



**EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS
COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX**

13 May 2015

Case Document No. 10

Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy
Complaint No.91/2013

**INFORMATION FROM CGIL
(Italian)**

Registered at the Secretariat on 8 May 2015

Confederazione Generale Italiana del Lavoro

Corso d'Italia 25

Roma

Italia

Secretariat of the European Social Charter

Directorate General of Human Rights and Legal Affairs

Directorate of Monitoring

F-67075 Strasbourg Cedex

Francia

**INFORMAZIONI SUI RECENTI SVILUPPI
DAL PUNTO DI VISTA LEGISLATIVO E DELLA PRASSI
IN MATERIA DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA**

Confederazione Generale Italiana del Lavoro

contro

Italia

(Reclamo collettivo n. 91 del 2013)

INDICE

1. Osservazioni preliminari.

2. Sul profilo della violazione dei diritti delle donne (artt. 11 ed E, Carta Sociale Europea).

2.1. Osservazioni preliminari sulla Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 adottata dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

2.2. La procedura attualmente pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

2.3. “Italian intervention on the first examination of Complaint No. 87/2012 International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy, (GR-SOC, 13 and 18 March 2014)”.

2.4. La 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, 15 ottobre 2014.

2.4.1. I passaggi maggiormente significativi della Relazione del Ministero della Salute, 2014.

2.4.2. Il primo parametro di valutazione (“Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili”).

2.4.3. Il secondo parametro di valutazione (“Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita”).

2.4.4. Il terzo parametro di valutazione (“Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore”).

2.4.5. Il profilo dei consultori.

2.5. Conclusioni.

3. Sul profilo della violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza (artt. 1, 2, 3, 26 ed E, Carta Sociale Europea; artt. 21 e 22, Carta Sociale Europea).

3.1. Osservazioni preliminari.

3.2. La relazione intercorrente fra accertamento della lesione dei diritti delle donne (Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012) e accertamento della lesione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza.

3.3. Gli sviluppi dal punto di vista legislativo e della prassi, intervenuti successivamente al deposito della Risposta della Confederazione Generale Italiana del Lavoro alle osservazioni del Governo italiano.

3.3.1. La 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, 15 ottobre 2014.

3.3.2. La Risoluzione approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

3.3.3. La testimonianza diretta della Dott. Rossana Cirillo.

Conclusioni.

Allegati.

1. Osservazioni preliminari.

1. Il 19 marzo 2015 il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha invitato le parti (il sindacato Confederazione Generale Italiana del Lavoro e il Governo italiano) a inviare ulteriori informazioni e documentazione sui recenti sviluppi dal punto di vista legislativo e della prassi, eventualmente intervenuti successivamente all'ultimo atto depositato, nella prospettiva dell'adozione della propria decisione di merito.

2. La Confederazione Generale Italiana del Lavoro intende in questa sede svolgere alcune osservazioni in merito ai profili di violazione della Carta Sociale Europea con riferimento sia alla posizione delle donne che intendono accedere all'interruzione volontaria di gravidanza secondo quanto prescritto dalla legge n. 194 del 1978 sia alla posizione dei medici non obiettori di coscienza che svolgono questo tipo di prestazione. Tale violazione risulta determinata dall'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza e dalla disorganizzazione degli ospedali e delle Regioni che, secondo quanto stabilisce l'art. 9 della legge n. 194 del 1978, devono in ogni caso assicurare l'accesso al trattamento interruttivo di gravidanza garantendo quindi una adeguata presenza di medici non obiettori di coscienza in ogni struttura ospedaliera.

3. La Confederazione Generale Italiana del Lavoro, quanto al primo profilo – violazione dei diritti delle donne - , tiene a sottolineare che, pur a fronte della Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 adottata dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali il 10 settembre 2013 e resa pubblica il 10 marzo 2014 e della Risoluzione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa adottata nei confronti dell'Italia il 30 aprile 2014, la situazione di non conformità alla Carta Sociale Europea (artt. 11 ed E) permane poiché non sono state adottate specifiche misure positive tese a darvi soluzione. Pertanto, richiede che il Comitato Europeo confermi la propria precedente decisione anche con riguardo al Reclamo collettivo n. 91 del 2013.

4. Con riguardo al secondo profilo – violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza – la Confederazione Generale Italiana del Lavoro intende svolgere ulteriori considerazioni rispetto a quelle svolte nel Reclamo collettivo n. 91 del 2013 e nella Risposta alle osservazioni del Governo italiano, per dare

dimostrazione della compromissione della posizione dei medici non obiettori di coscienza.

2. Sul profilo della violazione dei diritti delle donne (artt. 11 ed E, Carta Sociale Europea).

2.1. Osservazioni preliminari sulla Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 adottata dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

5. Il 10 settembre 2013 il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha adottato la Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012, presentato dall'organizzazione internazionale non governativa *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN)*, accertando la violazione da parte dell'Italia degli art. 11 (*Diritto alla salute*), della Carta Sociale Europea, e art. E (*Non discriminazione*), letto in combinato disposto con l'art. 11, della Carta Sociale Europea.

6. Nell'accertare lo stato di violazione della Carta Sociale Europea per quanto riguarda i diritti delle donne, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha innanzitutto sottolineato che con il Reclamo collettivo n. 87 non si è inteso richiedere di impedire o limitare l'esercizio del diritto di obiezione di coscienza (§ 167, Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012).

7. In secondo luogo, in questa sede risulta necessario sottolineare che il Comitato Europeo ha accertato la violazione dell'art. 11 della Carta Sociale Europea (§ 177, Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012) confrontando le prove fornite dalle parti (*IPPF EN* e Governo italiano) nel corso della procedura (§ 174, *ibidem*).

