

La disciplina dell'aborto nel Regno Unito, tra esigenze di rinnovamento e differenziazione territoriale

di Marianna Bergamaschi e Lucia Busatta

Abstract: *Abortion legislation in the United Kingdom: between the need for reform and territorial differentiation* – This article analyses the legal framework governing abortion in the United Kingdom, highlighting its historical development, regulatory structure and key issues. After reconstructing the context that led to the adoption of the Abortion Act 1967 and its rationale, the article offers some reflections on physicians' role in abortion procedures and on conscientious objection, considering the most relevant case law on the subject. Having considered the impact and effects of devolution on the regulation of abortion, the conclusions aim to highlight the tensions between a regulatory framework that has remained largely stable over the course of almost sixty years and the significant social, scientific and political changes that have taken place in the meantime, suggesting the need for a comprehensive update of the legislation.

Keywords: Abortion; Abortion Act 1967; Conscientious objection; Medical abortion; United Kingdom.

1187

1. Introduzione

La controversa - e ormai classica - tematica dell'aborto potrebbe definirsi come uno di quegli argomenti mai sopiti. Sebbene, per quanto riguarda i Paesi della *Western Legal Tradition*, la questione sia “esplosa” verso la fine degli anni Sessanta del Novecento, parallelamente all'intensificarsi delle battaglie politiche e civili sull'emancipazione femminile, sui diritti riproduttivi e, in termini più generali, alle rivendicazioni legate all'evoluzione dei costumi sociali, ad oggi il dibattito è ancora lungi dal potersi considerare placato.

Pur a fronte di una prima fase che, negli anni Settanta ha portato alle storiche pronunce di Corti costituzionali e supreme che hanno depenalizzato l'interruzione di gravidanza¹ e alle prime legislazioni in materia, la forte polarizzazione del dibattito (che come noto contrappone i sostenitori di tesi *pro-choice* ai *pro-life*) e l'inarrestabile proliferare di casi giurisprudenziali e problematiche pratico-operative bisognose di soluzioni effettive ed efficaci hanno sempre tenuto i riflettori accesi sulle implicazioni giuridiche di questa delicata decisione. Evidentemente, le questioni (non solo) giuridiche in gioco

¹Pur nella concezione comune dello scritto, i paragrafi 1, 5 e 6 sono da attribuire a Lucia Busatta, mentre i paragrafi 2, 3 e 4 sono da attribuire a Marianna Bergamaschi. Per tutte, la sentenza della US Supreme Court, *Roe v Wade* e la sentenza della Corte costituzionale n. 27/1975.

portano a interrogarsi sull'estensione del diritto all'autodeterminazione della donna, sulla definizione di inizio della vita, sullo *status* giuridico del feto e, non ultimo, sulla rilevanza giuridica delle posizioni degli altri soggetti a vario titolo coinvolti (ad esempio, personale medico e sanitario, padre del concepito, ecc.).

Da ultimo, anche a motivo dell'esacerbarsi di impostazioni ideologiche ed estremiste, come è noto, questo dibattito si è ulteriormente acceso in occasione dello storico *revirement* della Corte Suprema degli Stati Uniti nella sentenza *Dobbs*², che ha travolto la costruzione argomentativa sulla quale si era fondata l'individuazione di una copertura costituzionale federale sulla decisione della donna di porre termine alla gravidanza, affidandone la disciplina alla discrezionalità dei singoli Stati³. Tale decisione ha inevitabilmente animato e - in qualche termine anche - condizionato il dibattito in materia pure nel vecchio continente⁴ ove, comunque, talune tendenze conservatrici non avevano mancato, proprio in quegli anni, di offrire materiale di riflessione circa la tutela dei diritti delle donne e il preoccupante arretramento delle garanzie concernenti l'accesso a prestazioni sanitarie primarie, quali i servizi per le interruzioni di gravidanza⁵.

Dal punto di vista del diritto costituzionale e comparato, inoltre, approfondire la tematica dell'aborto consente, sempre, di riflettere su alcune caratteristiche della tutela costituzionale dei diritti e, traguardando la problematica da prospettive più ampie, anche sull'assetto tra poteri dello stato (in modo particolare per quanto attiene alla relazione tra l'organismo cui spetta il controllo di costituzionalità e il potere legislativo) o sul c.d. federalismo dei diritti⁶.

² *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 U.S. 215 (2022)

³ Per una lettura trasversale delle non trascurabili implicazioni della sentenza *Dobbs*, cfr. *inter multis* i contributi pubblicati in L. Busatta, M.P. Iadicicco, B. Liberali, S. Penasa, M. Tomasi (cur.), *Gli Abortion Rights e il costituzionalismo contemporaneo*, in *Biolaw J.*, 2023, 1S.

⁴ Si pensi, solo per fare alcuni esempi, alla modifica dell'art. 34 della Costituzione francese, approvata a larga maggioranza il 4 marzo 2024, che ora affida espressamente alla legge il compito di determinare le condizioni per ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza, su cui cfr. M. Cavino, *Francia 2024. Il diritto costituzionale alla interruzione volontaria di gravidanza*, in *Oss. cost.*, 2024, 3, 12 ss.; M. Fasan, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Francia. Verso la definitiva costituzionalizzazione del diritto all'aborto?*, in *BioLaw J.*, 2023, 1S, 417.

Costituiscono un esempio dei riflessi della pronuncia *Dobbs* anche le prese di posizione del Parlamento europeo rispetto alla "europeizzazione" di un diritto all'aborto, che il 17 dicembre 2025 ha adottato una risoluzione nata a seguito dell'iniziativa popolare "My Voice, My Choice" (2025/3007(RSP)). Sulle iniziative europee immediatamente successive alla sentenza della US Supreme Court cfr. S. Flore, *Sulla possibilità di tutelare l'aborto attraverso il diritto dell'Unione europea: riflessioni a partire dal caso polacco*, in *BioLaw J.*, 2023, 1S, 387.

⁵ Paradigmatico è, a riguardo, il caso della Polonia. Su cui per tutti, oltre al contributo di M. Tomasi in questo fascicolo, cfr. J. Sawicki, *Il divieto quasi totale dell'aborto in Polonia: una disputa ideologica senza fine*, in *Nomos*, 2022, 2, 42.

⁶ A conferma di ciò, proprio con riguardo al contesto statunitense, rappresenta un efficace esempio della rilevanza della tematica dell'aborto nello studio delle discipline giuspubblicistiche il fatto che il manuale di diritto costituzionale comparato a cura di Vicki Jackson e Mark Tushnet apra proprio con la questione dei diritti riproduttivi e

Questi fenomeni assumono tinte particolarmente interessanti se viene assunto quale *focus* di indagine la disciplina dell'aborto nel Regno Unito. In questo contesto, la contrapposizione tradizionale e ormai irrimediabilmente polarizzata tra posizioni *pro-choice* e *pro-life* non pare aver significativamente impattato sull'andamento del fenomeno, sul livello di contenzioso né sulla disciplina sostanziale⁷. Come si vedrà, il testo normativo di riferimento, soprattutto per quanto riguarda l'Inghilterra, ma anche per altri territori, risale al 1967. Si tratta di un dato storico che consente di qualificare il Parlamento di Westminster quale pioniere, fra gli ordinamenti del vecchio continente nella regolazione di questa controversa disciplina.

Al di là di un apparente approccio pragmatico, la soluzione normativa attualmente in vigore presenta non trascurabili profili di interesse, legati proprio alla collocazione della disciplina nella geografia complessiva degli *abortion rights* nella tradizione giuridica occidentale, almeno per tre ragioni.

In primo luogo, è la soluzione normativa in sé ad essere particolare. Nei paragrafi seguenti, la presentazione dei contenuti dell'*Abortion Act* dimostrerà come esso sia pensato per ritagliare delle aree di non punibilità del reato di aborto. La legge era stata originariamente emanata con l'intento esplicito di prevenire il fenomeno degli aborti clandestini. All'interno del testo legislativo, dunque, non vi era una scelta orientata al riconoscimento di uno spazio di autodeterminazione femminile né la concezione dell'interruzione di gravidanza quale prestazione sanitaria⁸.

In secondo luogo, con il dispiegarsi degli effetti della *devolution*, soprattutto nel corso degli anni Novanta, l'effettivo accesso all'aborto nel Regno Unito e la relativa disciplina non sono state esenti dalle differenziazioni territoriali che il riconoscimento della competenza normativa in capo ai territori devoluti ha consentito. Come si vedrà, proprio l'asimmetria territoriale nell'accesso ai diritti che caratterizza la *devolution* britannica presenta specifici profili di interesse in quest'ambito.

