

L'abbandono dei LEP alle Regioni: il caso dell'interruzione volontaria di gravidanza

di **Federica Grandi** - *Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale presso l'Università di Roma "La Sapienza"*.

SOMMARIO: *1. Il monitoraggio ministeriale sull'attuazione della legge n. 194 del 1978 – 2. La condanna del Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa. - 3. La risoluzione del 6 marzo 2014 della Commissione Affari sociali. - 4. La Relazione sull'attuazione della legge n. 194 del 15 ottobre 2014.*

1. Il monitoraggio ministeriale sull'attuazione della legge n. 194 del 1978

L'art. 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194¹ prevede che, annualmente, venga presentata al Parlamento una *“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)”*².

¹ Come noto la legge n. 194 del 1978 ha legalizzato nel nostro Paese, in taluni casi, l'interruzione volontaria della gravidanza, sebbene già in precedenza l'aborto - che il codice Rocco ricomprendeva tra i “delitti contro la integrità e la sanità della stirpe” - fosse stato in parte depenalizzato dalla sent. n. 27 del 1975 della Corte costituzionale. Tale pronuncia in particolare ha censurato l'art. 546 c.p. (“Aborto di donna consenziente”), *“nella parte in cui non prevede che la gravidanza possa venir interrotta quando l'ulteriore gestazione implichi danno, o pericolo, grave, medicalmente accertato nei sensi di cui in motivazione e non altrimenti evitabile, per la salute della madre”*.

² Questo è il titolo della Relazione ex art. 16 della l. n. 194 del 1978, il quale dispone che: *“Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione.*

Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.

Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero”.

La suddetta disposizione tradisce la consapevolezza del legislatore che le questioni organizzative sono uno snodo fondamentale per garantire l'effettività del diritto ad interrompere la gravidanza³, laddove esso è configurato come tale⁴.

D'altronde, quando si tratta di intervenire su questioni eticamente sensibili, allo scopo dichiarato di bilanciare il "diritto alla procreazione cosciente e responsabile", "il valore sociale della maternità", nonché la tutela della "vita umana dal suo inizio" (art. 1)⁵, è inevitabile che il problema della vigilanza sull'effettività del servizio si ponga con più forza.

Per essere più espliciti, il legislatore del 1978, certo che la legalizzazione dell'interruzione di gravidanza si sarebbe posta in conflitto con taluni convincimenti di coscienza in riferimento alla sorte del concepito, ha sì previsto la possibilità di invocare l'obiezione di coscienza per taluni dei soggetti chiamati ad intervenire nelle procedure abortive⁶, ma nel limite della sicurezza della continuità del servizio⁷, che spetta alla Relazione in questione monitorare.

³ A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2011, 1, 21 ss.

⁴ Ai sensi dell'art. 4 della l. n. 194 del 1978, l'interruzione volontaria della gravidanza è consentita nel limite dei primi novanta giorni dalla gravidanza qualora la donna "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".

⁵ La legge n. 194 del 1978, in realtà, è stata ed è una scelta molto controversa: la conflittualità che ha distinto il tema è testimoniata dall'iter di approvazione della stessa legge, dal tentativo di abrogazione per via referendaria nel 1981 e, più recentemente, dall'indagine conoscitiva compiuta dalla Camera dei Deputati nel 2006. Il bilanciamento degli interessi operato dalla legge n. 194 riproduce quell'equilibrio già delineato dalla Corte costituzionale nella sent. n. 27 del 1975, ove viene affermato che "l'interesse costituzionalmente protetto relativo al concepito può venire in collisione con altri beni che godano pur essi di tutela costituzionale e che, di conseguenza, la legge non può dare al primo una prevalenza totale ed assoluta, negando ai secondi adeguata protezione [...] Ora non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare": sulla questione si vedano G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in (a cura) G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare. Il diritto costituzionale come regola e limite al potere*, vol. III, Napoli, Jovene, 2009, 821 ss.; M. D'AMICO, *I diritti contesi*, Milano, Franco Angeli, 2008; S. NICCOLAI, *La legge sulla fecondazione assistita e l'eredità dell'aborto*, in *Costituzionalismo.it*, 2005, 2, consultabile su www.costituzionalismi.it; L. RONCHETTI, *Donne e corpi tra sessualità e riproduzione*, in *Ibidem*, 2006, 2.

