

## **Reclamo collettivo n. 87/2012 *International Planned Parenthood Federation-European Network (IPPF-EN)* vs Italia**

Il reclamo collettivo n. 87/2012, registrato il 9 agosto 2012, è stato sollevato in relazione all'articolo 11 (diritto alla salute), letto da solo o congiuntamente all'articolo E (non discriminazione) della Carta Sociale Europea riveduta, per la mancata garanzia dell'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) da parte delle donne interessate a causa dell'elevato numero di medici, infermieri e paramedici obiettori di coscienza.

### **Risposta**

Si ribadisce che in Italia l'obiezione di coscienza sull'interruzione volontaria di gravidanza è regolamentata dall'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n.194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) e dall'articolo 43 del codice deontologico della professione medica.

Si sottolinea che, secondo quanto indicato nell'articolo 9 sopracitato *“L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8 (modalità con cui eseguire l'aborto). La Regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale”*.

Infine, *“l'obiezione di coscienza non può essere invocata quando, data la particolarità delle circostanze, l'intervento del personale sanitario è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. E si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente”*.

Secondo quanto stabilito dalla sentenza 2 aprile 2013, n. 14979 della Sesta Sezione Penale della Corte di Cassazione il medico obiettore di coscienza è tenuto ad assistere la paziente nelle fasi precedenti e successive al parto. L'obiettore non può omettere di prestare l'assistenza prima ovvero successivamente ai fatti causativi dell'aborto, in quanto deve comunque assicurare la tutela della salute e della vita della donna, anche nel corso dell'intervento di interruzione della gravidanza.

Quanto al Codice deontologico dei medici, l'articolo 43 sull'interruzione volontaria di gravidanza stabilisce che *“l'obiezione di coscienza del medico si esprime nell'ambito e nei limiti della legge vigente e non lo esime dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna”*.

Pertanto, la legge tutela il diritto di obiezione entro lo stretto limite delle attività mediche dirette alla interruzione della gravidanza, esaurite le quali il medico obiettore non può opporre alcun rifiuto dal prestare assistenza alla donna.

Dal 1980 è attivo il **Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza**, che vede impegnati il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), le Regioni e le due Province Autonome e le strutture della rete di assistenza ospedaliera e territoriale. Il fenomeno IVG è quindi monitorato attraverso sistemi ormai consolidati nel tempo. In tutti questi anni, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e le relative analisi per la Relazione annuale del Ministro al Parlamento, dare risposte a quesiti specifici ed indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno

consentito l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute e per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti.

Il Sistema sopracitato è stato individuato tra i sistemi di rilevanza nazionale e regionale, previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017 recante "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie". L'ISS è l'ente di livello nazionale presso il quale il Sistema è istituito, mentre le Regioni devono avere dei centri di riferimento regionali in raccordo con l'ISS.

Annualmente il Ministro della salute presenta al Parlamento una Relazione, ai sensi dell'articolo 16 della legge 194/78. L'ultima Relazione del Ministro, relativa ai dati definitivi 2017, è stata trasmessa al Parlamento in data 31 dicembre 2018. All'interno della Relazione è presente uno specifico capitolo dedicato all'obiezione di coscienza e all'attività dei consultori familiari per l'IVG, sulla base delle informazioni fornite dalle Regioni a livello di ogni singola struttura.

Inoltre, per individuare eventuali criticità e monitorare la piena applicazione della Legge 194/1978, il Ministro della salute *pro tempore*, ha attivato dal 2013 un "Tavolo tecnico" permanente a cui sono stati invitati i referenti degli Assessorati regionali, allo scopo di avviare non solo un monitoraggio riguardante le singole strutture ospedaliere ma anche i consultori familiari. Al fine di verificare l'adeguata applicazione della legge a livello locale e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere dal quadro complessivo di livello regionale sono stati individuati alcuni indicatori di monitoraggio, con i rappresentanti di tutte le Regioni.

I Consultori Familiari (CF), istituiti con la Legge 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari) sono le strutture di riferimento fondamentale per le donne che desiderino ricorrere all'IVG.

I CF rappresentano un efficace sistema di riferimento per le donne in quanto costituiscono una rete di servizi gestiti ed organizzati dalle Regioni italiane in modo capillare su tutto il territorio, attraverso le Aziende sanitarie locali alle quali compete l'organizzazione finanziaria e gestionale. Attraverso l'integrazione di attività socio-sanitarie di base, i consultori si connotano come servizi fortemente orientati ad attività di prevenzione e di promozione della salute.

L'articolo 2 della Legge 194/1978 prevede infatti che: *"I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza: a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio; b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante; c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a); d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.*

Inoltre l'articolo 4 della legge stessa dispone che: *" Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.*

*Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie".*

Nel quadro delle iniziative volte alla rivalutazione del ruolo fondamentale dei Consultori familiari, nel 2018 è stato avviato dal Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS e nell'ambito del programma del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), uno specifico progetto che ha il compito di aggiornare la mappatura delle sedi e dell'attività svolta da questi importanti nodi della rete di assistenza sanitaria.

