

Aborto farmacologico e obiezione di coscienza

M. GIAMMARIA, A. SANTURRO, A. REVERUZZI, E. MARINELLI, S. ZAAMI

MEDICAL ABORTION AND CONSCIENTIOUS OBJECTION

Medical abortion consists in interrupting pregnancy using specific drugs. It's an important alternative to the surgical abortion, the only one used in Italy until a few years ago, that involves performing surgical evacuation of the contents of the uterus under general anesthesia, usually after the seventh week of pregnancy. Although there are several drugs suitable for the purpose, used alone or in combination, the gold standard of medical abortion involves the administration of mifepristone (RU486) followed by a prostaglandin, usually misoprostol. The introduction of RU486 has recently opened new scenarios, especially about conscientious objection of health workers: in fact, the use of medical methods of abortion, such as combination regimens of mifepristone and misoprostol, requires the back-up of vacuum aspiration, in case of failed or incomplete abortion, because these drugs are not directly fetocidal. Some health professionals, according to conscientious objection, refuse to assist in such procedures. The paper analyzes, therefore, legal and ethical aspects of the protocol RU486, also in the light of a recent Italian sentence (Corte di Cassazione, sez. VI penale 02.04.2013 n. 14979), confirming a conviction for omission of official acts, against a doctor who had refused to lend assistance to a patient hospitalized for medical abortion.

KEY WORDS: Abortion, induced - Mifepristone - Jurisprudence.

Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico Legali e dell'Apparato Locomotore Sapienza, Università di Roma, Roma, Italia

L'interruzione di gravidanza (IVG) è stata resa legale in Italia dalla Legge n. 194 del 22 maggio 1978 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza"¹.

Fino a pochi anni fa l'unico metodo abortivo utilizzato era quello chirurgico, che prevede di eseguire lo svuotamento dell'utero in anestesia generale mediante dilatazione strumentale del collo dell'utero con isterosuzione e/o raschiamento e di norma viene eseguito dopo la VII settimana.

A partire dagli anni '70 sono stati introdotti ai fini dell'IVG anche metodi farmacologici, in relazione ai quali si parla di aborto medico. I primi farmaci utilizzati sono state le prostaglandine (gemeprost e misoprostolo) e, dagli anni '80, gli antagonisti del progesterone (come il mifepristone) e gli antagonisti dell'acido folico (methotrexate). Questi farmaci possono essere usati da soli o in associazione.

Francia e Cina sono stati i primi Paesi ad approvare, nel 1988, l'impiego del mifepristone in combinazione con un analogo delle prostaglandine per indurre l'aborto farmacologico entro i primi 49 giorni di ge-

Autore di contatto: S. Zaami, Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico Legali e dell'Apparato Locomotore, Sapienza, Università di Roma, Viale Regina Elena 336, Roma. E-mail: simona.zaami@uniroma1.it

¹ Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 22 maggio 1978, n.140.

stazione; nel 1991 la United Kingdom Licensing Authority ne ha autorizzato l'uso in Gran Bretagna; nel 1992 è iniziata la distribuzione in Svezia. Nel 1999 l'European Drug Agency ha approvato l'uso del mifepristone in Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Spagna e Olanda.

Il 28 settembre 2000 la Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha autorizzato l'utilizzo del mifepristone in associazione con il misoprostolo negli Stati Uniti (anche se i singoli Stati hanno successivamente posto diverse limitazioni all'accesso a tali farmaci, per es. il divieto di prescrizione per via telematica)¹. La stessa approvazione è avvenuta in seguito in Israele, Russia e Svizzera². Nel 2012, 59 Paesi in tutto il mondo hanno approvato l'uso del mifepristone in combinazione con un analogo della prostaglandina (misoprostolo) per l'aborto farmacologico fino alla IX settimana di gestazione³.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*) in una pubblicazione del 2003, aggiornata nel 2012, indica il mifepristone (conosciuto come RU486) come uno dei farmaci di elezione per effettuare una IVG nelle prime 9 settimane di gestazione⁴. Inoltre tale farmaco, unitamente al misoprostolo, dal marzo 2005 rientra nella "*Model List of Essential Medicines*" della WHO, lista che include tutti i farmaci selezionati sulla base della loro efficacia, sicurezza ed economicità, atti a salvaguardare la salute delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo (Paesi in cui l'aborto è legale)⁵.

L'IVG con metodo farmacologico, quindi, è una procedura che si basa sull'assunzione di almeno due principi attivi diversi, il mifepristone e una prostaglandina, a distanza generalmente di 48 ore l'uno dall'altro.

L'aborto medico è considerato dall'OMS un metodo idoneo e sicuro per interrompere le gravidanze fino alla IX settimana (<63 giorni di amenorrea); dopo la IX settimana aumentano l'incidenza di aborti incompleti, gli effetti collaterali e le complicazioni³.

Le linee guida del *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* lo indicano invece come il metodo di elezione per gli aborti fino alla VII settimana (<49 giorni),

come un metodo appropriato per gli aborti tra la VII e la IX settimana (<63 giorni) e non escludono di poterlo proporre fino alla XXIV settimana⁶. L'efficacia diminuisce comunque con l'epoca gestazionale, essendo massima nelle gravidanze <49 giorni.

Con l'aborto farmacologico viene provocato un aborto simile a quello spontaneo e in circa il 95% dei casi non è necessario nessun ulteriore trattamento chirurgico⁷. Considerata la sua sicurezza⁸ in alcuni paesi esso viene praticato anche da personale non medico (ostetrici ed infermieri), senza necessità di ricovero, o addirittura autonomamente a casa dalla donna stessa che richiede l'interruzione di gravidanza⁹⁻¹¹. La disponibilità di questo metodo ha ridotto in parte la dipendenza delle donne dai servizi sanitari pubblici, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, dove non sempre riescono ad accedere alle procedure chirurgiche o dove il divieto di praticare l'aborto le espone a gravi rischi per la salute¹².

Dal luglio 2009 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha autorizzato la commercializzazione del mifepristone e questo farmaco è regolarmente in vendita in Italia dal dicembre 2009 (Mifegyne®)¹³.

Vengono di seguito analizzati gli aspetti legali e deontologici del protocollo RU486, anche alla luce della recente giurisprudenza di legittimità (Corte di Cassazione, sez. VI penale 02.04.2013 n. 14979).

La procedura in Italia

In Italia, come noto, l'accesso al servizio ambulatoriale della unità preposta alla gestione delle interruzioni volontarie di gravidanza avviene con le seguenti modalità:

- 1) con una certificazione rilasciata dalle strutture territoriali (consultori);
- 2) con una certificazione rilasciata dal medico di fiducia;
- 3) per accesso diretto.