In terzo luogo, infine, l'esame della disciplina del Regno Unito sull'interruzione di gravidanza non può prescindere da alcune, pur brevi, considerazioni relative ai rapporti con la vicina Repubblica di Irlanda, almeno sino al 2018, anno nel quale uno storico referendum costituzionale ha rimosso il divieto di aborto, allineando l'ordinamento irlandese ad uno standard minimo di garanzia del diritto della donna ad interrompere la gravidanza. Tale dinamica, peraltro, si innesta con il successivo

con la disamina della sentenza *Roe v. Wade*, affermando che: «We begin here because these materials raise a set of questions – about constitutions and their purposes, about “constitutionalism”, about the roles of courts, legislatures and popular initiative in defining a nation’s constitution, and about the values and limitations of comparative study – that pervade the materials». V.C. Jackson, M. Tushnet, *Comparative constitutional law*, New York, 1999, 1.

⁷ È stato a riguardo affermato che: «English law does not thereby strip abortion decision-making of its moral character. The law situates the moral aspects of abortion care within a medical context». J.N. Erdman, *Moral Authority in English and American Abortion Law*, in S.H. Williams (eds.), *Constituting Equality: Gender Equality and Comparative Constitutional Law*, Cambridge, 2009, 114.

⁸ In argomento v. I. Bertini, *From the UK Abortion Act 1967 to the present: the woman’s decision-making journey*, in *Biola J.*, 2022, 2, 283.

completamento dell'iter che ha portato il Regno Unito a uscire definitivamente dall'Unione Europea, sottraendo in tal modo questo ordinamento dalle obbligazioni derivanti dal rispetto delle libertà fondamentali eurounitarie. In questo specifico ambito, era stato proprio grazie alla libertà di circolazione che, sino alla riforma del 2018, le donne irlandesi potevano, senza subire ripercussioni penali, rivolgersi ai servizi abortivi stabiliti nel Regno Unito e, in particolar modo in Inghilterra.

Accanto alla presentazione dei contenuti della disciplina sull'aborto applicabile nel Regno Unito e alle sue attuali principali criticità, lo scopo del presente contributo è quello di offrire una riflessione sulle implicazioni costituzionalistiche di tale specifica regolamentazione, con specifica attenzione alle dinamiche territoriali di garanzia dei diritti.

2. Cenni storici sulla disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza in Gran Bretagna

Prima di analizzare il contesto normativo odierno relativo all'accesso all'aborto e alla devoluzione delle competenze in ambito sanitario in Gran Bretagna, è essenziale esaminare l'evoluzione storica e i principali interventi legislativi che hanno contribuito a definirlo. Questa analisi permette di individuare i momenti cruciali che hanno influenzato la legislazione attuale e di comprendere le motivazioni alla base della particolare disciplina inglese sull'interruzione volontaria di gravidanza.

Per fornire una panoramica completa, è importante identificare i principali passaggi dell'evoluzione della regolazione giuridica dell'aborto nei diversi territori che compongono le isole britanniche.

In Inghilterra e Galles, la materia è stata disciplinata, ed in parte è disciplinata tutt'ora, dall'*Offences Against the Person Act* (Legge sui reati contro la persona) del 1861, l'*Infant Life (Preservation) Act* (Legge sulla tutela dell'infanzia) del 1929, e l'*Abortion Act* (Legge sull'aborto) del 1967⁹.

Quest'ultima trova applicazione anche in Scozia, ma non è stata estesa all'Irlanda del Nord dove, fino al 2020, l'accesso all'aborto era estremamente limitato. In Irlanda del Nord, infatti, l'aborto è stato depenalizzato nell'ottobre 2019 e, nel marzo 2020, è entrato in vigore *The Abortion (Northern Ireland) Regulations 2020*, che consente alle donne nordirlandesi di ricorrere alla procedura abortiva nel proprio Paese anziché doversi spostare in altre parti del Regno Unito¹⁰.

Sebbene non faccia parte del Regno Unito, come è noto, nella Repubblica d'Irlanda l'aborto era espressamente vietato dalla Costituzione sino al 2018, quando, attraverso un Referendum costituzionale, è stata abrogata la disposizione che equiparava il diritto alla vita della madre con quello del concepito¹¹. A seguito di questo voto, nello stesso anno è stato

⁹ D. Wilkinson, J. Herring, J. Savulescu, *Chapter 13 - Reproductive Medicine*, cit.

¹⁰ R. Armitage, *Abortion in Northern Ireland: Decriminalisation, COVID-19 and recent data*, in *The Lancet Regional Health-Europe*, vol. 15, 2022.

¹¹ Ottavo emendamento della Costituzione Irlandese, introdotto nel 1983. Testo originario: «The State acknowledges the right to life of the unborn and, with due regard to the equal right to life of the mother, guarantees in its laws to respect, and, as far as practicable, by its laws to defend and vindicate that right». Testo aggiornato al

approvato l'*Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act* (Legge sulla salute e Regolamentazione dell'interruzione di gravidanza), che consente l'aborto su richiesta fino alla dodicesima settimana di gestazione e, in casi di rischio per la vita o la salute della paziente, o in presenza di gravi anomalie del feto, permette l'interruzione anche in fasi successive¹².

L'attuale panorama normativo, dunque, pur nella sua eterogeneità, garantisce uno standard minimo comune di protezione della salute riproduttiva e dell'autodeterminazione per le donne in Gran Bretagna e in Irlanda.

Nel diciannovesimo secolo, invece, entrambe le isole britanniche, riunite sotto lo stato del Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda, facevano riferimento all'*Offences Against the Person Act*, che criminalizzava sia le donne che ricorrevano all'aborto sia coloro che le aiutavano a praticarlo. Seppur antica, questa legge del 1861 è tuttora applicabile, anche se oggi esistono delle cause di giustificazione che ne inficiano l'effettiva applicazione. Nello specifico, le Sezioni 58 e 59 dello statuto dispongono:

«Sezione 58: Ogni donna incinta che, con l'intento di provocare un aborto spontaneo, somministri illegalmente a se stessa veleno o altre sostanze nocive, o utilizzi illegalmente strumenti o altri mezzi con lo stesso intento, e chiunque, con l'intento di provocare l'aborto di una donna, incinta o meno, somministri illegalmente o faccia assumere a lei qualsiasi veleno o altra sostanza nociva, o utilizzi illegalmente qualsiasi strumento o altro mezzo con lo stesso intento, sarà colpevole di reato grave.

Sezione 59: Chiunque fornisca o procuri illegalmente veleni o altre sostanze nocive, o qualsiasi strumento o oggetto sapendo che lo stesso è destinato ad essere utilizzato o impiegato illegalmente con l'intento di provocare l'aborto di una donna, incinta o meno, sarà colpevole di un reato minore»¹³

È interessante notare come questi articoli facciano riferimento all'uso illegale di veleni o strumenti nocivi. Secondo una certa interpretazione, la descrizione risultava ridondante, poiché, se l'intento era quello di definire un reato, era evidente che l'atto descritto fosse illegale. Per l'orientamento opposto, dato che il diritto dei medici di intervenire per salvare la vita della gestante era riconosciuto anche all'epoca, il termine "illegalmente" serviva a

referendum del 1992: «The State acknowledges the right to life of the unborn and, with due regard to the equal right to life of the mother, guarantees in its laws to respect, and, as far as practicable, by its laws to defend and vindicate that right. This subsection shall not limit freedom to travel between the State and another state. This subsection shall not limit freedom to obtain or make available, in the State, subject to such conditions as may be laid down by law, information relating to services lawfully available in another state».

Il testo attuale dell'articolo 40.3.3 recita: «Provision may be made by law for the regulation of termination of pregnancy».

Sul punto cfr. L. Busatta, C.M. Reale, *The Celtic Tiger al referendum: l'Irlanda verso una nuova stagione di tutela costituzionale dei diritti?*, in *DPCE*, 2018, 20(4), 1223-1242.

¹² J. Mishtal, G. Zanini, S. De Zordo, D. Clougher, C. Gerds, 'To be vigilant to leave no trace': secrecy, invisibility and abortion travel from the Republic of Ireland, in 25(7) *Cult. Health Sex.* 914 (2023).

In termini generali, sulla disciplina dell'aborto in Irlanda v. A. Baraggia, *Stati Uniti e Irlanda: la regolamentazione dell'aborto in due esperienze paradigmatiche*, Torino, 2022.

¹³ *Offences Against the Person Act*, 1861, Sections 58- 59, traduzione non ufficiale.

distinguere il caso in cui la fattispecie ricoprisse rilevanza penale dal caso in cui fosse mero atto medico necessario. Di conseguenza, anche prima delle leggi moderne, l'*Offences Against the Person Act* del XIX secolo conteneva implicitamente uno spazio di legittimità per l'aborto terapeutico, seppur limitato ai casi di estrema necessità¹⁴.

Quando il Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda si divise nel 1921, lo Stato Libero d'Irlanda mantenne in vigore l'*Act* del 1861, in linea con l'aspirazione di costruire una nazione cattolica basata sulla tutela della maternità e sulla proibizione di tutte le attività sessuali 'devianti'¹⁵.