⁶ Come noto, che l'aborto sia tra i *delicta graviora* è un convincimento morale molto radicato nella società italiana, nondimeno taluni hanno letto in proprio nel carattere incondizionato dell'obiezione prevista all'art. 9 la consapevolezza del legislatore di superare con una legge abortizionista "i limiti di tollerabilità avvertiti da una parte non ignorabile della società": P. MONETA, *Obiezione di coscienza e riconoscimento delle esigenze religiose del cittadino*, in *Scritti in Memoria di Domenico Barillaro*, Milano, Giuffrè, 1982, 318 ss. Peraltro, nella maggior parte del mondo occidentale la legalizzazione dell'aborto è stata accompagnata da specifiche "clausole di coscienza" simili all'art. 9; R. NAVARRO VALLS, J. MARTÍNEZ TORRÓN, *Le obiezioni di coscienza. Profili di diritto comparato*, Torino, Giappichelli, 101 ss.

⁷ Sul punto, se si vuole, F. GRANDI, *Aborto farmacologico e attività di secondamento: la disobbedienza intermittente nella dimensione dei doveri*, in *Rivista AIC*, 2013, 4, 9, accessibile dal collegamento: <http://www.rivistaaic.it/>.

Nel dettaglio, se il co. 1 dell'art. 9 autorizza il personale sanitario e ausiliario chiamato al “*compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza*”⁸ (co. 3), a mezzo di una mera dichiarazione formale, ad astenersi dalla partecipazione alle stesse procedure, il co. 4 del medesimo articolo dispone che “*gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare [...] l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti*” e, nondimeno, “*la regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale*”.

Storicamente, le Relazioni *ex art.* 16 hanno sempre attestato delle percentuali molto importanti in riferimento al ricorso alla facoltà di astensione di cui all'art. 9.

La massiccia scelta per l'obiezione di coscienza, a giudizio di molti, è uno dei grandi ostacoli all'attuazione della legge n. 194, essa difatti incide inevitabilmente sulla continuità - quando non sulla vera e propria esistenza - del servizio, laddove esso “formalmente” potrebbe venire erogato⁹. Senza considerare che la patente elusione del co. 4 dell'art. 9 rappresenta un nocumento per il diritto alla salute delle donne¹⁰ che chiedono di interrompere la gravidanza e/o alla sua omogenea fruizione su tutto il territorio nazionale¹¹.

Chi e come deve intervenire per assicurare il rispetto del co. 4 dell'art. 9? La lettera della disposizione sembra suggerire che il compito spetti alle Regioni, tuttavia non può essere sottaciuto che la prestazione cui dà diritto la legge n. 194 del 1978 ben rientra in quelle prestazioni afferenti ai diritti civili e sociali i cui livelli essenziali (o LEP) devono essere garantiti allo stesso modo su tutto il territorio nazionale¹² (art. 117, co. 2 lett. m) Cost.), presidiati dalla possibilità per lo Stato di

⁸ Il profilo più controverso della facoltà di astensione di cui all'art. 9 è sicuramente quello inerente l'individuazione dei soggetti titolari della medesima facoltà: sul punto si vedano Cass. pen., sez. VI, sentenza del 2 aprile 2013, n. 14979; TAR Puglia, sez. II, 14 settembre 2010, n. 3477.

⁹ G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, cit., 841 ss.; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione. Concretezza dei “casi” e astrattezza della norma*, Milano, Giuffrè, 2007, 141.

¹⁰ C. FLAMIGNI (*L'aborto. Storia e attualità di un problema sociale*, Bologna, Pedragon, 2008, 93) imputa alle astensioni ai sensi dell'art. 9 della legge n. 194 enormi ritardi nell'esecuzione degli interventi in molti ospedali, e il consequenziale maggior pericolo per la salute della donna, per la quale “il rischio di morte aumenta del 30% per ogni settimana di gestazione”.

¹¹ A causa dell'elevata percentuale del personale obiettore, inoltre, i non obiettori denunciano di essere oppressi da una mole di interventi abortivi che marginalizza ogni diversa attività tipica della rispettiva professione. Si vd.: *La Laiga denuncia: “Aumento degli obiettori di coscienza blocca l'applicazione della 194”*, in *quotidianosanita.it* del 3 dicembre 2014, consultabile su http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=24713.

¹² Per tutti si vd.: M. LUCIANI, *I diritti Costituzionali tra Stato e Regioni, (a proposito dell'art. 117, comma 2 lett. m) della Cost.*, in *Pol. dir.*, 2002, 345 ss.; E. BALBONI, *Il concetto dei livelli essenziali e uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Ist. Fed.*, 2001, 6, 1103 ss.

esercitare il potere sostitutivo *ex art. 120 Cost.* Volendo dare per buona questa ipotesi ricostruttiva, il problema principale che sembra emergere dalle più recenti vicende in tema di stato di attuazione della legge n. 194 consiste nella difficoltà, denunciata in più sedi, di verificare il rispetto dei LEP stante la qualità del flusso informativo proveniente dai territori.

