



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL
OF EUROPE

CONSEIL
DE L'EUROPE

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

6 August 2013

Case Document No. 3

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

**RESPONSE FROM CGIL
TO THE SUBMISSIONS OF THE GOVERNMENT
ON THE ADMISSIBILITY AND MERITS**

Registered at the Secretariat on 29 July 2013

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

**RISPOSTA DELLA CGIL
ALLE OSSERVAZIONI SULLA RICEVIBILITA' E SUL MERITO
DEL GOVERNO ITALIANO**

Confederazione Generale Italiana del Lavoro

contro

Italia

(Reclamo collettivo n. 91 del 2013)

INDICE

1. Osservazioni preliminari

2. Sulla ricevibilità del reclamo collettivo n. 91 del 2013

3. Sul merito del reclamo collettivo n. 91 del 2013

3.1. Il richiamo operato dal Governo italiano alla Parte V dell'Annesso alla Carta Sociale Europea in relazione all'art. E: l'obiezione di coscienza quale "motivo oggettivo e ragionevole" idoneo a fondare una compromissione del diritto di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza (e dunque dei diritti alla vita, alla salute e all'autodeterminazione della donna).

3.2. Il richiamo operato dal Governo italiano al margine di apprezzamento del legislatore nazionale nel disciplinare la materia dell'interruzione volontaria di gravidanza (art. G della Carta Sociale Europea).

3.3. L'affermazione del Governo italiano secondo cui la possibilità di revocare l'obiezione di coscienza garantirebbe il diritto alla salute delle donne.

3.4. L'affermazione del Governo italiano secondo cui l'interruzione volontaria di gravidanza non costituisce pericolo per la salute delle donne.

3.5. L'affermazione del Governo italiano relativa alla previsione per cui l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza è a carico del Servizio

Sanitario Nazionale, con possibilità di effettuare tale trattamento anche da parte di case di cura autorizzate.

3.6. La diminuzione affermata dal Governo italiano degli aborti clandestini.

3.7. Il riferimento operato dal Governo italiano alla competenza legislativa in materia di salute: l'art. 117 della Costituzione italiana.

3.8. La responsabilità degli Stati membri in relazione al monitoraggio delle attività degli enti locali e regionali in ordine alla garanzia dell'esercizio di diritti: la decisione sul merito del reclamo collettivo n. 15 del 2003 del Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

3.9. L'affermazione del Governo italiano secondo cui l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza non è un diritto, come invece l'obiezione di coscienza.

3.10. Il riferimento operato dal Governo italiano alla decisione della Corte di cassazione (aprile 2013).

3.11. La posizione del Governo italiano in ordine al bilanciamento tra i costi e i benefici di un intervento medico in generale e dell'interruzione volontaria di gravidanza in particolare.

3.12. Il riferimento operato dal Governo italiano alla giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

3.13. Il riferimento operato dal Governo italiano alla posizione dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

3.14. L'impossibilità per lo Stato affermata dal Governo italiano di ridurre il numero di medici obiettori di coscienza.

3.15. I dati forniti dal Governo italiano in merito all'obiezione di coscienza e al numero di interruzioni volontarie di gravidanza.

3.16. Le mozioni presentate in Parlamento e la posizione – di cui il Governo non tiene conto o non è a conoscenza – espressa dal Ministro della Salute.

3.17. Documentazione relativa alla mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978.

3.17.1. Osservazioni preliminari.

3.17.2. La documentazione relativa a casi di mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978.

A. Casi di sospensione del servizio di interruzione volontaria di gravidanza determinati dalla mancanza di medici non obiettori di coscienza.

B. Rapporto fra numero di medici non obiettori di coscienza e numero di richieste di interruzione volontaria di gravidanza.

C. Aumento significativo delle richieste di interruzione volontaria di gravidanza in una specifica struttura.

D. Casi di mancata sostituzione di medici non obiettori di coscienza assenti.

E. Rifiuto da parte di medici obiettori di coscienza o mancanza di medici per la prestazione di assistenza prima e dopo l'aborto.

F. Casi in cui le donne hanno tentato inutilmente di accedere al trattamento interruttivo della gravidanza; hanno abortito in condizioni non sicure o a loro carico; sono state costrette a proseguire la gravidanza.

G. Casi in cui le donne hanno tentato inutilmente di accedere al trattamento interrottivo della gravidanza.

H. Casi in cui le donne hanno abortito in condizioni non sicure o a loro carico.

I. Casi in cui le donne sono state costrette a proseguire la gravidanza.

L. Differenze tra i casi di aborto entro i primi tre mesi e dopo i primi tre mesi.

M. Questione relativa all'impossibilità per i medici esterni alle strutture di effettuare aborti terapeutici e questione relativa alla effettiva prestazione da parte dei medici non obiettori disponibili.

N. Casi relativi a denunce per mancata applicazione della legge n. 194 del 1978.

O. Le misure adottate dalle strutture e dalle Regioni per l'applicazione della legge n. 194 del 1978.

P. Rapporto fra diminuzione degli aborti attestata dai dati ufficiali presentati dal Ministro della Salute nelle annuali Relazioni al Parlamento e difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978.

Q. Compromissione della posizione dei medici non obiettori di coscienza.

3.18. Le conclusioni del Governo italiano.

3.19. Ulteriori approfondimenti e ulteriori risultati delle ricerche.

Conclusioni

Allegati

1. Osservazioni preliminari.

1. Prima di procedere con alcune osservazioni rispetto alle considerazioni svolte dal Governo italiano in relazione al reclamo collettivo n. 91 del 2013, presentato dalla CGIL, occorre prendere atto che queste ultime non risultano conferenti rispetto all'oggetto del reclamo stesso e che attribuiscono alla CGIL affermazioni e richieste mai formulate (si vedano innanzitutto le conclusioni, § 52 della memoria del Governo, ma anche, in particolare fra gli altri, i paragrafi §§ 36-37 della memoria del Governo), oltre a risultare in diversi punti, come si vedrà oltre, contraddittorie.

2. Peraltro, si comprende quale sia la difficoltà della posizione del Governo italiano in questa sede, anche alla luce delle recenti affermazioni dello stesso Governo, nella persona del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, a seguito della presentazione alla Camera dei Deputati da parte di partiti politici diversi di numerose mozioni sullo stato di applicazione della legge n. 194 del 1978 (Doc. 7 – 1/10, di cui una presentata al Senato della Repubblica).

3. Queste affermazioni, infatti, pongono in evidenza una profonda contraddizione fra quanto sostenuto dal Governo italiano nel corso della procedura pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali (e da questo punto di vista sia consentito il rinvio alla medesima posizione del Governo italiano espressa anche nell'ambito della procedura relativa al reclamo collettivo n. 87 del 2012, che si trova a uno stadio più avanzato di quella relativa al reclamo collettivo n. 91 del 2013), nel senso della mancanza di ogni problematica applicativa della legge n. 194 derivante dall'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza e dell'inesistenza di un diritto di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, e quanto affermato dal Ministro della Salute in risposta alla presentazione delle mozioni (Doc. 36).

4. Preme sottolineare, inoltre, e su questo aspetto ci si soffermerà anche oltre, come risultino particolarmente gravi alcune affermazioni, contenute nell'atto del Governo italiano, in merito alla presunta inesistenza di un diritto delle donne all'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza e, in ogni caso, anche laddove si possa riconoscere una simile facoltà, per le donne, alla ritenuta prevalenza del diritto all'obiezione di coscienza rispetto a questa (in particolare, si veda il paragrafo § 35 della memoria del Governo). Tali assunti paiono non tenere in alcun conto la storia della regolamentazione italiana in materia, a partire dai principi enucleati nella decisione della Corte costituzionale italiana n. 27 del 1975 che ha depenalizzato l'interruzione volontaria di gravidanza, principi che sono stati poi trasfusi nella legge n. 194 del 1978 e che sono stati sempre confermati dalla stessa giurisprudenza costituzionale. Inoltre, e più gravemente, rendono chiara

l'intenzione del Governo di porre in discussione l'impianto – lo si ripete, a contenuto costituzionalmente vincolato – della disciplina (si vedano in particolare i paragrafi §§ 39 – 40 della memoria del Governo).

5. Sempre da questo punto di vista, appaiono particolarmente gravi anche le affermazioni relative al bilanciamento individuato dalla legge n. 194, che ne adombrano una rilettura (peraltro come si vedrà oltre a partire da presupposti del tutto scorretti nel senso che il bilanciamento individuato dalla legge sarebbe fra la posizione delle donne e quella dei medici obiettori e non tra quella della donna e quella del concepito), contraria alla chiara lettera della legge e, prima di tutto, alle precise indicazioni della Corte costituzionale, che ha chiarito nella sentenza n. 27 del 1975 che non vi è equivalenza fra posizione di chi è già persona e chi persona deve ancora diventare (in particolare, si veda il paragrafo § 40 della memoria del Governo).

6. Nonostante questi rilievi, che ad avviso della CGIL mostrano una mancanza di rispetto non solo e non tanto per la stessa CGIL, quanto e soprattutto per il Comitato Europeo dei Diritti Sociali, si ritiene di dover comunque presentare queste osservazioni, per porre in luce:

- da un lato tale inconferenza, quanto ai contenuti relativi alla compromissione dei diritti alla vita, alla salute e all'autodeterminazione delle donne, e

- dall'altro lato la mancanza della dimostrazione che quanto sostenuto nel reclamo collettivo n. 91 del 2013 sia privo di fondamento.

7. Per quanto riguarda, invece, la questione relativa alla compromissione dei diritti lavorativi del personale medico non obiettore di coscienza, nelle osservazioni del Governo manca ogni specifico riferimento alla questione, sebbene vi sia un intero capitolo formalmente ad essa dedicato. Per questo motivo, sul merito della questione relativa alla compromissione della posizione dei medici non obiettori di coscienza si rinvia a quanto ampiamente dedotto nell'atto di reclamo collettivo n. 91 del 2013 e alla documentazione di cui al capitolo "Q. **Compromissione della posizione dei medici non obiettori di coscienza**".

8. Il Governo, peraltro, in modo contraddittorio, sembra ammettere quanto sostenuto nel reclamo collettivo n. 91 del 2013 laddove (§§ 50 - 51) consiglia alla CGIL di rivolgersi ai giudici nazionali per denunciare le violazioni dei diritti lavorativi dei medici non obiettori di coscienza e, anzi, arriva a sostenere che la CGIL prima di rivolgersi al Comitato Europeo dei Diritti Sociali avrebbe dovuto esaurire le vie di ricorso interne (§ 51).

9. Tale affermazione, come è ovvio, **non** risponde al vero avendo riguardo alle norme procedurali che governano il sistema di controllo dei reclami collettivi e che differenziano proprio su questo punto – come per altri profili – questa procedura rispetto a quella dei ricorsi alla Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (art. 35 CEDU). Su questo aspetto, quindi, per ovvie ragioni di opportunità e di rispetto nei confronti del Comitato Europeo dei Diritti Sociali che naturalmente ben conosce queste regole, si ritiene doveroso non riprodurre in questa sede il contenuto delle disposizioni del Protocollo Addizionale che introduce il sistema dei reclami collettivi del 1995.

10. La CGIL ha ritenuto al momento del deposito del reclamo collettivo n. 91 del 2013 e ritiene tuttora, anche alla luce di quanto dedotto dal Governo italiano, che la procedura avviata nei confronti dell’Italia sulla questione costituisca un’occasione importante per aiutare lo Stato:

- **innanzitutto a prendere atto dello stato di disapplicazione della legge n. 194 del 1978**, che peraltro si intende ulteriormente documentare in questa sede, sia sotto il profilo della compromissione dei diritti alla vita, alla salute e all’autodeterminazione delle donne sia sotto il profilo della compromissione dei diritti lavorativi dei medici non obiettori di coscienza;

- **a fare chiarezza rispetto alle posizioni inconciliabili espresse dal medesimo Governo in sedi diverse**, ovvero da un lato la procedura pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali e dall’altro lato il Parlamento della Repubblica italiana;

- **conseguentemente a provvedere e a farsi carico**, non solo con dichiarazioni di impegno politico, **di una effettiva ed efficace azione volta a garantire la piena applicazione della stessa legge**, definita dalla Corte costituzionale italiana, preme ancora una volta ricordarlo, quale legge a contenuto costituzionalmente vincolato, il cui nucleo normativo non può essere inciso a pena di violare i principi costituzionali di cui è diretta espressione (Corte costituzionale, sentenze nn. 26 del 1981 e 35 del 1997, oltre che sentenza n. 16 del 1978).

11. In questa prospettiva, l’auspicio è che l’Italia si impegni a rendere effettiva l’applicazione di una legge del proprio ordinamento (legge a contenuto costituzionalmente vincolato) e non, come emerge purtroppo chiaramente dagli atti del Governo (e a questo proposito rilevano anche quelli depositati nell’ambito della procedura del reclamo collettivo n. 87 del 2012), ad avanzare ipotesi di disconoscimento e di scardinamento della legge n. 194 del 1978 rispetto alla quale la Corte costituzionale, spesso ancora chiamata a decidere questioni di legittimità costituzionale su alcune disposizioni o a valutare

l'ammissibilità di quesiti referendari, ha chiarito che non può esserne inciso l'impianto a pena di violare la stessa Costituzione.

12. Quello di una effettiva applicazione di una legge dello Stato, peraltro, dovrebbe essere obiettivo comune (e primario) per il Governo italiano.

13. Tale medesimo obiettivo ha spinto la CGIL a depositare il reclamo collettivo n. 91 del 2013 e ad avviare il relativo procedimento che, come mostrano le stesse regole procedurali, mira non solo al mero accertamento della violazione o meno della Carta Sociale Europea, ma anche alla effettiva e piena applicazione del Trattato da parte degli Stati membri, accompagnandoli nella messa in conformità dei propri ordinamenti laddove se ne accertino i presupposti, in una dimensione che si potrebbe definire dialettica, come peraltro emerge anche dalle significative parole del Presidente del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, Luis Jimena Quesada, secondo il quale "the Social Charter's 'stakeholders' [...] are all the parties involved in its effective implementation, expressing a positive desire, a supportive attitude and a spirit of dialogue (in the institutional, judicial, academic, social and communications fields) in favour of this common cause both within the Council of Europe and outside (in the European Union, the UN and the ILO), together with people from the media, universities and other academic institutions, national institutions (including judicial bodies), the social partners and civil society" ("Introduction. The European Social Charter and its 51st anniversary", in *European Committee of Social Rights. Activity Report 2012*, pag. 6).

2. Sulla ricevibilità del reclamo collettivo n. 91 del 2013.

14. In relazione alla questione della ricevibilità, la CGIL tenta di svolgere alcune osservazioni rispetto alle considerazioni del Governo italiano, tenendo a sottolineare le difficoltà di comprensione della posizione del Governo stesso sul punto.

15. Il Governo italiano, infatti, dichiara di ritenere il reclamo collettivo n. 91 del 2013 ricevibile in considerazione del fatto che la CGIL è soggetto legittimato a presentare reclami collettivi (§ 2 della memoria del Governo italiano).

16. Successivamente, però, si afferma che, per quanto concerne i diritti lavorativi dei medici non obiettori di coscienza, questi non rientrano nell'ambito applicativo della Carta Sociale Europea, in tal modo quindi affermando che il reclamo collettivo n. 91 del 2013 non sia ricevibile (§ 3 della memoria del Governo italiano).

17. Infine, il Governo italiano mostra di ritenere complessivamente irricevibile – sia per quanto riguarda i profili relativi ai diritti delle donne sia per quanto concerne i profili relativi ai diritti dei medici non obiettori di coscienza – poiché afferma che avrebbero dovuto essere previamente esperite le vie di ricorso interne, prima di rivolgersi al Comitato Europeo dei Diritti Sociali (§ 51 della memoria del Governo italiano).