Nel Regno Unito, invece, venne adottato l'*Infant Life (Preservation) Act* nel 1929, che confermava la rilevanza penale dell'aborto, introducendo però un criterio cronologico basato sulla vitalità del feto. La tutela penale, infatti, trovava applicazione solo quando l'aborto avesse riguardato un feto 'capace di nascere vivo', momento identificato inizialmente a 28 settimane di gestazione e poi portato a 24 settimane dalle riforme seguenti¹⁶. La legge introduceva inoltre un'eccezione finalizzata ad escludere l'applicazione del reato nei casi in cui l'aborto fosse stato compiuto in buona fede per preservare la vita della madre. La sezione 1.1 della legge recitava infatti:

«Fatto salvo quanto previsto nel presente comma, chiunque, con l'intento di distruggere la vita di un bambino in grado di nascere vivo, con un atto intenzionale causi la morte del bambino prima che esso abbia un'esistenza indipendente dalla madre, è colpevole di reato grave, ovvero di distruzione di minore, e sarà punito con la reclusione a vita:

A condizione che nessuna persona possa essere ritenuta colpevole di un reato ai sensi della presente sezione, a meno che non sia provato che l'atto che ha causato la morte del bambino non sia stato compiuto in buona fede al solo scopo di preservare la vita della madre»¹⁷.

Sostanzialmente, dunque, l'*Act* del 1929 si premurava di esplicitare nel testo normativo quella stessa eccezione che, secondo l'orientamento interpretativo predetto, era già contenuta nel testo della legge del 1861.

L'applicazione di questa eccezione, implicitamente contenuta nelle sezioni 58 e 59 dell'*Offences Against the Person Act* e esplicitata nell'*Infant Life (Preservation) Act*, è particolarmente rilevante poiché si pone alla base della risoluzione della storica decisione *R. v Bourne* del 1938.

Nel caso in questione, Aleck Bourne, un illustre chirurgo ostetrico, aveva praticato un aborto su una ragazza di 14 anni rimasta incinta in seguito ad uno stupro. In base alla sua difesa, l'operazione non poteva definirsi illecita perché, a suo parere, la prosecuzione della gravidanza avrebbe rappresentato un grave rischio per la salute mentale della ragazza. Con una pronuncia rivoluzionaria, i giudici accolsero la tesi difensiva di Bourne, concordando sul fatto che la norma legittimava il ricorso all'aborto non solo nei casi in cui la donna incinta fosse in pericolo di morte imminente, ma anche quando portare a termine la gravidanza avrebbe potuto

¹⁴ E. Jackson, *Abortion*, cit.

¹⁵ C. Delay, *Pills, potions, and purgatives: women and abortion methods in Ireland, 1900–1950*, in 28(3) *Women's Hist. Rev.* 479 (2019).

¹⁶ E. Jackson, *Abortion*, cit.

¹⁷ *Infant Life (Preservation) Act*, 1929, UK Public General Acts 1929 c. 34 (19 & 20 Geo. 5. c. 34), Section 1, traduzione non ufficiale.

determinare gravi conseguenze psicofisiche, rendendo la donna un “*physical or mental wreck*”¹⁸.

Pertanto, anche prima dell'introduzione dell'*Abortion Act*, sebbene le due fonti rilevanti in materia di aborto criminalizzassero la pratica, erano comunque previsti casi in cui il ricorso alla procedura potesse essere considerato legittimo.

L'*Abortion Act* entra in vigore nel 1967, in parte per affrontare il problema degli 'aborti clandestini' che continuavano ad avvenire nonostante il divieto penale, e, in parte, per risolvere la mancanza di chiarezza riguardo alle fattispecie in cui un medico potesse legalmente praticare un aborto per salvaguardare la salute della madre¹⁹.

A differenza delle altre due leggi che introducono fattispecie di rilevanza penale in materia di aborto, quella del 1967 individua i casi in cui l'azione penale non è esercitabile. Nel 1990, la legge è stata modificata per armonizzarne il rapporto con l'*Infant Life (Preservation) Act*, escludendo la rilevanza penale per gli interventi conformi alla nuova normativa, e per fissare, come regola generale, il limite temporale delle 24 settimane, salvo specifiche e gravi eccezioni²⁰.

Dunque, ad oggi, l'aborto e alcune attività correlate sono ancora illecite in Inghilterra e Galles ai sensi dell'*Offences Against the Person Act* e dell'*Infant Life Preservation Act*, anche se quest'ultimo non trova applicazione qualora l'aborto sia stato effettuato secondo le disposizioni dell'*Abortion Act*. Di fatto, i reati previsti dalle leggi del 1861 e del 1929 vengono perseguiti molto raramente e, quando ciò avviene, si tratta solitamente di episodi di aggressioni nei confronti di donne incinte che provocano l'interruzione di una gravidanza desiderata, piuttosto che di casi di aborti consensuali²¹.

3. La ratio dell'*Abortion Act* del 1967 e il ruolo della giurisprudenza

Come si accennava, il testo dell'*Abortion Act* del 1967, anche nella versione aggiornata alle modifiche del 1990, non depenalizza l'aborto in generale, ma individua solo i casi in cui l'azione penale non è esercitabile. In altre parole, la *ratio* della legge non era riconoscere alle donne il diritto di abortire di fronte a gravidanze indesiderate, quanto, piuttosto, diminuire il crescente tasso di mortalità legato al ricorso agli aborti clandestini. Difatti, se il divieto penale era finalizzato a ridurre il ricorso delle donne all'aborto, il risultato dopo la promulgazione degli statuti del 1861 e del 1929 era stato l'opposto: le donne continuavano ad avvalersi della procedura, ma poiché questa non era svolta in contesti sicuri dal punto di vista igienico-sanitario, le conseguenze potevano essere letali. L'aborto, quindi, non fu legalizzato per migliorare l'autonomia riproduttiva delle donne: piuttosto, lo scopo

¹⁸ E. Jackson, *Abortion*, cit.

¹⁹ D. Wilkinson, J. Herring, J. Savulescu, *Chapter 13 - Reproductive Medicine*, cit.

²⁰ E. Jackson, *Abortion*, cit.

²¹ S. Sheldon, *British abortion law: Speaking from the past to govern the future*, in 79(2) *Modern L. Rev.* 283 (2016).

principale dell'*Abortion Act* (da qui in poi anche '*Act*') era consentire ai medici di agire legalmente nell'assistere le donne a porre fine alla loro gravidanza²².

Per questo motivo, la Sezione 1.1 dell'*Act* non abroga le criminalizzazioni precedenti ma sancisce le scriminanti utilizzabili per evitare l'applicazione dei reati. In base alla norma, la gravidanza può essere interrotta da un medico, con il parere favorevole di altri due, a condizione:

«(a) che la gravidanza non abbia superato la ventiquattresima settimana e che il suo proseguimento comporti un rischio, maggiore rispetto all'interruzione della gravidanza, di danni alla salute fisica o mentale della donna incinta o dei figli già esistenti della sua famiglia; oppure

(b) che l'interruzione sia necessaria per prevenire gravi danni permanenti alla salute fisica o mentale della donna incinta; oppure

(c) che il proseguimento della gravidanza comporti un rischio per la vita della donna incinta maggiore rispetto all'interruzione della gravidanza; oppure

(d) che esista un rischio sostanziale che il bambino, se nascesse, soffrirebbe di anomalie fisiche o mentali tali da renderlo gravemente handicappato»²³.

L'*Act*, dunque, tutela il medico curante dall'incriminazione penale. Tuttavia, grazie al precedente *Royal College of Nurses v Department of Health* del 1981²⁴, l'immunità dall'azione penale è stata estesa anche a chi collabora alla procedura sotto la direzione del medico responsabile²⁵.

Nel caso specifico, la vicenda traeva origine da una consuetudine nata nei primi anni '80, secondo cui gli aborti terapeutici svolti nel secondo trimestre mediante induzione farmacologica erano generalmente compiuti dagli infermieri, mentre il medico, sebbene fosse disponibile in caso di necessità, non era di regola presente nel reparto. Nonostante le linee guida del Ministero della Salute confermassero la legittimità di tale procedura, il *Royal College of Nursing* le aveva contestate in sede giurisdizionale, temendo che, qualora tali direttive si fossero rivelate giuridicamente infondate, il personale infermieristico avrebbe potuto subire pesanti conseguenze penali per le proprie azioni. In sede giurisdizionale, la Corte aveva accolto l'interpretazione ampia proposta dal Ministero della Salute, stabilendo che l'obbligo per cui la gravidanza dovesse essere "*terminated by a registered medical practitioner*" si considerava rispettato se quest'ultimo, pur senza compiere materialmente ogni singola azione, si era assunto la responsabilità clinica dell'intero percorso terapeutico²⁶. Questa storica sentenza ha quindi stabilito che le tutele legali previste dall'*Act* sono da considerare come applicabili a tutti i membri dell'équipe medica che operino sotto la supervisione e la responsabilità del medico incaricato.

