

SINTESI

In apertura al Report sulla situazione generale all'interno del Consiglio d'Europa sono formulate le raccomandazioni per garantire il rispetto delle obbligazioni degli Stati nella comunità internazionale e all'interno del Consiglio d'Europa. Agli Stati è richiesto: di eliminare tutte le forme di discriminazione comunque presenti in leggi, politiche e prassi e di perseguire una tutela egualitaria; di revocare qualsiasi misura che infici salute e diritti sessuali e riproduttivi della donna; di impedire il regresso nel godimento dei diritti già riconosciuti; di investire in sistemi sanitari in grado di avanzare la salute sessuale e riproduttiva femminile; di garantire l'accesso a sistemi contraccettivi moderni, ad un aborto sicuro e legale e a cure di qualità a tutte le donne; di abolire pratiche coercitive nell'ambito dell'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva; di adottare un approccio olistico e scientifico nel prevedere programmi d'educazione; di garantire rimedi effettivi contro le violazioni dei diritti afferenti la sfera sessuale e riproduttiva della donna.

Il report procede poi con un'analisi delle diverse sfide esistenti.

Innanzitutto, la retorica dannosa di alcuni stati manipola il concetto di eguaglianza di genere etichettato come ideologia gender, recupera presunti valori tradizionali e familiari per riaffermare stereotipi sul ruolo femminile in società e incoraggia pratiche discriminatorie. Violenza e calunnia a danno di attivisti e professionisti della salute comportano ulteriori evidenti difficoltà alla promozione dei diritti sessuali e riproduttivi della donna.

Inoltre, una tendenziale involuzione legislativa è testimoniata dall'introduzione di requisiti temporali e procedurali limitanti l'accesso all'aborto in Armenia, Georgia, Russia, Slovacchia, Lettonia, Lituania. Tuttavia l'OMS, nelle sue [linee guida](#) sull'aborto sicuro, sostiene l'inutilità e l'infondatezza medica di tali ostacoli, (consulenza obbligatoria, autorizzazione terza e periodo di attesa obbligatorio), che pregiudicano l'autonomia decisionale della donna, ritardano l'accesso ad un aborto legale e potenzialmente aumentano i costi favorendo sperequazioni socio-economiche tra donne. In Polonia, con legge del 25 maggio 2017, è stata abrogata la precedente disciplina permissiva e introdotta nuovamente la necessaria prescrizione medica per il contraccettivo d'emergenza. Inoltre, in Polonia come in Lituania, Spagna, Slovacchia e Russia, proposte legislative in favore della proibizione totale dell'aborto sono state discusse.

Allo stesso modo nelle aule giudiziarie la salute e i diritti sessuali e riproduttivi della donna affrontano contestazioni. Nella maggior parte dei casi queste sono state rigettate, come avvenuto in Croazia, Slovacchia e Portogallo con riguardo all'asserita incostituzionalità dell'aborto su richiesta della donna (*Corte Cost. della Repubblica slovacca, PL. ÚS 12/01, 4 dicembre 2007; Corte Cost. portoghese, Acórdão n.º 75/2010; Corte Cost. della Repubblica slovena, No. U-I-60/1991 i dr., 21 febbraio 2017*), e come confermato dal rifiuto di estendere la sfera dell'obiezione di coscienza del medico nel regno Unito ed in Svezia (*UK Supreme Court, [Greater Glasgow Health Board v. Doogan and another](#), [2014] UKSC 68, 17 dicembre 2014; Labour Court of Appeal, *Case of Ellinor Grimmark (19760930- 2406) vs. Landstinget i Jönköpings Län, April 2017, Svezia**). Tuttavia in alcuni casi tali rivendicazioni hanno abbassato i livelli di tutela della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi della donna. La Corte Costituzionale polacca ad esempio ha abolito l'obbligo del medico obiettore di riferire la paziente richiedente l'aborto ad un professionista alternativo ([sentenza Ref. Act K 12/14, 7 October 2015](#)).