18. Con riferimento alla prima posizione espressa dal Governo, la CGIL ovviamente non può che essere d'accordo, avendo presentato il reclamo collettivo n. 91 del 2013 nel rispetto delle disposizioni che ne regolano la procedura.

19. Con riguardo all'affermazione per cui invece l'oggetto del reclamo collettivo, quanto ai diritti dei medici non obiettori di coscienza, non rientra nell'ambito applicativo della Carta Sociale Europea, la CGIL rinvia alle più ampie argomentazioni svolte sul punto nel reclamo collettivo n. 91 del 2013, nel senso della piena competenza del Comitato Europeo dei Diritti Sociali a decidere la questione proposta.

20. In relazione, infine, all'affermazione relativa al previo esperimento delle vie di ricorso interne, come si è anticipato nelle osservazioni preliminari, tale assunto è privo di fondamento, poiché la procedura prevede che si possano presentare reclami collettivi contro gli Stati membri anche senza avere esaurito le vie di ricorso interne (sul punto, Protocollo Addizionale che introduce il sistema di reclami collettivi e anche *European Social Charter. Collective complaints*, in www.coe.int/socialcharter, pag. 6), al contrario di quanto

prevede la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo che all'art. 35 impone di esaurire previamente le vie di ricorso nazionali.

3. Sul merito del reclamo collettivo n. 91 del 2013.

3.1. Il richiamo operato dal Governo italiano alla Parte V dell'Annesso alla Carta Sociale Europea in relazione all'art. E: l'obiezione di coscienza quale "motivo oggettivo e ragionevole" idoneo a fondare una compromissione del diritto di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza (e dunque dei diritti alla vita, alla salute e all'autodeterminazione della donna).

21. Il Governo italiano afferma che la legge n. 194 del 1978 trova particolare fondamento nella Parte V dell'Annesso alla Carta Sociale Europea in relazione all'art. E (§ 7).

22. L'art. E (*Non discriminazione*) dispone che:

"The enjoyment of the rights set forth in this Charter shall be secured without discrimination on any ground such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national extraction or social origin, health, association with a national minority, birth or other status."

23. La disposizione richiamata dal Governo viene specificata nella Parte V della Carta Sociale Europea:

"A differential treatment based on an objective and reasonable justification shall not be deemed discriminatory."

24. A partire da questa norma il Governo ritiene che l'obiezione di coscienza costituisca un "motivo oggettivo e ragionevole", che non determina alcuna discriminazione poiché la stessa legge prevede che il personale medico possa sempre revocare l'obiezione di coscienza, con ciò garantendo il rispetto del diritto alla salute della donna (§ 28).

25. La disposizione richiamata esprime un principio fondamentale secondo cui, a fronte di una discriminazione, una differenziazione di trattamento può essere giustificata nel caso in cui siano individuabili motivi oggettivi e ragionevoli.

26. In presenza di queste condizioni, dunque, un trattamento differenziato risulta non irragionevole e dunque non discriminatorio.

27. Il richiamo operato dal Governo a questa disposizione appare, nel caso che qui ci occupa, del tutto inconferente, poiché si eleva a motivo oggettivo e ragionevole, che giustifica la compromissione del diritto di accesso al trattamento interruttivo, il diritto di sollevare obiezione di coscienza per il personale medico ed esercente le attività ausiliarie.

28. L'obiezione di coscienza, come si è avuto modo di chiarire nel reclamo collettivo n. 91 del 2013, è un diritto fondamentale, della cui natura nessuno dubita e che trova un preciso bilanciamento, per quanto concerne il suo esercizio, rispetto al diritto di accedere ai trattamenti interruttivi della gravidanza (e dunque rispetto ai diritti ad esso sottesi, ovvero i diritti alla vita, alla salute e all'autodeterminazione della donna).

29. La legge n. 194 del 1978 all'art. 9, infatti, come peraltro ricordato anche dal Governo italiano, prevede - accanto al riconoscimento del diritto di sollevare obiezione di coscienza per il personale medico ed esercente le attività ausiliarie - che in ogni struttura ospedaliera debba sempre essere garantito il diritto di accedere a questo tipo di trattamenti interruttivi.

30. Non si tratta di far prevalere uno dei due diritti sull'altro e, dunque, di individuare un motivo oggettivo e ragionevole che renda giustificata una compromissione del diritto di accesso all'interruzione di gravidanza.

31. L'art. 9, peraltro, prevede solo un caso in cui uno dei due diritti - quello a sollevare obiezione di coscienza - deve essere sacrificato in favore dell'altro. Quando vi sia un pericolo imminente per la vita della donna, che richiede di accedere all'interruzione di gravidanza, anche il medico che abbia sollevato obiezione di coscienza ha il dovere di intervenire e di prestare la propria opera nel caso in cui questa risulti necessaria per salvare la vita della donna. In questo caso, quindi, la tutela della vita della donna costituisce motivo oggettivo e ragionevole per giustificare la compromissione del diritto di libertà di coscienza.

32. Si deve ribadire che la legge n. 194 del 1978 non prevede alcun caso in cui la posizione giuridica della donna possa o debba essere compromessa a fronte di motivi oggettivi e ragionevoli che giustifichino una simile compromissione a favore del diritto di sollevare obiezione di coscienza.

33. L'affermazione del Governo, peraltro, risulta del tutto apodittica, essendo priva di ogni riferimento normativo e di ogni argomentazione tesa a dimostrarne la fondatezza.

3.2. Il richiamo operato dal Governo italiano al margine di apprezzamento del legislatore nazionale nel disciplinare la materia dell'interruzione volontaria di gravidanza (art. G della Carta Sociale Europea).

34. Il Governo ritiene che l'ordinamento italiano nella materia *de qua* goda del cd. margine di apprezzamento, di cui all'art. G (*Limitazioni*) della Carta Sociale Europea (§ 7 della memoria del Governo italiano).

35. Tale disposizione prevede che:

"1. The rights and principles set forth in Part I when effectively realised, and their effective exercise as provided for in Part II, shall not be subject to any restrictions or limitations not specified in those parts, except such as are prescribed by law and are necessary in a democratic society for the protection of the rights and freedoms of others or for the protection of public interest, national security, public health, or morals.

2. The restrictions permitted under this Charter to the rights and obligations set forth herein shall not be applied for any purpose other than that for which they have been prescribed."

36. È necessario che simili limitazioni nel godimento dei diritti e dell'applicazione dei principi stabiliti dalla Carta Sociale Europea siano previsti da una legge, con ciò intendendosi "statutory law or any other text or case-law provided that the text is sufficiently clear i.e. that satisfy the requirements of precision and foreseeability implied by the concept of 'prescribed by law'" (*Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights*, 1 settembre 2008, pag. 177).

37. Nel caso dell'obiezione di coscienza in materia di interruzione volontaria della gravidanza, occorre sottolineare come non vi sia alcuna previsione che imponga il sacrificio del diritto di accesso a tale trattamento, in favore del diritto di sollevare obiezione di coscienza.

38. Al contrario l'art. 9 della legge n. 194 del 1978 prevede una precisa limitazione del diritto di sollevare obiezione di coscienza quando vi sia pericolo imminente per la vita della donna: in questo caso anche il medico obiettore di coscienza deve prestare la propria opera e dunque deve effettuare il trattamento interrutivo della gravidanza che risulti necessario.

39. Occorre rilevare come il Governo italiano, ancora una volta, non fornisca alcuna argomentazione tesa a motivare l'assunto per il quale, nel caso in esame, dovrebbe trovare applicazione l'art. G della Carta Sociale Europea.

3.3. L'affermazione del Governo italiano secondo cui la possibilità di revocare l'obiezione di coscienza garantirebbe il diritto alla salute delle donne.

40. Il riferimento operato dal Governo italiano alla possibilità di revocare l'obiezione di coscienza (§ 28), al fine di non compromettere il diritto alla salute della donna, risulta contraddittorio rispetto alla tesi sostenuta, poiché sembra ammettere che la previsione della possibilità di sollevare obiezione di coscienza (art. 9, primo comma) comprometta di per sé il diritto alla salute della donna e solo una sua revoca ne garantisca l'effettivo esercizio.

41. La revoca dell'obiezione di coscienza, inoltre, è una eventualità di cui non è possibile prevedere l'incidenza e che comunque non rileva a fronte dei dati che si sono forniti sull'elevata e sempre crescente percentuale di personale medico ed esercente le attività ausiliarie obiettori di coscienza.

42. Quanto affermato dal Governo, peraltro, sembra contraddittorio rispetto alla posizione secondo cui l'obiezione di coscienza non costituisce una violazione dei diritti delle donne e dei medici non obiettori di coscienza.

43. Non si comprende, infatti, perché si sia fatto richiamo alla revoca della scelta di sollevare obiezione di coscienza quale mezzo per garantire il rispetto del diritto alla salute della donna, se comunque l'elevato e crescente numero di personale medico obiettori non ne compromette l'effettivo esercizio, attraverso la garanzia del diritto di accedere al trattamento interruttivo della gravidanza.

3.4. L'affermazione del Governo italiano secondo cui l'interruzione volontaria di gravidanza non costituisce pericolo per la salute delle donne.

44. Il Governo italiano afferma che l'aborto fino ad ora ha dimostrato di non costituire un pericolo per la salute della donna (§ 25).

45. La CGIL valuta positivamente questa conclusione, cui perviene il Governo italiano, e sottolinea come in effetti, nel reclamo collettivo n. 91 del 2013, si sostenga come il pericolo per la posizione delle donne deriva dall'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza e non dalla regolamentazione dell'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza.

46. Ciò che determina la violazione dei diritti delle donne - alla vita, alla salute e all'autodeterminazione - è la mancata garanzia del diritto di accedere a questo trattamento, determinata dal numero di medici obiettori di coscienza.

3.5. L'affermazione del Governo italiano relativa alla previsione per cui l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, con possibilità di effettuare tale trattamento anche da parte di case di cura autorizzate.

47. Il Governo sottolinea che il servizio di interruzione volontaria di gravidanza è posto a carico del Servizio Sanitario Nazionale e che il piccolo numero di strutture sanitarie private autorizzate sia previsto dalla legge, considerando l'esistenza di un divieto per le strutture private non autorizzate di effettuare le interruzioni volontarie di gravidanza e l'esistenza di sanzioni per evitare attività lucrative (§§ 9 - 10) e concludendo nel senso che la legge n. 194 del 1978 vieta ogni discriminazione fondata sulle diverse disponibilità economiche (§ 11).

48. L'art. 8 della legge n. 194 del 1978 dispone che:

"L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta. Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo: 1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura; 2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione. Le percentuali di cui ai punti

1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati. Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione. Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero."

49. A fronte del contenuto normativo della disposizione citata, non si comprende quale sia la ragione di un simile riferimento.

50. Innanzitutto l'art. 8 non rientra nell'oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013.

51. In secondo luogo, in relazione alla medesima disposizione non sono stati avanzati dubbi di compatibilità rispetto alla Carta Sociale Europea, da parte della CGIL.

52. In terzo luogo, non si comprende in che modo le previsioni di cui agli artt. 8 e 19 della legge n. 194 del 1978 possano determinare, di per sé, l'assenza di discriminazioni di tipo economico, poiché manca ogni argomentazione tesa a dimostrarne il nesso.

3.6. La diminuzione affermata dal Governo italiano degli aborti clandestini.

53. Il Governo ha affermato che gli aborti illegali delle donne italiane e soprattutto straniere sono diminuiti grazie alla legge n. 194 del 1978 (§ 13).

54. Al contrario di quanto sostiene il Governo, invece, il fenomeno è stato ampiamente documentato (laddove possibile, ovviamente, in ragione delle difficoltà intrinseche di documentazione legate alla peculiare natura di un fenomeno clandestino), con stessa ammissione da parte del **Ministero della Salute** che i dati raccolti sono sottostimati (**Doc. 57**).

55. A questo proposito, si rinvia ai capitoli "**H. Casi in cui le donne hanno abortito in condizioni non sicure o a loro carico**" e "**P. Rapporto fra diminuzione degli aborti attestata dai dati ufficiali presentati dal Ministro della Salute nelle annuali Relazioni al Parlamento e difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978**" di questo atto e alla relativa documentazione sui numeri e sui casi relativi agli aborti clandestini.

56. Si rinvia inoltre al **Doc. 37**, in cui si collega la mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978 all'aumento degli aborti clandestini.

3.7. Il riferimento operato dal Governo italiano alla competenza legislativa in materia di salute: l'art. 117 della Costituzione italiana.

57. Il Governo italiano, in relazione all'asserita diminuzione degli aborti illegali in ragione del fatto che le donne possono accedere alle strutture pubbliche presenti sul territorio, richiama l'art. 117, secondo comma, lettera m, della Costituzione italiana.

58. Tale disposizione prevede che:

“Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”.

59. Il Governo, inoltre, ricorda che spetta alla competenza delle Regioni la “protezione della salute, la protezione e la sicurezza del lavoro, le professioni ecc.”

60. Come emerge dalla chiara lettera del terzo comma dell'art. 117 della Costituzione italiana, tali materie rientrano nella competenza legislativa delle Regioni di tipo concorrente:

“Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: [...] tutela e sicurezza del lavoro; [...] professioni; [...] tutela della salute; [...]. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.”

61. A fronte di queste considerazioni, non si comprende quale sia il significato e la rilevanza del riferimento all'art. 117 della Costituzione italiana operato dal Governo con specifico riguardo alla ripartizione delle competenze legislative fra Stato e Regioni, per la questione oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013, da cui lo stesso Governo fa discendere in via automatica e apodittica la dimostrazione che la legge sull'aborto non discrimina dal punto di vista economico le donne (§§ 13 - 14).

62. La questione oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013, infatti, riguarda l'applicazione di una legge dello Stato, che all'art. 9 riserva alle Regioni il compito di vigilare sull'attività organizzativa delle strutture ospedaliere in relazione alla effettiva garanzia dell'accesso all'intervento interruttivo da parte delle donne, alle condizioni e secondo i limiti previsti dalla stessa legge n. 194 del 1978.

63. Il reclamo collettivo n. 91 del 2013 non pone in discussione la ripartizione fra Stato e Regioni delle competenze legislative, bensì lo stato di applicazione di una legge dello Stato.

3.8. La responsabilità degli Stati membri in relazione al monitoraggio delle attività degli enti locali e regionali in ordine alla garanzia dell'esercizio di diritti: la decisione sul merito del reclamo collettivo n. 15 del 2003 del Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

64. Con specifico riferimento all'applicazione della legge n. 194 del 1978 cui sono chiamate anche le Regioni, si ritiene opportuno richiamare la decisione sul merito del reclamo collettivo n. 15 del 2003 (*The European Roma Rights Center c. Grecia*) del Comitato Europeo dei Diritti Sociali, in relazione alla responsabilità degli Stati membri per il monitoraggio delle attività degli enti locali e regionali in ordine alla garanzia dell'esercizio di diritti.

65. La decisione individua un principio, in tema di responsabilità degli Stati membri, che risulta applicabile al caso sottoposto al giudizio dello stesso Comitato Europeo dei Diritti Sociali, in materia di obiezione di coscienza nella materia dell'interruzione volontaria della gravidanza.

66. Nella decisione sul merito del reclamo collettivo n. 15 del 2003, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali, infatti, ha incluso tra le responsabilità degli Stati membri anche il monitoraggio degli enti locali e regionali incaricati di sviluppare politiche e misure di accesso ai diritti:

"29. The Committee recalls that even if under domestic law local or regional authorities, trade unions or professional organisations are responsible for exercising a particular function, states party to the Charter are still responsible, under their international obligations to ensure that such responsibilities are properly exercised. [...]".