8. In particolare, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha affermato che le prove fornite dall'organizzazione reclamante nonché i documenti pubblicati e approvati dal Parlamento (ovvero le Mozioni presentate alla Camera dei Deputati e l'Atto di Sindacato Ispettivo presentato al Senato della Repubblica) dimostrano "the existence of serious problems in relation to the following situations", ovvero: "a) decrease in the number of hospitals or nursing homes

where terminations of pregnancy are carried out nation-wide (see paragraphs 57 and 108 above); b) significant number of hospitals where, even if a gynecology unit exists, there are no non-objecting gynaecologists, or there is just one (see paragraphs 57, 108, 110, 112, 114 and 116 above); c) disproportionate relationship between the requests to terminate pregnancy and the number of available non-objecting competent health personnel within single health facilities (see paragraphs 115, 117, 120, 125, 128, 129, 131, 136, 137, 139 and 145 above) - which risk the creation of extensive geographical zones where abortion services are not available notwithstanding the legal right to access such services established under Italian law; d) excessive waiting times to access abortion services (see paragraphs 57, 110 and 120 above); e) cases of non-replacement of medical practitioners who are not available due to holiday, illness, retirement, etc. (see paragraphs 57, 110, 118, 119, 121, 122 and 124 above) - which pose the risk of substantial disruption to the provision of abortion services; f) cases of deferral of abortion procedures due to an absence of non-objecting medical practitioners willing to perform such procedures (see paragraphs 57, 122 and 138 above); g) cases of objecting health personnel refusing to provide the necessary care prior to or following abortion (see paragraphs 52, 126 and 127 above)."

9. Al contrario, il Governo italiano non ha fornito "any detailed information in respect of the above-mentioned situations which served to refute the allegations presented by the complainant organisation" (§ 170, Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012), non ha risposto ad alcuni quesiti specificamente posti dal Comitato Europeo (§ 173, Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012) e, rispetto ad altre informazioni richieste, ha dichiarato che esse non fossero disponibili (*ibidem*).

10. Con riguardo alla violazione dell'art. E, letto in combinato disposto con l'art. 11, della Carta Sociale Europea, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali parimenti fonda la propria decisione sulla documentazione fornita da IPPF EN - documentazione che non risulta contraddetta dal Governo italiano (§ 191, Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012) – e sulle Mozioni e sull'Atto di Sindacato Ispettivo presentati e approvati dal Parlamento.

2.2. La procedura attualmente pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

11. Con il Reclamo collettivo n. 91 del 2013, presentato dalla Confederazione Generale Italiana del Lavoro, si chiede, quale primo profilo, che il Comitato Europeo dichiari che l'Italia viola, in relazione ai diritti delle donne, l'art. 11 della Carta Sociale Europea, letto da solo o in combinato disposto con l'art. E della Carta Sociale Europea, in ragione delle difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978, che compromettono il diritto di accesso ai trattamenti interruttivi della gravidanza.

12. In ragione della identità delle questioni sottese al profilo di violazione degli artt. 11 ed E della Carta Sociale Europea oggetto della prima parte del Reclamo collettivo n. 91 del 2013 rispetto all'oggetto del Reclamo collettivo n. 87 del 2012, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro in questa sede, a fronte della Decisione sul merito adottata dal Comitato Europeo in relazione al Reclamo collettivo n. 87, si limita a richiamare le proprie osservazioni svolte sia nel Reclamo collettivo n. 91 sia nella Risposta alle osservazioni del Governo italiano.

13. La Confederazione Generale Italiana del Lavoro, quindi, chiede che il Comitato Europeo in relazione al profilo di violazione dei diritti delle donne (artt. 11 ed E, Carta Sociale Europea) ribadisca il proprio precedente, costituito dalla Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012.

14. Cionondimeno, a fronte della richiesta del Comitato Europeo del 19 marzo 2015 – con cui si è data la possibilità di depositare “any information on recent developments in the law or practice” - la Confederazione Generale Italiana del Lavoro ritiene in questa sede di dovere svolgere alcune brevi considerazioni allo scopo di:

- mostrare innanzitutto al Comitato Europeo dei Diritti Sociali quale situazione si è determinata a seguito della Decisione sul merito del Reclamo n. 87 e della Risoluzione del Comitato dei Ministri adottata nei confronti dell'Italia

e

- conseguentemente dimostrare che la situazione di violazione accertata dal Comitato Europeo permane.

15. A questo scopo, risulta significativo richiamare i seguenti documenti ufficiali prodotti dal Governo italiano e dal Ministero della Salute, che mostrano come la violazione permanga.

16. Il Governo italiano e il Ministero della Salute, infatti, non condividono la Decisione adottata dal Comitato Europeo e non ritengono che vi siano profili problematici nell'effettiva applicazione della legge n. 194 del 1978. In questa prospettiva, quindi, non risulta necessario ad avviso del Governo e del Ministero adottare alcuna misura positiva che dia soluzione alle problematiche accertate dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

2.3. "Italian intervention on the first examination of Complaint No. 87/2012 International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy, (GR-SOC, 13 and 18 March 2014)".

17. Il Governo italiano, a seguito dell'adozione della Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012, è stato chiamato a riferire sulla situazione di non conformità alla Carta Sociale Europea il 18 marzo 2014.

18. In questa occasione, pur a fronte dell'intervenuta Decisione del Comitato Europeo, il Governo italiano ha revocato ancora in dubbio che vi siano problematiche applicative in relazione al numero di medici obiettori di coscienza e alla disorganizzazione degli ospedali, che si ripercuotono negativamente sui diritti delle donne che intendono accedere al trattamento interruttivo di gravidanza, limitandosi a riferire di voler porre in essere una mera attività di monitoraggio.

19. In particolare, risultano significativi i seguenti passaggi:

"6. Having said that, Letta's Government took note of the decision of the Committee considering it as a stimulus to better the application of Act No. 194/78. In June 2013, the Ministry of Health opened a 'Technical table' calling Regional Assessors, appointed to supervise Health Management in the Regional

Governing Bodies, to gather data in order to assess the impact of conscientious objectors at local level. The results of this monitoring activity, that is about to be concluded, will shed light on the details of the phenomenon. The Minister of Health, Minister Lorenzin, who was confirmed in her duty even with the recent change of government, expressed her will that if any difficulty in the access of women to pregnancy termination services will emerge, the Technical Table will put in place all the suitable initiatives, in respect of National and Regional competences. 7. The Permanent Representation of Italy will communicate to the Committee of Ministers the outcome of this monitoring process as soon as possible and asks that a resolution is drafted taking note of the initiative of our Minister of Health Lorenzin in order to tackle this delicate issue.”

20. A fronte di questa posizione, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa non ha potuto prendere in considerazione, nell'adottare la propria Risoluzione del 30 aprile 2014, alcuna positiva ed effettiva presa in carico dei problemi accertati dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali, né una avvenuta risoluzione degli stessi. In particolare, nella Risoluzione si afferma che il Comitato dei Ministri:

“1. takes note of the statement made by the respondent government and the information it has communicated on the follow-up to the decision of the European Committee of Social Rights and welcomes its commitment to bring the situation into conformity with the Charter (see appendix to the resolution);

2. looks forward to Italy reporting, at the time of the submission of the next report concerning the relevant provisions of the Revised European Social Charter, that the situation has been brought into full conformity.”