In particolare, nei casi in cui la donna si presenta direttamente in ospedale, al primo accesso ambulatoriale presso la suddetta struttura, il medico provvede anche al colloquio previsto dalla legge, fornendo tutte

le informazioni necessarie riguardanti le procedure previste (chirurgica e farmacologica), comprese quelle relative ai possibili effetti collaterali; viene quindi raccolto il consenso informato della paziente e redatto il certificato ai sensi della Legge n. 194/78 ⁱⁱ.

Al momento della visita ambulatoriale presso l'ospedale in cui sarà effettuata la procedura, il medico del servizio verifica che sussistano tutte le condizioni previste dalla Legge n. 194/78 e che il caso risponda a tutti i requisiti richiesti per l'inserimento della donna nel protocollo di induzione medica di aborto, eseguendo a completamento anche una ecografia pelvica transvaginale per confermare e datare la gravidanza. Se la paziente viene inserita nel protocollo di induzione medica sono raccolti il relativo consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili.

Il ricovero della paziente per la somministrazione della RU486 viene programmato in osservanza ai tempi previsti dalla Legge n. 194/78 in rapporto all'organizzazione del servizio e comporta l'apertura di una cartella clinica di ricovero ordinario.

Secondo quanto stabilito dall'AIFA i farmaci usati per l'interruzione di gravidanza sono impiegabili entro il 49° giorno dall'inizio dell'ultima mestruazione (VII settimana) ed è previsto che sia garantito il ricovero in ospedale fino a che l'aborto non sia completato. Nella maggioranza dei casi sono necessari 3 giorni per l'assunzione dei farmaci e il completamento dell'aborto.

ⁱⁱ Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, secondo quanto riportato all'art.12 della L.194/78, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia "quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia... rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare... Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza".
In Francia, invece, la Legge 2001-588 ("legge Aubry") autorizza le minorenni all'interruzione di gravidanza entro la 14ª settimana senza il coinvolgimento dei genitori, ma con il "supporto" di un adulto scelto dalla ragazza; in ogni caso, se la donna ha meno di 18 anni, la legge richiede un colloquio con un assistente sociale prima della procedura, suggerendo la necessità di un secondo colloquio dopo che si sia stato praticato l'aborto [14].

Esempi di protocollo per aborto farmacologico in Italia (in regime ospedaliero):

ASL2 Liguria

Giorno 1

- Visita, colloquio.
- Apertura cartella clinica di ricovero ordinario e della scheda clinica individuale.
- Ecografia transvaginale di primo livello qualora non già eseguita.
- Verifica della sottoscrizione del consenso informato.
- Controllo della comprensione da parte della paziente delle note informative già consegnate.
- Esame emocromocitometrico, determinazione emogruppo e test di Coombs indiretto.
- Assunzione di 600 mg di mifepristone (Myfegine®) per os.

Giorno 2

- Controllo clinico della paziente.

Giorno 3

- Assunzione di 400 µg per os di misoprostol (Misodex® o Cytotec®).
- Seconda assunzione di misoprostol (400 µg) dopo tre ore qualora non si sia già verificata l'espulsione del materiale abortivo.
- Periodo di osservazione fino all'espulsione del materiale abortivo.
- Dimissione dopo un altro periodo di attesa di almeno un'ora.
- Immunoprofilassi anti-D per le donne con emogruppo Rh (D) negativo.
- Prosecuzione del ricovero in caso di mancata risposta al trattamento e/o di complicanze.
- Consegna del questionario domiciliare per la donna.
- Trascorse 24 ore dalla somministrazione del Misoprostol, nel caso di ragionevole certezza che il trattamento non abbia avuto successo e/o la paziente decida di

interromperlo, come previsto dal consenso informato, verrà effettuata una valutazione clinica su come proseguire, nel rispetto del protocollo, con le seguenti previsioni: 1) l'esecuzione immediata dell'aborto chirurgico, dopo l'esecuzione dei test clinici e di laboratorio richiesti dagli anestesisti o comunque nei tempi più brevi possibili, senza dimissione; 2) la prosecuzione con farmaci attualmente disponibili e registrati in Italia per questa indicazione (gemeprost, sulprostone, metilergometrina maleato), sempre in regime di ricovero; 3) l'eventuale dimissione nel caso la paziente decida di proseguire la gravidanza, essendo a conoscenza dei rischi fetali connessi. Alle pazienti verrà richiesto di sottoscrivere un nuovo consenso informato per il trattamento scelto¹⁵.

Giorno 14 circa – day service

- Visita di controllo.
- Prelievo per l'emocromo.
- Ecografia transvaginale di primo livello.
- Eventuale revisione della cavità uterina.
- Completamento cartella clinica (schede e questionari).

Ospedale San Camillo-Forlanini Di Roma [16]:

1° giorno di ricovero (dopo i 7 gg dalla certificazione previsti dalla legge)

- Apertura della cartella clinica di ricovero ordinario;
- Controllo degli esami ematochimici eseguiti in precedenza (Emocromo, Gruppo sanguigno, Fattore RH);
- Verifica consenso informato;
- Validazione ginecologica;
- Colloquio psicologico, ove disponibile;
- Ecografia trans vaginale ove ritenuta necessaria;
- Eventuale profilassi antibiotica;

- Somministrazione di 600 mg di Mifepristone (Mifegyne) per os (dopo alcune ore dalla somministrazione nel 5% delle pazienti può già avvenire l'interruzione della gravidanza);

2° giorno di ricovero

- Controllo clinico

3° giorno di ricovero

- Somministrazione per os di Misoprostolo 400 microgrammi (Citotec)
- Seconda somministrazione di 400 microgrammi di Misoprostolo dopo 3 ore in caso di mancata risposta.
- Verifica conclusione evento abortivo e controllo ecografico TV.
- Controllo clinico perdite ematiche o dimissioni dopo almeno 3 ore di osservazione.
- Immunoprofilassi anti D (in caso di RH negativo).
- Dimissione

Post dimissione

- Dopo 14 giorni della dimissione la paziente dovrà effettuare in regime ambulatoriale:
- Valutazione ginecologica;
 - Ecografia trans vaginale;
 - Eventuale revisione della cavità uterina;
 - Consulenza per contraccezione¹⁶.

I DATI NAZIONALI

I dati sull'applicazione della Legge n. 194/78 sono pubblici ed accessibili grazie alle relazioni che il Ministero della Salute presenta annualmente in Parlamento. La raccolta dati coinvolge l'ISTAT, le regioni, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero stesso, con modalità descritte nel testo delle relazioni, disponibili anche nel sito internet del Ministero della Salute.

Secondo questi dati, dal 2005 al 2012 l'utilizzo di mifepristone+prostaglandine per l'IVG è aumentato in maniera costante,

TABELLA I. — *Dati del Ministero della Salute*¹⁷.