67. Tale decisione e il principio individuati dal Comitato Europeo dei Diritti Sociali sembrano perfettamente applicarsi all'oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013.

68. Anche se l'art. 9 della legge n. 194 del 1978 demanda in primo luogo agli enti ospedalieri e alle case di cura autorizzate il compito di garantire in ogni caso il diritto di accesso al trattamento interruttivo della gravidanza e poi alle Regioni il controllo di questa attività, l'ordinamento statale non può ritenersi esente da profili di responsabilità se nella

prassi applicativa della medesima disposizione di legge non viene garantito quel risultato e dunque la predisposizione delle misure di accesso effettivo a quel diritto.

3.9. L'affermazione del Governo italiano secondo cui l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza non è un diritto, come invece l'obiezione di coscienza.

69. Il Governo, in diversi passaggi delle sue osservazioni, afferma che l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza non è un diritto come invece l'obiezione di coscienza (si vedano in particolare i paragrafi §§ 15 – 16 – 17 – 34 – 35 – 36 – 37).

70. In questa sede, pur richiamandosi le più ampie osservazioni svolte nel reclamo collettivo n. 91 del 2013, è necessario fare riferimento ai principi enunciati dalla Corte costituzionale italiana in materia di interruzione volontaria di gravidanza, a partire dalla dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 546 del codice penale italiano, nella parte in cui non si prevedeva che la gravidanza potesse essere interrotta quando l'ulteriore gestazione implicasse danno, o pericolo, grave, medicalmente accertato e non altrimenti evitabile, per la salute della madre (sentenza n. 27 del 1975).

71. Il riferimento a questa decisione consente peraltro di rispondere alle osservazioni del Governo italiano che in numerosi passaggi mostra di ritenere incostituzionale la stessa legge n. 194 del 1978 laddove consente l'interruzione di gravidanza anche al di fuori dei casi di pericolo per la vita della donna. Il pericolo per la vita della donna è ritenuto da parte del Governo stesso l'unico caso in cui l'obiezione può essere compromessa (si vedano in questo senso i paragrafi §§ 38 – 39 - 40).

72. Il riferimento alla sentenza n. 27 del 1975 può forse contribuire a ricordare al Governo italiano quali sono i termini della questione.

73. In particolare la Corte costituzionale ha significativamente rilevato come la questione che le veniva prospettata sollevava "un problema grave, argomento di polemiche e di attività legislativa in diverse nazioni."

74. La Corte costituzionale, dopo aver ritenuto di non dover ripercorrere "la storia del delitto di procurato aborto, legata allo sviluppo del sentimento religioso, all'evolversi della filosofia morale, delle dottrine sociali, giuridiche, politiche e demografiche", ha ricordato come:

“Non punito in talune epoche, punito in altre con pene quando lievi quando severissime, il procurato aborto si considerò lesivo di interessi disparati, quali la vita, l'ordine delle famiglie, il buon costume, l'accrescimento della popolazione.

Nel vigente codice penale l'aborto volontario è rubricato come 'delitto contro l'integrità della stirpe' (libro II titolo X c.p.). Secondo i lavori preparatori e la Relazione al Re che accompagna il codice, il bene protetto è 'l'interesse demografico dello Stato'. Il codice precedente, invece, considerava l'aborto fra i 'delitti contro la persona', e questa sembra essere più giusta collocazione.

Il prodotto del concepimento fu alternativamente ritenuto semplice parte dei visceri della donna, speranza d'uomo, soggetto animato fin dall'inizio, o dopo un periodo più o meno lungo di gestazione.”

75. A fronte di questa premessa, che la CGIL ritiene particolarmente rilevante al fine di ricordare al Governo italiano quale sia stata l'origine della stessa legge n. 194 del 1978, la Corte costituzionale ha chiarito, nella medesima decisione, come:

“la tutela del concepito - che già viene in rilievo nel diritto civile (artt. 320, 339, 687 c.c.) - abbia fondamento costituzionale. L'art. 31, secondo comma, della Costituzione impone espressamente la 'protezione della maternità' e, più in generale, l'art. 2 Cost. riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, fra i quali non può non collocarsi, sia pure con le particolari caratteristiche sue proprie, la situazione giuridica del concepito.”

76. A fronte di questa affermazione, il Giudice delle Leggi ha considerato che tale interesse - l'interesse del concepito - avrebbe potuto entrare in collisione con altri beni pur essi coperti da tutela costituzionale.

77. Da questo punto di vista, dunque, il legislatore non avrebbe potuto “dare al primo una prevalenza totale ed assoluta, negando ai secondi adeguata protezione.”

78. Proprio questo rilievo ha fondato la decisione della Corte costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della punizione penale dell'aborto, affermando che:

“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.”

79. A partire da questa decisione, come è noto, il legislatore del 1978 è intervenuto dettando una disciplina che contempera la posizione della donna e quella del nascituro e non, come erroneamente sostiene il Governo italiano, la posizione della donna e quella dei medici obiettori di coscienza.

80. In particolare si veda, tra gli altri, il paragrafo § 34, in cui il Governo sostiene che obiezione di coscienza e accesso all'aborto non dovrebbero essere bilanciati perché la prima rientra nel foro interno e non ammette deroghe. In effetti, come si è visto, la disciplina non prevede alcuna ipotesi di bilanciamento, tranne il caso in cui venga a trovarsi in pericolo la vita della donna. In questo caso, infatti, il legislatore sulla base delle indicazioni della stessa Corte costituzionale ha previsto che l'esercizio del diritto di sollevare obiezione di coscienza receda rispetto alla necessità di salvare la vita della donna.

81. Nella prospettiva di un vero e proprio scardinamento della legge n. 194 del 1978 il Governo italiano afferma anche che la stessa previsione di casi in cui il medico deve praticare l'interruzione volontaria di gravidanza costituisce una violazione del diritto di sollevare obiezione di coscienza.

82. La previsione della possibilità di sollevare obiezione di coscienza è stata presa in considerazione dal legislatore in ragione della indubbia delicatezza della materia e, nel 1978, a fronte della peculiare situazione in cui si sarebbero venuti a trovare i medici, chiamati ad effettuare un trattamento – l'interruzione volontaria di gravidanza – che fino a poco tempo prima era punito penalmente dall'ordinamento.

83. Sulla natura del diritto all'obiezione di coscienza e sui limiti che ne caratterizzano da un lato la stessa previsione da parte del legislatore e dall'altro lato le modalità di esercizio, si rinvia al reclamo collettivo n. 91 del 2013.

84. A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 194 del 1978 la stessa Corte costituzionale ha definito la legge n. 194 del 1978 a contenuto costituzionalmente vincolato, chiarendo come si tratti di una legge "il cui nucleo normativo non possa venire alterato o privato di efficacia, senza che ne risultino lesi i corrispondenti specifici disposti della Costituzione stessa (o di altre leggi costituzionali)" (sentenza n. 16 del 1978). Con particolare riguardo all'art. 6 della legge n. 194 del 1978 la Corte costituzionale con la sentenza n. 26 del 1981 ha affermato che:

"in quanto tutela non soltanto la vita ma anche la salute, non può essere ricondotto ad una scelta discrezionale del legislatore ordinario, ma rappresenta nel suo contenuto essenziale una norma costituzionalmente imposta dall'art. 32 [della Costituzione italiana]."

85. Successivamente, con la sentenza n. 35 del 1997, il Giudice delle Leggi nel dichiarare l'inammissibilità di una richiesta referendaria sulla stessa legge ha sottolineato come il quesito mirasse ad abrogare disposizioni a contenuto normativo

costituzionalmente vincolato. L'abrogazione che ne sarebbe potuta derivare avrebbe eliminato "il livello minimo di tutela necessaria dei diritti costituzionali inviolabili alla vita, alla salute, nonché di tutela necessaria della maternità, dell'infanzia e della gioventù."

86. Peraltro il Giudice delle Leggi ha chiarito che tra le leggi a contenuto costituzionalmente vincolato vi sono quelle la cui eliminazione comporta il venir meno di una tutela minima per situazioni che invece la richiedono, secondo quanto previsto dalla Costituzione. Da questo punto di vista, la legge n. 194 "ha cercato di realizzare, contemperando diverse esigenze e proposte, proprio quei criteri di tutela minima di interessi ritenuti fondamentali dalla Costituzione che la ripetuta sentenza n. 27 del 1975 aveva additato al legislatore, facendone anzi l'oggetto di un vero e proprio obbligo dello stesso."

87. A partire dalla sentenza n. 27 del 1975, dunque, si è individuata la necessità di un bilanciamento tra le posizioni giuridiche del nascituro e della donna e, occorre ribadirlo, non tra le posizioni di quest'ultima e dei medici obiettori di coscienza, come sostiene il Governo italiano.

88. Tale bilanciamento risulta necessario in ragione di quanto disposto dalla Costituzione e, da questo punto di vista, si rivela costituzionalmente imposto.

89. Il Governo italiano (§ 15) sostiene che gli Stati membri siano obbligati, ai sensi dell'art. 11 della Carta Sociale Europea, a tenere sotto controllo la mortalità infantile e materna e ad avvicinare un simile rischio a zero.

90. In particolare, dalla Carta Sociale Europea non potrebbe farsi derivare alcun obbligo di garantire l'aborto in Italia e questa considerazione tanto più vale, a giudizio del Governo, tanto più il Comitato Europeo dei Diritti Sociali non ha mai avuto occasione per esprimersi in materia. A questo proposito, si può rilevare come l'ambito delle valutazioni del Comitato Europeo dei Diritti Sociali non siano limitate dall'oggetto dei reclami collettivi precedenti o dei rapporti nazionali.

91. In relazione alla prima considerazione, invece, occorre ribadire come essa non risulti conferente rispetto all'oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013, poiché la CGIL non ha avanzato alcuna richiesta che miri ad obbligare l'Italia ad aumentare il rischio della mortalità infantile e materna.

92. Risulta peraltro particolarmente grave l'assimilazione tra la questione relativa all'obiettivo di ridurre la mortalità infantile e quella dell'interruzione volontaria di gravidanza.

93. E, ancora, sempre confermando la prospettiva di mettere in discussione la stessa legge n. 194 del 1978 per quanto concerne il bilanciamento individuato tra posizione della donna e posizione del nascituro, il Governo italiano arriva a citare alcuni paesi che non consentono l'interruzione volontaria della gravidanza, per sottolineare che la previsione della legge n. 194 del 1978 non è per nulla dovuta e adombrare l'idea che una modifica o addirittura un'abrogazione della disciplina sarebbe possibile (e quindi non tenendo, ancora una volta, in alcun conto le considerazioni espresse dalla Corte costituzionale italiana).

94. Ad avviso del Governo italiano solo in caso di pericolo di vita per la donna l'interruzione volontaria di gravidanza è necessaria, dunque legittima, e per ciò stesso non influenzata dall'obiezione di coscienza. La CGIL ribadisce la gravità di una simile affermazione, che si oppone al chiaro dettato normativo, che ha fatto proprie le indicazioni della Corte costituzionale.

95. Il Governo italiano rileva come la preoccupazione della CGIL sia costituita dalla persistenza dell'obiezione di coscienza in materia di interruzione volontaria di gravidanza. (§ 27).

96. In questa prospettiva, di particolare gravità risultano essere le successive affermazioni, che ancora una volta mirano a proporre uno scardinamento dell'impianto normativo della legge n. 194 del 1978.

97. In particolare il Governo sostiene che mentre è facile per il legislatore prevedere un diritto, non altrettanto agevole si presenta l'applicazione e la garanzia dell'esercizio di quello stesso diritto da parte dei medici.

98. Adombrando l'idea di un ritorno alla punizione penale di un trattamento equiparabile, in questa ottica, a un vero e proprio omicidio, il Governo italiano afferma che la CGIL passa tranquillamente sopra ai bambini ancora non nati perché pesano solo pochi grammi.

99. In relazione alle ulteriori osservazioni del Governo italiano che fanno riferimento alla concezione morale sia dell'obiezione di coscienza sia dell'aborto, sostenendo che la riduzione della prima a semplice eccezione rispetto alla regola costituita dal secondo inverte il rapporto morale che intercorre fra i due poli, la CGIL rifiuta in modo assoluto, al pari della ritenuta illegittimità costituzionale della disciplina sostenuta dal Governo stesso, questa impostazione, come pure la considerazione per la quale sia una ingiustizia obiettiva mettere fine a una vita umana (§ 37).

100. Si richiamano, ancora una volta, le considerazioni svolte in merito alla portata del diritto all'obiezione di coscienza, che **non** può essere inteso, come ha chiarito la Corte costituzionale italiana, quale diritto illimitato e incondizionato, come invece dichiara di ritenere il Governo (§ 37).

101. Addirittura, il Governo italiano arriva a sostenere che l'obiezione di coscienza sia un dovere morale che impone a una **persona** di rifiutare di eseguire l'interruzione volontaria di gravidanza e che trova il **proprio** fondamento prima e al di sopra della legge, che pertanto non può in alcun modo disciplinarne l'esercizio (§ 37).

3.10. Il riferimento operato dal Governo italiano alla decisione della Corte di cassazione (aprile 2013).

102. La CGIL ritiene doveroso precisare che il richiamo operato dal Governo italiano alla decisione della Corte di cassazione, che ha condannato un medico obiettore di coscienza che si era rifiutato di prestare la necessaria assistenza a una donna che a seguito di interruzione volontaria di gravidanza aveva riportato una grave emorragia, non dimostra affatto che non vi sono rischi di mancata o insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978.

103. Anzi, la decisione della Corte di cassazione pone in evidenza un'ulteriore e gravissima questione relativa alla pretesa estensione dell'ambito applicativo dell'art. 9 e dunque dell'obiezione di coscienza.

104. L'art. 9 della legge n. 194 del 1978, infatti, impone che l'obiezione di coscienza non possa estendersi a procedure e attività non specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'aborto, come **pure** alle attività di assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

105. A questo proposito si rinvia al capitolo "E. Rifiuto da parte di medici obiettori di coscienza o mancanza di medici per la prestazione di assistenza prima e dopo l'aborto" e alla relativa documentazione.

3.11. La posizione del Governo italiano in ordine al bilanciamento tra i costi e i benefici di un intervento medico in generale e dell'interruzione volontaria di gravidanza in particolare.

106. Di particolare gravità, se correttamente si sono intesi i termini della questione posta dal Governo italiano, si presentano le affermazioni relative all'attività cui è chiamato il medico che si accinga ad effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza (§§ 39 - 40).

107. Si afferma che il medico ha il diritto di rifiutare le proprie cure per motivi professionali o personali, tranne in casi di emergenza o per doveri di umanità.

108. A questo proposito si richiamano le disposizioni del codice deontologico medico, che si ritiene opportuno, non avendolo fatto il Governo, riportare in questa sede.

109. L'art. 43 (*Interruzione volontaria di gravidanza*) del codice deontologico medico del 2006 dispone che:

“L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

L'obiezione di coscienza del medico si esprime nell'ambito e nei limiti della legge vigente e non lo esime dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna.”

110. L'art. 44 (*Fecondazione assistita*) prevede che:

“La fecondazione medicalmente assistita è un atto integralmente medico ed in ogni sua fase il medico dovrà agire nei confronti dei soggetti coinvolti secondo scienza e coscienza. Alla coppia vanno prospettate tutte le opportune soluzioni in base alle più recenti ed accreditate acquisizioni scientifiche ed è dovuta la più esauriente e chiara informazione sulle possibilità di successo nei confronti dell'infertilità e sui rischi eventualmente incidenti sulla salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione. E' fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare: a) forme di maternità surrogata; b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili; c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce; d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner. E' proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a selezione etnica e a fini eugenetici; non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca ed è vietato ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali. Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in centri non autorizzati o privi di idonei requisiti strutturali e professionali. Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.”

