarda oggi in Italia solo il 3% degli interventi e questa tendenza è peraltro in diminuzione (era il 6,6% nel 2012).

Il contesto italiano così delineato si inserisce in un quadro europeo e internazionale dove il pieno accesso ai diritti riproduttivi negli ultimi anni è stato messo in discussione da numerose iniziative governative e dalle istanze di alcune associazioni e movimenti di stampo antifemminista e anti-abortista (Verloo e Paternotte, 2018; Mancini 2018) per quanto internamente disomogenei (Avanza, 2018). Anche a livello istituzionale, come dimostrato dal dibattito sul Rapporto Estrela (bocciato per sette voti dal parlamento Europeo nel dicembre 2013), le posizioni e le condizioni di espletamento dei diritti riproduttivi sono estremamente diversificate, variando da situazioni in cui la IVG è garantita, sicura e gratuita fino alla 24esima settimana come nei paesi Bassi, a paesi in cui è vietata (ad es. a Malta una donna che abortisce rischia il carcere fino a tre anni anche se è rimasta incinta dopo uno stupro o se la gravidanza mette in pericolo la sua salute o la sua vita), oppure formalmente ostacolata (come si è visto nella recente sentenza della corte costituzionale polacca, che ha dichiarato incostituzionale l'ammissibilità dell'interruzione di gravidanza anche nel caso in cui "diagnosi prenatali o altre circostanze mediche indichino un'alta probabilità di una grave e irreversibile malformazione del feto o di una malattia incurabile che mette in pericolo la sua vita").

L'emergenza pandemica ha potenzialmente reso ancora più difficile l'accesso a questo diritto in molti contesti: secondo uno studio pubblicato su *BMJ Sexual & Reproductive Health*, ad esempio, nei mesi della pandemia da Covid-19 gli aborti sono stati vietati in sei paesi europei e sospesi in uno; l'aborto chirurgico è stato meno disponibile a causa 12 paesi e i servizi non erano disponibili o ritardati in 11; complessivamente otto paesi hanno fornito l'aborto medico domiciliare con mifepristone e misoprostolo oltre le 9 settimane e 13 paesi fino a 9, mentre in 6 paesi lo hanno prescritto con la telemedicina (Moreau, Shankar, Glasier, Cameron, Gemzell-Danielsson 2020).

### **3. Perché è necessaria questa ricerca**

Come evidenziato, l'Italia gode di un Sistema di sorveglianza, attivo dal 1980, che fornisce dati estremamente dettagliati e puntuali sui ricorsi all'IVG e sui tassi di medici obiettori a livello aggregato (dalla singola struttura alla macroregione). I dati che risultano dai rapporti del Ministero evidenziano alcune criticità di tipo organizzativo (legate soprattutto ad alcune regioni e contesti locali), ma nel complesso restituiscono un quadro positivo della situazione in corso e delle tendenze di lungo periodo. Questo quadro, tuttavia, si scontra con quanto riportano alcune realtà sul territorio, da associazioni e movimenti politici e sociale a organizzazioni professionali. Ad esempio, in più di una occasione la **Laiga** (Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'applicazione della legge 194/78, nata nel 2008 per riunire i ginecologi non obiettori), ha più di una volta contestato **il dato ministeriale** sul carico di lavoro dei ginecologi non obiettori, dichiarando che esso **sarebbe sottostimato a livello di singole strutture** e che non rispecchi le reali condizioni di lavoro dei ginecologi non obiettori. L'aumento dell'obiezione di coscienza viene definito dai report ministeriali come non problematico, nella misura in cui vi sono strutture in cui i medici non obiettori sono destinati ad altri servizi. In generale, non sarebbe il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'Ivg ma il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano. Anche questa considerazione però ha trovato contestazioni da più parti, a cominciare da Laiga (2016 e 2018) ma anche, ad esempio, dal **Comitato per i diritti sociali del Consiglio d'Europa, che in un report del 2018** afferma come, malgrado i passi avanti compiuti, persistano nel nostro Paese ancora notevoli disparità a livello locale e che la diminuzione delle Igv e quindi del carico di lavoro dei ginecologi di per sé potrebbero essere anche essere spiegabili con **problemi nell'accesso ai servizi**.