2. La condanna del Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa.

Nel 2012 l'associazione *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN)*¹³ ha presentato reclamo al Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa¹⁴, chiedendo allo stesso Comitato di prendere posizione proprio sulla spinosa questione degli effetti pratici sull'erogazione del servizio di interruzione volontaria di gravidanza dell'obiezione di coscienza *ex art. 9*. Il reclamo, in particolare, muove dall'assunto che la mancata effettività del servizio di interruzione di gravidanza sul territorio nazionale integri una violazione del diritto alla salute, riconosciuto dall'art. 11 della Carta sociale europea¹⁵, di una categoria di persone particolarmente vulnerabili, quali sono le donne che scelgono di interrompere una gravidanza e, nondimeno, del principio di non discriminazione nel godimento dei diritti riconosciuti dalla stessa Carta (art. E)¹⁶ rispetto all'accesso ad altre cure mediche.

Il reclamo della *International Planned Parenthood Federation European Network*, in verità, non si propone di porre in discussione la legittimità del ricorso alla facoltà di astensione riconosciuta in

¹³ La decisione *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy - Complaint No. 87/2012* è accessibile dal collegamento http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC87Merits_en.pdf.

¹⁴ Per approfondimenti si veda: F. OLIVERI, *La Carta sociale europea tra enunciazione dei diritti, meccanismi di controllo e applicazione nelle corti nazionali. La lunga marcia verso l'effettività*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2008, 3, 509 ss.; E. STRAZIUSO, *La Carta sociale del Consiglio d'Europa e l'organo di controllo: il Comitato europeo dei diritti sociali. Nuovi sviluppi e prospettive di tutela*, accessibile dal link <http://www.gruppodipisa.it/wp-content/uploads/2012/09/StraziusoDEF.pdf>.

¹⁵ Ai sensi dell'art. 11: “Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare:

1. ad eliminare per, quanto possibile le cause di una salute deficitaria;
2. a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute;
3. a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni”.

¹⁶ L'art. E, in particolare, stabilisce che: “Il godimento dei diritti riconosciuti nella presente Carta deve essere garantito senza qualsiasi distinzione basata in particolare sulla razza, il colore della pelle, il sesso, la lingua, la religione, le opinioni politiche o ogni altra opinione, l'ascendenza nazionale o l'origine sociale, la salute, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, la nascita o ogni altra situazione”.

Italia dall'art. 9 della legge n. 194, bensì di mettere in luce l'insufficienza del "complesso delle misure poste in essere dalle diverse istituzioni competenti per superare le inefficienze determinate dalle scelte di coscienza dei singoli sanitari"¹⁷. La disposizione di cui al co. 4 dell'art. 9 non chiarirebbe, difatti, le modalità concrete per assicurare un'adequata presenza di medici non obiettori nelle strutture sanitarie¹⁸.

Nel corso del procedimento, il Governo italiano ha opposto che l'art. 9 della l. n. 194 del 1978 assegna alle Regioni il compito di controllare e garantire il servizio e che rientra nei compiti dell'autonomia regionale, riconosciuta dal Titolo V della Costituzione, immaginare le misure per efficientare l'erogazione e l'organizzazione del servizio, rilevando altresì che le eventuali disfunzioni possono essere fatte valere davanti alle autorità regionali o statali o in via giudiziale (punto 98).

Il Governo italiano ha ritenuto, inoltre, che a fronte del calo del numero di aborti in Italia registrato dalla Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194¹⁹, il servizio in questione sarebbe sempre meno richiesto e, nondimeno, con l'introduzione dell'aborto farmacologico, a partire dal 2009, la diffusione dei ricoveri ospedalieri con dimissioni in giornata renderebbe sempre più sostenibile l'incremento del personale medico e sanitario obiettore.

Alla luce del reclamo e delle difese del Governo italiano, il Comitato europeo ha invitato entrambe le parti ad integrare le informazioni fornite, specificando i casi nei quali le donne e le strutture sanitarie abbiano effettivamente incontrato difficoltà, rispettivamente, nel ricevere e nell'erogare la prestazione assicurata dalla legge n. 194 a causa dell'alto numero di obiettori e, quindi, le misure adottate dalle autorità competenti per superare tali difficoltà.

L'associazione *International Planned Parenthood Federation European Network* ha provveduto all'integrazione richiesta servendosi delle informazioni non ufficiali fornite principalmente dalla

¹⁷ Così A. CARMINATI, *La decisione del Comitato europeo dei diritti sociali richiama l'Italia ad una corretta applicazione della legge 194 del 1978*, in *Osservatorio AIC*, giugno 2014, 8, accessibile dal collegamento: <http://www.osservatorioaic.it/>.