²² E. Jackson, *Abortion*, cit.

²³ Abortion Act, UK Public General Acts 1967 c. 87, Section 1.1, traduzione non ufficiale.

²⁴ *Royal College of Nursing v Department of Health and Social Security* [1981] 2 WLR 279, Great Britain, England, House of Lords (5 Feb 1981).

²⁵ R.B. Taylor, A.L. Wilson, *UK abortion law: Reform proposals, private members' bills, devolution and the role of the courts*, in 82(1) *Modern L. Rev.* 71 (2019).

²⁶ S. Sheldon, *British abortion law: Speaking from the past to govern the future*, cit.

Ulteriore elemento significativo della Sezione 1.1 è rappresentato dal fatto che l'articolo ruota attorno alla figura del medico, dato il rilievo fondamentale che è attribuito alla legittimità della condotta dello stesso rispetto all'atto interruttivo. Al contrario, la paziente e i suoi diritti rimangono relegati in secondo piano, poiché nella legge è del tutto assente un riferimento alla sua libertà di autodeterminazione o al suo diritto alla salute. Ciò trova parziale giustificazione nel fatto che, al momento dell'approvazione della legge, sia la professione medica che il Parlamento erano fortemente convinti che i medici fossero nella posizione migliore per decidere se un aborto fosse giustificato. Tuttavia, una serie di resoconti pubblicati negli anni successivi all'introduzione della legge rivelò come, sulla scia di questa originaria visione paternalistica, i medici avessero interpretato il proprio ruolo come quello di guardiani dell'aborto legale, ed alcuni si fossero impegnati per convincere le donne a portare avanti la gravidanza o per creare deliberatamente ritardi, in modo che la donna non potesse più avvalersi dei termini legali per accedere all'aborto²⁷.

Sebbene tale interpretazione fosse comprensibile all'epoca, essa è stata superata da un'evoluzione che ha trasformato radicalmente il processo decisionale clinico, per cui l'enfasi si è spostata dal tradizionale dovere di beneficenza del medico ad un'attenzione preminente all'autonomia del paziente. Un esempio significativo della distanza percorsa è stato recentemente fornito dal caso *Montgomery v Lanarkshire Health Board*²⁸. In questa sede, la Corte Suprema del Regno Unito aveva ritenuto in modo unanime che la visione paternalistica su cui si basava l'interpretazione del rapporto medico e paziente avesse da tempo cessato di riflettere la realtà e la complessità delle modalità di erogazione dei servizi sanitari, essendo i pazienti ora considerati come persone titolari di diritti, piuttosto che come destinatari passivi delle cure decise dalla professione medica²⁹.

La legge prevede comunque anche casi eccezionali in cui l'approvazione dei due medici non è richiesta: la Sezione 1(4) consente infatti di ricorrere all'aborto in caso di emergenza qualora un medico ritenga in buona fede che l'interruzione sia immediatamente necessaria per salvare la vita della donna incinta, o per prevenire gravi danni permanenti alla salute fisica o mentale della stessa³⁰.

In ultimo, occorre rilevare che i dispositivi intrauterini e la contraccezione d'emergenza (come la 'pillola del giorno dopo') sono classificati in Gran Bretagna come metodi contraccettivi, poiché agiscono

²⁷ Ibid.

²⁸ *Montgomery v Lanarkshire Health Board* [2015], United Kingdom Supreme Court, 11, 11 March 2015.

²⁹ S. Sheldon, *British abortion law: Speaking from the past to govern the future*, cit.

³⁰ *Abortion Act 1967*, UK Public General Acts, 1967 c. 87. Section 1(4): «Subsection (3) of this section, and so much of subsection (1) as relates to the opinion of two registered medical practitioners, shall not apply to the termination of a pregnancy by a registered medical practitioner in a case where he is of the opinion, formed in good faith, that the termination is immediately necessary to save the life or to prevent grave permanent injury to the physical or mental health of the pregnant woman».

prevenendo l'impianto dell'ovulo e, di conseguenza, esulano dall'ambito di applicazione dell'*Abortion Act* del 1967³¹.

3.1 La centralità della figura del medico e l'obiezione di coscienza

Ai sensi della Sezione 4 dell'*Act*, al personale medico è riconosciuto il diritto di opporsi, per motivi di coscienza, alla partecipazione e alla prestazione di servizi di aborto, a meno che l'interruzione volontaria di gravidanza non sia necessaria per prevenire gravi danni permanenti alla salute fisica o mentale di una donna incinta o per salvarle la vita ³².

È possibile ravvisare un significativo parallelismo con la disciplina italiana in materia di interruzione volontaria di gravidanza, contenuta nella Legge 22 maggio 1978, n. 194. Anche la normativa italiana regola espressamente l'istituto dell'obiezione di coscienza: l'articolo 9 della legge esenta il personale sanitario e ausiliario dal compimento delle procedure specificamente dirette all'IVG, subordinando l'esonero a una preventiva dichiarazione formale. Il comma 5 dell'articolo specifica però che l'obiezione di coscienza non possa «essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento [sia] indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo»³³.

Ne deriva che, in entrambi i casi, il legislatore abbia previsto che, nel bilanciamento tra la tutela della libertà di coscienza del personale sanitario e il dovere professionale di tutelare la vita, il secondo debba prevalere sul primo laddove l'intervento sia essenziale per la sopravvivenza della donna, riaffermando la funzione di garanzia propria della professione medica.

Va segnalato, inoltre, che, similmente all'Italia³⁴, la Sezione 4 dell'*Act* dedicata all'obiezione di coscienza è stata oggetto di una serie di pronunce che ne hanno specificato la portata. Ad esempio, nella causa *Barr v Matthews* del 1999³⁵, è stato affermato che una volta riconosciuta la possibilità di interrompere la gravidanza, il medico che invoca la clausola di obiezione di coscienza deve immediatamente indirizzare la paziente a un collega³⁶.

Il caso più rilevante in materia di obiezione di coscienza, tuttavia, è rappresentato dalla sentenza *Doogan v Greater Glasgow and Clyde Health Board* pronunciata dalla Supreme Court nel 2014. Il caso riguardava due

³¹ D. Wilkinson, J. Herring, J. Savulescu, *Chapter 13 - Reproductive Medicine*, cit.

³² *Abortion Act 1967*, UK Public General Acts, 1967 c. 87.

Section 4(1): «Subject to subsection (2) of this section, no person shall be under any duty, whether by contract or by any statutory or other legal requirement, to participate in any treatment authorised by this Act to which he has a conscientious objection: Provided that in any legal proceedings the burden of proof of conscientious objection shall rest on the person claiming to rely on it».

³³ *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, Legge 22 maggio 1978, n. 194, art. 9.

³⁴ In Italia, la Corte Costituzionale si è più volte espressa in materia di obiezione di coscienza legata all'IVG, al servizio militare e rispetto alla questione del fine vita.

³⁵ *Barr v Matthews* (1999) 52 *Med LR*, 217.

³⁶ C. Ó Néill, *Conscientious objection in Greater Glasgow Health Board v. Doogan and others* [2014] UKSC 68, in 15(4) *Med. Law Int.* 246 (2015).

ostetriche cattoliche che lavoravano in un reparto di maternità scozzese e che sostenevano di avere il diritto di opporsi alla partecipazione agli aborti. Il loro datore di lavoro, il *Greater Glasgow Health Board*, riteneva, all'opposto, che i compiti di delega, supervisione e supporto non comportassero la 'partecipazione' al trattamento. La sentenza unanime della Corte Suprema, pronunciata da Lady Hale, chiariva che la Sezione 4 dell'*Act* dovesse essere interpretata in combinato disposto con la Sezione 1, che disciplina i presupposti di legge per l'interruzione di gravidanza. Secondo Lady Hale, l'intenzione del legislatore era di attribuire al termine "*participate*" un'accezione restrittiva, escludendo così le mansioni di carattere amministrativo e gestionale dal perimetro dell'obiezione di coscienza. Nelle sue conclusioni, la Corte Suprema si premurava anche di ribadire che l'obiettore avrebbe il dovere inderogabile di indirizzare la paziente a un collega non obiettore, qualificando tale obbligo come un corollario essenziale del dovere di diligenza professionale³⁷.

Allo stesso modo, in Italia, la giurisprudenza adotta un'interpretazione restrittiva dell'art. 9 della Legge 194/78, subordinando il diritto all'obiezione di coscienza all'esistenza di un nesso di causalità diretto tra l'intervento del sanitario e l'evento abortivo. Più che la qualifica professionale o il ruolo formale dell'operatore, rileva la natura oggettiva dell'attività svolta: l'astensione è legittima solo se l'atto è specificamente e necessariamente finalizzato all'interruzione della gravidanza. Questo orientamento mira a bilanciare la libertà di coscienza del personale medico con il dovere di garantire la continuità del servizio e l'effettività del diritto della donna, escludendo l'esonero per tutte quelle prestazioni che non partecipano in modo immediato e determinante all'intervento³⁸.