Un simile dibattito fa emergere la **necessità di sentire la voce dei protagonisti: ginecologi, anestesisti,**

personale non medico, ma anche responsabili di struttura e altre figure che conoscono la realtà quotidiana della applicazione della 194. Mentre alcune ricerche ci sono sull'esperienza delle donne rispetto alla propria IVG, mancano analisi di tipo qualitativo di approfondimento delle voci di questi attori privilegiati, che ne chiariscano i diversi punti di vista e i diversi atteggiamenti.

**Il dato rispetto all'aumento degli obiettori, in particolare nelle generazioni più giovani tra essi, appare in controtendenza rispetto al processo di secolarizzazione che sta investendo il nostro paese, specie tra le persone con alto titolo di studio: come ci si spiega questo aumento?** I documenti e le dichiarazioni ufficiali dei rappresentanti di alcune associazioni offrono fundamentalmente tre risposte a questa domanda: 1. il fatto che nelle scuole di specializzazione di Ginecologia della facoltà di Medicina laiche spesso non ci siano medici non obiettori; 2. il fatto che i primariati di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali siano affidati a medici di scuola cattolica; 3. Il fatto di non fare carriera, dal momento che i primariati sono religiosi e i centri di diagnosi prenatale sono gestiti da obiettori. Manca, tuttavia, una ricerca metodologicamente fondata che indaghi nel dettaglio questo aspetto, che metta in luce **discorsi e pratiche dei medici obiettori**, la cui voce emerge poco in questo tipo di documenti (come ad es. in altri paesi: Harris et als. 2016; De Zordo Mishtal, 2011; Freedman 2010a e 2010b).

D'altra parte, **anche la voce di chi non obietta** appare cruciale per comprendere sia l'obiezione sia le pratiche e le esperienze di chi esegue le IVG. Ad esempio, appare importante **indagare gli ostacoli di ordine culturale e organizzativo all'impiego dell'aborto farmacologico** o al ricorso all'anestesia locale per l'isterosuzione, come indicato dall'OMS.

#### **4. Obiettivi conoscitivi specifici**

Il progetto intende colmare questo vuoto informativo attraverso una ricerca qualitativa basata su interviste in profondità ad attori privilegiati di diversa età e specializzazione (in primis ginecologi obiettori e specializzandi in ginecologia) cercando di comprendere:

- *Cosa spinge un ginecologo/a ad obiettare? Come si connette questa scelta alle sue convinzioni e pratiche politico-religiose? Come con le pressioni che provengono dall'istituzione, dalla scuola di specializzazione, dai colleghi o dalle esigenze di carriera?*
- *Quali sono le motivazioni e gli intenti di un/a giovane specializzando/a in ginecologia rispetto all'obiezione? Quali sono, invece, le esperienze dei ginecologi/ghe in pensione o una volta raggiunti i propri obiettivi di carriera?*
- *Quali sono le maggiori criticità nell'implementazione della 194 secondo i Responsabili delle strutture?*
- *Qual è invece l'esperienza dei ginecologi non obiettori? Risponde al dato Ministeriale sul non sovraccarico? Cosa li motiva di più nella scelta di non obiettare? Perché scelgono alcune pratiche rispetto ad altre (es. Karman vs. farmacologico, anestesia generale vs. locale; etc.)?*

#### **5. Metodologia**

Analisi della letteratura secondaria; interviste in profondità.

## **6. Descrizione dell'attività di ricerca**

La ricerca, della durata di un anno, sarà suddivisa in due parti. La prima parte della ricerca si concentrerà su:

- l'elaborazione di una accurata rassegna interdisciplinare della letteratura di riferimento, in particolare: sociologia della medicina e della professione medica; sistemi sanitari e dei diritti riproduttivi a livello comparato internazionale ma anche regionale e subregionale; obiezione di coscienza; movimenti pro-life e pro-choice in Italia e in Europa; ricerche quali-quantitative sui medici specialmente in campo ostetrico-ginecologico;
- analisi e confronto dei dati esistenti in tema di diritti riproduttivi in Italia (ministeriali e di associazioni di categoria);
- analisi del discorso pubblico e mediatico da parte di politici, esponenti delle istituzioni, amministratori e associazioni di categoria in tema di accesso ai diritti riproduttivi in Italia; dibattito sulla IVG e i relativi dati.