21. Il Comitato dei Ministri, quindi, attende che vengano adottate le effettive misure tese a superare l'accertata condizione di violazione della Carta Sociale Europea con riferimento ai diritti delle donne, di cui peraltro l'Italia dovrà rendere conto nella prossima relazione sullo stato di applicazione del Trattato.

2.4. La 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, 15 ottobre 2014.

22. La valutazione del cd. *follow up* della Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 si rivela essenziale per dimostrare come attualmente permanga la situazione di violazione dei diritti delle donne. In questa prospettiva, risulta particolarmente significativa la Relazione del Ministro della Salute del 2014, tenuto ogni anno a riferire al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978 (Doc. 1).

23. Innanzitutto, occorre sottolineare che il Ministero della Salute, pur dedicando per la prima volta al tema dell'obiezione di coscienza una parte consistente della stessa Relazione – anziché un solo paragrafo come negli anni precedenti –, non effettua alcun riferimento alla procedura relativa al Reclamo collettivo n. 87 del 2012 conclusasi con la Decisione sul merito adottata dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali resa pubblica il 10 marzo 2014, né alla Risoluzione del Comitato dei Ministri, né alla procedura ancora pendente davanti al Comitato Europeo introdotta dal Reclamo collettivo n. 91 del 2013.

24. In secondo luogo, il Ministero della Salute non ritiene che vi siano problematiche nell'applicazione effettiva della legge n. 194 del 1978. In particolare, ritiene che il numero di medici non obiettori che effettuano le interruzioni volontarie di gravidanze sia del tutto congruo rispetto alle interruzioni effettuate e che, paragonando il dato "numero dei centri di interruzione di gravidanza – numero degli aborti effettuati" e il dato "numero dei centri nascita – numero di bambini nati", si debba procedere ad una razionalizzazione nell'organizzazione dei servizi che porti a chiudere alcuni centri di interruzione di gravidanza poiché sono più numerosi rispetto ai centri di nascita, se paragonati al numero di aborti e di nascite (su tali considerazioni si tornerà anche oltre).

25. Si ritiene pertanto necessario riportare sinteticamente i passaggi più significativi della Relazione, che non contiene alcun riferimento alla Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012, né alla Risoluzione adottata dal Comitato dei Ministri, né alla procedura ancora pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali, e in cui si sostiene che non vi siano problematiche

nella concreta applicazione della legge n. 194 (a differenza di quanto è stato accertato dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali e di quanto è stato riportato nella successiva Risoluzione adottata dal Comitato dei Ministri).

2.4.1. I passaggi maggiormente significativi della Relazione del Ministero della Salute, 2014.

26. Il Ministero della Salute introduce la propria Relazione ricostruendo il percorso di istituzione del Tavolo tecnico di monitoraggio sulla applicazione della legge n. 194 del 1978 e individuando i parametri adottati per svolgere la stessa indagine (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 6; su tali parametri si tornerà successivamente):

“Offerta del servizio e Obiezione di coscienza

Il 18 luglio 2013 - facendo seguito agli impegni assunti dal Ministro della Salute, nel dibattito dell'11 giugno 2013 presso la Camera dei Deputati su alcune mozioni inerenti l'applicazione della Legge n.194/78 - è stato attivato presso il Ministero della Salute un "Tavolo tecnico" a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Assessori regionali e l'Istituto Superiore di Sanità. Tale Tavolo ha avviato un monitoraggio sulle attività di IVG e sull'obiezione di coscienza a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, per individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge. Le Regioni hanno inviato i dati richiesti, sebbene in ritardo e con alcune carenze di tipo qualitativo.

Per sintetizzare i dati del monitoraggio rilevati sulle singole strutture di ricovero sono stati identificati tre parametri che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali:

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita;*

- ✓ **parametro 3:** *Offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori (carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore). [...].”*

27. Il Ministero della Salute, dunque, pur a fronte dell'avvenuto accertamento delle problematiche relative alla concreta applicazione della legge n. 194, sostiene di avere attivato – con i limiti che si vedranno oltre in merito alla incompletezza dei dati raccolti riconosciuta dallo stesso Ministero – un Tavolo tecnico, che si pone quale obiettivo il “monitoraggio” della situazione, al fine di rilevare “eventuali” criticità applicative e non quello – che avrebbe dovuto logicamente conseguire alla Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 – di individuare e applicare concrete misure risolutive delle stesse criticità già accertate.

28. Nella parte introduttiva della Relazione il Ministro della Salute, inoltre, svolge alcune considerazioni finali (a commento delle quali si vedano i successivi paragrafi e capitoli) sulla stessa indagine svolta (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 9):

“Conclusioni

[...]

- **il primo monitoraggio capillare sui punti IVG e l'obiezione di coscienza, effettuato su tutto il territorio dall'approvazione della L.194/78, conferma quanto osservato nella precedente relazione al parlamento: su base regionale non emergono criticità nei servizi di IVG.** In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 64% delle strutture disponibili, con una **copertura soddisfacente**, tranne che in due regioni molto piccole. **Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite.** Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 3 strutture in cui si fa IVG, ce ne sono 4 in cui si partorisce. Infine, considerando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, ipotizzando 44 settimane lavorative in un anno, a

livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1.4 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0.4 (Valle d'Aosta) e 4.2 (Lazio). **Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere risulta quindi congruo rispetto alle IVG effettuate.** Il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, **pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati**, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere;

[...]

Beatrice Lorenzin”.

29. Il Ministero della Salute, inoltre, come ogni anno, dedica parte della propria Relazione ai dati numerici del ricorso all'obiezione di coscienza, riferiti alle diverse categorie professionali (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 41 s.):

“3.10 Obiezione di coscienza

I dati relativi all'obiezione di coscienza 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, anche se le Regioni non sempre forniscono il dato in questa forma.

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. 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.

È opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, "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." Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento" (art. 9 della Legge 194)."