111. Infine, l'art. 50 (*Sperimentazione sull'animale*) dispone che:

“La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità di sviluppo delle conoscenze non altrimenti conseguibili e non a finalità di lucro, deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare inutili sofferenze e i protocolli devono avere ricevuto il preventivo assenso di un Comitato etico indipendente. Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza”.

112. A fronte delle disposizioni richiamate, innanzitutto emerge l'inconferenza dello stesso richiamo operato dal Governo italiano.

113. In secondo luogo, il Governo, nella prospettiva di fondare lo scardinamento della legge n. 194 del 1978, afferma che il medico può rifiutare le cure soprattutto quando si ponga una questione di proporzione fra intervento richiesto e risultato dello stesso, dovendosi peraltro rispettare un equilibrio fra i costi e i benefici dell'intervento.

114. Se un atto risulta privo di ogni fine terapeutico il medico può rifiutarsi di eseguirlo, ad avviso del Governo italiano.

115. La CGIL si limita ad osservare come, ancora una volta, il Governo mostri di non considerare la portata della legge n. 194 del 1978, che agli artt. 4 e 6 è ancora a precisi requisiti legati alla salute psichica, alla salute fisica e alla vita della donna la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza.

116. Inoltre, proseguendo con il ragionamento del Governo, si adombra l'idea che, poiché il trattamento richiesto conduce inevitabilmente all'interruzione della gravidanza, la valutazione dei costi e dei benefici conduca sempre alla necessità che il medico rifiuti di eseguirlo.

117. In questa prospettiva, il Governo italiano giunge, in definitiva, a formulare la propria e grave impostazione tesa all'abrogazione della legge n. 194 del 1978: nel solo caso in cui sia in pericolo la vita della donna, l'interruzione volontaria della gravidanza è possibile, poiché solo in questo caso il rapporto di proporzionalità è salvaguardato.

118. Infine, si pone direttamente in dubbio la legittimità delle stesse previsioni di legge che invece legittimano l'interruzione volontaria di gravidanza anche al di fuori del caso in cui sia in pericolo la vita della donna. L'art. 4, ad avviso del Governo italiano, sarebbe formulato in termini generali, tali da consentirne un'applicazione non ancorata a cause propriamente mediche.

119. A questo riguardo, si precisa che :

- un conto è affermare che le donne abortiscono anche al di fuori dei casi tassativamente previsti dalla legge n. 194 del 1978;

- un altro conto è ritenere che le cause previste dalla legge n. 194 del 1978 consentono, in ragione della formulazione, un ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza più esteso;

- un altro ancora è considerare tale questione – le condizioni e i limiti dell'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza – confondendola, ancora una volta, con l'oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013 che riguarda, invece, l'elevato e crescente numero di medici obiettori di coscienza.

3.12. Il riferimento operato dal Governo italiano alla giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

120. A supporto delle conclusioni raggiunte, il Governo italiano richiama la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

121. A questo riguardo, in particolare, il Governo ricorda come pur non potendosi rinvenire un esplicito fondamento nella Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo per il diritto all'aborto, le donne hanno diritto al rispetto della scelta di interrompere la gravidanza negli Stati che consentono tale pratica, alle condizioni previste dalla normativa predisposta (§ 16).

122. Da tale ricostruzione il Governo italiano deduce che la legge n. 194 del 1978 salvaguarda la salute delle donne e dei bambini (§ 17).

123. Non essendo possibile individuare alcuna argomentazione tesa a dimostrare quanto sostenuto dal Governo italiano, si ritiene necessario richiamare la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo in materia.

124. Quest'ultima ha valutato che in materia di interruzione volontaria di gravidanza le normative nazionali riguardano la vita privata della donna, che pure si connette intimamente alla posizione del feto (Commissione Europea dei Diritti dell'Uomo, *Brüggemann e Scheuten c. Germania*, 1977; Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, *Tysiqc c. Polonia*, 2007. Si veda anche S. BARTOLE – P. DE SENA – V. ZAGREBELSKY (a cura di),

Commentario breve alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, Cedam, Padova, 2012, pagg. 56 s.).

125. In particolare, l'art. 8 (*Diritto al rispetto della vita privata e familiare*) della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo non prevede espressamente il diritto all'interruzione volontaria di gravidanza e in materia, sempre ad avviso della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, occorre riconoscere agli Stati un ampio margine di apprezzamento.

126. Tale riconoscimento, però, non comporta che la materia dell'interruzione volontaria di gravidanza si sottragga all'ambito di applicazione della Convenzione Europea dei Diritti Europea e che ogni tipo di disciplina – in particolare, ogni tipo di restrizione e limitazione all'accesso al trattamento interrottivo – sia da ritenersi compatibile con la stessa Convenzione (in particolare, Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, *A. B. C. c. Irlanda*, 2010).

127. La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, infatti, non ritiene che le sia sottratta la possibilità di valutare la compatibilità delle discipline nazionali rispetto alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, in particolare tenendo conto dell'oggetto dei ricorsi e dunque delle circostanze del caso concreto.

128. Innanzitutto occorre richiamare la decisione relativa al caso *P. e S. c. Polonia*, 2012¹, che nell'accertare la violazione da parte della Polonia, fra gli altri, dell'art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, in materia di interruzione volontaria di gravidanza, fa costante riferimento alla decisione relativa al caso *R. R. c. Polonia*, 2011, a cui si è già fatto riferimento nell'atto di reclamo n. 91 del 2013.

129. In particolare, la Corte Europea dei Diritto dell'Uomo ha ribadito che:

“96. [...] the Court held in this context that the State's obligations include both the provision of a regulatory framework of adjudicatory and enforcement machinery protecting individuals' rights, and the implementation, where appropriate, of specific measures (*Tysi c v. Poland*, cited

¹ Con riguardo a questo caso, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ricorda che: “80. The applicants submitted that the first applicant remained a victim of a breach of Article 8 of the Convention, despite ultimately, after long and protracted efforts, having undergone an abortion. The applicants had never claimed that the first applicant's rights had been violated because she had not been allowed access to an abortion. The core of her complaint was that the State's actions and systemic failures in connection with the circumstances concerning the determination of her access to abortion, seen as a whole, as well as the clandestine nature of the abortion, had resulted in a violation of Article 8. 81. The unwillingness of numerous doctors to provide a referral for abortion or to carry out the lawful abortion as such constituted evidence of the State's failure to enforce its own laws and to regulate the practice of conscientious objection. Both applicants had been misled by the doctors and the authorities as to the applicable procedure and requirements for lawful abortion. The first applicant had been given unwanted counselling by a priest, harassed by doctors and bullied by persons informed of her situation by the doctors and the priest. She had also been unlawfully torn from her mother's custody and put into detention. When she had finally been allowed to obtain the abortion that she lawfully sought, that abortion had been performed in a clandestine manner, in a hospital five hundred kilometres from her home town. 82. The State had failed to take appropriate measures to address the systemic and deliberate violations which had breached the applicants' right to respect for their private life. The set of circumstances surrounding the applicants' efforts to secure a lawful abortion for the first applicant had not been remedied by the fact that she had ultimately obtained it. The first applicant had not lost her victim status because the State had not acknowledged any of the alleged violations, nor had it provided redress.”

above, § 110; A, B and C v. Ireland [GC], cited above, § 245; and R.R. v. Poland, cited above, § 184).”

130. E, ancora, la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo ha sottolineato che:

“99. [...] The Court has already found [...] that once the State, acting within its limits of appreciation, adopts statutory regulations **allowing** abortion in some situations, it must not structure its legal framework in a way which **would** limit real possibilities to obtain an abortion. In particular, the State is under a **positive obligation** to create a procedural framework enabling a pregnant woman to effectively exercise her **right** of access to lawful abortion (Tysi c v. Poland, cited above, § 116-124, R.R. v. Poland, cited above, § 200). The legal framework devised for the purposes of the determination of the conditions for lawful abortion should be ‘shaped in a coherent manner which allows the different **legitimate** interests involved to be taken into account adequately and in accordance with the obligations deriving from the Convention’ (A, B and C v. Ireland [GC], cited above, § 249).”

131. In relazione all’obiezione di coscienza e quindi all’art. 9 della Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo, la Corte ha stabilito che:

“106. In so far as the Government referred in their submissions to the right of physicians to refuse certain services on grounds of conscience, relying on Article 9 of the Convention, the Court reiterates that the word ‘practice’ used in Article 9 § 1 does not denote each and every act or form of behaviour motivated or inspired by a religion or a belief (see, among many other authorities, Pichon and Sajous v. France (dec.), no. 49853/99, ECHR 2001-X). For the Court, States are obliged to organise their health service system in **such** a way as to ensure that the effective exercise of freedom of conscience by health professionals in a professional context does not prevent patients from obtaining access to services to which **they** are entitled under the applicable legislation (see R.R. v. Poland, cited above, no. 27617/04, § 206).”

132. In particolare e in modo significativo, quindi, la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo ha chiarito che quando il legislatore di uno Stato decide di porre una regolamentazione della materia, il medesimo Stato assume l’obbligo positivo, che deriva dall’art. 8 CEDU, di creare un quadro giuridico e di fatto che non limiti la effettiva possibilità di interrompere la gravidanza, prevista dalla stessa normativa (Tysi c c. Polonia, 2007 e, ancora, si veda S. BARTOLE – P. DE SENA – V. ZAGREBELSKY (a cura di), *Commentario breve*, cit.).

133. La donna ha il diritto al rispetto della propria scelta di interrompere la gravidanza, alle condizioni e secondo i limiti previsti dalla legge nazionale senza limitazioni irragionevoli, in caso contrario configurandosi la violazione dell’art. 8 Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo.

134. Da questo punto di vista, richiamando le precedenti valutazioni, si ricorda come il legislatore italiano abbia deciso di **regolamentare** la materia a seguito della nota sentenza n. 27 del 1975 della Corte costituzionale, stabilendo determinate condizioni che rendono legittimo l'accesso all'interruzione volontaria della gravidanza.

135. Anche alla luce della giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, rientra quindi nei compiti dello Stato provvedere alla effettiva applicazione di una legge del proprio ordinamento, garantendo alle **donne** l'effettivo accesso al trattamento interruttivo della gravidanza nel rispetto dei limiti previsti dalla stessa legge n. 194 del 1978.

3.13. Il riferimento operato dal Governo italiano alla posizione dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

136. Il Governo opera un richiamo anche alla posizione espressa in materia dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa (§§ 29 – 30 - 31), insistendo sulla natura del diritto all'obiezione di coscienza, di cui, peraltro, lo si ripete, non si dubita, e sul fatto che nessuno può essere costretto a **effettuare** interruzioni volontarie di gravidanza.

137. Oltre a richiamare le precedenti osservazioni svolte in relazione alla giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, si ribadisce che la questione oggetto del reclamo collettivo non mira né ad abolire il riconoscimento del diritto all'obiezione di coscienza, né a costringere i medici a non sollevare obiezione di coscienza o a revocarla.

138. Al contrario, si richiede che l'Italia assicuri l'effettiva applicazione di una legge dello Stato, che individua un preciso **bilanciamento** fra le posizioni della donna e del nascituro e che consente, con i limiti e le **forme** previste dall'art. 9, ai medici di rifiutarsi di eseguire questi trattamenti.

3.14. L'impossibilità per lo Stato affermata dal Governo italiano di ridurre il numero di medici obiettori di coscienza.

139. Il Governo italiano pone la questione relativa alla possibilità per lo Stato di ridurre il numero di medici obiettori di coscienza senza compromettere il diritto all'obiezione di coscienza e senza escludere dall'accesso alla professione medica le persone che, moralmente, non vogliono praticare aborti (§ 19, questione poi ripresa nelle conclusioni § 52, lettera c).

140. La CGIL deve a questo proposito sottolineare come non sia mai stata affermata la necessità di obbligare i medici obiettori di coscienza a effettuare interruzioni volontarie di gravidanza oltre il caso previsto dall'art. 9 della legge n. 194 del 1978 relativo al pericolo imminente per la vita della donna (sia in considerazione del diritto all'obiezione di coscienza, sia, ancora di più, in considerazione della posizione delle donne che accedono all'interruzione volontaria di gravidanza che presumibilmente non intendono farsi operare da medici che non vogliono praticare quel tipo di intervento).

141. Di conseguenza, non si richiede che lo Stato imponga ai medici di non sollevare obiezione di coscienza, ma, all'opposto, di garantire l'effettiva applicazione della legge n. 194 del 1978 attraverso la presenza necessaria di medici in tutte le strutture per garantire il diritto all'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza.

142. Peraltro il Governo italiano, nell'affermare l'impossibilità per lo Stato di ridurre i numeri dell'obiezione di coscienza sembra confermare l'esistenza del problema, rispetto al quale si domanda in che modo si potrebbe trovare soluzione escludendo appunto di poter procedere alla riduzione del numero di medici obiettori di coscienza.

143. Il Governo si limita, in modo apodittico, a partire dal contenuto normativo dell'art. 9 della legge n. 194 del 1978, a dichiarare che le Regioni e le strutture ospedaliere hanno sempre garantito l'applicazione della legge n. 194 del 1978, sia attraverso la mobilità del personale sia attraverso la stipulazione di convenzioni con medici specialisti (§ 21).

144. Peraltro successivamente il Governo stesso afferma in modo contraddittorio che il livello di obiezione di coscienza è "parzialmente" bilanciato dalla mobilità del personale e dalle convenzioni con medici specialisti (§ 26).

145. Un ultimo rilievo è necessario in relazione all'affermazione del Governo italiano secondo cui la legge da un lato prevede il diritto all'obiezione di coscienza e dall'altro lato stabilisce che le strutture ospedaliere e le Regioni hanno il compito di porre in essere le misure necessarie (§ 21). Collegando la predisposizione delle misure necessarie all'esercizio da parte dei medici del diritto di sollevare obiezione di coscienza sembra che si sostenga la tesi secondo cui l'art. 9 della legge n. 194 del 1978 regola l'esercizio di quest'ultimo diritto e le strutture ospedaliere e le Regioni hanno il compito di renderlo effettivo.

146. Il tenore dello stesso art. 9, come pure l'impianto della legge n. 194 del 1978, invece, conducono a una opposta valutazione del bilanciamento - tra i diritti che vengono in rilievo in questa materia - individuato dal legislatore.

147. A fronte del riconoscimento del diritto di sollevare obiezione di coscienza per il personale medico, si impone innanzitutto alle strutture ospedaliere e alle Regioni successivamente di garantire in ogni caso l'esercizio del diritto di accesso ai trattamenti interruttivi.

148. È in funzione di quest'ultimo diritto che le strutture sono chiamate a predisporre le misure necessarie ad assicurarne l'effettivo esercizio ed è in funzione del medesimo diritto che si richiede che le Regioni controllino l'attività degli ospedali nel perseguimento dell'obiettivo di garantire in ogni caso il diritto di accesso al trattamento interruttivo di gravidanza imposto dalla legge stessa.

3.15. I dati forniti dal Governo italiano in merito all'obiezione di coscienza e al numero di interruzioni volontarie di gravidanza.

149. Il Governo italiano, dopo aver dichiarato che non vi è alcun problema applicativo relativo alla legge n. 194 del 1978 e che comunque non vi è un diritto all'aborto, ma solo un diritto all'obiezione di coscienza, afferma che durante l'ultimo anno vi è stata una stabilizzazione generale del fenomeno dell'obiezione di coscienza (§ 22).

150. Vengono successivamente indicati una serie di dati del tutto inconferenti rispetto all'oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013 e di cui non viene indicata la fonte, in tal modo mettendo non tanto e non solo la CGIL quanto e soprattutto il Comitato Europeo dei Diritti Sociali in condizioni di non poter verificare l'attendibilità degli stessi.