La seconda parte della ricerca, volta alla comprensione della questione dell'accesso all'IVG dalla prospettiva di chi la esegue e di chi solleva obiezione di coscienza, prevede una indagine basata su metodologie di ricerca qualitative. In particolare, essa prevede:

a) Almeno 40 interviste in profondità a:

- Ginecologi/ghe, anestesisti/e e personale non medico obiettori/obiettrici
- Ginecologi/ghe, anestesisti/e e personale non medico non obiettori/obiettrici
- Specializzandi/e in ostetricia e ginecologia
- Responsabili struttura e altre figure istituzionali

b) Almeno 10 interviste in profondità a figure esperte nel campo dei diritti riproduttivi e la loro applicazione in Italia.

## **7. Deriverables**

La ricerca darà luogo ai seguenti prodotti:

- Realizzazione di un seminario presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna con esperti nazionali sul tema dell'obiezione di coscienza e la sua applicazione in Italia;
- Sottomissione per pubblicazione a riviste sociologiche nazionali e internazionali peer reviewed;
- Presentazione dei risultati presso Enti pubblici e privati;
- Restituzione dei dati di ricerca e disseminazione presso i contesti degli esperti coinvolti.

### *Time schedule*

<i>Mesi</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rassegna della letteratura	■	■	■									
Analisi contenuto mediatico		■	■									
Interviste in profondità a medici, specialisti, personale non medico				■	■	■	■	■	■	■		
Interviste in profondità a figure esperte							■	■	■	■		
Stesura del rapporto di ricerca											■	■
Disseminazione dei risultati e seminario finale												■

### **8. Ruolo dell'assegnista**

L'assegnista avrà un ruolo attivo in tutte le fasi della ricerca previste e dovrà dunque avere già esperienza di ricerca qualitativa. In particolare:

- a. Svolgerà parte della rassegna della letteratura e analisi dei contenuti mediatici;
- b. Coadiuverà la richiedente assegno nella preparazione della traccia di interviste e nello svolgimento delle stesse;
- c. Curerà con la richiedente assegno l'accesso al campo di studio e condurrà non meno del 70% delle interviste;
- d. Parteciperà a seminari di presentazione e alla stesura del rapporto finale di ricerca.
- e. Collaborerà con la richiedente assegno alla stesura di articoli scientifici da sottoporre a riviste come co-autore/co-autrice e a convegni nazionali e internazionali.

### **9. Internazionalizzazione**

La ricerca sullo stato dell'arte in termini di letteratura di riferimento e analisi dei dati avrà fin dall'inizio una prospettiva comparata, in modo da mettere sempre il dato italiano a confronto con quello di altri paesi europei. Inoltre, parte della ricerca empirica potrà svolgersi coinvolgendo figure esperte anche

straniere al fine di analizzare i risultati anche in ottica comparata. Infine, in consonanza con l'obiettivo di "Promuovere e rafforzare l'internazionalizzazione della ricerca attraverso l'attivazione e la valorizzazione di network internazionali" del Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna (come a SUA-RD), i risultati della ricerca saranno presentati in contesti nazionali e internazionali.

## 10. Coerenza con gli interessi del Dipartimento

Il Dipartimento di Scienze dell'Educazione annovera, tra i suoi interessi di ricerca lo studio di processi di inclusione sociale, forme di disagio e nuovi scenari sociali (<https://edu.unibo.it/it/ricerca/ambiti-di-ricerca>). Il presente progetto si inserisce pienamente in questo quadro, dal momento che intende contribuire all'arricchimento della conoscenza su pratiche e prospettive legate all'implementazione di un servizio che rientra tra i LEA (livelli essenziali di assistenza). Indagare le ragioni e i vincoli che stanno dietro alla scelta di un medico di obiettare significa cercare di contribuire alla risoluzione di aspetti che possono rivelarsi problematici nel contrasto tra il diritto alla salute (di una donna) e l'esercizio di un diritto riconosciuto (di un medico).