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	7432	7855
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20	20

REGIONE	RASCHIAMENTO		ISTEROSUZIONE		KARMAN		RU486		FARMACOLOGICO		ALTRO		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	5805	11.4	12004	23.6	27371	53.7	4582	9.0	451	0.9	740	1.5	140	0.3	51093
Piemonte	879	9.5	3208	34.7	3457	37.4	1273	13.8	303	3.3	135	1.5	12	0.1	9267
Valle d'Aosta	44	16.9	110	42.1	35	13.4	65	24.9	4	1.5	3	11	0	0.0	261
Lombardia	2560	14.1	4280	23.5	10914	60.0	363	2.0	0	0.0	72	0.4	75	0.4	18264
Bolzano	27	4.6	546	93.2	0	0.0	8	1.4	0	0.0	5	0.9	0	0.0	586
Trento	79	8.6	44	4.8	717	78.3	32	3.5	11	1.2	33	3.6	0	0.0	916
Veneto	887	13.9	1487	23.4	3403	53.5	332	5.2	29	0.5	223	3.5	33	0.5	6394
Friuli Venezia Giulia	472	25.7	193	10.5	1025	55.9	64	3.5	18	1.0	63	3.4	19	1.0	1854
Liguria	404	12.1	417	12.5	1708	51.2	728	21.8	57	1.7	22	0.7	1	0.0	3337
Emilia Romagna	453	4.4	1719	16.8	6112	59.8	1717	16.8	29	0.3	184	1.8	0	0.0	10214
ITALIA CENTRALE (1)	619	5.3	3043	26.3	6966	60.2	716	6.2	47	0.4	182	1.6	22	0.2	11595
Toscana	461	6.2	1832	24.5	4315	57.7	698	9.3	4	0.1	166	2.2	3	0.0	7479
Umbria	7	0.4	901	50.4	839	47.0	18	1.0	15	0.8	6	0.3	17	0.9	1803
Marche	151	6.5	310	13.4	1812	78.4	0	0.0	28	1.2	10	0.4	2	0.1	2313
Lazio	1393	11.6	10199	85.2	352	2.9	28	0.2	0	0.0	107	0.9	0.9	12079	
ITALIA MERIDIONALE	2651	10.4	3053	12.0	18050	70.8	1509	5.9	88	0.3	137	0.5	958	3.6	26446
Abruzzo	721	30.6	223	9.5	1372	58.3	33	1.4	4	0.0	2	0.1	126	5.1	2481
Molise	2	0.4	381	83.4	0	0.0	66	14.4	8	1.8	0	0.0	0	0.0	457
Campania	349	3.5	190	1.9	8858	87.6	640	6.3	70	0.7	0	0.0	485	4.6	10592
Puglia	263	2.9	1717	18.9	6358	69.9	673	7.4	0	0.0	80	0.9	318	3.4	9409
Basilicata	6	1.0	16	2.8	504	87.2	42	7.3	4	0.7	6	1.0	3	0.5	581
Calabria	1310	45.2	526	18.1	958	33.0	55	1.9	2	0.1	49	1.7	26	0.9	2926
ITALIA INSULARE	2036	21.9	1148	12.3	5650	60.7	273	2.9	42	0.5	156	1.7	897	8.8	10202
Sicilia	1112	15.0	1097	14.8	4862	65.8	175	2.4	16	0.2	132	1.8	518	6.5	7912
Sardegna	924	48.4	51	2.7	788	41.2	98	5.1	26	1.4	24	1.3	379	16.6	2290
ITALIA (1)	11111	11.4	19248	19.8	58037	59.6	7080	7.3	628	0.6	1215	1.2	2017	2.0	99336

* calcolata sulla somma delle prime cinque colonne
 ** calcolata sul totale
 (1) esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

Figura 1. — IVG e tipo di intervento – 2011, dati del Ministero della Salute¹⁸.

così come il numero di regioni in cui è stato approvato questo metodo (Tabella I).

In particolare, gli ultimi dati disponibili relativi al 2011¹⁸ rilevavano 7.432 IVG col metodo RU486 (Figura 1).

Mentre i dati del 2012, riferiti dalle Regioni o dedotti dal file Istat relativo ai modelli D12, mostrano un valore leggermente superiore rispetto al 2011 (Figura 2): 7855 casi (pari all'8.5% di tutte le IVG)¹⁹.

Nell'analisi relativa al 2010-11¹⁷, non si sono evidenziate grandi differenze in merito alle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ne hanno fatto ricorso, anche se in generale sono meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadi-

nanza italiana e nubili rispetto a tutte le altre che hanno abortito nello stesso periodo (Figura 3).

Il problema dell'obiezione di coscienza

I dati relativi all'obiezione di coscienza (prevista dalla stessa Legge n. 194/78) non sono inseriti nei modelli D12 Istat (che si riferiscono alle donne che effettuano le IVG), ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza alle Regioni. La richiesta si riferisce a tutto il personale operante negli istituti di cura con Reparto di Ostetricia e Ginecologia o solo Ginecologia.

REGIONE	RASCHIAMENTO		ISTEROSUZIONE		KARMAN		RU486 (2)		FARMACOLOGICO		ALTRO		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	5608	11.6	12062	24.9	24479	50.6	5073	10.5	620	1.3	525	1.1	101	0.2	48468
Piemonte	786	8.9	3020	34.2	3109	35.2	1675	19.0	186	1.1	52	0.6	20	0.2	8848
Valle d'Aosta	57	23.2	116	47.2	8	3.3	59	24.0	5	2.0	1	0.4	0	0.0	246
Lombardia	2387	14.0	4342	25.4	9911	58.0	203	1.2	250	1.5	0	0.0	40	0.2	17133
Bolzano	20	3.8	489	93.5	0	0.0	8	1.5	0	0.0	6	1.1	0	0.0	523
Trento	54	6.2	32	3.7	730	83.5	41	4.7	2	0.2	15	1.7	0	0.0	874
Veneto	897	14.7	1489	24.4	3066	50.2	426	7.0	68	1.1	166	2.7	15	0.2	6127
Friuli Venezia Giulia	525	28.9	235	12.9	905	49.9	69	3.8	32	1.8	49	2.7	13	0.7	1828
Liguria	297	9.4	402	12.7	1579	49.8	798	25.2	77	2.4	18	0.6	13	0.4	3184
Emilia Romagna	585	6.0	1937	20.0	5171	53.3	1794	18.5	0	0.0	218	2.2	0	0.0	9705
ITALIA CENTRALE (1)	467	4.2	2550	23.1	6957	63.1	773	7.0	132	1.2	140	1.3	38	0.3	11057
Toscana	291	4.1	1524	21.4	4359	61.2	750	10.5	69	1.0	128	1.8	0	0.0	7121
Umbria	32	1.9	834	48.5	792	46.1	23	1.3	33	1.9	5	0.3	28	1.6	1747
Marche	144	6.6	192	8.8	1806	82.9	0	0.0	30	1.4	7	0.3	10	0.5	2189
Lazio	903	7.6	← 9647	81.7	→		624	5.2	609	5.2	30	0.3	42	0.4	11855
ITALIA MERIDIONALE	2589	11.1	2649	11.3	16267	69.5	1494	6.4	181	0.8	211	0.9	2358	9.2	25749
Abruzzo	651	37.0	119	6.8	941	53.4	21	1.2	17	1.0	12	0.7	638	26.6	2399
Molise	2	0.4	400	86.8	1	0.2	46	10.0	12	2.6	0	0.0	0	0.0	461
Campania	157	1.7	233	2.6	8231	91.5	330	3.7	11	0.1	31	0.3	1448	13.9	10441
Puglia	610	7.0	1325	15.1	5647	64.4	948	10.8	122	1.4	113	1.3	245	2.7	9010
Basilicata	7	1.2	14	2.3	519	85.9	57	9.4	1	0.2	6	1.0	6	1.0	610
Calabria	1162	41.4	558	19.9	928	33.1	92	3.3	18	0.6	49	1.7	21	0.7	2828
ITALIA INSULARE	2147	22.4	838	8.7	5880	61.3	515	5.4	73	0.8	138	1.4	472	4.7	10063
Sicilia	917	12.3	782	10.5	5237	70.2	344	4.6	63	0.8	117	1.6	372	4.7	7832
Sardegna	1230	57.7	56	2.6	643	30.2	171	8.0	10	0.5	21	1.0	100	4.5	2231
ITALIA (1)	10811	11.7	18099	19.6	53583	58.0	7855	8.5	1006	1.1	1014	1.1	2969	3.1	95337