30. Questi dati - che sostanzialmente coincidono con quanto il Ministero della Salute ogni anno riporta nel solo paragrafo usualmente dedicato al tema dell'obiezione di coscienza nelle proprie Relazioni - consentono alla Confederazione Generale Italiana del Lavoro di anticipare una considerazione che trova conforto nella Risoluzione approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati il 6 marzo 2014 (Doc. 4) e sulla quale si tornerà oltre (capp. 3.3.1 e 3.3.2.), in merito al numero sovrastimato dei medici non obiettori di coscienza con conseguente sottostima del numero di medici obiettori di coscienza, poiché non vi è un obbligo di comunicazione al proprio ospedale intorno alla scelta di sollevare obiezione di coscienza.

31. Successivamente (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 43 ss.), il Ministero della Salute – in ciò come si è detto profondamente innovando rispetto alle precedenti Relazioni - dedica un intero capitolo ai risultati del mero monitoraggio effettuato sull'obiezione di coscienza e sulle interruzioni di gravidanza, che pure, come riconosce lo stesso Ministero, risulta incompleto (**"4. Risultati monitoraggio ad hoc su IVG e obiezione di coscienza"**).

32. Il Ministro della Salute ricostruisce, innanzitutto, le tappe del percorso relativo all'attività di monitoraggio: l'11 giugno 2013 si è svolto il dibattito alla Camera dei Deputati relativo all'approvazione di alcune Mozioni (si vedano i Doc. 7 allegati alla Risposta della Confederazione Generale Italiana del Lavoro alle osservazioni del Governo italiano); il 18 luglio 2013 è stato istituito il Tavolo tecnico dedicato allo specifico monitoraggio sulla piena applicazione della legge; nell'ottobre del 2013 il Ministero ha inviato alle Regioni delle schede per il monitoraggio, che sono state restituite in alcuni casi incomplete fra il dicembre del 2013 e il giugno del 2014.

33. **Nonostante la dichiarata incompletezza dei dati raccolti a livello regionale nell'ambito di un mero monitoraggio**, "Il Ministero ha comunque provveduto ad analizzare le informazioni ricevute così da poterne rendere pubblici i risultati" (pag. 43, Relazione del Ministero della Salute, 2014), **senza che, lo si ribadisce, nella Relazione:**

- **siano state citate la Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012; la Risoluzione successiva adottata nei confronti dell'Italia da parte del Comitato dei Ministri; la procedura attualmente pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali introdotta con il Reclamo collettivo n. 91 del 2013 dalla Confederazione Generale Italiana del Lavoro;**
- **sia stato preso in considerazione l'accertamento della violazione dei diritti delle donne (e quindi degli artt. 11 ed E, Carta Sociale Europea);**

e, conseguentemente, senza che:

- **siano state individuate e quindi adottate concrete misure per fare fronte alle problematiche applicative della legge n. 194 del 1978, come sono state individuate dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali (Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012) e di cui ha preso atto il**

Comitato dei Ministri (Risoluzione adottata nei confronti dell'Italia, 30 aprile 2014).

2.4.2. Il primo parametro di valutazione ("Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili").

34. Rispetto al **primo parametro** individuato dal Ministero ("**Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili**", pag. 44, Relazione del Ministero della Salute, 2014), si afferma che il numero complessivo di strutture con reparto di ostetricia e ginecologia a livello nazionale è pari a 630, mentre il numero complessivo di strutture in cui si effettuano i trattamenti di interruzione volontaria di gravidanza è di 403.

35. Il Ministero conclude nel senso che "la copertura è più che soddisfacente", senza verificare se effettivamente il numero di centri di interruzione di gravidanza sia adeguato rispetto alla richiesta di interruzioni di gravidanza.

36. A questo proposito, si rinvia alle considerazioni svolte nel Reclamo collettivo n. 91 del 2013 e alla Risposta della Confederazione Generale Italiana del Lavoro alle osservazioni del Governo italiano, nonché alla documentazione prodotta nell'ambito della procedura introdotta con il Reclamo collettivo n. 87 del 2012 da *IPPF EN*, con particolare riferimento alla impossibilità di definire il numero effettivo di donne che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza senza riuscire ad accedervi in considerazione del fatto che gli ospedali non registrano le richieste inevase.

2.4.3. Il secondo parametro di valutazione ("Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita").

37. In relazione al **secondo parametro** ("**Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita**", pag. 45, Relazione

del Ministero della Salute, 2014) il Ministero della Salute ha ritenuto “opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.”

38. Sulle strutture che sono state censite (630), 543 sono punti nascita.

39. Il Ministero della Salute prosegue confrontando il numero di aborti e di nascite con il numero di centri di interruzione di gravidanza e di centri per la nascita (pag. 45, Relazione del Ministero della Salute, 2014):

“I nati in Italia nel 2012 sono stati 527.770; nello stesso anno le IVG sono state 107.192, con un rapporto di 4.9:1, mentre quello fra i punti nascita (dato Cedap 2012) e punti IVG è di 1.3:1.

In altre parole, mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita.

[...]

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 4 punti nascita, contro 3 punti IVG, con un rapporto di 1.3:1. Cioè ogni 3 strutture in cui si fa IVG, ce ne sono 4 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, **la numerosità dei punti IVG appare più che sufficiente, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.”**

40. Ancora, il Ministero della Salute rileva (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 45) che **“in molte Regioni c’è, un numero maggiore di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria), il che è addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.**

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Campania, ogni 5.1 punti nascita ci sono 1.9 punti IVG, e nel Lazio, dove ogni 3.5 punti nascita, ci sono 1.9 punti IVG), **comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG.** In questi due casi, comunque, **si è in presenza di regioni in cui è prevista una riduzione dei punti nascita a seguito di una riorganizzazione:** una volta a regime, il rapporto fra punti nascita e IVG sarà più simile a quello delle altre regioni.”