È necessario precisare come, tuttavia, i medici inglesi non siano legalmente obbligati a rendere pubbliche le loro obiezioni di coscienza all'aborto, quindi, una donna potrebbe non sapere che il suo medico di base è un obiettore di coscienza. Nonostante ciò, le recenti direttive del *General Medical Council* relative alle convinzioni personali dei medici stabiliscono che questi sono tenuti a informare le pazienti del loro diritto di consultare un altro medico ed adottare misure preventive per comunicare alle pazienti la loro indisponibilità a prescrivere un aborto. Viene qui nuovamente ribadito che, se per la donna non è agevole consultare un altro professionista, il medico ha il dovere di fornirle assistenza³⁹.

Da questa breve analisi del testo normativo, risulta innegabile come la figura centrale attorno a cui si sviluppa il contenuto dell'*Act* sia il medico curante, per il quale sono prescritte le condizioni che rendono il suo intervento in ambito di interruzione di gravidanza legale e a cui è riconosciuto un diritto a non dover svolgere la procedura quando essa sia contraria ai suoi valori morali. Dall'interpretazione della legge è però comunque possibile ricavare anche la disciplina concernente gli altri soggetti

³⁷ Ibid.

³⁸ F. Grandi, *Le difficoltà nell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194. Ieri, oggi, domani*, in *Le istituzioni del federalismo*, 36(1), 2015, 89-120. Sul tema 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*, 43(2), 2013, 477-488.

³⁹ E. Jackson, *Abortion*, cit.

coinvolti nella procedura, ovvero la donna richiedente l'aborto, il feto e il partner maschile della richiedente.

In primis, per quanto riguarda le donne gestanti, anche se l'*Act* non conferisce loro il diritto di richiedere un aborto, un medico può essere ritenuto negligente sia per non aver informato una donna (in circostanze appropriate) della possibilità di abortire, sia per non aver praticato un aborto, ove opportuno, ai sensi della Sezione 1 (1b, 1c) (a meno che non sia dovuto a obiezione di coscienza); all'opposto, una donna ha comunque sempre diritto a rifiutare l'aborto⁴⁰.

Il feto, secondo la legge, non ha alcun diritto alla vita, così come il futuro 'padre' di un feto non ha alcuna facoltà di interferire nella decisione di una donna di abortire, né alcun diritto di essere consultato in merito⁴¹. Dato che la legge considera la decisione come una deliberazione medica, non sorprende che il partner sessuale della donna incinta non abbia il diritto di ostacolare la discrezionalità medica e impedirle di ottenere un aborto.

Nel caso *Paton v Trustees of the British Pregnancy Advisory Service* del 1978, un marito aveva chiesto un'ingiunzione per impedire ai medici convenuti di interrompere la gravidanza della moglie separata, ma la sua richiesta era stata prevedibilmente respinta⁴². D'altra parte, sarebbe illogico attribuire rilevanza giuridica alla volontà dell'uomo, quando la legge non concede un potere decisionale assoluto nemmeno alla donna, la quale subisce in modo più diretto le conseguenze della decisione medica, dovendo, in caso di negato aborto, affrontare fisicamente la gravidanza e tutto ciò che ne deriva.

4. I profili di criticità e le ipotesi di revisione normativa

Nonostante sia in vigore da oltre mezzo secolo, l'*Abortion Act* rimane tuttora la legge di riferimento sull'interruzione di gravidanza, conservando le particolarità regolative già esaminate e determinando una serie di problematiche conseguenti.

Uno studio pubblicato a novembre del 2024 volto a raccogliere le opinioni degli operatori sanitari sulla regolamentazione e la pratica dell'aborto in Gran Bretagna ha rilevato come l'opinione per cui l'aborto debba essere una scelta esclusivamente della donna è quasi universale (circa il 90,7% degli intervistati) e una netta maggioranza sostiene l'idea per cui l'aborto debba essere trattato come una questione di salute piuttosto che come una questione giuridica. L'elemento sorprendente che è emerso dall'indagine è stato il livello relativamente basso di consapevolezza, soprattutto tra i medici più giovani, riguardo l'obbligo previsto dalla legge che due medici registrati debbano autorizzare un aborto. La sezione del questionario dedicata ai commenti liberi ha inoltre evidenziato come molti medici intervistati considerino la legge attuale obsoleta⁴³.

⁴⁰ D. Wilkinson, J. Herring, J. Savulescu, *Chapter 13 - Reproductive Medicine*, cit.

⁴¹ Ibid.

⁴² E. Jackson, *Abortion*, cit.

⁴³ K. Wellings, R.H. Scott, S. Sheldon, O. McCarthy, M.J. Palmer, J. Shawe, R. Meiksin, M. Lewandowska, S.T. Cameron, J. Reiter, R.S. French, *Attitudes towards the regulation*

A differenza della prospettiva paternalistica in voga al momento dell'entrata in vigore dell'*Act*, oggi si osserva chiaramente una tendenza dei medici a riconoscere il valore irrinunciabile del diritto delle pazienti di prendere decisioni autonome riguardo al proprio trattamento terapeutico.

A riprova di ciò, il caso *Montgomery* sopra citato, risalente al 2015, ha confermato in modo inequivocabile come la condizione di gravidanza non possa costituire un'eccezione al principio fondamentale del rispetto dell'autonomia della paziente. Ciò vale anche in quelle situazioni in cui le decisioni terapeutiche hanno un impatto significativo sulla salute o sulla sopravvivenza del feto: una donna incinta capace di intendere e di volere mantiene il diritto di scegliere o rifiutare trattamenti terapeutici consigliati anche durante la gravidanza⁴⁴.

È doveroso inoltre ricordare che, pur aprendo la strada allo sviluppo dei moderni servizi di aborto, l'*Abortion Act* non ha abrogato i reati preesistenti in materia e, sebbene la loro applicazione non sia frequente, dal 2015 almeno 52 donne in Inghilterra e Galles sono state perseguite per tali reati, con un aumento significativo da 2 casi nel 2018 a 11 nel 2021⁴⁵.

Da un lato, dunque, l'attuale disciplina inglese in materia di aborto è in contrasto con il principio generale di autodeterminazione del paziente nelle scelte terapeutiche, poiché attribuisce un peso eccessivo alla decisione medica a scapito della volontà personale delle donne che desiderano interrompere la gravidanza. Dall'altro, la persistenza della rilevanza penale di alcune condotte risulta ingiustificata e anacronistica.

Questo si spiega sulla base del fatto che, sebbene gli interventi della giurisprudenza abbiano favorito un'interpretazione delle norme in linea con l'evoluzione sociale, l'attuale disciplina britannica rimane di natura "concessiva" piuttosto che fondata sul riconoscimento di diritti soggettivi. Si rende allora necessario un intervento legislativo volto a superare queste problematiche.

In tale direzione di liberalizzazione della legge si è più volta espressa la *House of Commons*. Tuttavia, nonostante l'ampio sostegno, tra le iniziative legislative che si sono succedute la maggior parte non ha mai raggiunto l'approvazione finale.

Il primo cambiamento legislativo significativo risale al 2020 e riguarda l'*Early Medical Abortion (EMA)*, comunemente nota come 'pillola abortiva'. Questo metodo, che utilizza mifepristone e misoprostolo, consente di indurre un aborto spontaneo, eliminando la necessità di un intervento chirurgico.

L'uso domiciliare del mifepristone, inizialmente autorizzato in Inghilterra in via temporanea durante l'emergenza Covid-19, è stato reso permanente nel 2022. La decisione del Parlamento è arrivata poco prima della scadenza dell'ordinanza provvisoria ed è stata il risultato di una forte campagna di sensibilizzazione, che ha visto la collaborazione delle principali autorità mediche e di enti di beneficenza e organizzazioni a sostegno delle

and provision of abortion among healthcare professionals in Britain: cross-sectional survey data from the SACHA Study, in 51(2) *BMJ sexual & reproductive health* 111 (2025).

⁴⁴ S. Sheldon, *British abortion law: Speaking from the past to govern the future*, cit.

⁴⁵ S. Sheldon, J. Lord, *Guest editorial: Care not criminalisation; reform of British abortion law is long overdue*, in 49(8) *J. medical ethics* 523 (2023).

donne, portando alla legalizzazione dell'uso domiciliare del mifepristone e del misoprostolo per l'aborto medico⁴⁶.