* calcolata sulla somma delle prime cinque colonne
** calcolata sul totale
(1) esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati
(2) IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione

Figura 2. — IVG e tipo di intervento – 2012, dati del Ministero della Salute ¹⁹.

Nel 2013 è stato inoltre attivato presso il Ministero della Salute un “Tavolo tecnico” cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Assessori regionali e l’Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di avviare uno specifico monitoraggio sulla piena applicazione della Legge n. 194/78 su tutto il territorio nazionale, avviando una rilevazione *ad hoc* sulle attività di IVG e sul relativo esercizio del diritto dell’obiezione di coscienza dei soli ginecologi, a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, e individuare eventuali elementi critici ¹⁹.

Dopo un aumento negli ultimi anni, dai dati relativi al 2012 si evince una stabilizzazione della percentuale degli obiettori di coscienza che, specie fra i ginecologi, mantiene comunque livelli elevati: si è passati dal 58,7% di ginecologi obiettori del 2005, al 69,6% nel 2012. Tra gli anestesisti la situazione è più stabile, con una variazione dal 45,7% nel 2005 al 47,5% nel 2011-12. Per il personale non medi-

co si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38,6% nel 2005 al 45% nel 2012. Inoltre, si osservano notevoli variazioni tra regioni: per esempio, percentuali superiori all’80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al centro-sud (90,3% in Molise, 89,4% in Basilicata, 84,5% in Sicilia, 81,8% in Campania, 81,5% in Abruzzo), ma anche 87,3% nella Provincia autonoma di Bolzano e 81,9% nel Lazio.

Fin dai primi anni di attuazione della Legge 194 il personale sanitario ha esercitato in percentuali elevate il diritto all’obiezione di coscienza, come mostra la tabella che confronta i dati relativi ai ginecologi negli anni 1983, 1992, 2001, 2011, divisi per regione (Tabella II) ¹⁸.

L’obiezione di coscienza nella L.194/78

La Legge n. 194/78 all’articolo 9 prevede: “*Il personale sanitario ed esercente le*

REGIONE	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	≥45	Non nota	TOTALE
Piemonte	3	108	317	440	438	448	228	17	1	2000
Valle d'Aosta	0	5	18	21	22	25	14	1	0	106
Lombardia	0	28	101	137	150	135	61	2	0	614
Bolzano	0	0	2	1	5	5	3	0	0	16
Trento	0	3	15	7	12	10	8	0	0	55
Veneto	2	27	79	84	105	84	44	9	0	434
Friuli Venezia Giulia	0	9	17	22	20	20	11	0	1	100
Liguria	4	55	151	209	229	260	111	11	0	1030
Emilia Romagna	5	158	511	635	762	669	290	25	0	3055
Toscana	0	64	167	206	229	257	136	17	38	1114
Umbria	0	1	2	6	4	8	3	0	0	24
Marche	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Lazio	3	21	67	60	75	82	39	7	7	361
Abruzzo	0	1	9	9	6	7	1	0	0	33
Molise	0	6	22	22	22	18	25	5	1	121
Campania	2	46	152	193	191	146	90	7	10	837
Puglia	5	77	158	181	204	154	83	7	2	871
Basilicata	0	10	5	19	15	15	13	1	0	78
Calabria	0	1	9	15	10	10	8	2	0	55
Sicilia	0	18	44	47	56	47	19	1	0	232
Sardegna	0	6	18	19	19	16	12	0	8	98
ITALIA	24	644	1866	2333	2574	2416	1199	112	68	11236

Figura 3. — IVG farmacologica per età della donna, 2010-11¹⁷.

TABELLA II. — *Dati del Ministero della Salute*¹⁸.

REGIONE	1983	1992	2001	2011
Piemonte	NR	NR	62,3	65,7
Valle d'Aosta	44,4	20,0	16,7	15,4
Lombardia	59,3	64,9	62,3	63,6
Bolzano	78,3	81,8	80,0	81,8
Trento	59,3	58,1	46,7	58,3
Veneto	66,4	74,9	80,2	77,9
Friuli Ven. Giulia	55,4	55,2	65,9	59,1
Liguria	63,9	62,5	51,5	65,4
Emilia Romagna	36,6	41,9	35,7	51,9
Toscana	51,0	50,7	55,9	65,8
Umbria	76,7	75,2	67,2	69,0
Marche	62,2*	63,2**	78,4	67,2
Lazio	65,1	66,1**	77,7	80,7
Abruzzo	71,8	75,4	79,2	83,8
Molise	75,7	73,8	72,1	87,9
Campania	47,7	61,9	78,8	88,4***
Puglia	71,0*	78,6	79,5	69,7
Basilicata	78,6	79,3	93,8	85,2
Calabria	51,2	73,7	66,3	68,3
Sicilia	64,0	NR	71,6	84,6
Sardegna	60,0	66,4	54,9	56,5
ITALIA	59,1	62,2	66,6	69,3

*Dato che si riferisce al 1982.