41. A fronte di questo improprio paragone fra “centri IVG – IVG” e “centri nascita – nascite”, il Ministero della Salute (considerando che “È importante ricordare, infatti, che un obiettivo della politica sanitaria italiana, secondo l’Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, è quello della messa in sicurezza dei punti nascita, che prevede una riorganizzazione degli stessi con la chiusura di quelli in cui si effettuano meno di 500 parti l’anno. L’obiettivo di ridurre i punti nascita è finalizzato a concentrare i parti in strutture più adeguate, con personale più esperto, in grado così di garantire una maggiore sicurezza dell’evento nascita per una piena tutela della salute della donna e del bambino”) conclude che **“sarebbe opportuno monitorare, per quanto riguarda le IVG, i punti che ne effettuano poche, analogamente a quanto accade per i punti nascita. Tale considerazione vale ancor di più per le IVG tardive, quelle dopo il primo trimestre di gravidanza, casi in cui l’intervento andrebbe eseguito solo nelle strutture con un reparto di terapia intensiva neonatale, considerando la necessità di assistere l’eventuale nato vivo, a seguito di IVG tardiva.”**

42. Le osservazioni svolte dal Ministero della Salute in relazione al secondo parametro sono, quindi, tese a creare una relazione diretta fra nascite e aborti e fra centri in cui nascono bambini e centri in cui si ricorre all’interruzione volontaria di gravidanza.

43. Tale parallelismo risulta del tutto inconferente rispetto al tema oggetto della Relazione ministeriale, in generale, e, in particolare, del profilo specifico relativo al diritto di obiezione di coscienza e alla garanzia di accesso al trattamento interruttivo della gravidanza.

44. A fronte della Decisione sul merito del Comitato Europeo che ha accertato l’esistenza di serie problematiche connesse alla concreta applicazione della legge n. 194 e della successiva Risoluzione del Comitato dei Ministri, il Ministero della Salute – non facendo alcun riferimento alla Decisione sul merito e alla Risoluzione – adombra addirittura una riduzione del numero di centri che effettuano interruzioni volontarie di gravidanza.

45. Questa affermazione da parte del Ministero della Salute, ancora una volta, conferma l’impostazione complessiva della Relazione, in cui da un lato si disconoscono le procedure avviate nei confronti dell’Italia su questo profilo (Reclamo collettivo n 87 e Reclamo collettivo n. 91) e le criticità che sono state accertate dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali e dall’altro lato,

coerentemente con la stessa impostazione, non si individuano né si adottano concrete misure tese a dare soluzione alle stesse.

46. Da ultimo, desta preoccupazione, in relazione a questo stesso parametro individuato dal Ministero della Salute per monitorare l'applicazione della legge n. 194 del 1978, anche l'affermazione secondo cui **“la numerosità dei punti IVG appare più che sufficiente, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita”** (*ibidem*, pag. 45) e l'affermazione secondo cui **“la numerosità delle strutture è più che adeguata alle IVG effettuate in Italia”** (*ibidem*, pag. 46).

47. È infatti inevitabile che il numero dei centri di interruzione volontaria di gravidanza, nonché il numero di medici non obiettori di coscienza che effettuano le interruzioni, siano **“più che sufficienti”** rispetto alle interruzioni effettuate. Se non lo fossero stati, infatti, gli stessi trattamenti interruttivi non sarebbero stati realizzati. Ancora una volta, dunque, occorre richiamare le considerazioni precedentemente svolte sul numero oscuro e non registrato dalle strutture ospedaliere delle donne che richiedono l'intervento, ma che non vengono ricoverate.

48. A questo proposito, si rinvia in particolare al Reclamo collettivo n. 91 e alla Risposta al Governo, nonché alla documentazione relativa al Reclamo collettivo n. 87 del 2012 e alla relativa Decisione sul merito del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, per lo specifico aspetto riguardante l'aumento degli aborti clandestini e il fenomeno del cd. turismo delle interruzioni volontarie di gravidanza, che dimostrano come la richiesta di trattamento interruttivo non sia soddisfatta dalle strutture territoriali competenti.

2.4.4. Il terzo parametro di valutazione (“Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore”).

49. In rapporto all'ultimo parametro individuato (**“Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore”**, Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 46), il Ministero

ribadisce l'impostazione complessiva della Relazione, secondo cui non ci sono problematiche rispetto all'applicazione della legge n. 194 del 1978.

50. Su tale profilo, pur rinviando alla successiva Parte dedicata alla violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza e alle relative osservazioni (cap. 3), si deve rilevare che il Ministero in primo luogo sostiene 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 in secondo luogo afferma che "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" (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 46), quindi ancora:

- revocando in dubbio che effettivi problemi di accesso al trattamento interruttivo vi siano;
- ascrivendo tali "eventuali problemi" a una inadeguatezza organizzativa di livello territoriale, in relazione alla quale, però, non vengono né individuate né applicate misure risolutive.

2.4.5. Il profilo dei consultori.

51. Un ultimo profilo merita attenzione, nella prospettiva di delineare il quadro complessivo del cd. *follow up* della Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 e quindi di dimostrare il persistere della violazione della Carta Sociale Europea.

52. Il Ministero della Salute dedica una parte della propria Relazione all'illustrazione dei dati relativi ai consultori familiari (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 47 s.).

53. Come per l'attività di monitoraggio complessiva sull'applicazione della legge n. 194 in relazione al diritto di obiezione di coscienza si era rilevata l'incompletezza dei dati raccolti e inviati da parte delle Regioni, anche in questo

caso il Ministero della Salute ha sottolineato che **“la raccolta dei dati si è rivelata particolarmente problematica”**.

54. A fronte di questa premessa, il Ministero rileva che **“dall’analisi delle schede pervenute emerge una grande variabilità tra le Regioni nel ricorso al consultorio per le attività collegate all’IVG.**

Le differenze che si osservano in parte sono dovute al fatto che **la rilevazione non ha una copertura completa in tutte le Regioni**; è necessario inoltre tenere conto delle diverse modalità organizzative a livello locale, nel rapporto tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri, nella presa in carico della donna che vi si rivolge per una IVG.”

55. Inoltre, in modo significativo, si sottolinea che **“In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere.**

Il fatto che nella maggior parte dei casi il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l’effettiva azione per aiutare la donna “a rimuovere le cause che la porterebbero all’interruzione della gravidanza” (art. 5 L.194/78).”