¹⁸ Si vd. il punto 78 della decisione: "*IPPF EN considers that the law should : «[d]etermine more precisely the concrete and specific ways in which to ensure the adequate presence of non-objecting doctors, providing for example as already established by the Constitutional Court in relation to assisted procreation (judgment No. 151 of 2009) that all hospital establishments must be equipped with the 'strictly essential number' to meet the demands for the voluntary termination of pregnancy, requiring that the Regions specifically monitor the means of defining this number»*".

¹⁹ Si tratta della "*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)*" del 4 agosto 2011, alla quale si riferisce anche lo stesso reclamo.

LAIGA (“Libera Associazione Italiana Ginecologi per l’Attuazione della legge 194”). I dati in questione riferiscono di 45 ospedali che non praticano interruzioni di gravidanza in assoluto e il numero aumenta se si considerano quelli che non eseguono interventi terapeutici dopo i novanta giorni di gestazione. Talvolta, poi, l’erogazione del servizio dipende esclusivamente da un singolo medico non obiettore, non da una scelta organizzativa; talaltra, le pazienti sono costrette a spostarsi di regione o addirittura ad andare all’estero. A ciò si aggiunga che frequentemente le liste d’attesa sono molto lunghe. Non è neppure chiaro quali mansioni il personale obiettore debba svolgere in luogo delle attività avverso le quali ha esercitato l’obiezione di coscienza. Per altro verso, l’aumento degli aborti spontanei induce il sospetto che il ricorso all’aborto clandestino stia crescendo.

Il Governo italiano, invece, non ha fornito i dati richiesti, sostenendo di non disporre di essi. Il Ministero della salute, difatti, non ha notizia di problemi a livello locale; di casi in cui le pazienti, non potendo accedere ai servizi previsti dalla legge n. 194, sono state costrette a provvedere autonomamente, mettendo a rischio la propria salute; o, ancora, se alcune di esse abbiano dovuto rinunciare ad abortire contro la propria volontà. Neppure è disponibile il dato su eventuali procedimenti amministrativi o contenziosi.

Riguardo ai provvedimenti posti in essere dalle Regioni per assicurare l’effettività del servizio, il Governo si limita a ribadire che complessivamente gli aborti sono in diminuzione e tale dato va a bilanciare l’aumento dei medici obiettori; che per garantire la presenza di personale non obiettore normalmente si provvede stipulando contratti con medici esterni o convenzioni con strutture private – (mancando però di “chiarire la consistenza di queste «esternalizzazioni», quanto costino e se rappresentino un’alternativa sufficiente, ossia in grado di soddisfare tutte le richieste”)²⁰.

L’8 marzo 2014 il Comitato dei diritti sociali del Consiglio d’Europa, ha reso pubbliche le motivazioni, accogliendo il reclamo e censurando la mancata applicazione in concreto della legge n. 194, ma non già per il fatto in sé dell’elevato numero di obiettori, bensì perché ha ritenuto attendibili le informazioni riferite dai reclamanti.

²⁰ A. CARMINATI, *La decisione del Comitato europeo dei diritti sociali richiama l’Italia ad una corretta applicazione della legge 194 del 1978*, cit., 12.

Il Comitato, segnatamente, ha ritenuto affidabili i dati in questione, rilevando che essi sono stati ritenuti credibili anche dagli organi parlamentari italiani²¹ e, nondimeno, il Governo italiano non ha saputo fornire “prova contraria”, anche se un fenomeno obiettorio così importante - che può tradursi in un vero e proprio sabotaggio della legge - consiglierebbe di monitorare e verificare dettagliatamente, a prescindere dalle specifiche competenze regionali, la situazione sul territorio. Come è stato notato, dunque, proprio “questa omissione appare centrale nella valutazione del Comitato, che stigmatizza l’approccio approssimativo del Ministro della salute ad un fenomeno che, per le sue dimensioni, richiede una gestione politica, mentre non può essere relegato nella mera dimensione privata di eventuali conflitti fra soggetti (personale obiettore e non, pazienti e medici, strutture sanitarie che forniscono o non forniscono il servizio) portatori di posizioni contrastanti”²².

In sintesi, il Comitato ha ritenuto che fosse violato l’art. 11 della Carta Sociale Europea, perché il servizio sanitario italiano non è organizzato in modo tale da garantire in ogni caso la presenza di personale medico e ausiliario non obiettorio, anche in considerazione del fatto che il numero degli aborti e il relativo tempo di espletamento non sono determinabili anticipatamente²³. Lo stesso organo del Consiglio d’Europa, inoltre, ha statuito che l’impossibilità di garantire l’interruzione volontaria di gravidanza, al pari degli altri servizi sanitari, in tutte le Regioni italiane, viola il principio di non discriminazione sancito dall’art. E della Carta Sociale Europea.