151. In particolare, vengono richiamati i dati relativi al ricorso all'aborto, che ne dimostrerebbero una diminuzione, oltre alla qualità dei servizi di prevenzione degli aborti. Peraltro vengono citati programmi specifici in questo senso senza fornire alcuna documentazione (§§ 22 - 23).

152. A questo proposito si rinvia alle considerazioni svolte nei capitoli **“P. Rapporto fra diminuzione degli aborti attestata dai dati ufficiali presentati dal Ministro della Salute nelle annuali Relazioni al Parlamento e difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978”** e **“H. Casi in cui le donne hanno abortito in condizioni non sicure o a loro carico”** e alla relativa documentazione, che rende conto delle problematiche sottese al dato di diminuzione degli aborti ufficiali quali l'aumento degli aborti clandestini.

153. Del tutto inconferenti risultano anche i dati relativi al ricorso alla procedura d'urgenza, di interventi chirurgici praticati in day hospital, di riduzione dei tempi fra certificazione e intervento interruttivo e di riduzione delle complicazioni, che dimostrerebbero di per sé un miglioramento e un'efficacia dei servizi, con particolare riguardo alle capacità organizzative (§§ 24 - 25).

154. Apodittiche risultano infine le affermazioni del Governo italiano circa il fatto che il numero di medici obiettori di coscienza non influenza in modo concreto e diretto il ricorso all'aborto, in tal modo non compromettendosi la posizione delle donne, anche perché la riduzione del ricorso all'aborto è più rilevante dell'aumento del numero di medici obiettori di coscienza (§ 26).

3.16. Le mozioni presentate in Parlamento e la posizione – di cui il Governo non tiene conto o non è a conoscenza – espressa dal Ministro della Salute.

155. Le posizioni espresse nelle osservazioni depositate dal Governo italiano e richiamate in questa sede dalla CGIL si pongono in contraddizione con la posizione espressa dal Governo stesso nella persona del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin a seguito della presentazione alla Camera dei Deputati di nove mozioni relative al diritto all'obiezione di coscienza in ambito medico-sanitario (Doc. 7 – 1/9) (11 giugno 2013).

156. A nulla rileva considerare che la presentazione delle mozioni in Parlamento e la conseguente discussione e presa di posizione da parte del Ministro della Salute siano

avvenute in un momento successivo rispetto al deposito delle osservazioni del Governo italiano nell'ambito della procedura avente ad oggetto il reclamo collettivo n. 91 del 2013.

157. Vi è, infatti, una vera e propria contrapposizione di merito tra le due posizioni che non si può giustificare semplicemente con un cambiamento di idea e di impostazione rispetto alla questione sollevata con il reclamo stesso, che si sarebbe determinato in pochi giorni.

158. Occorre preliminarmente chiarire quale sia la portata dei documenti presentati alla Camera dei Deputati (**Doc. 7 - 1/9**) e al Senato della Repubblica (**Doc. 7 - 10**), per comprendere quale sia l'effettiva ricaduta sulla concreta applicazione della legge n. 194 del 1978².

159. Benché infatti si debba prendere atto che il Governo italiano esprime due posizioni contrapposte nell'ambito da un lato delle due procedure pendenti davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali (reclamo collettivo n. 87 del 2012 e reclamo collettivo n. 91 del 2013) e dall'altro lato del Parlamento italiano, non si può non considerare come le dichiarazioni del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin risultino del tutto inefficaci rimanendo ancorate alla semplice idea che basti monitorare la situazione applicativa della legge n. 194 del 1978.

160. In questa prospettiva, il Ministro della Salute si limita a sperare di potersi recare in Parlamento con "tutti i dati che sono stati richiesti nel dibattito generale, in modo tale da poter verificare lo stato di attuazione della norma in tutto il territorio nazionale, rendendoci conto che la lettura anche di alcuni dati che sono stati presentati in quest'Aula oggi può essere soggetta a una molteplice interpretazione."

161. E, ancora, il Ministro della Salute afferma di avere l'intenzione di "attivarsi perché possa essere istituito [...] un tavolo tecnico degli assessori regionali in modo da poter avere e poter presentare a questo Parlamento lo stato di attuazione della legge nella parte non discriminatoria per quanto riguarda gli obiettori e i non obiettori proprio nelle singole regioni."

162. In primo luogo, occorre rilevare come il Ministro della Salute formuli dichiarazioni di principio quali quelle relative alla necessità di una piena applicazione della legge medesima e quelle relative alla necessità di dare (solo) un "segnale unitario", che

² In particolare, la mozione è un provvedimento attraverso il quale si determina una discussione o una delibera su questioni oggetto dell'attività del Governo. Quest'ultimo viene invitato a tenere un certo comportamento e, una volta che la medesima mozione sia stata approvata dal Governo stesso, la mozione crea un vincolo di carattere politico relativamente all'attuazione dell'impegno assunto.

non possono essere ritenute prese di posizioni effettive o in alcun modo idonee a modificare la realtà applicativa della legge n. 194 del 1978 (da questo punto di vista si veda l'ampia documentazione relativa ai casi di mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978, riportata in questo atto). A questo riguardo si prende atto della opposta valutazione del Governo italiano espressa nell'ambito della procedura relativa al reclamo collettivo n. 91 del 2013 (come di quella relativa al reclamo collettivo n. 87 del 2012).

163. In secondo luogo, il Ministro della Salute si esprime in termini di probabilità e di auspicio nel ricordare che nel mese di luglio dovrà presentare la consueta Relazione annuale al Parlamento sullo stato di applicazione della legge n. 194 del 1978.

164. In particolare, il Ministro della Salute da un lato ferma la prospettiva della propria azione al mero monitoraggio e alla presa di coscienza dello stato di applicazione della legge, auspicando una raccolta di dati che renda effettiva la portata della comunicazione degli stessi dati con la Relazione annuale. In questa prospettiva, sembra che il Ministro non consideri per nulla affidabili – come peraltro la CGIL - i dati ufficiali riportati nelle Relazioni annuali e, di conseguenza, si deve rilevare ancora una volta un mancato coordinamento fra posizioni espresse dal Governo in diversi contesti (Parlamento italiano e Comitato Europeo dei Diritti Sociali del Consiglio d'Europa).

165. Dall'altro lato, il Ministro della Salute pare riconfermare l'attendibilità dei dati ufficiali, laddove afferma che se riuscirà a presentare a luglio una Relazione "effettiva" sullo stato di applicazione della legge n. 194 del 1978 sarà possibile verificare che i diversi dati (presentati in occasione della discussione delle mozioni alla Camera dei Deputati) sono interpretabili in diversi modi e quindi, evidentemente, anche giustificabili.

166. In terzo luogo, il Ministro della Salute specifica:

- da un lato che il monitoraggio che spera di poter attuare sarà eseguito "in modo attento", ancora una volta adombrando l'idea che fino ad oggi il monitoraggio ufficiale non lo sia stato, e

- dall'altro lato che sarà limitato a verificare che "non ci siano effetti di discriminazione rispetto agli operatori obiettori o non obiettori all'interno delle singole strutture regionali."

167. Sorprende dunque che il **Ministro** della Salute intenda limitare l'eventuale attività di indagine al solo profilo della **discriminazione** dei medici, non solo non obiettori ma anche obiettori di coscienza.

168. A questo proposito e richiamando i molteplici profili di violazione dei diritti sia delle donne sia dei medici non obiettori di coscienza, la CGIL rinvia al reclamo collettivo n. 91 del 2013.

169. In quarto luogo, anche la **dichiarazione** di intenti espressa dal **Ministro** della Salute relativa al suo impegno per una **futura** attivazione delle condizioni affinché possa essere istituito un tavolo tecnico – **limitato**, lo si sottolinea, ad attività di mero monitoraggio avente ad oggetto l'eventuale discriminazione fra medici obiettori e non obiettori di coscienza – mostra un **inidoneo** grado di incisività da parte del **Ministro** competente, adombrando l'idea che la **medesima** iniziativa non rientri a pieno titolo fra le competenze – e le possibilità, ma forse, **in definitiva**, anche fra le priorità – del **Ministro** stesso e quindi del **Governmento**, dando **ulteriore** conferma dell'impostazione, reale ed effettiva, sostenuta nell'ambito della **procedura** pendente davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

170. In quinto luogo, il **Ministro della Salute** fa un rapido cenno a una questione che sembra azzerare tutte le considerazioni – **sempre** e solo di principio – relative alla necessità di applicare la legge n. 194 del 1978.

171. In particolare, infatti, il **Ministro** della Salute afferma che “È ovvio che noi abbiamo dovuto ottemperare, poi, anche a quelle che sono le competenze, cioè le competenze di indirizzo che può dare il Parlamento, rispetto alla normativa e all'autonomia regionale. Ma credo che lo spirito di tutti sia stato quello di poter verificare, sui territori e nelle singole strutture sanitarie, che i principi della legge siano effettivamente applicati.”

172. A questo proposito, innanzitutto, si rinvia al capitolo “**3.7. Il riferimento operato dal Governo italiano alla competenza legislativa in materia di salute: l'art. 117 della Costituzione italiana**” di questa memoria.

173. Inoltre, si tiene a precisare che non si comprende quale sia il fine del richiamo alla normativa e all'autonomia regionali, posto che la questione oggetto del reclamo collettivo n. 91 del 2013 è la mancata e insoddisfacente applicazione di una legge dello Stato, che risale al 1978 e che è stata **qualificata** dalla Corte costituzionale quale legge a

contenuto costituzionalmente vincolato. **Non** vengono in rilievo, dunque, profili relativi alla ripartizione delle competenze legislative tra Stato e Regioni.

174. Infine, si sottolinea come ancora una volta il Ministro della Salute confermi che lo “spirito di tutti” è limitato a “poter verificare” l’effettiva applicazione della legge n. 194 del 1978.

175. Da ultimo, preme soffermarsi su una affermazione del Ministro della Salute, che pare particolarmente significativa, in cui ammette che “laddove ci sono stati un aumento o un decremento degli obiettori, questo non sempre ha corrisposto poi con una non sofferenza nell’accesso ai servizi territoriali.”

3.17. Documentazione relativa alla mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978.

3.17.1. Osservazioni preliminari.

176. La posizione espressa dal Governo italiano secondo cui non vi sarebbe alcuna violazione dei diritti delle donne e dei medici non obiettori di coscienza offre occasione alla CGIL per presentare l’ampia documentazione che non era disponibile al momento della presentazione del reclamo collettivo n. 91 del 2013 e i cui dati sono emersi nella maggior parte dei casi a seguito della pubblicità del reclamo collettivo stesso e degli atti ufficiali a questo conseguenti, come anche a seguito della pubblicità del reclamo collettivo n. 87 del 2012 (alla relativa documentazione del quale si fa in questo atto riferimento, oltre ad ulteriori casi di mancata o insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978), poiché la relativa procedura è stata avviata prima e dunque risulta, anche in ragione del riconoscimento della procedura d’urgenza, a uno stadio più avanzato.

177. Occorre sottolineare a questo proposito come rimangano, in ogni caso, difficoltà obiettive nel reperimento di questi dati in ragione di diversi fattori, di cui si rende conto nel prosieguo di questo atto, e come continuino a presentarsi ulteriori casi di mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978.

178. È in ogni caso necessario svolgere alcune considerazioni generali, che riguardano la particolare natura della materia coinvolta nel giudizio davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali, ovvero l'interruzione volontaria di gravidanza, e, di conseguenza, la particolare situazione in cui si trovano da un lato le donne che decidono di accedere al trattamento interruttivo di gravidanza e dall'altro lato il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie (d'ora in avanti "i medici") che decidono di non sollevare obiezione di coscienza.

179. Si ricordi, ancora una volta, che la legge n. 194 del 1978 all'art. 9 dispone che debba sempre essere assicurato l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza, alle condizioni e con i limiti previsti dalla stessa normativa, a prescindere quindi da ogni riferimento alla effettiva richiesta di interruzione di gravidanza: le strutture ospedaliere, quindi, sono chiamate a garantire sempre questo tipo di servizio, con il controllo operato in questo senso dalle Regioni che possono anche ricorrere alla mobilità del personale. Deve quindi essere sempre assicurata la presenza di medici non obiettori di coscienza in ogni struttura per fare fronte alla – anche eventuale e certamente mai prevedibile da parte delle strutture ospedaliere - richiesta del trattamento interruttivo.

180. L'art. 9, infatti, richiede che il servizio sia sempre garantito indipendentemente dalla verifica concreta che vi siano o non vi siano, in un certo ambito territoriale relativo a una struttura ospedaliera specifica, richieste di interrompere la gravidanza. In caso contrario si potrebbe concludere che, se in un determinato luogo non ci sono state richieste di interruzione di gravidanza, le strutture ospedaliere siano legittimate a non garantire il servizio (disciplinato da una legge a contenuto costituzionalmente vincolato, come stabilito dalla Corte costituzionale italiana). Si veda, per esempio, a questo riguardo, la dichiarazione di **M. PENSA**, Segretario generale FLC CGIL della Provincia di Sondrio, che afferma che il grande numero di medici obiettori di coscienza dimostra di per sé stesso l'insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978 (**Doc. G**). Si veda inoltre la dichiarazione della **dott. A. UGUETI**, Responsabile della Unità Operativa Semplice Legge 194 e Piccoli Interventi – Dipartimento per la salute della donna del bambino e del neonato, Clinica Mangiagalli, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, **Milano**, in relazione al fatto che dove c'è solo un medico non obiettore di coscienza è possibile effettuale solo una interruzione volontaria di gravidanza alla settimana (**Doc. L**).

181. Una ricognizione completa dello stato di applicazione della legge n. 194 del 1978 richiede necessariamente una indagine da effettuarsi in ogni singolo ospedale, casa di cura e consultorio (d'ora in poi "strutture"), su tutto il territorio dello Stato italiano.

182. In particolare, sarebbe necessario avere il riscontro delle condizioni di applicazione della legge n. 194 del 1978 in tutte queste strutture, per tutti i casi in cui l'interruzione volontaria di gravidanza è avvenuta, con o senza difficoltà, e per tutti i casi in cui invece l'interruzione non è potuta avvenire a causa di quelle stesse difficoltà, determinate dalla insufficienza o mancanza di medici non obiettori di coscienza.

183. Nelle Relazioni al Parlamento finora presentate da parte del Ministero della Salute, non viene dedicata alcuna analisi relativa alle carenze o ai problemi applicativi derivanti dal numero di medici obiettori di coscienza e nemmeno si rendono noti i rapporti fra richieste di trattamenti interruttivi della gravidanza e presenza nelle singole strutture di medici non obiettori di coscienza, peraltro in linea con quanto sostiene il Governo italiano nell'ambito di questo giudizio davanti al Comitato Europeo dei Diritti Sociali.

184. Peraltro, come testimoniano i dati raccolti dalla "Libera Associazione Italiana Ginecologi per Applicazione legge 194" (Laiga), i dati forniti dal Ministero della Salute nelle proprie relazioni annuali sullo stato di applicazione della legge n. 194 del 1978 sono distanti da quelli riportati nelle Relazioni del Ministero della Salute.

185. Al riguardo si veda oltre, sulla situazione nella Regione Lazio, **Doc. 1** e **Doc. 2**, ma anche **Doc. 17**, in relazione a una ricerca effettuata nelle **Province di Como, Lecco, Lodi, Monza e Brianza, Sondrio**, e **Doc. 18**, sulla situazione nella **Regione Lombardia**. Si veda anche la documentazione della **dott. G. SCASELLATI**, membro dell'Associazione Laiga (**Doc. 53**), in relazione allo scarto fra i dati ufficiali e quelli reali, in materia di obiezione di coscienza, e ai tempi di attesa per l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza.