56. A questo proposito, occorre ricordare che l’esercizio del diritto di obiezione di coscienza non viene in alcun modo accordato dalla legge n. 194 alle attività prestate all’interno dei consultori. L’art. 9 della legge n. 194 del 1978 dispone che l’obiezione di coscienza possa valere solo per le attività specificamente e necessariamente dirette all’aborto e non per le attività di assistenza precedente e successiva all’intervento. Se si dovesse riconoscere il diritto di obiezione di coscienza a coloro che svolgono attività ancora più risalenti nel tempo rispetto all’attività di assistenza precedente all’aborto, si determinerebbe una discriminazione del tutto irragionevole nei confronti degli operatori sanitari che svolgono quella attività di assistenza in relazione alla quale non è possibile sollevare obiezione di coscienza (su questo aspetto si veda innanzitutto la decisione del TAR Puglia del 2010 che ha stabilito che nei consultori il diritto di obiezione di coscienza non può essere legittimamente esercitato, Doc. 2, nonché la recente iniziativa della Regione Lazio, che ha adottato un Decreto con cui si ribadisce che nei consultori non si può sollevare obiezione di coscienza e che si devono prescrivere e applicare i contraccettivi ormonali e meccanici. Tale Decreto è stato impugnato da: Federazione

Nazionale dei Centri e Movimenti per la Vita D'Italia, Associazione Italiana dei Medici Cattolici e Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, Doc. 3).

2.5. Conclusioni.

57. A fronte di queste considerazioni, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro tiene quindi a sottolineare che il Governo italiano e il Ministero della Salute rispettivamente nella risposta pubblicata in appendice alla Risoluzione del Comitato dei Ministri del 30 aprile 2014 e nella Relazione presentata al Parlamento il 15 ottobre 2014:

- omettono di tenere conto e di citare la Decisione sul merito del Comitato Europeo, la Risoluzione stessa e l'attuale procedura pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali;
- ritengono che non vi siano problematiche applicative relative alla legge n. 194 del 1978 in rapporto all'abiezione di coscienza;

conseguentemente non ritenendo sussistenti i profili di violazione accertati dal Comitato Europeo:

- non individuano le misure concrete necessarie per darvi soluzione
- e quindi non applicano le medesime misure, che sono concretamente richieste a fronte della Decisione sul merito adottata dal Comitato Europeo e attese dal Comitato dei Ministri.

3. Sul profilo della violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza (artt. 1, 2, 3, 26 ed E, Carta Sociale Europea; artt. 21 e 22, Carta Sociale Europea).

3.1. Osservazioni preliminari.

58. Come si è anticipato, il profilo sul quale, in relazione alle problematiche sottese all'esercizio del diritto di obiezione di coscienza e alla organizzazione di ospedali e Regioni in materia di interruzione volontaria di gravidanza, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali non si è pronunciato in occasione della Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 – poiché non ne formava oggetto specifico di giudizio – risulta essere la violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza, sui quali ricade l'intero carico di lavoro in ragione dell'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza e della disorganizzazione degli ospedali e delle Regioni.

59. La Confederazione Generale Italiana del Lavoro richiama in questa sede le considerazioni svolte nel Reclamo collettivo n. 91 e nella Risposta alle osservazioni del Governo italiano, in merito alla violazione degli artt. 1 (*Diritto al lavoro*), 2 (*Diritto ad eque condizioni di lavoro*), 3 (*Diritto alla sicurezza e all'igiene sul lavoro*), 26 (*Diritto alla dignità sul lavoro*) ed E (*Non discriminazione*) della Carta Sociale Europea, nonché alla rilevanza per l'oggetto del Reclamo collettivo n. 91 degli artt. 21 (*Diritto all'informazione ed alla consultazione*) e 22 (*Diritto di partecipare alla determinazione ed al miglioramento delle condizioni di lavoro e dell'ambiente di lavoro*) della Carta Sociale Europea.

60. In particolare, risultano significativi i seguenti passaggi della Risposta alle osservazioni del Governo italiano: §§ 6 – 8; §§ 155 – 206 e §§ 314 – 323.

61. Inoltre, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro richiama la documentazione allegata al Reclamo collettivo n. 91 e alla Risposta alle osservazioni del Governo italiano, con specifico riguardo:

- alla Documentazione istituzionale (documentazione istituzionale di livello nazionale - Mozioni e Atto di Sindacato Ispettivo presentati e approvati dal Parlamento - ; documentazione istituzionale di livello regionale);
- alla Documentazione fornita dalla Laiga – Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'applicazione della legge n. 194/78;
- alla Documentazione fornita dalla stessa Confederazione Generale Italiana del Lavoro;
- alle Testimonianze dirette di medici non obiettori e di donne, con riguardo alla posizione dei medici non obiettori di coscienza.

3.2. La relazione intercorrente fra accertamento della lesione dei diritti delle donne (Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012) e accertamento della lesione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza.

62. A fronte di queste considerazioni, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro tiene preliminarmente a ricordare, così come per la dimostrazione della violazione dei diritti delle donne – violazione accertata dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali con la Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 -, quali sono state le difficoltà che si sono registrate nel reperire i dati e le prove forniti della violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza nel corso della procedura attualmente pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali, in ragione della delicatezza della materia e delle conseguenze negative che si possono ulteriormente determinare per le posizioni lavorative.

63. Come già sottolineato, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha riconosciuto la violazione degli artt. 11 ed E della Carta Sociale Europea, con specifico riguardo alla posizione delle donne che intendono accedere all'interruzione volontaria di gravidanza.

64. Tale accertamento è intervenuto sulla base della documentazione fornita da IPPF EN e della Documentazione istituzionale (con particolare riguardo alle Mozioni e all'Atto di Sindacato Ispettivo approvati dal Parlamento).

65. La documentazione fornita da *IPPF EN* – non contraddetta dal Governo italiano come ha accertato il Comitato Europeo dei Diritti Sociali - è costituita, al pari di quanto depositato dalla Confederazione Generale Italiana del Lavoro nella procedura introdotta con il Reclamo collettivo n. 91, da dati forniti dalla Laiga, dalla Confederazione Generale Italiana del Lavoro e dalle testimonianze dirette dei medici non obiettori di coscienza e delle donne.

66. Il Comitato Europeo dei Diritti Sociali nell'accertare la violazione dei diritti delle donne ha sottolineato che tale compromissione si determina a fronte dell'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza e della disorganizzazione degli ospedali e delle Regioni.

67. Tale accertamento, dunque, pone in evidenza il nesso fra le difficoltà di accesso al trattamento interruzione della gravidanza (per le donne) e la mancanza di misure organizzative che diano applicazione effettiva all'art. 9 della legge n. 194 del 1978 nella parte in cui impone che in ogni caso gli ospedali e le Regioni garantiscano la prestazione richiesta.