3. La risoluzione del 6 marzo 2014 della Commissione Affari sociali.

Del *deficit* di informazione rispetto alla situazione sul territorio, si avvede anche la XII Commissione permanente “Affari sociali” della Camera all’esito dell’esame dei dati definitivi del 2011 e preliminari del 2012 contenuti nella Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194²⁴.

²¹ Le informazioni in questione sono state discusse nelle mozioni parlamentari del giugno del 2013 alla Camera dei deputati, http://www.camera.it/leg17/410?idSeduta=0031&tipo=documenti_seduta&pag=allegato_a#sed0031.allegato_a.mozioni.02.sub0010.

²² A. CARMINATI, *op. cit.*, 13.

²³ Né è apparsa verosimile, per il Comitato, la soluzione prospettata dal Governo del rimedio amministrativo o giurisdizionale per far valere eventuali disfunzioni del servizio: la risoluzione difatti potrebbe arrivare ben oltre i limiti temporali stabiliti dalla legge n. 194 per l’interruzione della gravidanza e in ogni caso costringerebbe la donna a protrarre la gestazione oltre la sua volontà con un incremento esponenziale del pericolo per la sua salute.

²⁴ Si tratta della “*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)*” del 13 settembre 2013 consultabile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2023_allegato.pdf.

La Commissione, nella seduta del 6 marzo 2014²⁵, ha approvato, infatti, una risoluzione - ai sensi dell'art. 124 reg. Camera dei Deputati - all'esito dell'"*ampio dibattito svoltosi presso la medesima Commissione a partire dall'11 febbraio 2014*" sulla Relazione ex art. 16 per l'anno 2013, pur rilevando che i dati di riferimento "*presentano comunque un limite di analisi dello stato reale a cui si aggiungono le difficoltà, rappresentate da molti referenti regionali, nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG, tanto che in alcune regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di sorveglianza con le schede di dimissioni ospedaliere (SDO)*"²⁶.

Con specifico riferimento all'obiezione di coscienza la risoluzione ha evidenziato che la relazione del Ministero ritiene congrui i numeri complessivi del personale non obiettore rispetto al numero complessivo degli interventi abortivi, sicché eventuali difficoltà nell'accesso al servizio sembrano dovute ad "*una distribuzione inadeguata del personale fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione*"²⁷. Per la Commissione, tuttavia, "*risulta necessaria una verifica considerando che i dati relativi al numero dei non obiettori potrebbero risultare sovrastimati rispetto alla realtà, poiché, non essendo obbligatorio comunicare all'azienda sanitaria di competenza la scelta di obiezione di coscienza, potrebbero essere considerati non obiettori tutti i ginecologi che non hanno mai espresso obiezione semplicemente in quanto la loro attività istituzionale non prevede la pratica delle IVG; va considerato che nel 2011 il carico di lavoro è di 1,7 IVG a settimana; proprio allo scopo di avviare un monitoraggio relativo alle singole strutture ospedaliere e ai consultori e di individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge, con particolare riferimento all'aspetto riguardante l'obiezione di coscienza, è stato attivato nel 2013,*

²⁵ A.C. 5/04154 del 6 marzo 2014 consultabile su <http://www.camera.it/leg17/824?tipo=A&anno=2014&mese=03&giorno=06&view=filtered&commissione=12>.

²⁶ Il "Sistema di sorveglianza epidemiologica delle interruzioni volontarie della gravidanza" è un organismo congiunto - che opera dal 1980 - formato dal Ministero della salute, l'Istituto superiore di sanità e l'Istat, da un lato; le Regioni e le Province autonome, dall'altro.

²⁷ Nella seduta del 6 marzo l'on. Gian Luigi Gigli (PI) ha chiesto espressamente che tra gli impegni rivolti al Governo venisse "*incluso un riferimento esplicito alla questione della riorganizzazione dei punti in cui si effettua l'interruzione volontaria di gravidanza*" (p. 39). L'on. Marisa Nicchi (SEL), nella stessa seduta, ha espresso "*particolare apprezzamento per il primo degli impegni rivolti al Governo, che riprende il testo già recato dalla legge n. 194 del 1978 per quanto riguarda la possibile «diversa mobilità del personale», garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione, al fine di assicurare l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole*" (ivi). La relatrice - on. Elena Carnevali (PD) - invece, ha ritenuto di dover specificare che la riorganizzazione della rete è espressamente prevista nella proposta di risoluzione, "*che fa riferimento ad un «bacino di utenza ragionevole» con riferimento ai presidi ospedalieri presso i quali viene effettuata l'IVG. Per quanto riguarda, poi, la questione concernente la richiesta di dati aggiuntivi alle regioni da parte del Governo, evidenzia le difficoltà già riscontrate in relazione al reperimento dei dati riportati nella relazione in oggetto*" (p. 40).

presso il Ministero della salute, un «Tavolo tecnico» a cui sono stati invitati gli assessori regionali»²⁸.