**Dato che si riferisce al 1993.

***Dato che si riferisce a 12 strutture su 26.

attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione... 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 lo 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. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervenuto è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo".

La Legge quindi stabilisce che è possibile sollevare l'obiezione nei confronti delle "procedure di cui agli articoli 5 e 7", dunque a proposito dei compiti del Consultorio, della struttura socio-sanitaria o del medico di fiducia; pertanto il ginecologo obiettore potrebbe legittimamente rifiutarsi di prendere parte al colloquio obbligatorio atto a verificare la fermezza del proposito di intraprendere l'iter abortivo, in quanto tale colloquio prelude al rilascio della certificazione con la quale la donna ha accesso alla procedura abortiva.

Tuttavia la questione di maggiore rilevanza pratica è sicuramente l'interpretazione del primo e terzo comma dell'art. 9. L'obiettore "non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza" ed è dispensato "dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza", però non è esonerato "dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento".

Il problema è cogliere la differenza fra "attività specificamente e necessariamente dirette" e la "assistenza antecedente" alla IVG. L'incertezza interpretativa potrebbe coinvolgere vari professionisti (tecnici di laboratorio, ferristi, radiologi, etc.). Alcune attività sono dirette all'IVG o sono configurabili come assistenza antecedente non riferibile alla procedura?

Facendo riferimento ad un principio di relazione causale, se l'attività che viene richiesta all'operatore sanitario si trova causalmente orientata all'IVG, e il suo fine è tale da rendere quella attività "specificamente e necessariamente" diretta all'IVG stessa, anche se cronologicamente distante, dovrebbe considerarsi facente parte dell'iter abortivo, che senza di essa non potrebbe compiersi.

Viceversa è semplice assistenza tutto ciò che è sganciato da ogni relazione di causa-effetto rispetto all'aborto, nel senso di attività che non contribuisce concretamente all'IVG in sé: per es. l'accoglienza in reparto, la cura dell'igiene, etc.ⁱⁱⁱ.

Nel caso dell'assistenza "conseguente all'intervento", cioè successiva all'atto abortivo, la questione è diversa. La partecipazione al travaglio, al parto o al secondamento, l'induzione dell'espulsione di un feto premorto sono attività coperte dall'obiezione di coscienza?

In senso stretto ci si trova in una situazione cronologicamente successiva all'aborto; sebbene tale attività successiva sia generalmente prevista nel protocollo di esecuzione

ⁱⁱⁱ In tal senso si possono ricordare due precedenti, che si riferiscono a condanne penali di condotte che hanno chiaramente esorbitato dalla legittima sfera di applicazione dell'obiezione di coscienza: in particolare nel primo caso (Pret. Ancona, 9 ottobre 1979, in *Giur. it.*, 1980, II, 184 ss.) il giudice ha condannato per omissione di atti d'ufficio un cardiologo che, dichiarandosi obiettore di coscienza, si era rifiutato di effettuare un elettrocardiogramma necessario per poter eseguire un intervento abortivo in anestesia; nel secondo caso (Pret. Penne, 6 dicembre 1983, in *Giur. it.*, 1984, II, 314) la condanna (sempre per il reato di cui all'art. 328 c.p.) ha riguardato due ostetriche che si erano rifiutate di preparare l'ambiente operatorio in vista di un intervento di IVG programmato per il giorno seguente. In questi casi, l'attività rifiutata non è stata ritenuta rientrante fra gli atti "specificamente e necessariamente diretti" all'interruzione della gravidanza, che all'epoca vennero individuati dal pretore come quegli atti "non meramente preparatori od accessori, bensì strettamente attinenti al processo chirurgico col quale si determina l'interruzione della gravidanza", ossia quelle attività "immediatamente precedenti l'anestesia, l'anestesia vera e propria e l'intervento abortivo".

ne dell'IVG, tanto che senza di essa non si potrebbe nemmeno procedere, essa non è più in grado di influenzare l'evento abortivo, che si è già compiuto, e pertanto non dovrebbe ricadere nell'ambito degli atti coperti dall'obiezione di coscienza.

L'introduzione della RU486 ha aperto recentemente nuovi scenari anche in questo ambito.

Tale farmaco, infatti, induce l'eliminazione della mucosa uterina e dell'embrione che vi sia annidato. Per tali motivi e per le competenze necessarie alla sua somministrazione ed al controllo dei suoi effetti, l'uso di questo farmaco in Italia viene "ospedalizzato" e non è consentita la vendita al pubblico. Affinché tale molecola rientri nel regime della L.194/78 è indispensabile che la prescrizione avvenga dopo una settimana dall'accertamento dello stato di gravidanza e dal colloquio nelle strutture previste dalla legge e che l'assunzione, si ribadisce, abbia luogo in ambiente e sotto controllo medico.

Dovrà anche essere rispettata l'obiezione al suo uso da parte del personale sanitario. Se da una parte non si pone il problema dell'eventuale obiezione di coscienza del farmacista operante all'interno di una comune farmacia, in rapporto all'esclusiva somministrazione ospedaliera del farmaco, l'obiezione invece può legittimamente riguardare i farmacisti operanti all'interno delle farmacie ospedaliere, che rientrano nelle garanzie della norma sull'obiezione di coscienza contenuta nell'art. 9.

Problematiche nascono anche dall'iter procedurale legato all'utilizzo della RU486: l'assunzione provoca un aborto in cui la fase espulsiva è temporalmente separata dalla morte del feto e può non realizzarsi spontaneamente, ma necessitare di intervento medico immediato^{20, 21}.

Vi sono operatori sanitari obiettori di coscienza che si sono rifiutati di partecipare a tale momento successivo, perché comunque legato al meccanismo di azione della RU486 (anche se sganciato dalla sua somministrazione in senso stretto) e quindi riconducibile alle attività "specificamente e necessariamente dirette" all'atto abortivo.

La giurisprudenza italiana

Tuttavia nella sentenza 27 novembre 2012, n. 14979 (depositata il 2.4.2013), proprio in riferimento all'aborto praticato mediante somministrazione della pillola RU486, la Corte di Cassazione, VI Sezione Penale, in base alla disciplina contenuta all'art. 9 della Legge n. 194/1978, ha espresso una interpretazione restrittiva della possibilità di sollevare obiezione di coscienza nella fase di espulsione dell'embrione, configurando la stessa come attività di assistenza successiva rispetto all'interruzione e non direttamente ad essa correlata.

Il caso vedeva un medico obietto di coscienza rifiutarsi di visitare e assistere una paziente, sottoposta ad una operazione di interruzione di gravidanza mediante somministrazione farmacologica, anche a seguito di una specifica richiesta di intervento nei confronti di quest'ultima e nonostante varie sollecitazioni da parte di personale qualificato, che inducevano infine il primario (lui stesso obietto di coscienza) a recarsi in ospedale per intervenire d'urgenza.