186. Inoltre, l'ISTAT – che peraltro richiede la compilazione di moduli con indicazione delle generalità delle donne che accedono all'interruzione volontaria di gravidanza - pur essendo stato richiesto di fornire l'elenco delle strutture in cui si praticano gli aborti da parte dell'Associazione Laiga per poter effettuare una ricognizione del reale stato di attuazione della legge n. 194 del 1978 ha rifiutato di consegnarlo (**Doc. 43**, Relazione della Presidente dell'Associazione Laiga, anche in versione francese).

187. Le criticità nella raccolta di dati completi sono dovute alla particolare natura della materia oggetto di esame e alle peculiari condizioni in cui si trovano da un lato le donne e dall'altro lato i medici non obiettori coinvolti e sono state confermate dalla **dott. C. LALLI**, autrice di numerose pubblicazioni sul tema (si veda oltre), la quale per poter procedere alla stesura delle stesse pubblicazioni si è dovuta recare in alcuni ospedali di Roma per chiedere informazioni alle persone disponibili. Si anticipa a questo proposito che

la stessa **dott. C. LALLI** ha dato la propria disponibilità a essere contattata anche successivamente per ulteriori approfondimenti (**Doc. A**). Si veda anche quanto sostengono le **dott. V. GALANTI** e **E. BORZACCHIELLO** - che pure hanno dato la loro disponibilità ad essere ulteriormente contattate, per le ricerche che stanno svolgendo sul tema (**Doc. C**) – che in riferimento all'ipotesi di un ricorso alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo rilevano come è tenue l'ipotesi che una donna intraprenda la via del ricorso giudiziario (**Doc. 19**).

188. Una indagine completa di questo tipo, quindi, è molto difficile da effettuare, non solo in considerazione delle limitate risorse e soprattutto dei tempi a disposizione per depositare il presente atto (a questo proposito come si vedrà oltre si è registrata la disponibilità per ulteriori approfondimenti da parte di alcune persone).

189. È difficilmente immaginabile la possibilità di indagare, presso le donne, le problematiche incontrate durante il percorso di accesso all'interruzione di gravidanza. Infatti:

- se esse le incontrano non intendono rispondere perché devono, nei rigidi tempi dettati dalla legge, trovare soluzioni alternative, come recarsi in altri ospedali o all'estero;

- se invece riescono ad abortire, anche con difficoltà, la descrizione del fatto rischia di fare rivivere in loro il trauma subito, che comprende la stessa interruzione di gravidanza (si veda, per esempio, quanto riportato nel libro di **C. LALLI**, *A. La verità, vi prego, sull'aborto*, Fandango, 2013 (**Doc. 3**) (e anche, della stessa autrice, *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza*, Il Saggiatore, 2011, **Doc. 40**), in cui si rende conto di esperienze di donne e in cui, in relazione al primo caso descritto, si osserva che "Bianca ha ignorato quel patto silenzioso tra le donne che hanno abortito, sebbene a 10 anni dal suo aborto" (pag. 235, **Doc. 3**). Si vedano inoltre tutti i casi descritti nel libro di **L. FIORE**, *Abortire tra gli obiettori. La moderna inquisizione. Diario del mio aborto*, Tempesta editore, 2012 (**Doc. 31**), in cui la drammaticità dei racconti mostra come sia difficile se non del tutto impossibile per le donne avere il coraggio di esporsi. La stessa autrice racconta la propria esperienza di aborto terapeutico (**Doc. 32**).

190. Si tratta di dati del tutto sensibili e di testimonianze che sono difficili da ottenere sia in forma diretta (si riportano in **Doc. 28**, **Doc. 31** e **Doc. 32** le testimonianze dirette di donne che hanno avuto il coraggio di esporsi pubblicamente; la maggior parte delle esperienze raccontate nei libri che si sono citati sono state rese in forma anonima), sia in forma anonima, risultando comunque difficile per le donne raccontare quanto hanno vissuto, nell'ambito dell'interruzione volontaria di gravidanza. Da questo punto di vista,

non si può neanche pensare di poter costringere le donne a riferire su questi aspetti o tentare di risalire all'identità delle donne, per poter indagare sui relativi casi.

191. In ogni caso, necessariamente sfuggono a questo tipo di indagine i casi di donne che sono costrette a rivolgersi ad altre strutture, poiché non rimane traccia delle loro richieste in quelle in cui non trovano adeguata assistenza (si vedano a questo proposito la video inchiesta: <http://video.repubblica.it/edizione/bari/odissea-consultori-io-obiettore-il-dottore-passa-solo-a-timbrare/113822?video=&ref=HREC2-8>, con relativa inchiesta: **Doc. 4**; e **Doc. 46**, circa la dichiarazione del **dott. P. PUZZI** sui tempi di attesa che costringono le donne a spostarsi da un ospedale all'altro e sulla lista di ospedali vicini dove devono recarsi per accedere all'aborto. Si veda anche il **Doc. 43**, Relazione del Presidente dell'Associazione Laiga, che mostra le difficoltà di raccogliere dati di questo tipo).

192. Si pensi anche al fatto che nei certificati rilasciati per l'interruzione di gravidanza non viene indicato in modo specifico il contenuto del colloquio tra donna e medico (si allega un esempio di certificato attestante la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza, **Doc. 33**). Non è nemmeno possibile recuperare eventuali documenti in possesso del medico o della donna, che rientrano nell'ambito della tutela della privacy, in una materia, lo si ribadisce, del tutto particolare e che si differenzia notevolmente rispetto agli altri settori medico-sanitari.

193. Si pensi, inoltre, al fatto che le strutture che praticano l'interruzione di gravidanza non possono in alcun modo ottenere l'elenco – ammesso che un simile elenco venga effettivamente predisposto - delle donne che incontrano difficoltà nel rilascio delle certificazioni nell'ambito dei consultori.

194. Si veda in questo senso la mozione 1-00082 (**Doc. 7 - 7**), in cui si afferma che “allo stato attuale, è praticamente impossibile verificare se le donne che si cancellano da una lista di attesa lo facciano perché hanno effettivamente cambiato idea o perché, all'allungarsi dei tempi d'attesa, decidono di ricorrere all'aborto clandestino”.

195. Non si può, da ultimo, ignorare come anche i medici non obiettori di coscienza incontrino notevoli difficoltà nel denunciare la insufficiente o mancata applicazione della legge n. 194 del 1978. Ciò presuppone:

- da un lato la denuncia da parte dei medici non obiettori della struttura che non garantisce il servizio, con inevitabili ricadute in relazione alla loro posizione lavorativa e

- dall'altro lato il fatto che i medici non obiettori indichino quali sono i medici obiettori di coscienza che, per esempio, si rifiutano di prestare la propria assistenza in relazione ad attività non connesse all'interruzione di gravidanza (si veda da ultimo il caso deciso dalla Corte di cassazione, **Doc. 19**, ma anche **Doc. 20** e **Doc. 25**).

196. Pur raccogliendo le testimonianze di medici ginecologi o anestesisti, non è qui possibile renderne noti i nomi, poiché ciò, come detto, comprometterebbe la loro posizione.

197. Evidentemente a nulla o a poco servirebbe una attestazione da parte della CGIL della veridicità di quanto testimoniato. Per questo risultano fondamentali le testimonianze anche anonime raccolte nelle pubblicazioni indicate da **L. FIORE** – che descrive anche la sua stessa esperienza – e da **C. LALLI**, filosofa e giornalista.

198. A questo proposito e a titolo esemplificativo, si veda l'azione promossa dall'Associazione Luca Coscioni e dall'Associazione Italiana per l'Educazione Demografica, relativa al deposito di un esposto-denuncia sulla violazione della legge n. 194 del 1978 nella **Regione Lazio**. Scopo di questo esposto è stato quello di chiedere alla Procura della Repubblica di Roma – a fronte dei dati forniti dall'Associazione Laiga sul numero reale di obiettori di coscienza – di indagare sulla situazione di illegittimità in cui versano le strutture ospedaliere pubbliche (**Doc. 26**).

199. In conclusione, per quanto concerne questi aspetti, si deve sottolineare come sia difficile, se non impossibile, poter richiedere alle donne soprattutto, ma anche ai medici non obiettori di coscienza, di esporsi pubblicamente attraverso una denuncia nei confronti di singoli medici obiettori di coscienza o di strutture in cui non viene garantita l'interruzione volontaria della gravidanza.

200. Si veda, per esempio, la dichiarazione della **dott. A. UGUETTI**, Responsabile della Unità Operativa Semplice Legge 194 e Piccoli Interventi – Dipartimento per la salute della donna del bambino e del neonato, Clinica Mangiagalli, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, **Milano**, circa queste difficoltà, che rappresentano un serio ostacolo alla raccolta di dati dettagliati e testimonianze (**Doc. L**).

201. Si vedano anche le testimonianze di **V. GALANTI** e **E. BORZACCHIELLO**, **Doc. 52**, sulle difficoltà di indagine in questa materia, collegate alla mancanza di testimonianze provenienti da donne e medici. Nel medesimo **Doc. 52** ci sono diverse testimonianze di questa situazione: si vedano per esempio quelle di **E. RAFFA**, giornalista, e **M. PEPE**.

202. Si vedano anche la dichiarazione di **G. MEDINA**, in relazione alla situazione della **Regione Friuli Venezia Giulia**, che racconta della lunga lista di attesa quando provò ad accedere all'interruzione volontaria di gravidanza dopo i primi tre mesi e delle difficoltà di

denunciare la situazione (**Doc. 52**, dove **G. MEDINA** riporta la sua esperienza e il modo in cui fu trattata) e la dichiarazione della **dott. M. Toschi**, nella **Regione Umbria**, circa le difficoltà di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza (**Doc. 52**).

3.17.2. La documentazione relativa a casi di mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978.

203. A fronte di queste doverose e preliminari considerazioni sulla situazione, che non permette di reperire in modo organico i dati relativi alla mancata e insoddisfacente applicazione delle legge n. 194 del 1978, in ragione della particolare natura della materia di cui si tratta e della particolare condizione fisica e psicologica in cui si trovano le donne che intendono – alle condizioni e secondo i limiti temporali previsti dalla stessa legge – accedere al trattamento interrottivo di gravidanza, oltre che i medici non obiettori di coscienza, si può rendere conto della documentazione raccolta.

204. A questo proposito si deve necessariamente fare riferimento a quei casi in cui le persone coinvolte hanno deciso di denunciare le condizioni applicative della legge n. 194 del 1978.

205. Come si è anticipato, occorre tenere conto della natura della materia che viene in rilievo e delle condizioni in cui si trovano le donne e anche, se pure con le ovvie differenze, i medici non obiettori di coscienza.

206. Da una parte, quindi, vi sono le testimonianze di medici non obiettori di coscienza che hanno deciso di raccontare la propria storia, anche in considerazione della propria condizione di pensionamento; dall'altra parte, vi sono le testimonianze delle donne, molte delle quali raccolte in libri in cui viene garantito comunque, lo si deve sottolineare, l'anonimato.

A. Casi di sospensione del servizio di interruzione volontaria di gravidanza determinati dalla mancanza di medici non obiettori di coscienza.

207. L'obiezione di coscienza ha privato **Bari e provincia (Regione Puglia)** dell'ultimo presidio ospedaliero in cui venivano praticate le interruzioni volontarie di gravidanza.

All'ospedale **S. Paolo**, unico presidio pubblico, infatti, tutti i medici hanno sollevato obiezione di coscienza (**Doc. 10**).

208. In particolare, si è rilevato come le donne, in ragione della impossibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza negli ospedali pubblici, debbano rivolgersi al Policlinico - che non fa parte della ASL (Azienda Sanitaria Locale) e dove si registrano notevoli difficoltà organizzative e causa della scarsa presenza di medici non obiettori – o nelle strutture di Monopoli, Putignano e Corato, se non addirittura in un'altra Regione.

209. Si rinvia, inoltre, alla video-inchiesta sui **consultori di Bari**, che ha posto in luce le difficoltà delle donne nel trovare medici che prescrivano la pillola del giorno dopo e rilascino la documentazione necessaria per l'interruzione volontaria di gravidanza: <http://video.repubblica.it/edizione/bari/odissea-consultori-io-obiettore-il-dottore-passa-solo-a-timbrare/113822?video=&ref=HREC2-8>.

210. Anche nel Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale **Perrino di Brindisi (Regione Puglia)**, tutti i medici sono obiettori di coscienza (**Doc. 47**).

211. Anche al **Policlinico di Napoli (Regione Campania)** è stato chiuso il servizio pubblico di interruzione volontaria di gravidanza, dopo la morte violenta dell'unico medico non obiettore di coscienza, investito da una motocicletta (**Doc. 11**).

212. Si allega anche, come per altri casi, l'articolo comparso sul sito www.uccronline.it, che oltre a rendere conto del fatto, riesce a definire anche il contesto, a dir poco inquietante, in cui questo avviene: "Al Policlinico federiciano di Napoli ha vinto la vita, per un po' nessun essere umano verrà più soppresso perché non c'è più un medico disposto ad uccidere quel che l'embriologia definisce 'nuovo essere umano, unico e irripetibile'. La decisione è stata di sospendere il servizio di Ivg e la somministrazione della pillola Ru486."

213. Vi sono poi i casi di **Fano e di Jesi (Regione Marche)**, di cui si allega ampia documentazione – resa anche da parte della CGIL - relativa alla soppressione del servizio di interruzione volontaria di gravidanza (**Doc. 12**).

214. Si allega, inoltre, il documento apparso sul sito www.uccronline.it, che conferma questa condizione, affermando che si tratta di "Buone notizie per la natalità a Jesi: tutti i

medici sono obiettori di coscienza” (**Doc. 6**). Dello stesso tenore, fin dal titolo, l’articolo “Aborto: fortunatamente aumentano gli obiettori di coscienza”, che conferma la relazione tra alto numero di medici obiettori di coscienza e diminuzione degli aborti (**Doc. 13**). In particolare, nel rendere conto del fatto che la notizia è stata riportata dai quotidiani nazionali all’inizio di settembre si afferma sempre con toni trionfalistici che in realtà questa situazione – in cui tutti e dieci i ginecologi sono obiettori di coscienza – impedisce le interruzioni di gravidanza dal mese di agosto.

215. Anche nella **Regione del Lazio**, dove l’Associazione Laiga ha registrato una percentuale di obiezione di coscienza pari al 91,3%, su 31 strutture pubbliche 9 non praticano le interruzioni di gravidanza e in tre Province non si eseguono gli aborti terapeutici (**Doc. 1** e **Doc. 2**, in cui si fa riferimento alle **Province di Frosinone, Rieti e Viterbo**. Si veda anche il **Doc. 56**).

216. Su questa situazione, è opportuno richiamare anche quanto riportato sul sito www.uccronline.it, per comprendere quale sia il contesto in cui si pone l’inattuazione della legge n. 194 del 1978. In particolare, la drammatica situazione registrata dall’Associazione Laiga lungi dall’essere smentita viene accolta con toni trionfalistici: “Buone notizie arrivano dal Lazio: in 9 strutture pubbliche su 31 [...] non si eseguono soppressioni dell’essere umano nella prima fase della sua esistenza”; e, ancora: a **Formia** e **Palestrina** “hanno sospeso il servizio”, mentre il **Policlinico di Tor Vergata** “pur avendo la struttura che lo permetterebbe non pratica interruzioni di gravidanza”, per poi concludere con l’interrogativo: “Se non ci sono medici abortisti disponibili, come possono essere incolpate le strutture sanitarie?” (**Doc. 14**).

217. Sempre nella **Regione Lazio** l’**Azienda Ospedaliera S. Andrea** – struttura pubblica universitaria – non pratica aborti e non provvede alla formazione dei nuovi ginecologi (in questo senso la testimonianza della **dott. M. PARACHINI**, ginecologa e membro della Laiga, **Doc. 2**).