La disparità di situazioni sul territorio è riscontrata dalla Commissione anche con riferimento al ricorso all'interruzione di gravidanza per via farmacologica, in luogo di quella chirurgica. A tale proposito è stato rilevato che nel 2010, la pillola RU486 non è mai stata utilizzata in Abruzzo e in Calabria; e, invece, nel 2011 non è stata utilizzata nelle sole Marche. Più in generale, osserva la Commissione *“la sua diffusione è comunque percentualmente disomogenea considerando la popolazione delle varie regioni; le prescrizioni per l'utilizzo di questa metodica con limiti entro la settima settimana e l'indicazione di ricovero per 3 giorni possono risultare disincentivanti rispetto alla richiesta di tale opzione, che negli altri Paesi europei avviene con modalità di trattamento ambulatoriale o domiciliare”*.

La risoluzione della Commissione, in conclusione, *“considerati positivamente i risultati raggiunti dopo oltre trent'anni dall'approvazione della legge n. 194 come strumento per la riduzione e il controllo del ricorso dell'IVG;*

impegna il Governo:

nell'attesa dei risultati del citato «Tavolo tecnico» avviato dal Ministero della salute con gli assessori regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle norme per la tutela della maternità e per l'IVG, a riferire alle Commissioni parlamentari competenti sulle iniziative adottate dal Ministero medesimo in attuazione degli impegni assunti l'11 giugno 2013 alla Camera e contenuti nelle mozioni approvate, ed a predisporre, nei limiti delle proprie competenze, tutte le iniziative necessarie affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si attui il quarto comma dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, nella parte in cui si prevede l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole anche attraverso una diversa mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione;

[...] a porre in essere tutte le azioni necessarie per un monitoraggio più puntuale, aggiornato, analitico e coerente rispetto alle criticità indicate in premessa;

²⁸ Nella stessa risoluzione si precisa che per provvedere ad un monitoraggio più efficiente *“una prima proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali e che i risultati di tale monitoraggio saranno presentati nella prossima Relazione al Parlamento”* (p. 45).

[...] a prevedere che le Regioni debbano rendere noto, usando tutti gli strumenti informativi necessari compresi i siti istituzionali, il percorso di accesso al servizio da parte dell'utente e i presidi ospedalieri nei quali viene effettuata l'IVG, determinando un bacino di utenza ragionevole;
[...] ad attivarsi affinché su tutto il territorio nazionale l'interruzione di gravidanza farmacologica sia garantita omogeneamente, nell'appropriatezza clinica”.

4. La Relazione sull'attuazione della legge n. 194 del 15 ottobre 2014.

La risoluzione del 6 marzo 2014, come appena visto, impegna il Governo a provvedere, nei limiti delle proprie competenze, affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali sia verificabile e certo “il diritto della donna alla scelta libera e consapevole anche attraverso una diversa mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione”, segnatamente, attraverso “un monitoraggio più puntuale, aggiornato, analitico e coerente”. Il Governo è, altresì, obbligato dalla risoluzione della Commissione affari sociali ad imporre alle Regioni di determinare un “bacino di utenza ragionevole” della prestazione prevista dalla legge n. 194 e di rendere noto, con l'impiego di tutti gli strumenti informativi a disposizione, compresi i siti istituzionali, “il percorso di accesso al servizio da parte dell'utente e i presidi ospedalieri nei quali viene effettuata l'IVG”; nonché da ultimo, ad attivarsi affinché sia garantito su tutto il territorio nazionale l'accesso all'interruzione di gravidanza farmacologica.

La Commissione in sostanza chiede al Governo di attivarsi per verificare se i LEP fissati dalla legge n. 194 del 1978²⁹ siano stati rispettati, in maniera tale da superare quelle criticità che,