Per tale motivo, la Corte di Appello di Trieste, confermando la sentenza del Tribunale di Pordenone, condannava il medico a un anno di reclusione per il reato di cui all'art. 328 c.p. (Rifiuto di atti di ufficio. Omissione)^{iv}.

Sotto il profilo strettamente normativo, in particolare per quanto riguarda il già citato art. 9, comma 3 della legge n. 194/1978, si riconosce al medico obietto il diritto di rifiutare di determinare l'aborto, ma lo si obbliga a prestare comunque assistenza prima ovvero successivamente ai fatti causativi dell'aborto, per assicurare la tutela della salute e della vita della donna, anche nel corso dell'intervento di interruzione della gravidanza.

^{iv} Art. 328 c.p. Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione. *Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.*

Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa.

Nel caso di specie il rifiuto da parte del medico a intervenire per prestare assistenza alla donna riguardava la fase del secondamento, avvenuta successivamente all'aborto indotto per via farmacologica da altro sanitario, con la conseguenza che, sempre secondo la Cassazione, deve escludersi che sia stata richiesta l'assistenza in una fase *“diretta a determinare l'interruzione della gravidanza”*. In particolare, trattandosi di IVG per via farmacologica, la fase rispetto alla quale opera l'obiezione di coscienza, sarebbe *“limitata alle sole pratiche di predisposizione e somministrazione dei farmaci abortivi”*, mentre *“per il resto l'imputata aveva l'obbligo di assicurare la cura e l'assistenza alla paziente”*.

Scrivendo ancora la Corte di Cassazione: *“Dal punto di vista oggettivo deve ritenersi integrato il reato [di cui all'art. 328 c.p.], dal momento che il rifiuto ha riguardato un atto sanitario, peraltro richiesto con insistenza da personale infermieristico e medico, in una situazione di oggettivo rischio per la paziente che non aveva ancora espulso la placenta, essendo del tutto irrilevante che le condizioni di salute non sono risultate particolarmente gravi: in questi casi il medico ha comunque l'obbligo di recarsi immediatamente a visitare il paziente al fine di valutare direttamente la situazione, soprattutto se a richiedere il suo intervento sono soggetti qualificati – come è accaduto nella specie – in grado cioè di valutare la effettiva necessità della presenza del medico”*.

Quindi l'elemento materiale del reato di cui all'art. 328 c.p. è derivato dal fatto che il ginecologo di guardia, pur essendo stato chiamato ad intervenire sia su richiesta dell'ostetrica che del primario e del direttore sanitario, si è indebitamente e ripetutamente rifiutato di visitare ed assistere la paziente e, di conseguenza, di compiere un atto che, per ragioni di sanità, avrebbe dovuto essere posto in atto senza ritardo.

Muovendo da tali considerazioni, la Corte di Cassazione ha altresì respinto l'argomentazione sostenuta dalla difesa della ricorrente, secondo la quale la guardia medica non sarebbe intervenuta in quanto la paziente non si sarebbe trovata in imminente pericolo

di vita. È stato obiettato che la suddetta norma, che prevede l'obbligo per l'obiettore di garantire in ogni caso la prestazione sanitaria quando essa sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo di vita, fa riferimento alla necessità di intervenire per complicazioni che si verificano nel corso della procedura abortiva e mettano in imminente pericolo la vita della donna; al di fuori di questa evenienza il dovere di assistenza dovrà essere garantito comunque, anche in assenza di attualità di pericolo, essendo sufficiente a renderlo doveroso un qualsiasi bisogno assistenziale.

Conclusioni

Secondo l'interpretazione che ne ha dato la VI Sezione della Corte di Cassazione, il diritto all'obiezione di coscienza è esercitabile entro lo stretto limite delle attività mediche dirette a provocare l'interruzione della gravidanza, che nell'aborto farmacologico coincidono con le sole pratiche di predisposizione e somministrazione dei farmaci abortivi, e non rispetto ad altre attività assistenziali finalizzate a garantire in generale la salute della donna.

La sentenza esaminata si è principalmente occupata di verificare se il diritto all'obiezione di coscienza sia stato invocato nel rispetto dei requisiti e dei limiti previsti dalla legge. Pertanto solo in caso affermativo il comportamento del sanitario, pur corrispondente formalmente al modello dell'art. 328 c.p. — Rifiuto d'atti d'ufficio — sarebbe stato qualificabile come giuridicamente lecito. Partendo dal presupposto che l'obiezione di coscienza può essere invocata solo in relazione ad attività di assistenza poste in essere durante l'intervento e non riguardo ad una fase di assistenza successiva, la Corte di legittimità ha ritenuto non coperto dalla clausola di coscienza e, quindi, pienamente riconducibile alla fattispecie di cui all'art. 328 c.p. l'omessa assistenza in un momento susseguente alla interruzione in senso stretto: nella specie l'aborto era stato già indotto da altro sanitario mediante la somministrazione del farmaco e l'assistenza

richiesta riguardava una fase successiva (secondamento).

Tale interpretazione si inserisce nel già citato orientamento giurisprudenziale restrittivo circa l'applicabilità dell'istituto dell'obiezione di coscienza, rispetto alla tutela di cui all'art. 9 della legge n. 194. I giudici di legittimità tuttavia, in quest'ultima sentenza, non si sono limitati a richiamare il suddetto orientamento per risolvere la questione sottoposta alla loro attenzione, procedendo, invece, ad una analisi puntuale dell'istituto dell'obiezione di coscienza all'interno della legge del 1978.

Come specificato dal giudice nomofilattico, secondo la disciplina della legge ora richiamata: *“l'obiezione esonera il medico esclusivamente dal “compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza”, diritto che peraltro trova il suo limite nella tutela della salute della donna, tanto è vero che il comma 5 dell'art. 9 della legge citata esclude ogni operatività all'obiezione di coscienza nei casi in cui l'intervento del medico obiettore sia “indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo”... il diritto dell'obiettore affievolisce, fino a scomparire di fronte al diritto della donna in imminente pericolo a ricevere le cure per tutelare la propria vita e la propria salute”.*

In sostanza, 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, in contrasto con la tesi secondo cui l'obiezione di coscienza può essere sollevata in riferimento all'intero procedimento di interruzione della gravidanza in tutte le sue fasi ed articolazioni. Essa è evidentemente finalizzata a evitare il rischio che il diritto all'obiezione di coscienza – che resta comunque valido e fondamentalmente riconosciuto – possa risolversi in una inosservanza di atti medici volti a garantire ulteriori aspetti dell'assistenza, quand'anche correlati alla procedura abortiva, specie se non sia possibile contare su un adeguato intervento sostitu-

tivo o manchi una organizzazione che consenta comunque all'interessata di ottenere da altri soggetti la prestazione ^v.