68. La mancanza di misure organizzative si ripercuote, quindi, negativamente e in via diretta **non solo**:

- **sulla posizione delle donne, come ha già accertato il Comitato Europeo dei Diritti Sociali** (Decisione di merito sul Reclamo collettivo n. 87 del 2012), sulla base dei documenti e delle prove che *IPPF EN* è riuscita a fornire, nonostante la mancanza di dati ufficiali, l'impossibilità di effettuare una indagine complessiva da parte di *IPPF EN* e le difficoltà per le donne di rendere la loro testimonianza in forma diretta. Tale documentazione, come si è anticipato, non è stata contraddetta dal Governo italiano e il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ne ha preso atto;

ma anche:

- **sulla posizione dei medici non obiettori di coscienza**, su cui ricade il complessivo carico di lavoro nell'ospedale in cui lavorano o il complessivo carico di lavoro che deriva dagli ospedali in cui non vi è neanche un medico non obiettore di coscienza. I medici non obiettori, infatti, sono costretti a viaggiare da un ospedale all'altro oppure a ricevere un maggiore numero di donne nella propria struttura. Anche in questo caso, quindi, come emerge dalla premessa all'atto di Risposta della

Confederazione Generale Italiana del Lavoro alle osservazioni del Governo italiano, si sono registrate le medesime difficoltà nel reperire dati complessivi sulle condizioni di lavoro, sulle progressioni di carriera e sulla organizzazione delle ferie dei medici non obiettori. Queste problematiche sono determinate dalla mancanza di dati ufficiali complessivi e dal fatto che difficilmente i medici non obiettori di coscienza offrono testimonianza diretta delle loro esperienze, poiché rischiano di vedere ulteriormente compromessa la propria posizione lavorativa.

3.3. Gli sviluppi dal punto di vista legislativo e della prassi, intervenuti successivamente al deposito della Risposta della Confederazione Generale Italiana del Lavoro alle osservazioni del Governo italiano.

3.3.1. La 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, 15 ottobre 2014.

69. Successivamente al deposito della Risposta alle osservazioni del Governo italiano, si conferma la situazione di violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza, poiché non sono state adottate misure positive specifiche per darvi soluzione.

70. A fronte dello stretto collegamento che unisce la violazione dei diritti delle donne – accertata dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali – e la violazione dei diritti dei medici non obiettori, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro richiama le considerazioni svolte precedentemente in relazione al cd. *follow up* della Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012 per quanto riguarda la violazione dei diritti delle donne.

71. Con specifico riguardo alla posizione dei medici non obiettori, occorre richiamare ancora una volta la Relazione del Ministero della Salute del 2014 e quanto sostenuto in relazione al terzo parametro ("Offerta del servizio IVG,

tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore”) individuato per effettuare il monitoraggio da parte del Ministero medesimo.

72. Il Ministero della Salute, infatti, in relazione al complessivo carico di lavoro per ogni medico non obiettore relativo all'interruzione volontaria di gravidanza, ritiene che non vi siano problematiche (Relazione del Ministero della Salute, 2014, pag. 46):

“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.”

73. Occorre a questo proposito richiamare le osservazioni precedentemente svolte (cap. 2.4.4.), sottolineando come in primo luogo il Ministero della Salute affermi di non avere alcuna certezza in ordine né alla congruità del numero di medici non obiettori di coscienza a livello regionale rispetto alle interruzioni di gravidanza effettuate né al fatto che il numero di medici obiettori di coscienza non impedisca ai medici non obiettori di svolgere anche altre attività rispetto al trattamento interruttivo e come in secondo luogo – disconoscendo ancora una volta la Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012, nonché la Risoluzione del Comitato dei Ministri – il Ministero della Salute revochi in dubbio l'esistenza di problemi di accesso al trattamento richiesto, che solo “eventualmente” potrebbero essere dovuti a una inadeguata organizzazione dei servizi sul territorio.

74. A fronte di questa ipotesi – pur sempre riconosciuta dal Ministero come eventuale – non si indicano le concrete ed effettive misure atte a dare applicazione all'art. 9 della legge n. 194 del 1978 laddove impone che gli ospedali e le Regioni si organizzino in modo adeguato.

75. Peraltro, il numero di medici non obiettori di coscienza – come si è anticipato (cap. 2.4.1.) e come si vedrà anche oltre (cap. 3.3.2.) – potrebbe risultare sovrastimato, in ragione del fatto che non vi è alcun obbligo per il medico di comunicare al proprio ospedale la scelta di obiezione di coscienza.

3.3.2. La Risoluzione approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

76. Il 6 marzo 2014 è stata approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati la Risoluzione avente ad oggetto la “Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978, concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza, contenente i dati preliminari dell’anno 2012 e i dati definitivi dell’anno 2011” (Doc. 4).

77. Tale documento rappresenta, insieme alle Mozioni e all’Atto di Sindacato Ispettivo presentati e approvati dal Parlamento, una fonte di prova particolarmente indicativa della situazione di non conformità alla Carta Sociale Europea con specifico riguardo alla violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza.

78. Nella Risoluzione, infatti, oltre a rilevare che i dati raccolti dal Ministero della Salute risultano incompleti, si sottolinea come vi sia un vero e proprio “numero oscuro” di medici obiettori di coscienza, in quanto non vi è un obbligo di comunicazione al proprio ospedale sulla scelta di obiezione di coscienza (con ciò dunque andando ad accrescere in modo improprio il numero di medici non obiettori di coscienza).

79. Risultano, in particolare, significativi i seguenti passaggi:

“La XII Commissione Affari sociali,

premessi che:

[...]

i dati di riferimento (consuntivi 2011 e preventivi 2012) **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);

[...]

considerato che:

[...]

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;

[...]

la Relazione è sicuramente carente per quanto riguarda la quantificazione degli aborti clandestini nel nostro Paese;

[...]

impegna il Governo:

[...] **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 [...], 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;

[...]

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".

3.3.3. La testimonianza diretta della Dott. Rossana Cirillo.

80. La Confederazione Generale Italiana del Lavoro, richiamando in questa sede le testimonianze dirette raccolte e depositate nel corso della procedura avviata con il Reclamo collettivo n. 91 del 2013, intende riportare la testimonianza di un medico non obiettore di coscienza, intervenuta successivamente al deposito della Risposta alle osservazioni del Governo italiano (15 marzo 2014), che per 25 anni ha lavorato presso l'ospedale Villa Scassi a Sampierdarena (Genova) e che ha deciso di sollevare obiezione di coscienza in ragione delle difficoltà incontrate durante la sua carriera.