Più radicalmente la relazione evidenzia il problema del diniego di accesso alla giustizia per cui salute e diritti sessuali e riproduttivi delle donne spesso sono privati di rimedi effettivi. Gli Stati sono criticati per l'incapacità di investigare, perseguire e punire violazioni, per le esistenti limitazioni legislative e procedurali, per la reticenza nel riconoscere responsabilità degli stati, per la mancanza di forme compensative e riparative.

Oltre a forme di coercizione in spregio ad un consenso effettivo ed informato della donna, come la sistematica [sterilizzazione di donne rom](#) in Repubblica Ceca e Slovacchia, si danno casi di segregazione materna nei quali il rischio di abusi e discriminazioni accresce. Questa situazione è particolarmente grave proprio nei confronti delle donne Rom vittime di [segregazione etnica nei reparti di maternità](#) nei paesi dell'Europa orientale. Tutte le pratiche mediche abusive della sfera sessuale femminile (a titolo esemplificativo sterilizzazione, coercizioni durante il parto, infibulazione) negano i diritti delle donne e sono spesso il frutto di convinzioni errate.

Stereotipi di genere e convenzioni sociali infatti ancora sopravvivono e rappresentano le cause radicate di violenza e molestie, una realtà per le donne nell'ambito privato, pubblico e lavorativo al punto che le [stime](#) suggeriscono come in Europa almeno una donna ogni quattro subisca violenza per ragioni di genere nell'arco della sua vita. Inoltre, riprovazione sociale e tabù spesso accompagnano la sessualità femminile costretta ad una visione limitata e passiva, per cui ad esempio la riproduzione extra-matrimoniale è storicamente oggetto di censura morale, discriminazione e maltrattamenti, quali pratiche detentive e adozioni coercitive. In [P e S c. Polonia](#), caso in cui le autorità polacche ripetutamente impediscono e ritardano l'accesso legittimo di una quattordicenne vittima di stupro all'interruzione di gravidanza, lo stigma sociale dovuto all'aborto diviene a tal punto pregiudizievole per l'autodeterminazione e la salute dell'adolescente da determinare una violazione degli artt. 3, trattamenti disumani e degradanti, e 8, vita privata e familiare, CEDU.

La relazione osserva in generale la mancanza di un'adeguata educazione sessuale di tipo scientifico che deve essere ricompresa nel programma didattico obbligatorio. In diversi Stati, quali Bulgaria, Lituania, Polonia e Romania, permane invece su base volontaria.

Deficit inerenti al sistema sanitario, limiti informativi ed allocativi comportano disegualianze e negano priorità alla salute ed ai diritti sessuali e riproduttivi della donna.

Il report registra il fallimento degli Stati, (IPPFEN 2016 [Barometro](#) sull'accesso alla scelta contraccettiva moderna in 16 Stati), nel garantire l'accesso alla contraccezione moderna dovuto all'assenza di forme di sussidiarizzazione/rimborso e all'esistenza di barriere all'accesso ai contraccettivi. L'OMS indica invece la contraccezione tra i [farmaci essenziali](#). Il costo del contraccettivo per prevenire gravidanze non pianificate è totalmente sprovvisto di rimborso ed è escluso dai sistemi assicurativi in Austria, Repubblica Ceca, Danimarca, Ungheria, Lituania, Lettonia, Slovacchia. Una copertura solamente per ragazze adolescenti e giovani donne è assicurata in Germania, Paesi Bassi e Svezia. Mentre in Italia e Polonia solo specifiche e limitate tipologie di contraccettivo sono coperte.

Ugualmente restrizioni ad un aborto sicuro e legale rimangono (link ad una [mappa mondiale](#) delle leggi sull'aborto aggiornata al 2018) ed incrementano il ricorso agli aborti clandestini (si veda il [report OMS sull'aborto insicuro](#), 2008).