D'altra parte, come ricordato dai giudici della Suprema Corte *“il diritto all'aborto è stato riconosciuto come ricompreso nella sfera di autodeterminazione della donna e se l'obiettore di coscienza può legittimamente rifiutarsi di intervenire nel rendere concreto tale diritto, tuttavia non può rifiutarsi di intervenire per garantire il diritto alla salute della donna, non solo nella fase conseguente all'intervento di interruzione della gravidanza, ma in tutti i casi in cui vi sia un imminente pericolo di vita”.*

Viene così evidenziato che il “diritto” all'astensione dal servizio *“trova il suo limite nella tutela della salute della donna”*; ne segue che *“il diritto dell'obiettore affievolisce, fino a scomparire di fronte al diritto della donna in imminente pericolo”* in quanto *“il diritto all'aborto è stato riconosciuto come ricompreso nella sfera di autodeterminazione della donna”.*

Visto però che pure l'obiezione di coscienza si fonda sul diritto all'autodeterminazione, si potrebbe pensare che esista una gerarchia tra le diverse forme di autodeterminazione: quella della donna che si esprime nella volontà di abortire vs. quella del medico che vuole seguire i propri convincimenti di coscienza, salvo il pericolo imminente di vita per la donna stessa.

In realtà, il bilanciamento tra i differenti interessi in gioco sarebbe stato garantito dal legislatore, visto che il quarto comma dello stesso art. 9 impone alle amministrazioni ospedaliere di assicurare la continuità nell'erogazione del servizio. Infatti la Legge

^v Il Codice di Deontologia Medica (2014) così si esprime negli artt. 22 e 43, rispettivamente:

“Rifiuto di prestazione professionale - Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione”.

“Interruzione volontaria di gravidanza - Gli atti medici connessi all'interruzione volontaria di gravidanza operati al di fuori dell'ordinamento, sono vietati e costituiscono grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro. L'obiezione di coscienza si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna”.

n.194/78 dispone che: *“Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l’espletamento delle procedure previste dall’art. 7 e l’effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l’attuazione anche attraverso la mobilità del personale”*.

Ed è questo un punto centrale nella scelta del legislatore di concedere la suddetta facoltà di astensione: la garanzia del servizio che paradossalmente, a livello applicativo, rappresenta il profilo di maggiore criticità della legge. Infatti a tutt’oggi la normativa si dimostra incapace di garantire quell’equilibrio laddove i comportamenti omissivi (leciti) del personale sanitario sono in grado di pregiudicare l’effettiva continuità del servizio.

La mancata od insufficiente predisposizione di opportuni strumenti da parte delle amministrazioni sanitarie per evitare l’elusione della previsione di cui al quarto comma dell’art.9 è testimoniata dai numeri dell’obiezione di coscienza, nonché dalla diversità dell’offerta del servizio sul territorio nazionale ^{vi}.

Appare opportuno ricordare che il Comitato Nazionale per la Bioetica, in un parere approvato nel Luglio 2012 [22], ha chiarito che il diritto all’obiezione di coscienza non può essere uno strumento di “sabotaggio” di discipline legali legittime e pertanto, anche quando è ammessa, deve essere prevista l’organizzazione di un servizio che permetta comunque l’esercizio dei diritti le-

^{vi} Alla luce delle inadempienze delle amministrazioni ospedaliere sono state fatte diverse proposte parlamentari, per esempio al fine di individuare una soglia minima di riserva per i non obiettori, come l’art. 8 della proposta di legge presentata alla Camera dal deputato Maurizio Turco durante la XV legislatura il 26 ottobre 2006 (n. 1858) *“Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”*, la quale prevede che *“nelle strutture in cui si praticano le interruzioni volontarie della gravidanza deve essere garantito che il 50 per cento del personale sia non obiettore, anche mediante procedure di trasferimento e di mobilità”*. Più recentemente, la proposta di legge presentata dal senatore Maurizio Romani ed altri (4 luglio 2013 - n. 923) *“Modifica all’articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”* propone di far proseguire il quarto comma dell’articolo 9 come di seguito: *“A tal fine, nelle strutture di cui al primo periodo deve essere garantito che almeno il 70 per cento del personale in servizio di cui al comma 1 sia non obiettore di coscienza”*.

galmente riconosciuti, nonostante la mancata partecipazione dell’obiettore.

In particolare il Comitato ha affermato che: *“L’obiezione di coscienza in bioetica è costituzionalmente fondata (con riferimento ai diritti inviolabili dell’uomo) e va esercitata in modo sostenibile; essa costituisce un diritto della persona e un’istituzione democratica necessaria a tenere vivo il senso della problematicità riguardo ai limiti della tutela dei diritti inviolabili... La tutela dell’odc, per la sua stessa sostenibilità nell’ordinamento giuridico, non deve limitare né rendere più gravoso l’esercizio di diritti riconosciuti per legge né indebolire i vincoli di solidarietà derivanti dalla comune appartenenza al corpo sociale”*.

Su queste basi lo stesso Comitato ha quindi proposto le seguenti raccomandazioni:

“1. Nel riconoscere la tutela dell’obiezione di coscienza nelle ipotesi in cui viene in considerazione in bioetica, la legge deve prevedere misure adeguate a garantire l’erogazione dei servizi, eventualmente individuando un responsabile degli stessi.

2. L’obiezione di coscienza in bioetica deve essere disciplinata in modo tale da non discriminare né gli obiettori né i non obiettori e quindi non far gravare sugli uni o sugli altri, in via esclusiva, servizi particolarmente gravosi o poco qualificanti.

3. A tal fine, si raccomanda la predisposizione di un’organizzazione delle mansioni e del reclutamento, negli ambiti della bioetica in cui l’obiezione di coscienza viene esercitata, che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori. Controlli di norma a posteriori dovrebbero inoltre accertare che l’obiettore non svolga attività incompatibili con quella a cui ha fatto obiezione”.

Il problema dell’obiezione di coscienza è comunque molto sentito, a livello nazionale ed internazionale ²³.

Per quanto riguarda l’Europa, risale ormai al 2010 la Risoluzione 1763 del Consiglio Europeo *“The right to conscientious objection in lawful medical care”* ²⁴, in cui di fatto si sottolinea che, pur dovendo gli

Stati membri garantire la libertà di pensiero, coscienza e religione degli operatori sanitari, tuttavia è anche necessario che gli stessi Stati regolamentino in qualche modo l'obiezione di coscienza, soprattutto riguardo al potenziale rischio per la vita dei pazienti.