218. Inoltre, si rileva come “Molti dei medici non obiettori sono alla soglia della pensione e non verranno rimpiazzati, per la mancanza di formazione professionale” (**Doc. 2** e si veda anche il caso del **dott. P. PUZZI**, **Doc. 4**).

219. La CGIL ha raccolto alcuni dati relativi alla mancanza o numero ridotto di medici non obiettori di coscienza: in **Provincia di Palermo (Regione Sicilia)** in alcuni ospedali non c’è neanche un medico non obiettore (o ce ne è uno solo, anche esterno); nella **Regione Abruzzo**, ci sono ospedali in cui non sono presenti medici non obiettori (a Pescara su tre

ospedali solo in uno ospedale si assicura il servizio con un solo medico; a Teramo su quattro ospedali solo in due ospedali si assicura il servizio; a Chieti su cinque ospedali solo in tre strutture lo si garantisce, in una delle quali con un medico non obiettore esterno; a **L'Aquila** nelle tre strutture c'è solo un medico non obiettore di coscienza); a **Messina** vi sono presidi ospedalieri in cui non è presente alcun medico non obiettore di coscienza (Barcellona, Patti, Lipari, Mistretta) (**Doc. 39**); anche nella **Regione Puglia** vengono indicati, per ogni ospedale, il rapporto fra medici obiettori e non obiettori (anestesisti, medici, infermieri, ostetrici), da cui emerge come in alcuni ospedali non vi siano medici non obiettori (**Doc. 44**).

220. Si veda il **Doc. 52**, dove si riporta la testimonianza di **L. BARBARO**, Direttrice dell'Unità Operativa Consultori Area Ionica Asl 5, circa la necessità di mandare le donne che cercavano di accedere all'interruzione di gravidanza in altre città perché a **Messina (Regione Sicilia)** era impossibile garantire il trattamento.

221. Si veda anche il **Doc. 49**, circa la situazione della Regione Liguria, dove, oltre al ritardo nella presentazione del Rapporto del 2011 sullo stato di applicazione della legge n. 194 del 1978, nello stesso Rapporto non ci sono dati sull'obiezione di coscienza. Inoltre, nel **Doc. I**, è indicato che negli ospedali di questa Regione l'ampio ricorso all'obiezione di coscienza compromette l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza.

222. Si veda la tabella nel **Doc. 43**, Relazione del Presidente dell'Associazione Laiga, che mostra il numero di ospedali in cui l'interruzione volontaria di gravidanza è effettuata nelle **Regioni di Piemonte, Lombardia, Trentino, Veneto, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna**.

223. Si veda lo stesso **Doc. 43**, dove è indicata la lista di ospedali che non garantiscono l'interruzione volontaria di gravidanza e/o dove tutti i medici sono obiettori di coscienza: "Az. Ospedaliera Universitaria S. Andrea (Roma), Ospedale Acquapendente (Viterbo), Ospedale Andosilia (Civitavecchia), Ospedale Belcolle (Viterbo), Ospedale S. Camilo De Lellis (Rieti), Ospedale Umberto 1° (Frosinone), Ospedale S. Benedetto (Alatri), Ospedale Maggiore della Carità (Novara), Ospedale Castelli (Verbania), Ospedale Portogruaro (Verona), Ospedale di Gorizia, Ospedale di Jesi Marche, Ospedale di Fano Marche, Ospedale di Fermo Marche, Ospedale di Belluno, Ospedale Di Camposampiero, Ospedali Riuniti S. Lorenzo Varmagnola Torino, Ospedali Civili di Brescia, Ospedale S. Maria delle Stelle Melzo Milano, Ospedale di Cernusco, Ospedale di Carate, Ospedale di

Gallarate, Ospedale di Gorgonzola, Ospedale di Angera, Ospedale di Treviglio e Caravaggio, Ospedale di Como, Ospedale di Cantu', Ospedale di Monza, Ospedale di Sassuolo, Ospedale Franchini-Montecchio Reggio Emilia, Ospedale di Ponteanicari, Ospedale di Lipari, Ospedale Muscatello Augusta (SR), Ospedale Bosa (Sardegna), Ospedale di Ozieri (Sardegna), Ospedale di Bassano, Ospedale San Paolo di Bari, Ospedale Perrino (Brindisi), Ospedale di Venere (Bari), Ospedale di Bitonto (Bari), Ospedale di Bisceglie, Ospedale di Fasano, Ospedale di Velletri".

224. Si veda anche la dichiarazione contenuta nel **Doc. 52** sulla situazione della **Regione Toscana**, con particolare riferimento all'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese U. O. C. Ostetricia e Ginecologia – Policlinico "Le scotte" Iale Bracci (**Siena**), dove la sospensione del servizio è espressamente motivata dalla presenza di medici obiettori.

225. Si allega la documentazione fornita dal **dott. P. PUZZI**, medico ginecologo in pensione. Nel suo ospedale (a **Gavardo, Provincia di Brescia, Regione Lombardia**) si trovava a operare le interruzioni volontarie di gravidanza insieme a un altro ginecologo, rimasto poi solo a seguito del suo pensionamento e poi costretto a sollevare obiezione di coscienza in ragione del carico di lavoro derivante dalle richieste di interruzione di gravidanza (**Doc. 8**, esperienza del **dott. P. PUZZI**, che ha anche raccolto i dati relativi agli ospedali di Brescia, **Doc. 9**). Il **dott. P. PUZZI** inoltre ha fornito documentazione relativa a numerosi casi in cui si è sospeso il servizio dell'interruzione volontaria di gravidanza (**Doc. 45**).

B. Rapporto fra numero di medici non obiettori di coscienza e numero di richieste di interruzione volontaria di gravidanza.

226. In relazione a questo aspetto, si possono richiamare le considerazioni svolte con riferimento ai casi di sospensione del servizio di interruzione di gravidanza determinata dal numero di medici obiettori di coscienza.

227. Si deve in ogni caso ribadire come non vi siano dati ufficiali su questo aspetto: le Relazioni annuali del Ministero della Salute, infatti, non riportano alcun dato che correli specificamente il numero di richieste di interruzioni di gravidanza ai presidi sanitari. Come si è già detto, la richiesta dell'Associazione Laiga rivolta all'ISTAT per poter avere l'elenco di

tutte le strutture non è stata accolta e dunque non è stato possibile svolgere alcuna indagine sul rapporto fra richieste di interruzione volontaria di gravidanza – che comunque non potrebbe in ogni caso tenere conto del numero di richieste che non vengono registrate nel caso in cui le donne siano costrette a cercare altre strutture o altre soluzioni a fronte delle difficoltà di accesso al trattamento interruttivo – e numero di medici non obiettori di coscienza chiamati a effettuare questo tipo di interventi.

228. Ricordiamo ancora come l'art. 9 della legge n. 194 del 1978 richieda che ogni struttura garantisca sempre il servizio, indipendentemente dalla verifica concreta che vi siano o non vi siano richieste di interrompere la gravidanza. In caso contrario si potrebbe concludere che se in un determinato luogo non ci sono richieste di interruzione di gravidanza, le strutture siano legittimate a non garantire il servizio (disciplinato da una legge a contenuto costituzionalmente vincolato).

229. Sebbene si tratti di questione diversa, non attinente all'interruzione volontaria di gravidanza, ma che contribuisce a delineare il contesto generale in cui le donne si trovano, si segnala la video inchiesta dell'Associazione Radicali di Roma (<http://roma.repubblica.it/multimedia/home/2899382>) relativa alle difficoltà di prescrizione della pillola del giorno dopo (Doc. 30, in cui si rende conto anche del caso giudiziario). In particolare, sono pubblicate testimonianze dirette, se pure in forma anonima, relative agli ospedali di Casilino, Cristo Re, Cto, Gemelli, Fatebenefratelli, Grassi, Sandro Pertini, Regina Margherita, Sant'Andrea, Figlie di San Camillo, San Giovanni, San Carlo, Policlinico Tor Vergata, Sant'Eugenio, San Filippo Neri, San Pietro Fatebenefratelli, San Giacomo, Aurelia Hospital, Santo Spirito, Umberto I.

230. Peraltro questa questione presenta indubbi profili critici in relazione alla diffusa prassi che estende l'ambito applicativo dell'art. 9 della legge n. 194 del 1978 anche alle attività che, appunto, non sono connesse con l'intervento abortivo (sul punto si veda oltre, il caso deciso dalla Corte di Cassazione, Doc. 19, e la decisione del TAR Puglia, Doc. 25, oltre ai casi di "obiezione di coscienza da parte dei farmacisti", Doc. 34, o di "obiezione di coscienza di portanti e infermieri", Doc. 19).

C. Aumento significativo delle richieste di interruzione volontaria di gravidanza in una specifica struttura.

231. A questo riguardo, si segnala il caso del **Policlinico di Bari**, in www.uccronline.it (**Doc. 10**), in relazione al quale si documenta che per la somministrazione della pillola RU486 “Bari era diventata la meta dell’aborto facile, con donne che provenivano non solo dalla Puglia ma da tutto il Sud”.

D. Casi di mancata sostituzione di medici non obiettori di coscienza assenti.

232. A questo proposito si può richiamare il caso già citato dell’ospedale di **Gavardo**, in **Provincia di Brescia**, in cui a seguito del pensionamento del **dott. P. PUZZI** non si è provveduto alla assunzione di un altro medico che affiancasse l’unico medico non obiettore rimasto (**Doc. 8**).

233. E, ancora, si deve richiamare il caso del **Policlinico di Napoli**, dove, a seguito della morte dell’unico medico non obiettore di coscienza, si è sospeso il servizio (**Doc. 11**).

234. All’ospedale **San Camillo di Roma** (su cui si veda anche **Doc. 15**) un aborto terapeutico è stato rinviato per quattro giorni, in ragione della mancanza di anestesisti non obiettori di coscienza, poiché erano tutti in ferie. Il rinvio aveva rischiato di far decorrere i termini temporali previsti dalla legge n. 194 del 1978 (**Doc. 16**).

235. Si segnala, inoltre, una indagine effettuata in **Regione Lombardia**, in cui oltre a sottolinearsi come i dati reali sull’obiezione di coscienza siano più elevati rispetto a quelli ufficiali (**Doc 17, Doc. 18 e Doc. 27**) si pone in evidenza la questione relativa alla necessità di fare fronte alle carenze di personale non obiettore attraverso il ricorso ai medici consulenti già andati in pensione oppure ‘gettonisti’ o liberi professionisti pagati a prestazione (in questo senso, oltre a **Doc. 8**, si vedano **Doc. 17, Doc. 18 e Doc. 27**, in cui si riportano ulteriori dati relativi alle città di Treviglio, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Milano, Monza e Brianza, Mantova, Sondrio e Gallarate).

236. Inoltre, si rileva come le cose siano destinate a peggiorare, poiché “Molti medici non obiettori sono anziani e prossimi alla pensione [...] mentre quelli più giovani sono quasi tutti obiettori.” (**Doc. 18**).

237. Sempre in relazione alla situazione della **Regione Lombardia** sono state prospettate ulteriori considerazioni, che “**potrebbero valere per tutta Italia**” (così **C. LALLI**, in “**Aborto e obiezione di coscienza negli ospedali lombardi**”, **Doc. 27**).

238. In particolare, gli effetti delle **elevate percentuali** relative al numero di personale obiettore di coscienza dipendono da un **certo** numero di variabili: “Dalla città in cui vivi e dalla facilità con cui puoi scegliere una **struttura** invece che un'altra [...]. Da quanto sei a conoscenza dei tuoi diritti e degli effetti **della** obiezione sulla reale garanzia del servizio [...]. Da quanti soldi hai [...]. Da quante e quali **persone** conosci [...]. È indubbio comunque che qualsiasi servizio sarebbe verosimilmente **minacciato** da simili percentuali.” (**C. LALLI, Doc. 27**).

239. Si segnala inoltre il caso di **Ascoli Piceno (Regione Marche)**, in cui il servizio è garantito da un medico che proviene da **Milano**: “L'effettiva applicazione della legge viene subordinata all'atteggiamento di una «**ristrettissima categoria professionale dotata di particolari capacità tecniche (ostetrici e ginecologi)**»: si pensi a quanto accade ad Ascoli Piceno, dove non sarebbe possibile effettuare interruzioni volontarie di gravidanza se non ci fosse un medico che parte ogni settimana da Milano per garantire **gli** interventi. Vi è dunque l'esigenza di assicurare che **tutte** le strutture coinvolte, **consultori compresi**, applichino correttamente la legge, rispettando rigorosamente i tempi da essa previsti. Le disfunzioni organizzative provocate dal **grande** numero di obiezioni di coscienza, infatti, fanno sì che le gravidanze vengano **interrotte** con un ritardo sempre maggiore, mettendo con ciò in pericolo la salute delle donne.” (**Doc. 29, pag. 844**).

240. Peraltro, a questo proposito, si segnala come “Secondo la citata Relazione del Ministero della salute, nel 2006 è **diminuita** la percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate entro 14 giorni dal **rilascio** del documento (56,7%) rispetto al 2004 (58,0%), ed è di conseguenza aumentata **la** percentuale di interventi che avvengono dopo oltre tre settimane: 18,0% nel 2006 rispetto al 16,4% nel 2005.” (**Doc. 29, pag. 844**).

241. Si veda anche il **Doc. 43**, **Relazione** del Presidente dell'Associazione Laiga, in cui ci sono diversi riferimenti a questi casi, **come Bari** (sulle difficoltà determinate dall'essere l'unico medico non obiettore di coscienza **in ferie**), **Monterotondo** (sulle difficoltà derivanti dall'essere l'unico medico non obiettore **di** coscienza malato), **Jesi** (sulle difficoltà derivanti dall'essere l'unico medico non obiettore **di** coscienza andato in pensione) e **Napoli** (sulle difficoltà derivanti dall'essere l'unico **medico** non obiettore morto).

E. Rifiuto da parte di medici obiettori di coscienza o mancanza di medici per la prestazione di assistenza prima e dopo l'aborto.

242. In relazione alla prestazione della propria opera di assistenza prima e dopo l'intervento interruttivo, merita di essere segnalato il caso, definito con decisione della **Corte di cassazione** (2 aprile 2013), che ha condannato a un anno di reclusione un medico obiettore di coscienza che si è rifiutato di soccorrere una donna che si era già sottoposta all'aborto e a cui aveva fatto seguito una **grave emorragia** (**Doc. 19**).

243. A questo proposito, si veda quanto dichiarato dall'**Avv. F. GALLO**, Segretario dell'Associazione Luca Coscioni: <http://www.radioradicale.it/scheda/376858/legge-194-intervista-a-filomena-gallo-sulla-sentenza-della-corte-di-cassazione-sullobiezione-di-coscienza>, in cui si segnalano anche le difficoltà di denunciare i casi di mancata attuazione della legge n. 194 del 1978.

244. Questo caso risulta ancora più eclatante e risulta particolarmente indicativo di un clima generale ostativo alla effettiva applicazione della legge n. 194 del 1978, poiché si trattava di soccorrere una donna che aveva già abortito. Si ricordi per inciso che la stessa legge n. 194 del 1978 impone al medico anche obiettore di intervenire e praticare l'aborto per salvare la vita della donna quando la propria opera si riveli necessaria a questo fine (art. 9).