Al fine di superare la criminalizzazione di alcune pratiche collegate all'aborto, la più recente iniziativa di riforma è contenuta nel *Crime and Policing Bill*, introdotto dalla *House of Commons* a febbraio 2025 e attualmente in discussione nella *House of Lords*. Se approvato, lo statuto innoverebbe la disciplina di una moltitudine di disposizioni, in materia di reati contro le persone (compresi i reati sessuali), reati contro il patrimonio, sfruttamento di persone, stalking e disturbo della quiete pubblica ed altro ancora. La *Part 15* sarebbe dedicata all'aborto, e l'articolo 209 dispone l'esclusione delle donne dalla normativa penale in materia di aborto:

«Ai fini della normativa in materia di aborto, comprese le sezioni 58 e 59 dell'*Offences Against the Person Act 1861* (Legge sui reati contro la persona) e dell'*Infant Life (Preservation) Act 1929* (Legge sulla tutela della vita infantile), nessuna donna commette reato agendo in relazione alla propria gravidanza»⁴⁷.

Questo intervento sarebbe in linea con la posizione della *Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)* che ha più volte affermato che le legislazioni che criminalizzano l'aborto dovrebbero essere modificate. La Commissione si è anche espressa in modo negativo rispetto al dovere di ottenere duplice approvazione medica per accedere all'aborto, definendola come una barriera all'accesso alla procedura⁴⁸. Se da un lato, questa riforma è da valutare positivamente poiché darebbe finalmente protezione anche alla donna rispetto alla rilevanza penale delle condotte legate all'interruzione di gravidanza, visto che, come si è detto, la disciplina attuale crea un'esimente solo per i medici, dall'altro, la mera assenza di rilevanza penale della condotta non è sufficiente a riconoscere il diritto all'autodeterminazione riproduttiva che spetta alle donne inglesi.

Che alcuni aspetti della normativa vigente non siano in linea con le migliori pratiche mediche attuali è anche riconosciuto non solo da parte degli operatori sanitari ma anche del *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* e della Commissione Scienza e Tecnologia della Camera dei Comuni, secondo cui l'obbligo della firma di due medici non ha più alcuna utilità⁴⁹.

Si rende allora necessario per la legislazione inglese riconoscere in modo esplicito il diritto delle donne di ottenere un'interruzione volontaria di

⁴⁶ J. Lord, L. Regan, *Triumphs and trials with the UK abortion law: the power of collaboration in abortion reform*, in 164 *Int. J. Gynecol. Obstet.* 5 (2024).

⁴⁷ *Crime and Policing Bill*, Government Bill, Originated in the House of Commons, Session 2024-26. Il testo ha ricevuto l'approvazione definitiva da parte di entrambi le Camere del Parlamento in data 29 aprile 2026. Pertanto, alla data della presente pubblicazione, il progetto di legge è ufficialmente divenuto legge dello Stato (*Act of Parliament*).

⁴⁸ A. Glasier, M. Bain, S. Cameron, A. Campbell, R. Clarke, S. Cook, A.M. Farrell, A. Lothian, L. Mitchell, C. Purcell, S. Sheldon, *Review of Abortion Law in Scotland: Expert Group Report*, 2025.

⁴⁹ K. Wellings, R.H. Scott, S. Sheldon, O. McCarthy, M.J. Palmer, J. Shawe, R. Meiksin, M. Lewandowska, S.T. Cameron, J. Reiter, R.S. French, *Attitudes towards the regulation and provision of abortion among healthcare professionals in Britain: cross-sectional survey data from the SACHA Study*, cit.

gravidanza senza limitazioni esterne, in modo che l'obsoleta criminalizzazione della procedura non abbia più rilevanza e, allo stesso tempo, non sia più necessario ottenere il consenso medico per una scelta che è puramente individuale.

5. *Devolution*, diritti e differenziazione: il caso dell'aborto

La presentazione delle caratteristiche e dei contenuti della disciplina dell'aborto vigente Oltremania non ha sinora tenuto compiutamente in considerazione le specificità derivanti dall'assetto devoluto delle isole britanniche. Com'è noto, il Regno Unito, per effetto della *devolution*, si suddivide in territori ai quali sono riconosciute competenze legislative e gradi di autonomia comunemente descritti come asimmetrici e differenziati. La disciplina dell'aborto non si sottrae a tale articolazione.

In particolare, il Parlamento di Westminster, pur rimanendo "sovrano", ha devoluto talune competenze alle assemblee elettive dei territori e, segnatamente, al Parlamento scozzese (con sede a Edimburgo), all'Assemblea nazionale per il Galles (a Cardiff) e all'Assemblea dell'Irlanda del Nord, con sede a Belfast. Con riguardo a quest'ultimo territorio, in particolare, le vicissitudini legate a una situazione non completamente pacificata con la confinante Repubblica d'Irlanda hanno, almeno fino al c.d. Accordo del Venerdì Santo nel 1998, ridotto fortemente l'autonomia di questo territorio che, anche negli anni successivi, ha funzionato a intermittenza almeno fino al 2007⁵⁰.

Le specificità del decentramento che caratterizza il territorio britannico si proietta, con sfaccettature di significativo interesse, anche sulla tematica dell'aborto. Tale aspetto, in particolare, dimostra quanto una questione eticamente esposta come quella relativa all'interruzione di gravidanza possa, nelle dinamiche territoriali, essere oggetto di discipline profondamente differenziate, con il risultato di far dipendere quella che, in definitiva, dovrebbe essere una scelta di libertà, di autodeterminazione e di salute della donna anche dalla residenza geografica.

Non solo: come ora si vedrà, l'evoluzione delle dinamiche devolutive britanniche, negli anni, ha modificato la disciplina dell'aborto nei diversi territori, con una tendenza che, nell'interesse delle donne, è andata a ridurre le differenziazioni. Non bisogna tuttavia tralasciare il fatto che, a prescindere dall'effettiva devoluzione della tematica, anche l'eventualità che un territorio devoluto potesse intervenire su una materia di propria competenza,

⁵⁰ Circa le dinamiche della *devolution* cfr. N. Burrows, *Devolution*, London, 2000; D.L. Bianchi, *Storia della devoluzione britannica. Dalla secessione americana ai giorni nostri*, Milano, 2005; S. Parolari, *Il regionalismo inglese: the dark side of devolution*, Padova, 2008; C. Martinelli (cur.), *La Scozia nella costituzione britannica - Storia, idee, devolution in una prospettiva comparata*, Torino, 2016; M. Dicosola, *La scrittura della (e nella) costituzione britannica. Riflessioni a margine del report della Commission on the UK's Future*, in *DPCE online*, 2024, 3, 1879.

indirettamente collegata all'inizio della vita, avrebbe potuto costituire un eventuale fattore di differenziazione nell'applicazione della disciplina⁵¹.

Venendo al dettaglio della differenziazione territoriale nella regolazione dell'aborto nel Regno Unito, a completamento di quanto già menzionato *supra*, si può rilevare che le differenziazioni più significative riguardino senz'altro la situazione nord-irlandese. In Galles, infatti, la materia è sempre stata regolata dall'*Abortion Act*; a riguardo può essere, forse, solamente interessante evidenziare che, sfruttando le competenze regolamentari, a partire dal 2018 sia stata prevista la possibilità di effettuare l'aborto farmacologico a domicilio, analogamente a quanto previsto anche in Scozia. Anche in quest'ultimo territorio, sino al 2016, si applicava la legislazione di Westminster, dal momento che l'interruzione di gravidanza era rimasta una *reserved matter*. Dopo la devoluzione della competenza nel 2016, tuttavia, non vi sono state significative modifiche della disciplina, tanto che l'*Act* continua ad essere la normativa di riferimento anche a Edimburgo⁵².

I profili maggiormente interessanti riguardano, invece, l'Irlanda del Nord, territorio nel quale l'*Abortion Act* per lungo tempo non ha trovato applicazione: la disciplina di riferimento restava l'*Offences Against the Person Act* del 1861. Di fatto, per effetto della mancata estensione di questa disciplina alla Regione, sino al 2019, l'interruzione di gravidanza era sostanzialmente vietata, con la sola esclusione delle situazioni che comportavano un grave rischio per la salute fisica o mentale della donna⁵³. Di conseguenza, la disciplina dell'aborto comportava una profonda differenza nel diritto a interrompere la gravidanza per le donne di Belfast, rispetto alle connazionali inglesi, gallesi e scozzesi, assimilandone la situazione a quella delle donne della repubblica.

Nell'isola irlandese, in altre parole, sino al 2018 (per la Repubblica) e all'anno seguente per la parte del Nord, l'aborto restava un reato. Alle donne non era, però preclusa la possibilità di viaggiare per ottenere altrove l'interruzione di gravidanza: come è noto, nella Repubblica d'Irlanda, tale facoltà – per effetto del diritto dell'Unione Europea – aveva ottenuto copertura costituzionale nei primi anni '90. Per le donne dell'Irlanda del Nord si trattava, invece di una questione di diritto meramente interno, rientrando nella mobilità sanitaria. Pur non essendo formalmente vietato ottenere una prestazione sanitaria in un territorio differente da quello di propria residenza, tale aspetto comportava la necessità per una donna nordirlandese che si recasse in Inghilterra per l'interruzione di gravidanza, di dover pagare di spesa propria i costi del trattamento sanitario, senza poter beneficiare della copertura del *National Health Service*.