Lo stesso Consiglio Europeo, nel 2008, aveva emanato un'altra risoluzione (Risoluzione 1607 "Access to safe and legal abortion in Europe"), affermando il diritto di tutti gli esseri umani al rispetto della loro integrità fisica e alla libertà di controllare il proprio corpo; soprattutto le donne, le quali, in definitiva, sono le uniche che possono decidere se interrompere o meno una gravidanza e devono avere il diritto di poterlo fare. Da qui l'invito a depenalizzare l'aborto, garantendone un accesso sicuro e legale, promuovendo allo stesso tempo ogni possibile supporto per la salute sessuale e riproduttiva di uomini e donne²⁵.

La Corte Europea dei diritti dell'uomo, a partire dal 2010, è intervenuta in merito al diritto delle donne di poter accedere legalmente all'interruzione volontaria di gravidanza, in particolare in tre diverse cause – A., B. e C. vs Irlanda, RR. vs Polonia e P. e S. vs Polonia²⁶ – riaffermando la responsabilità degli operatori sanitari ad assistere le donne nei paesi dove l'accesso all'interruzione di gravidanza è severamente limitato da leggi restrittive²⁷.

Appare evidente come, a livello europeo, almeno una parte delle istituzioni siano concordi nell'obiettivo di garantire servizi trasparenti, nel pieno rispetto dell'autonomia decisionale della donna, eliminando ogni barriera al diritto di poter ricorrere legalmente e con sicurezza all'aborto. Allo stesso tempo, l'esigenza di rispettare anche la libertà morale, di pensiero, di religione degli operatori sanitari viene riaffermata, in accordo con le leggi internazionali dei diritti dell'uomo.

In ordine agli spazi concreti di applicabilità si va affermando con sufficiente chiarezza (e secondo una tendenza che prevedibilmente andrà ulteriormente rafforzandosi) un principio di bilanciamento con il diritto delle donne a non portare avanti una gravidanza indesiderata²⁸⁻³⁰.

Riassunto

L'aborto farmacologico consiste nell'interrompere la gravidanza utilizzando farmaci specifici. È un'importante alternativa all'unico metodo abortivo fino a pochi anni fa utilizzato in Italia, ossia quello chirurgico, che prevede solitamente di eseguire lo svuotamento chirurgico dell'utero in anestesia generale, di norma dopo la VII settimana di gravidanza. Sebbene esistano diversi farmaci adatti allo scopo, usati da soli o in combinazione, il protocollo clinico più utilizzato a livello mondiale è quello che prevede la somministrazione di mifepristone (RU486) seguito da una prostaglandina, solitamente misoprostolo. L'introduzione della RU486 ha recentemente aperto nuovi scenari, soprattutto per quanto riguarda l'obiezione di coscienza degli operatori sanitari: l'iter procedurale legato al suo utilizzo prevede infatti l'assunzione del farmaco che provoca un aborto, la cui fase espulsiva è successiva alla morte del feto e, spesso, necessita di intervento medico immediato. Alcuni operatori sanitari, rifacendosi alla obiezione precedentemente dichiarata, rifiutano di partecipare a tale momento successivo. Vengono analizzati quindi gli aspetti legali e deontologici del protocollo RU486, anche alla luce della recente giurisprudenza di legittimità (Corte di Cassazione, sez. VI penale 02.04.2013 n. 14979) la quale condannava per omissione di atti d'ufficio un medico obiettore di coscienza che aveva rifiutato di prestare assistenza ad una paziente ricoverata per aborto farmacologico.

Bibliografia

1. State level abortion resources [Internet]. Guttmacher Institute; © 1996-2014. Disponibile alla pagina: <http://www.guttmacher.org/statecenter/abortion.html> [citato il 15 gennaio 2015].
2. DeHart RM, Morehead MS. Mifepristone. *Ann Pharmacother* 2001;35:707-19.
3. List of Mifepristone Approval [Internet]. Gynuity Health Projects; © 2003-2015 [cited 2015 Jan 15]. Disponibile alla pagina: <http://gynuity.org/resources/info/list-of-mifepristone-approval/> [citato il 15 gennaio 2015].
4. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – Second edition. Geneva; 2012. p. 38-48.

5. World Health Organization. Model Lists of Essential Medicines. 14th edition. (March 2005) e ss. Geneva; 2005.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline Number 7). London, RCOG Press; 2011. p. 68-74.
7. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD002855.
8. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstet Gynecol* 2013;121:166-71.
9. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod* 2010;25(5):1153-7.
10. Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2011;89:360-70.
11. Ngo TD, Park MH, Free C. Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis. *Int J Womens Health* 2013;5:9-17.
12. Winikoff B, Sheldon W. Use of medicines changing the face of abortion. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2012;38:164-6.
13. AIFA. RU 486: CdA delibera autorizzazione alla commercializzazione - Comunicato stampa 120. Roma; Jul 2009.
14. Vendittelli F, Pons JC. Elective abortions for minors: impact of the new law in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;130:107-13.
15. ASL N°2 Savonese. Linee guida - Interruzione volontaria di gravidanza mediante mifepristone (RU 486) e misoprostolo. Savona; Oct 2006.
16. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. Attuazione protocollo operativo per l'uso della RU 486 della Regione Lazio presso il DH Legge 194 Osp. S. Camillo Forlanini. Roma; maggio 2011.
17. Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione Ufficio X° ex DGPREV - Salute della donna e dell'età evolutiva. Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - Anni 2010 - 2011. Roma; febbraio 2013.
18. Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) - Dati Preliminari 2012, Dati Definitivi 2011. Roma; settembre 2013.
19. Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) - Dati Preliminari 2013, Dati Definitivi 2012. Roma; ottobre 2014.
20. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;CD001993.
21. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus Surgical Methods for First Trimester Termination of Pregnancy *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD003037.
22. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Comitato Nazionale per la Bioetica. Obiezione di coscienza e bioetica. Roma; luglio 2012.
23. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical issues in obstetrics and gynecology. Londra; ottobre 2012.
24. Council of Europe's Parliamentary Assembly (35th sitting). Resolution 1763 (2010): The right to conscientious objection in lawful medical care. Strasburgo; ottobre 2010.
25. Council of Europe's Parliamentary Assembly (15th sitting). Resolution 1607 (2008): Access to safe and legal abortion in Europe. Strasburgo; aprile 2008.
26. Reproductive rights - Access to a lawful abortion [Internet]. European Court of Human Rights [Internet]. Disponibile alla pagina http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Reproductive [citato 15 gennaio 2015].
27. Westeson J. Reproductive health information and abortion services: standards developed by the European Court of Human Rights. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;122:173-6.
28. Campbell M. Conscientious objection and the Council of Europe: The right to conscientious objection in lawful medical care. Resolution 1763 (2010). Resolution adopted by the Council of Europe's Parliamentary Assembly. *Med Law Rev* 2011;19:467-75.
29. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123 (Suppl 3):S63-5.
30. Johnson BR Jr, Kismödi E, Dragoman MV, Temmerman M. Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123(Suppl 3):S60-2.