Si evidenzia, altresì, che il DPCM 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, ha disposto, all'articolo 59 (Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità), che siano *escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche.*

Ciò premesso, vengono di seguito riportati alcuni dati, tratti dall'ultima Relazione annuale IVG che possono essere di supporto alle valutazioni inerenti il ricorso in oggetto.

Anche per l'anno 2017, si rileva la diminuzione del ricorso all'IVG delle donne in tutte le classi di età, (80.733 casi di IVG registrati dal Sistema di Sorveglianza nel 2017, in calo di circa il 5% rispetto al 2016). Il costante decremento del ricorso all'IVG in Italia è senz'altro un segnale positivo dell'aumentata circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

Sulla riduzione delle IVG molto probabilmente ha inciso anche l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza, Levonorgestrel (Norlevo) - pillola del giorno dopo e Ulipistral acetato (ellaOne) - pillola dei 5 giorni dopo, che non hanno più l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni. Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG fra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni cominciano a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30.3% di tutte le IVG nel 2017.

La **valutazione dei tempi di attesa tra il rilascio della certificazione da parte del personale sanitario preposto e l'effettuazione dell'intervento** (possibile indicatore di efficienza dei servizi) evidenzia che la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio dei documenti è leggermente aumentata: è il 68.8% nel 2017 mentre era il 66.3% nel 2016, il 65.3% nel 2015 e il 59.6% nel 2011. È diminuita inoltre la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 10.9% nel 2017 rispetto a 12.4% nel 2016, 13.2% nel 2015 e 2014 e al 15.7% nel 2011.

Per monitorare la piena applicazione della Legge 194/78, in relazione all'obiezione di coscienza esercitata secondo quanto stabilito dall'articolo 9 della legge stessa, sono stati stimati tre parametri relativi all'offerta del servizio IVG, sia in termini di strutture presenti nel territorio - in numero assoluto e in rapporto alla popolazione femminile in età fertile - che rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato, considerando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore.

### **Parametro 1 : Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili**

A livello nazionale, nel 2017, il numero totale delle strutture ospedaliere con reparto di ostetricia e ginecologia, risulta pari a 591, mentre il numero delle strutture che effettuano le IVG risulta pari a 381, cioè il 64.5% del totale. Si è verificato un lieve aumento percentuale delle strutture disponibili. I dati confermano quanto rilevato negli anni precedenti, e cioè che solo in due Regioni (P.A. Bolzano e Campania), le strutture ospedaliere che effettuano le IVG rappresentano meno del 30% delle strutture ospedaliere dotate di reparti di ostetricia/ginecologia.

### **Parametro 2: Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita**

Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita. Delle 591 strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, censite a livello nazionale nel 2017, 434 sono punti nascita pubblici o privati accreditati, pari al 73.4% del totale (come nel 2016). Si accentua, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 17.6% rispetto al numero delle nascite, il numero di punti IVG è pari all'87.8% di quello dei punti nascita. Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, **la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate**, tanto più nel confronto con i punti nascita.

Si evidenzia inoltre un ulteriore miglioramento della copertura del servizio, rispetto all'analisi contenuta nel precedente rapporto "semplificato" sul reclamo in oggetto riferito ai dati delle IVG dell'anno 2014.

Anche per il 2017 è stata effettuata la **rilevazione dei dati di attività dei consultori familiari** per l'IVG, e sono stati raccolti i dati per l'85% dei consultori. E' stato richiesto, come gli anni precedenti, il numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute). Come negli anni passati emerge un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (48'769 colloqui vs 34'800 certificati rilasciati), ciò potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna *"a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza"* (articolo 5 della L.194/78).

In conclusione i decrementi osservati nei tassi di abortività e nella percentuale di aborti ripetuti, sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti, anche nella popolazione immigrata. Il Governo italiano intende rafforzare e potenziare questi servizi di prossimità per sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della scelta, aiutarla nel percorso IVG ed a evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

L'alta percentuale di donne che effettua l'intervento ad epoca gestazionale  $\leq 10$  settimane (82% dei casi di IVG), unita all'incidenza molto bassa di complicanze (5,6 complicanze per 1.000 IVG), stanno a indicare che l'IVG, ad oggi, non ha costituito un pericolo per la salute della donna.

Il livello di obiezione di coscienza presente in Italia, bilanciato in parte dalla mobilità del personale e da contratti in convenzione con specialisti in ostetricia e ginecologia e dall'introduzione anche in Italia dell'aborto farmacologico, la politica di sostegno e prevenzione alle donne attraverso i consultori, le normative in materia di IVG costituiscono elementi utili alla tutela della salute ed alla garanzia dei diritti delle donne in materia di interruzione volontaria di gravidanza.