⁵¹ Riportavano alcuni esempi a riguardo, ad esempio, A. Page, C. Reid, A. Ross, *A guide to the Scotland Act 1998*, Edinburgh, 1999, 113; I. Ruggiu, *Devolution scozzese quattro anni dopo: the bones... and the flesh*, in *Le Regioni*, 2003, 764.

⁵² Bloomer, F., Roberts, D., E. Campbell, *Competing framings of abortion in the Northern Ireland Assembly and Westminster: the long and winding road to abortion decriminalisation*, in 40(1) *Irish Pol. Stud.* 145 (2025); Moon, D. S., Thompson, J., S. Whiting, *Lost in the Process? The impact of devolution on abortion law in the United Kingdom*, in 21(4) *British J. Pol. & Int'l Rel.* 728 (2019).

⁵³ N. Sebbane, *Abortion in Northern Ireland: From Limbo to Law*, in *ILCEA*, 55, 2024.

La situazione di grave disparità che questa preclusione provocava fu oggetto di una controversa pronuncia della Corte Suprema del Regno Unito nel 2017. Nella sentenza *A e B v. Secretary of State for Health*⁵⁴, pronunciata con una maggioranza di 3 a 2, ai giudici fu sottoposto il ricorso di una donna nordirlandese, minorenne all'epoca dei fatti, che si era recata a Manchester per interrompere la gravidanza che lamentava di aver dovuto sostenere i costi dell'intervento (per un importo di circa 900 sterline). La donna lamentava che la mancata copertura di questa specifica tipologia di mobilità sanitaria all'interno del NHS costituisse una violazione dello *Human Rights Act*, segnatamente dei principi affermati dalla Corte di Strasburgo nella sentenza *A, B and C c. Irlanda* del 2010⁵⁵, oltre ad una carenza, da parte del Ministero della Salute e delle autorità sanitarie, nella garanzia dei servizi sanitari alle persone residenti nel Regno Unito⁵⁶. Quanto a quest'ultimo aspetto, la Corte rigetta le doglianze della ricorrente, sostenendo che la diversità nella garanzia dei diritti delle donne residenti nei territori che compongono il Regno trova la propria origine nella *devolution* britannica, per effetto della quale la garanzia di accesso gratuito ai servizi sanitari è limitata alle persone residenti nel medesimo territorio e non può estendersi alla mobilità interterritoriale.

Quanto invece alla restrittiva regolazione dell'aborto nell'Irlanda del Nord, la Corte Suprema non ravvisa una violazione della Convenzione, evidenziando come – sebbene la giurisprudenza di Strasburgo tenda a dare sempre maggior peso anche ad altri documenti internazionali in cui si raccomanda l'adozione di approcci più liberali alla regolamentazione delle interruzioni di gravidanza – la disciplina nordirlandese non possa considerarsi illegittima, poiché è espressione dell'esercizio della discrezionalità politica propria dell'Assemblea legislativa nordirlandese.

Mentre il Governo inglese, grazie all'intervento dell'allora Ministro per le pari opportunità⁵⁷, estendeva la copertura del NHS anche alle donne irlandesi che si recavano in Inghilterra ad abortire, tuttavia, il Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne rilevava una violazione di tale convenzione da parte dell'Irlanda del Nord, con riguardo alla disciplina all'aborto⁵⁸. Poco dopo, chiamata nuovamente a

⁵⁴ *R (on the application of A and B) (Appellants) v Secretary of State for Health (Respondent)* [2017] UKSC 4.

⁵⁵ Circa i contenuti e le implicazioni della sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nel caso *A, B e C c. Irlanda* del 2010, sia consentito rinviare a L. Busatta, *La sentenza A, B e C c. Irlanda: la complessa questione dell'aborto tra margine d'apprezzamento, consenso e (un possibile) monito*, nota a Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. Sentenza del 16 dicembre 2010 *A, B e C c. Irlanda*, ricorso n. 25579/05, in DPCE Online, II, 2011, 445.

⁵⁶ In commento alla sentenza della Corte Suprema cfr. S. Palmer, *Funding for abortions for Northern Ireland Women in England*, in *IACL-AIDC Blog*, 23 Agosto 2017.

⁵⁷ Il dato è riportato nelle statistiche periodiche che il Governo inglese pubblica sui dati relativi all'accesso all'aborto in Inghilterra e Galles. I dati più recenti sono stati pubblicati nel 2024, sono relativi al 2022 e sono disponibili al seguente link: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022/abortion-statistics-england-and-wales-2022>.

⁵⁸ Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Report of the inquiry concerning the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland under article 8 of the*

pronunciarsi sulla disciplina relativa all'aborto dell'Irlanda del Nord, la Corte Suprema riscontro una incompatibilità con l'articolo 8 della Cedu, relativamente al divieto di interrompere la gravidanza anche nel caso in cui essa fosse insorta a causa di stupro, incesto o per gravi anomalie fetali. La Corte, tuttavia, per ragioni processuali (l'ente ricorrente non aveva legittimazione ad agire) non poté formalizzare la *declaration of incompatibility* secondo quanto previsto dallo *Human Rights Act*⁵⁹.

Ciononostante, il livello di tensione – anche giuridica – cui lo scontro era giunto e i venti di riforma provenienti dalla vicina Repubblica (che, come si è già ricordato, con uno storico referendum rimosse il divieto costituzionale di aborto, introducendo una disciplina che regola l'interruzione di gravidanza), portarono l'assemblea nordirlandese a modificare – finalmente – una disciplina divenuta ormai costituzionalmente e giuridicamente insostenibile.

Giunti a questo punto, fu l'esecutivo centrale – a causa di una nuova sospensione dell'autonomia nordirlandese tra il 2017 e il 2020 – a prevedere che, qualora tale sospensione si fosse protratta oltre giugno 2019, gli articoli 58 e 59 dell'*Offences Against the Person Act* che vietavano l'aborto sarebbero stati abrogati e il *Secretary of State for Northern Ireland* avrebbe dovuto allineare la disciplina territoriale sull'aborto alle raccomandazioni ricevute in sede internazionale⁶⁰. Il Parlamento approvò infine l'*Abortion (Northern Ireland) Regulations 2020*, entrato in vigore il 31 marzo di quell'anno, regolando così l'accesso all'interruzione di gravidanza anche nell'ultimo territorio delle Isole Britanniche nel quale esso era restato sostanzialmente vietato. Ad oggi, l'interruzione di gravidanza è quindi possibile, di fatto, su richiesta entro la dodicesima settimana di gestazione ed è sottoposto ad alcune condizioni (quali, ad esempio, un rischio per la salute fisica o mentale della donna) e senza limiti di tempo in caso di gravi anomalie fetali, tali da comportare la morte perinatale del nascituro.

La sintetica rassegna dei passaggi che hanno condotto il territorio nordirlandese a disciplinare l'aborto, al fine di riportare l'ordinamento in una situazione di adempimento rispetto alle raccomandazioni ricevute in sede internazionale e per uniformare gli standard di garanzia di accesso ai servizi abortivi anche agli altri territori del Regno dimostra – come si è anticipato – quanto la tematica dell'aborto si innesti nelle complesse dinamiche della tenuta di un ordinamento costituzionale composito. Al di là, quindi, delle difficoltà regolatorie dovute alla specificità di una tematica fortemente divisiva sul piano etico-politico, la tensione tra autonomia, differenziazione e rispetto di standard di eguaglianza condivisi si dimostra particolarmente decisiva in questo specifico ambito. Non si può, a questo proposito, tralasciare una considerazione circa la forza travolgente che il referendum costituzionale svoltosi nella Repubblica irlandese ha esercitato per

optional protocol to the convention on the elimination of all forms of discrimination against women, Nazioni Unite, 2018. Il documento è disponibile al seguente link: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/GBR/INT_CEDAW_ITB_GBR_8637_E.pdf.

⁵⁹ In the matter of an application by the Northern Ireland Human Rights Commission for Judicial Review (NI) [2018] UKSC 27.

⁶⁰ Cfr. il [Northern Ireland \(Executive Formation etc\) Act 2019](#).

consentire il superamento di una disciplina ormai dichiaratamente incompatibile con gli standard costituzionali del Regno Unito.

6. Considerazioni conclusive: la complessa sostenibilità costituzionale della disciplina dell'aborto nel Regno Unito

L'analisi sviluppata in queste pagine ha posto in evidenza alcune caratteristiche sistemiche della disciplina dell'aborto nel Regno Unito che richiedono di essere messe tra loro in relazione, anche alla luce dell'impatto della Brexit sulla materia sanitaria.