²⁹ A tale proposito si ricorda che la giurisprudenza amministrativa proprio in materia di interruzione volontaria della gravidanza – sebbene chiamata a statuire specificamente sulle Linee guida approvate dalla Regione Lombardia (deliberazione di Giunta n. VIII/6454 del 22 gennaio 2008) che limitavano il periodo di tempo per chiedere il c.d. aborto terapeutico e introducevano degli aggravamenti alle procedure di accesso e di espletamento del servizio non previste dalla legge n. 194 del 1978 - ha sottolineato che l'art. 117, 2 co. lett. m) Cost. - il quale riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” - non provvede ad individuare “una materia in senso stretto, ma definisce una competenza trasversale del legislatore statale che può investire anche materie riservate alla competenza delle regioni, per le quali tuttavia lo stesso legislatore statale deve poter dettare le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni essenziali garantite che sostanziano il contenuto minimo di tali diritti (cfr. Corte Costituzionale, sentenza 26 giugno 2002 n. 282) [...tuttavia] una corretta lettura della disposizione e delle statuizioni contenute nelle sentenze della Corte Costituzionale port[a] a ritenere che per determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni non debba intendersi esclusivamente l'individuazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni stesse, come pure ha affermato la Corte (cfr. Corte Costituzionale 4 dicembre 2009 n. 322), ma debba anche (e prima ancora) intendersi l'individuazione delle condizioni cui è subordinato l'accesso a quelle prestazioni, giacché sarebbe del tutto illogico ritenere il contrario, e cioè che la norma costituzionale, pur avvertendo l'esigenza di assicurare prestazioni di contenuto minimo uniforme su tutto il territorio

nondimeno, saranno evidenziate appena due giorni dopo dalla decisione del Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa³⁰.

Ebbene, l'ultima Relazione sull'attuazione della legge n. 194 del 15 ottobre 2014, pur confermando il tradizionale dato sull'obiezione, non sembra, per così dire, centrare l'obiettivo assegnato dalla Commissione Affari sociali, superando la situazione censurata in sede sovranazionale.

In particolare, il Ministero della Salute evidenzia che: *“nel 2012 si evincono valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (69.6, cioè più di due su tre) con una tendenza alla stabilizzazione, dopo un notevole aumento negli anni. Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011 e al 69.6% nel 2012. Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 45.0 % nel 2012. Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud: 90.3% in Molise, 89.4% in Basilicata, 87.3% nella PA di Bolzano, 84.5% in Sicilia, 81.9% nel Lazio, 81.8% in Campania e 81.5% in Abruzzo. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 78.3% in Molise, 77.4% in Sicilia, 71.5% nel Lazio e 71.3% in Calabria). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 90.1% in Molise e 80.9% in Sicilia”*³¹.

A fronte dell'altissimo dato generale rilevato (il 69,6% dei ginecologi, il 47,5% degli anestesisti, il 45% del personale non medico) il Ministero si sofferma specificamente solo sulle percentuali dei

nazionale, lasci poi che ciascuna regione possa stabilire quando quelle prestazioni debbano essere assicurate ai cittadini”: critica su questa ricostruzione F. BIONDI, *L'interruzione di gravidanza fra Stato e Regioni in una decisione del giudice amministrativo*, in *Quad. cost.*, 2011, 2, 413 s.; cfr. inoltre L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza. Convegno annuale del Gruppo di Pisa, Trapani 8-9 giugno 2012*, Napoli, Editoriale scientifica, 2013, 118 s.

³⁰ La risoluzione della Commissione affari sociali, difatti, è del 6 marzo 2014, mentre il Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa ha reso pubbliche le motivazioni della propria decisione l'8 marzo 2014 la quale - si ricorda - ha affermato la violazione dell'art. 11 e dell'art. E della Carta Sociale Europea, non essendo stata dimostrata la presenza costante ed omogenea sul territorio di personale medico e ausiliario che non obiettore.

³¹ 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) del 15 ottobre 2014*, 41 s., in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2226_allegato.pdf.

ginecologi, rilevando che nelle strutture monitorate “*il carico di lavoro settimanale di ogni ginecologo non obiettore viene sostanzialmente confermato rispetto a quanto già indicato nell’ultima relazione al Parlamento, dove i dati erano stati raccolti su base aggregata regionale e non per singola struttura. Il monitoraggio ad hoc effettuato sulle singole strutture conferma, quindi, la bontà del dato aggregato regionale, già comunicato negli anni passati*”. Il Ministero, dunque, risponde ai rilievi in punto di qualità della valutazione, sostenendo che i dati raccolti per singola struttura confermano quelli raccolti su base regionale, difendendo così l’affidabilità delle rilevazioni già effettuate in precedenza. La Relazione del 15 ottobre 2014, poi, così prosegue: “*Entrando nel merito dei dati, quelli relativi al 2012 confermano il trend di quelli del 2011: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle D’Aosta alle 4.2 del Lazio con una media nazionale di 1.4 IVG a settimana*”³². Il Ministero quindi, ottenendo la media semplice degli interventi a livello nazionale dal rapporto tra il numero degli aborti effettuati e i turni di servizio di tutti i ginecologi non obiettori a livello regionale, ritiene che “*il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG, e quindi gli eventuali problemi nell’accesso al percorso IVG sono dovuti eventualmente ad una inadeguata organizzazione territoriale, che attualmente, dopo questo monitoraggio, sarà più facile individuare. A fronte di ciò, nell’ultima riunione tenutasi il 3 luglio 2014 presso la sede del Ministero della Salute con i rappresentanti delle regioni, le stesse regioni sono state invitate a procedere ad un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare, ciascuna per il proprio ambito, i bisogni del territorio*”³³.