Il report denuncia poi leggi fortemente restrittive che escludono l'accesso all'aborto su richiesta della donna o sulla base di estesi motivi socio-economici. Andorra, Irlanda, Liechtenstein, Malta, Monaco, Irlanda del Nord, Polonia e San Marino conservano il divieto d'aborto salvo, in via di eccezione esplicita o interpretativa, circostanze estremamente limitate (quali un rischio sostanziale per la vita o la salute della donna, stato di necessità, casi di incesto o stupro). Spesso sono previste sanzioni penali anche detentive per donne non legittimate all'aborto e per coloro che vi hanno assistito, come in Irlanda e Irlanda del Nord.

Il rifiuto di cure, anche dove legalmente disciplinato, può determinare significative limitazioni ai diritti riproduttivi ma soprattutto alla salute della donna. In una [decisione del 2016 il Comitato europeo dei Diritti Sociali](#) (ECSR) ha stabilito che la disciplina italiana dell'obiezione di coscienza viola il diritto alla salute come tutelato dall'art 11 par 1 della Carta sociale Europea e che il diritto di accesso all'aborto legale incontra nella pratica difficoltà sostanziali dato che circa il 70% dei medici in Italia rifiuta di praticare l'aborto e le donne sono costrette a viaggiare verso altre strutture mediche, in altre parti del paese o all'estero (ECSR: [IPPF-EN v. Italy, Complaint No. 87/2012, 2014](#); [CGIL v. Italy, Complaint No. 91/2013, 2016](#)).

Mortalità e morbilità materna sono altri problemi da affrontare in un'ottica preventiva. Nonostante stiano diminuendo (da 33 a 16 morti materne ogni 10000 nati vivi), i tassi di mortalità sono differenziati tra i diversi Stati membri (rimangono più alti in Azerbaijan, Albania, Armenia, Georgia, Romania, Russia e Ucraina). Inoltre all'interno dei singoli Stati sperequazioni pregiudicano le donne provenienti dalle aree rurali o appartenenti a minoranze etniche. Il diritto di accesso ad un'assistenza medica di qualità durante la gravidanza è spesso compromesso a causa di politiche legislative e finanziarie in particolare per le donne migranti.

Infatti, più in generale, la relazione evidenzia come tutte queste minacce e concrete violazioni della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi della donna si aggravino in forme di discriminazione incrociata nei riguardi di particolari gruppi di donne emarginate, (in condizioni di povertà, non coniugate, affette da HIV, appartenenti a minoranze etniche, anziane, adolescenti, con disabilità, rifugiate, richiedenti asilo, lesbiche, bisessuali e transgender), come esemplificato in molti Stati dalle preclusioni dalle tecniche di riproduzione assistita di donne single e omosessuali.

Un quadro degli standard internazionali di tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile e i diritti della donna in tale ambito: diritto alla salute, inclusa la salute sessuale e riproduttiva (art 12 ICESCR connesso con il diritto a godimento del progresso scientifico di cui all'art 15 b ICESCR, la Convenzione sull'Eliminazione di ogni forma di Discriminazione Contro le Donne o CEDAW, art 24 della Convenzione Onu sui Diritti del Fanciullo, art 24 della Convenzione dei Diritti delle Persone con Disabilità, art 12 Carta Sociale Europea); diritto alla vita (art 2 CEDU, art 6 ICCPR, artt. 1 e 2 CEDAW); libertà da tortura e trattamenti disumani o degradanti (art 7 ICCPR, artt. 2 e 16 Convenzione ONU Contro la Tortura); diritto al rispetto della vita privata e familiare che, con riguardo alla salute e alla vita sessuale e riproduttiva femminile, comprende il diritto all'integrità fisica e psicologica; diritto all'autodeterminazione (art 8 CEDU, art 17 ICCPR, art 16 CEDAW); diritto all'eguaglianza, parità di genere e non discriminazione (art 3 ICCPR, art 3 ICESCR, CEDAW).

A cura di Irene Carlet