Anzi tutto, come si è visto, la disciplina sull'interruzione di gravidanza tutt'ora in vigore in Inghilterra, Galles e Scozia, pur potendo vantare una significativa longevità nel panorama degli ordinamenti appartenenti alla *Western Legal Tradition*, dimostra di soffrire i segni del tempo e presenta alcune contraddizioni di natura strutturale che recano inevitabili problemi di sostenibilità, dal punto di vista della tutela dei diritti. La disciplina dell'*Abortion Act* – le cui fragilità si proiettano, inevitabilmente, anche sulla più recente regolazione nordirlandese – non si presenta né come una legge sanitaria né come una legge a tutela dei diritti della donna. Essa, anche in base alle sensibilità dell'epoca in cui venne concepita, è qualificabile come mera legge di depenalizzazione: essa non fa altro che indicare le condizioni in presenza delle quali il reato di aborto non è perseguibile penalmente e stabilire la procedura che consenta di considerare legittima un'interruzione di gravidanza. Essa non può essere qualificata quale legge *stricto sensu* sanitaria, poiché, nel tessuto normativo complessivamente inteso, la parte relativa all'organizzazione sanitaria, ad eventuali decisioni allocative, all'aggiornamento tecnico, nonché alla copertura da parte del National Health Service – pur comparando – appare meramente ancillare rispetto all'intento principale di prevedere le condizioni di esclusione della perseguibilità del reato⁶¹. Nessun aspetto della legge si concentra sulla relazione di cura, sul consenso informato, sulla volontà o sul profilo della decisione individuale riguardo la gravidanza.

Per questi stessi motivi, non può nemmeno dirsi che essa sia una legge a tutela dei diritti della donna, intesa quale soggetto autonomo e protagonista della decisione, dal momento che essa non è mai il soggetto attivo di una previsione normativa. Nell'articolo 1, la parola *woman* compare solo ai fini della descrizione dei criteri che escludono il reato: in base alla legge, non è punibile la persona che termina una gravidanza se (...), entro la ventiquattresima settimana, la gestazione comporta un rischio per la salute fisica o mentale della donna. Sebbene, infatti, l'intento della legge sia quello di rendere lecito l'aborto a tutela della sua salute fisica o psichica, la totale assenza di riferimenti a momenti deliberativi, espressioni di volontà e la mancata considerazione della centralità della persona coinvolta portano a considerare il testo normativo un atto di mera depenalizzazione.

⁶¹ Sono indice di tale caratteristica l'incipit dell'art. 1: «Subject to the provisions of this section, a person shall not be guilty of an offence...» e le previsioni di cui all'articolo 2, relative agli obblighi di comunicazione sugli interventi effettuati gravanti sul personale sanitario.

Si tratta di un approccio che, evidentemente, esprime da un lato lo stato di avanzamento del discorso pubblico in materia dell'epoca in cui la legge venne approvata, significativamente antecedente alla vera e propria esplosione del dibattito nella prima metà degli anni '70. Si può, inoltre, forse, avanzare l'ipotesi per cui esso rispecchi l'identità giuridica dell'ordinamento britannico, ove l'assenza di una costituzione unidocumentale e scritta rende più difficile, a livello normativo, una compiuta sistematizzazione dei diritti in gioco⁶².

Sebbene la tematica, almeno per quanto riguarda l'Inghilterra e il Galles, pare essersi salvaguardata dalla polarizzazione che, nell'arco dell'ultimo cinquantennio, ha animato e avvelenato il dibattito sugli *abortion rights*, soprattutto in Europa e Nord America, i dati circa l'accesso a queste procedure presentano una realtà meritevole di attenzione. In base alle statistiche presentate dal Governo, con i dati relativi al 2022, infatti, gli aborti in Inghilterra e Galles superano le 250mila unità, su una popolazione di circa sessanta milioni di abitanti⁶³. La quasi totalità delle interruzioni di gravidanza, in base a questi dati, è stata effettuata con metodo farmacologico, elemento, questo, che conferma, da un lato, il fatto che la pillola abortiva possa agevolare l'accesso all'aborto per le donne e che, per quanto attiene all'organizzazione sanitaria, l'aborto farmacologico grava meno sull'organizzazione. Peraltro, dopo una sperimentazione avviata con la pandemia, il completamento della procedura, con l'assunzione del secondo farmaco, avviene a domicilio, determinando un evidente alleggerimento dell'impatto organizzativo sulle strutture sanitarie.

Ciò, nell'ottica della crisi di sostenibilità che il NHS inglese sta fronteggiando ormai da diversi anni, porta a evidenziare la necessità (condivisa) di individuare strategie – basate evidentemente sulla deospedalizzazione – che puntino a garantire un più ampio accesso possibile a prestazioni sanitarie di base e potenziando, laddove possibile, l'uso di tecnologie assistive, come la telemedicina, che possano offrire supporto alle pazienti anche a domicilio.

Dal punto di vista dell'articolarsi delle dinamiche territoriali, si è visto quanto l'assetto asimmetrico devoluto britannico finisca per incidere sulla garanzia dei diritti delle persone e, in definitiva, sull'eguaglianza infraterritoriale. La complessa tematica dell'aborto, da questo punto di vista,

⁶² Si vedano, per analogia, le considerazioni sviluppate con riguardo alla disciplina del servizio sanitario inglese nel quale l'elemento centrale non è dato dalla tutela del diritto alla salute delle persone che fruiscono della sanità, poiché il perno ruota intorno alla definizione degli obblighi di garanzia delle prestazioni sanitarie in capo al Ministro della Salute. In argomento sia consentito rinviare a L. Busatta, *La salute sostenibile*, Torino, 2018, nonché Id., *The commodification of health care. Salute, mercato ed equità nel sistema sanitario inglese*, in *Biola J.*, 2019, 2, 77.

⁶³ Abortion statistics, England and Wales: 2022, disponibile al link <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022/abortion-statistics-england-and-wales-2022>. Il dato sorprende se si considera che a fronte di una sostanziale sovrapposibilità nell'ordine di grandezza della popolazione, in Italia gli aborti registrati nello stesso anno superano di poco le 60mila unità. Le relazioni del Ministero della salute sullo stato di attuazione della legge n. 194/1978 sono tutte raccolte a questo link: <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Docs/Ministero-della-Salute-Relazione-annuale-2024-sull-attuazione-della-legge-194-1978>.

ha posto in evidenza quanto – in presenza di questioni controverse come sono quelle dell’inizio della vita – la differenziazione territoriale rischi di amplificare i toni del dibattito. Se, infatti, con riguardo alla situazione dell’Inghilterra e del Galles, al netto delle criticità di una disciplina normativa ormai forse superata, non si può rilevare un significativo contenzioso a livello istituzionale, la percezione muta radicalmente se si osserva quanto avvenuto nell’Irlanda del Nord. Qui, in aggiunta alle considerazioni già esposte, si può osservare quanto la differenziazione soggettiva interterritoriale nella garanzia dei diritti abbia contribuito ad evidenziare una serie di problematiche e di contraddizioni che hanno chiamato in causa anche il livello di adempimento dell’ordinamento alle obbligazioni assunte a livello internazionale.

La peculiarità dell’isola irlandese, separata da un confine statale che, oggi, corrisponde anche al confine del territorio dell’Unione Europea, amplifica ulteriormente le implicazioni della questione, proprio in relazione alla garanzia delle libertà fondamentali derivanti dall’adesione all’Unione Europea. Nel corso dei decenni, infatti, il diritto europeo ha progressivamente esercitato una certa influenza sul divieto di aborto stabilito nella Repubblica di Irlanda, consentendo alle donne di recarsi in un altro Stato membro per interrompere la gravidanza e determinando l’obbligo, per l’Inghilterra, di garantire le prestazioni abortive anche alle donne irlandesi (e quindi straniere presenti sul territorio). Ciò non solo ha portato a maturare dinamiche di garanzia dei diritti sanitari transfrontalieri all’interno dell’Unione europea, con significativi riflessi sulle posizioni giuridiche di tutti di cittadini europei, ma sul piano del diritto interno, ha contribuito alla costruzione progressiva di uno standard comune di tutela dei diritti che, per quanto riguarda i quattro territori che compongono il Regno Unito, potremmo dirci che è sì è compiuto nel 2020, con la riforma della disciplina sull’aborto nell’Irlanda del Nord e che, si auspica in un futuro non troppo lontano, possa condurre ad un adeguamento complessivo della regolazione della materia⁶⁴.

Marianna Bergamaschi

Dipartimento di Biologia Cellulare, Computazionale e Integrata - CIBIO

Università di Trento

marianna.bergamaschi@unitn.it

Lucia Busatta

Dipartimento di Biologia Cellulare, Computazionale e Integrata - CIBIO

Università di Trento

lucia.busatta@unitn.it

⁶⁴ Come largamente condiviso anche in dottrina: S. Sheldon, J. Lord, *Guest editorial: Care not criminalisation: Reform of British abortion law is long overdue*, cit.