81. Questi i passaggi che risultano maggiormente significativi, nella prospettiva di dare dimostrazione della condizione professionale in cui i medici non obiettori di coscienza sono costretti a lavorare (Doc. 5):

“Sola, abbandonata in quella trincea, tagliata fuori dalla carriera e costretta a fare aborti come in una catena di montaggio, senza più nessun contatto con le pazienti, emarginata dall'ospedale che ha sempre considerato il mio un lavoro degradante, ho fatto l'unica scelta possibile ma che avevo sempre respinto: mi sono dichiarata obiettrice, ho detto addio al reparto che con tanta fatica avevo costruito e ho cambiato vita”.

“Noi medici abortisti siamo stati lasciati soli”.

“Entrare nel servizio delle interruzioni volontarie di gravidanza, mi sembrò un approdo naturale del mio percorso sia umano che professionale”.

“L'aborto in quella realtà di periferia fu una specie di bomba: le donne venivano a decine, avevano alle spalle il trauma degli interventi clandestini, erano incredule che qualcuno si prendesse cura di loro, in un ospedale, in una sala operatoria. Parlavano di sé, si aprivano, si creava un rapporto, alcune purtroppo tornavano, altre invece hanno imparato la contraccezione, altre ancora sceglievano di tenere il bambino. Poi sono arrivate le più giovani, quelle della mia generazione, consapevoli di un diritto acquisito. Con tutte comunque c'era un legame, e questo dava un senso al mio lavoro, al mio impegno”.

“All'inizio, negli anni Ottanta, avevo accanto un gruppo di medici motivati e impegnati nel garantire l'applicazione delle legge”.

“Quasi immediatamente tutti si dichiararono obiettori. Eravamo rimaste soltanto in due, un'infermiera ed io, senza nemmeno un anestesista, mentre il lavoro cresceva a dismisura. Non potevo partecipare ai convegni, non potevo

assentarmi, fare altro: solo e soltanto aborti. Ho tenuto duro per un tempo infinito, senza di me il servizio si fermava, ma sentivo un peso ormai insostenibile”.

“Il mio direttore sanitario non mi ha mai sostenuto. Ricordo però che un giorno mi disse: ‘Non capisco dottoressa perché lei fa tutto questo ma evidentemente ci crede davvero’”.

“È stato alla fine degli anni Novanta con l’arrivo in massa delle immigrate che qualcosa dentro di me si è rotto. Si presentavano decine di donne disperate, nigeriane, albanesi, cinesi, figlie della miseria e delle prostituzione. Abortivano e se ne andavano. Impossibile senza mediatori culturali, senza assistenti sociali, instaurare un rapporto con loro. **Ho cominciato a stare male. Mi sentivo soltanto un braccio esecutore**, come se ci fosse ormai una inquietante selezione tra le donne, e il diritto di avere un figlio fosse consentito soltanto ad alcune e non ad altre, come queste invisibili che arrivavano in silenzio e poi scomparivano”.

“Prima di obiettare ho aspettato che qualcuno prendesse il mio posto. Sono arrivati dei ginecologi maschi. Forse è meglio così”.

“Sono stata emarginata e penalizzata, ma sono serena e consapevole di aver aiutato centinaia di donne. Al mio cuore questo basta”.

Conclusioni.

82. Tutto ciò considerato, **la Confederazione Generale Italiana del Lavoro**, assistita dall'Avv. Prof. Marilisa D'Amico e dall'Avv. Benedetta Liberali del Foro di Milano, richiamando le considerazioni svolte nel Reclamo collettivo n. 91 del 2013 e nella Risposta della Confederazione Generale Italiana del Lavoro alle osservazioni sulla ricevibilità e sul merito del Governo italiano, **chiede che il Comitato Europeo dei Diritti Sociali:**

- **ribadisca il proprio precedente, costituito dalla Decisione sul merito del Reclamo collettivo n. 87 del 2012**, con cui è stata accertata la violazione da parte dell'Italia dell'art. 11 della Carta Sociale Europea e dell'art. E, letto in combinato disposto con l'art. 11, della Carta Sociale Europea, in relazione ai diritti delle donne che intendono accedere alle condizioni prescritte dalla legge n. 194 del 1978 al trattamento interruttivo di gravidanza;
- in considerazione del nesso fra accertamento della violazione dei diritti delle donne derivante dalle difficoltà di accesso al trattamento interruttivo di gravidanza e violazione dei diritti dei medici non obiettori di coscienza e in considerazione della complessiva documentazione prodotta dalla Confederazione Generale Italiana del Lavoro, **accerti che l'Italia viola** in relazione ai diritti del personale medico ed esercente le attività ausiliarie non obiettore di coscienza:

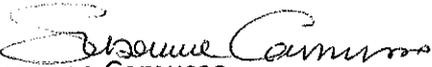
- **l'art. 1 della Carta Sociale Europea**, in ragione delle difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978, che compromettono la posizione giuridica dei medici non obiettori di coscienza sui quali grava il carico complessivo di lavoro relativo ai trattamenti di interruzione della gravidanza;

- **gli artt. 2, 3 e 26 della Carta Sociale Europea, letti da soli o in combinato disposto con l'art. E**, in ragione delle difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978, che compromettono la posizione giuridica dei medici non

obiettori di coscienza sui quali grava il carico complessivo di lavoro relativo ai trattamenti di interruzione della gravidanza.

83. La Confederazione Generale Italiana del Lavoro chiede, inoltre, che il Comitato Europeo dei Diritti Sociali riconosca la rilevanza, per il Reclamo collettivo n 91 del 2013, **dei principi espressi dagli artt. 21 e 22 della Carta Sociale Europea**, benché il loro ambito di applicazione sia limitato alle imprese aventi scopo di lucro.

1 maggio 2015


Susanna Camusso

Segretario Generale CGIL

Allegati.

Doc. 1

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, 15 ottobre 2014.

Doc. 2

TAR Puglia 14 settembre 2010, sentenza n. 3477.

Doc. 3

Decreto del Commissario ad Acta 12 maggio 2014, n. U00152. "Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consulteri Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011".

Doc. 4

Risoluzione avente ad oggetto la "Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978, concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, contenente i dati preliminari dell'anno 2012 e i dati definitivi dell'anno 2011.

Doc. 5

Testimonianza diretta dott. Rossana Cirillo.