Riguardo l’interruzione di gravidanza per via farmacologica la Relazione si limita a rilevare che: “*I dati del 2012, riferiti dalle Regioni o dedotti dal file Istat relativo ai modelli D12, mostrano un valore leggermente superiore rispetto al 2011: 7855 casi (pari all’8.5% di tutte le IVG), effettuati*

³² La Relazione prosegue rilevando che “*Al fine di considerare gli operatori in relazione al tempo di lavoro effettivo presso la struttura, ed escludere la possibilità di contare più volte uno stesso operatore presente in strutture diverse, il monitoraggio ha previsto anche la rilevazione dei ginecologi non obiettori in termini di FTE (Full Time Equivalent) dove l’unità di misura FTE corrisponde al numero di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno. Il valore in FTE pari ad 1 equivale ad una persona che lavora a tempo pieno, un lavoratore part-time al 50% corrisponde a 0.5 FTE. Tuttavia il carico di lavoro settimanale rilevato rispetto al numero di ginecologi non obiettori in termini di unità di personale non è sostanzialmente diverso da quello rilevato in termini di FTE*” (p. 46).

³³ Ivi.

in tutte le Regioni tranne le Marche [...] con il passare degli anni, è aumentato il ricorso al Mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare dal quando è stata autorizzata la sua commercializzazione (luglio 2009). Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (25.2%), Valle d'Aosta (24.0%), Piemonte (19.0%) e Emilia Romagna (18.5%)”³⁴

Tornando alle rilevazioni sul carico di lavoro del personale non obiettore, per migliorare l'efficienza del dato fornito dalle Regioni, in termini di confronto sull'effettività della prestazione, nonché di omogeneità della sua erogazione sul territorio nazionale, si potrebbe pensare di ponderare il rapporto da cui scaturisce il numero delle interruzioni avvenute sui singoli territori con degli indici che esprimano le specificità locali: come la densità di popolazione residente, le difficoltà di spostamento da una struttura regionale all'altra sia in ragione delle possibilità economiche delle utenti che della morfologia dei territori, etc... Solo all'esito di una tale rilevazione, d'altronde, sembra possibile elaborare un modello di bacino di utenza ragionevole del servizio in grado di rappresentare un punto di riferimento minimale per le Regioni e le Province autonome³⁵.

Queste considerazioni, pertanto, inducono a dubitare che il dato raccolto dalla Relazione del Ministro sia in grado di diradare i dubbi circa la qualità del monitoraggio ministeriale avanzati dalla Commissione Affari sociali e dal Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa.

Per concludere, a prescindere da questi richiami la questione della qualità dell'informazione dovrebbe preoccupare in ogni caso il Governo. Difatti, se rientra nella competenza legislativa statale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, *ex art. 117 Cost., 2 co. lett. m) Cost.*, allora tanto più urgente e necessario - a fronte della conclamata incapacità delle Regioni e delle Province autonome di assicurare gli stessi livelli di protezione

³⁴ *Ib.*, 40.

³⁵ Per tutti si vd. L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, cit., 125 la quale rileva che “sulla scorta dei lavori preparatori alla riforma [*del Titolo V del 2001*], e, soprattutto, degli interventi del legislatore regionale e di talune decisioni rese al riguardo dallo stesso giudice costituzionale, è parso ad un certo punto evidente che la clausola dei LEP se da un lato puntava a sottrarre alle Regioni l'individuazione di prestazioni essenziali in forza del principio di eguaglianza, dall'altro lasciava però alle stesso lo «spazio» per apportare una eventuale *reformatio in melius* della disciplina nazionale in forza del principio di decentramento”.

minimi su tutto il territorio nazionale - si rivela provvedere a verificare quelle situazioni che giustificano l'intervento sostitutivo statale ai sensi dell'art. 120 Cost³⁶.

Così non è, invece, almeno per il momento, e dunque la garanzia della prestazione prevista dalla legge n. 194 del 1978 è abbandonata allo zelo delle autonomie territoriali, con buona pace della pretesa alla omogeneità sul territorio nazionale dei livelli minimali del servizio di interruzione volontaria della gravidanza.

³⁶ A. CARMINATI, *La decisione del Comitato europeo dei diritti sociali richiama l'Italia ad una corretta applicazione della legge 194 del 1978*, cit., 10.