Inoltre, il Dipartimento ha come finalità il potenziamento della ricerca svolta dai propri Centri. Il presente progetto ben si configura come terreno di confronto e approfondimento per almeno due dei Centri di Dipartimento: il CSGE (Centro Studi sul Genere e l'Educazione) e il MODI (Centro studi su Mobilità, Diversità e Inclusione Sociale), che possono trovare in questa ricerca un terreno di confronto e mutuo interesse.

La ricerca inoltre incontra alcuni degli *obiettivi* di ricerca del Dipartimento stesso, in particolare:

<i>Punti del progetto</i>	<i>Obiettivi Scheda SUA-RD</i>
Studio dei discorsi e delle pratiche che condizionano l'esercizio dei diritti riproduttivi da parte delle donne e lavorativi da parte dei medici	Valorizzare la ricerca per affrontare le grandi sfide sociali
Confronto con figure esperte in altri paesi per una analisi comparata tra paesi rispetto al tema del ricorso all'obiezione di coscienza e alle soluzioni trovate	Promuovere e rafforzare l'internazionalizzazione della ricerca attraverso l'attivazione e la valorizzazione di network internazionali
Organizzazione di un convegno di Dipartimento sul tema, prevedendo la collaborazione e l'intervento del Centro Modi e del Centro CSGE	Valorizzare i Centri Dipartimentali esistenti nella loro caratteristica multidisciplinare
Pubblicazioni scientifiche e restituzione dei dati di ricerca e disseminazione presso le scuole e gli operatori coinvolti nelle analisi.	Pubblicare e diffondere dati di ricerca

## 11. Coerenza il profilo della Proponente

Da almeno 18 anni la proponente si occupa di **sociologia della professione medica** e di **diritti delle donne**. Questo è testimoniato dalla sua produzione scientifica, a cominciare fin dalla tesi di Dottorato in Sociologia e Ricerca Sociale presso l'Università di Trento sulla figura del chirurgo estetico (da cui sono stati tratti una monografia e una serie di articoli) fino al recente contributo come capitolo del **manuale di Sociologia della salute e della medicina (a cura di M. Cardano, G. Giarelli, G. Vicarelli Il Mulino, 2020)**, ma anche dalle più di cinquanta pubblicazioni in tema di genere, dalla discriminazione alla socializzazione, alla sociologia del corpo. L'oggetto della ricerca si trova al crocevia di questi due interessi, dal momento che la pratica medica dei ginecologi ha un impatto sull'accesso ai diritti riproduttivi delle donne in Italia.

L'interesse specifico per l'applicazione della 194/1978 e l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza è inoltre testimoniato dal testo **"I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194" (R. Ghigi, a cura di, Neodemos, 2018)**.

## 12. Bibliografia

Autorino, T., Mattioli, F., Mencarini, L., 2018, Aborto e obiezione di coscienza in Italia. In viaggio per poter abortire, in Ghigi (2018), *I suoi primi quarant'anni*, cit.

Avanza, M., 2018, Plea for an Emic Approach Towards 'Ugly Movements': Lessons from the Divisions within the Italian Pro-Life Movement, in *Politics and Governance*, vol.6, n.3, online.

De Zordo, S., Mishtal, J., 2011, Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground. The Cases of Brazil and Poland, in *Women's Health Issues*, vol.21, n. 3, 32-36

Freedman, L., Landy, U., Darney, P. and Steinauer, J., 2010a, Obstacles to the Integration of Abortion Into Obstetrics and Gynecology Practice, in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42, 146-151.

- 2010b Obstetrician-gynecologist experiences with abortion training: physician insights from a qualitative study, in *Contraception*, vol.81, n.6, 525-530.

Ghigi, R. (a cura di), 2018, *I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194*, Firenze, Neodemos.

Harris, F. et als, 2016, Conscientious objection to abortion provision: why context matters, in *Global Public Health*, 13, 5, pp.556-566.

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 (L.194/78)*, dati 2018, online.

Moreau C, Shankar M, Glasier A, et al 2020 Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses, in *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 0, 1-8.

OMS, 2012 *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, WHO, online.

Verloo, M. Paternotte, D. The Feminist Project under Threat in Europe, in *Politics and Governance*, vol.6, n.3, online.