245. La decisione della Corte di cassazione non fa che confermare il dato normativo e la giurisprudenza consolidata che limita la sfera di operatività dell'obiezione di coscienza ai soli interventi strettamente correlati con la procedura abortiva (si veda l'autorevole commento di **V. ZAGREBELSKY**, in relazione alla decisione della Pretura di Ancora del 9 ottobre 1979, che ha stabilito che rientrano nell'ambito di operatività dell'obiezione di coscienza esclusivamente le attività immediatamente precedenti l'anestesia della paziente, l'anestesia stessa e l'intervento abortivo: **Doc. 20**. Si veda inoltre la giurisprudenza della Corte costituzionale italiana, che esclude che il giudice tutelare, nell'ambito della procedura di interruzione volontaria di gravidanza della donna minore – art. 12 della legge n. 194 del 1978 – possa sollevare obiezione di coscienza, poiché la sua attività non rientra tra quelle legate all'intervento interruttivo e pertanto non si può determinare alcuna discriminazione tra giudice tutelare e medici che, al contrario, possono sollevare obiezione di coscienza, fra le molte, sentenza n. 196 del 1987, **Doc. 41**. Si veda, inoltre, **Doc. 42** per una ricostruzione della giurisprudenza costituzionale successiva, che dimostra come la legge n. 194 del 1978 continui a voler essere messa in discussione attraverso richieste di dichiarazioni di illegittimità costituzionale del nucleo essenziale della normativa, ritenuta a contenuto costituzionalmente vincolato dalla Corte costituzionale italiana).

246. Si richiamano, inoltre, le osservazioni svolte in relazione alle difficoltà di ottenere la prescrizione della pillola del giorno dopo (a questo proposito, si veda la video inchiesta dell'Associazione Radicali di Roma (<http://roma.repubblica.it/multimedia/home/2899382>, nonché **Doc. 30**) e quelle relative alle cd. obiezioni di coscienza rivendicate da coloro che svolgono le proprie funzioni all'interno dei consultori, da farmacisti, da portantini e infermieri (**Doc. 19, Doc. 25 e Doc. 34**).

247. In questa stessa direzione, deve essere svolta un'ulteriore considerazione in relazione alle attività che vengono svolte nei consultori (a questo proposito, si veda la video inchiesta: <http://video.repubblica.it/edizione/bari/odissea-consultori-io-obiettore-il-dottore-passa-solo-a-timbrare/113822?video=&ref=HREC2-8>, con relativa inchiesta, **Doc. 4**).

248. Queste attività – attività di assistenza psicologica, di informazione e di consulenza della donna gestante, oltre che accertamenti e visite ginecologiche – esulano dall'ambito applicativo dell'art. 9 della legge n. 194 del 1978, poiché si tratta di attività che non sono specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza. Si veda in questo senso la decisione del TAR Puglia (**Doc. 25**, oltre al già citato **Doc. 20**, relativo alla decisione della Pretura di Ancona, con commento di V. ZAGREBELSKY, su cui ci si soffermerà oltre), che ha stabilito che "l'esonero di cui all'art. 9 legge n. 194/1978 per gli obiettori riguarda esclusivamente le procedure e le attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, non già l'assistenza antecedente e conseguente all'intervento".

249. Peraltro il TAR Puglia, in modo significativo, prende atto delle difficoltà relative all'applicazione della stessa legge anche nei consultori, richiamando le osservazioni della Regione Puglia: "Che il timore di una presenza massiccia di obiettori all'interno del Consultorio possa determinare un'applicazione non corretta della legge n. 194/1978 emerge chiaramente a pag. 10 della memoria difensiva della Regione Puglia depositata in data 14 luglio 2010 ove si afferma: '... s'è dovuto prendere atto che le denunciate criticità si devono, anche, alla presenza di medici obiettori in molti Consultori i quali, in relazione all'espletamento delle attività di loro pertinenza, non assumono tutti lo stesso atteggiamento. Mentre alcuni (la maggior parte), attenendosi correttamente alla legge, accettano di rilasciare i documenti IVG alle donne che lo richiedano nell'ambito di una 'presa in carico globale' dell'intera equipe consultoriale (psicologo, assistente sociale, ostetrica, medico), altri si rifiutano di farlo e spesso si rifiutano anche di inserire gli IUD

(spirali) a fini contraccettivi e di prescrivere la contraccezione di emergenza (pillola del giorno dopo), causando anche una inadempienza del servizio consultoriale rispetto alla prevenzione delle IVG pre e post concezionale.’.” (Doc. 25). Sempre in relazione a questo caso, il TAR Puglia ha prospettato una soluzione che “non si porrebbe in contrasto con il principio di eguaglianza di cui all’art. 3 Cost.”, ovvero la predisposizione di “una riserva di posti del 50% per medici specialisti che non abbiano prestato obiezione di coscienza ed al tempo stesso una riserva di posti del restante 50% per medici specialisti obiettori”, per i singoli consultori.

250. Da ultimo, si veda quanto esposto al seguente indirizzo dall’Avv. F. GALLO, segretario dell’Associazione Luca Coscioni (<http://www.radioradicale.it/scheda/376858/legge-194-intervista-a-filomena-gallo-sulla-sentenza-della-corte-di-cassazione-sullobiezione-di-coscienza>) in relazione alle testimonianze delle donne che sono state costrette ad abortire da sole nei bagni delle strutture, perché dopo l’assunzione dei farmaci necessari i medici non prestavano loro la dovuta assistenza.

251. Si veda anche la mozione 1-00045 (Doc. 7 - 1) in cui si afferma che i medici obiettori (i cui numeri sono definiti “esorbitanti”) “spesso si rifiutano anche di segnalare alle pazienti un medico non obiettore e un’altra struttura sanitaria autorizzata all’interruzione volontaria di gravidanza”.

F. Casi in cui le donne hanno tentato inutilmente di accedere al trattamento interruzione della gravidanza; hanno abortito in condizioni non sicure o a loro carico; sono state costrette a proseguire la gravidanza.

252. In relazione a questi si deve richiamare quanto detto precedentemente sulla impossibilità di poter raccogliere testimonianze in questo senso da parte delle donne.

253. Si tratta, infatti, di dati e informazioni sensibili, che si potrebbero ricostruire in primo luogo attraverso una testimonianza diretta da parte delle donne. Queste ultime potrebbero essere individuate solo attraverso appostamenti quotidiani davanti ai presidi sanitari o inoltrando alle strutture la richiesta, impossibile da soddisfare per ragioni di tutela della privacy, delle liste di donne. Una volta individuate queste ultime, le stesse

dovrebbero essere disposte a parlare e a rendere nota la loro vicenda, che, lo si ribadisce, non è paragonabile ad altri interventi medici, sia nel caso in cui l'aborto sia avvenuto – con o senza difficoltà - sia nel caso in cui la donna abbia dovuto ricorrere ad altre soluzioni.

254. Inoltre, si potrebbero recuperare le cartelle cliniche di tutte le pazienti. Questa operazione, al pari della richiesta alle strutture delle liste di donne che hanno fatto richiesta di interrompere la gravidanza, non è assolutamente attuabile, per ragioni di tutela della privacy.

255. Come si è già detto, anche i dati che si trovano nelle Relazioni annuali del Ministero della Salute derivano dalla compilazione di questionari anonimi, in cui, come si vede dalle voci che compaiono sulle stesse Relazioni, non è presente alcuna sezione dedicata al malfunzionamento dei presidi sanitari in relazione all'elevato numero di medici obiettori di coscienza.

256. È pertanto inimmaginabile che si possa imporre alle donne che si trovano nella condizione di dovere richiedere l'accesso all'interruzione di gravidanza di rilasciare documentazione scritta sulla propria vicenda.

257. Si veda ancora quanto esposto al seguente indirizzo dall'Avv. F. GALLO, segretario dell'Associazione Luca Coscioni, in relazione alle denunce pervenute di casi di donne costrette ad abortire da sole: <http://www.radioradicale.it/scheda/376858/legge-194-intervista-a-filomena-gallo-sulla-sentenza-della-corte-di-cassazione-sullobiezione-di-coscienza>), che sottolinea le difficoltà di denunciare, oltre al maltrattamento che viene riservato alle donne (peraltro anche dai libri citati e che si allegano emerge come le donne vengano trattate male; con riferimento a un caso accaduto a Napoli di maltrattamento di cui si ha notizia dai giornali si veda **Doc. 38**) e all'istituzione di uno sportello messo a disposizione per offrire consulenza giuridica ("Soccorso civile", in www.associazionelucacoscioni.it; indirizzo e-mail per le donne: info@associazionelucacoscioni.it, **Doc. 35**).

258. L'Avv. F. GALLO si è resa disponibile a rendere conto di questi casi, particolarmente delicati.

259. In relazione alla situazione della Regione Lazio, si veda la dichiarazione della dott. G. PACINI, membro dell'Associazione Vita di Donna (www.vitadidonna.it) (**Doc. 52**), che raccoglie testimonianze di donne dal 2002, attraverso un numero telefonico gratuito, circa le difficoltà di accesso all'aborto.

G. Casi in cui le donne hanno tentato inutilmente di accedere al trattamento interruttivo della gravidanza.

260. Con riguardo a questo aspetto, si richiamano i casi già esposti relativi alla mancanza del servizio di interruzione volontaria di gravidanza.

261. Un altro caso, poi conclusosi con l'interruzione di gravidanza, è significativo per rendere conto delle difficoltà incontrate dalle donne nel caso in cui vi siano carenze organizzative degli ospedali. A **Padova** infatti è stato negato un aborto terapeutico e la donna è stata costretta a recarsi a **Napoli**. Il caso ha portato a una interrogazione parlamentare del gruppo dei Radicali alla Camera dei Deputati (**Doc. 21**. Si veda anche la storia dell'aborto terapeutico di **R. MELONE**, **Doc. N**).

262. Inoltre, in relazione alla **Regione Marche** si è posto in evidenza, da parte della **CGIL Marche**, come "già nel 2010 a fronte di 2.409 interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne residenti nelle Marche, il 5,5% degli interventi sono stati fatti fuori provincia e il 24,5% fuori regione" (**Doc. 12**).

263. Si allega anche la relazione della **dott. S. AGATONE**, Presidente dell'Associazione Laiga, con testimonianze di alcuni centri medici esteri e con dati relativi al fenomeno migratorio delle donne tra le Regioni (con riguardo alla situazione della **Regione Lombardia**, la Relazione mostra il sistema di presa in carico delle donne) (**Doc. 43**). Si veda anche la dichiarazione della **dott. E. CANITANO** (**Doc. 52** e **Doc. F**) circa le difficoltà di trovare un ospedale che garantisca il trattamento nella **Regione Lazio**. In particolare, si veda il caso di una donna costretta a recarsi in Grecia.

264. Il **dott. P. PUZZI** ha fornito documentazione intorno al fenomeno dello spostamento delle donne da una struttura all'altra. In alcuni casi si è arrivati addirittura a poter quantificare il numero di donne costrette a spostarsi (**Doc. 45**). A questo proposito si può ulteriormente osservare come vengano predisposte in alcune strutture liste di altre strutture in cui le donne possono recarsi quando nelle prime non può essere effettuata l'interruzione di gravidanza a causa della mancanza di medici non obiettori (**Doc. 46**).

265. Da questo punto di vista, quindi, e richiamando le precedenti considerazioni preliminari, intorno alla difficoltà di reperire i dati richiesti, si può osservare come in alcuni casi vi possano essere strutture cui non viene neanche richiesto il trattamento interruttivo, perché ormai si sa che nelle stesse non si effettua quel tipo di interventi, con ciò quindi violando la disposizione di legge che richiede che ogni struttura garantisca il servizio medesimo.

266. Si veda anche l'esperienza della **dott. A. UGLIETTI**, circa i casi di donne che provano inutilmente ad accedere alle procedure di interruzione di gravidanza negli ospedali di Gallarate, Busto Arsizio, Melegnano e Foggia. Queste donne sono costrette ad andare nell'ospedale dove lei lavora a Milano (**Doc. L**).

267. Si veda anche il **Doc. 50**, in relazione alla situazione di **Milano**, dove gli ospedali hanno un particolare sistema di accesso all'aborto: infatti, solo un numero limitato di donne è accettato, che differisce da un ospedale all'altro e che è valido solo in certi giorni e in certi periodo di tempo (si veda anche il **Doc. 43**, Relazione del Presidente dell'Associazione Laiga, circa la situazione della **Regione Lombardia**, in particolare i casi degli ospedali Buzzi, San Carlo, San Paolo, Clinica Mangiagalli, Luigi Sacco a Milano e gli ospedali di Rho, Garbagnate Milanese, Cernusco sul Naviglio).

H. Casi in cui le donne hanno abortito in condizioni non sicure o a loro carico.

268. Oltre ai casi già menzionati relativi alla cd. discriminazione economica, in relazione alla quale solo le donne più abbienti possono recarsi all'estero o in case di cura private, si deve richiamare la questione degli aborti clandestini o fai-da-te. I primi ammontano a 15.000 all'anno, pur essendo vigente la legge n. 194 del 1978 (mentre prima gli aborti clandestini erano circa 250.000 all'anno, **Doc. 22** e **Doc. 23**, sul caso di **Ischia, Regione Campania**).

269. Si segnala a questo proposito la recente inchiesta, pubblicata il 23 maggio 2013 sul sito del quotidiano **La Repubblica**, in http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/aborti_obiettori_di_coscienza-59475182/ e in <http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta->

italiana/2013/05/23/news/torna_l_aborto__clandestino-59480523/ (Doc. 57), che porta le testimonianze di diversi casi di mancata e insoddisfacente applicazione della legge 194 del 1978 (si veda anche **Doc. 37**, in relazione al rapporto fra mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978 e aumento degli aborti clandestini).

270. In particolare, si rende conto del fatto che l'elevato numero di medici obiettori di coscienza sta facendo tornare la questione dell'interruzione volontaria di gravidanza nella **clandestinità**. Le donne che non riescono ad accedere all'interruzione di gravidanza, infatti, ricorrono all'aborto clandestino. Si calcolano circa 20.000 interruzioni di gravidanza illegali da parte dello stesso Ministero della Sanità, senza che si sia effettuato un aggiornamento dal 2008 e con ammissione dello stesso Ministero che questi dati sono sottostimati (**Doc. 57**; si vedano, sempre nell'ambito dell'inchiesta, le affermazioni di **F. BONARINI**, docente presso l'Università di Padova e autore del saggio *Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, e di **B. MOZZANEGA**, Università di Padova).

271. I dati reali, invece, potrebbero innalzare il numero di aborti clandestini fino a 50.000, con i rischi connessi a questo tipo di pratiche. Peraltro, si sottolinea come sia difficile quantificare i numeri di un fenomeno che, per sua stessa natura, sfugge a ogni tipo di monitoraggio.

272. Da un lato vi sono i rischi di morte o di restare sterili per le donne e la necessità di spostarsi da un ospedale all'altro, anche all'estero (si vedano i casi riportati nell'inchiesta), dall'altro lato vi sono il commercio clandestino dei farmaci e le cliniche non autorizzate (si veda, nell'inchiesta, il passaggio relativo agli ambulatori illegali, in relazione ai quali si segnala l'intervento della Guardia di Finanza di Padova che ha chiuso un ambulatorio illegale gestito dalla mafia cinese), oltre al caso – di cui si ha notizia, ma altri ovviamente potrebbero essercene - di compravendita di neonato dopo che il ginecologo aveva convinto la donna a non abortire, ma a partorire con promessa di un compenso economico, avvenuto a Caserta (**Doc. 57**).

273. Inoltre, nella medesima inchiesta, si rende conto dei sequestri, degli spacci illegali di farmaci abortivi e di confezioni della pillola Ru486, oltre che dei 188 procedimenti penali avviati nell'ultimo anno per la violazione della legge n. 194 del 1978 (**Doc. 57**).

274. Il fenomeno degli aborti clandestini, che conduce inevitabilmente le donne a esporsi a rilevanti rischi per la propria vita e la propria salute, oltre che a costringerle a pagare per ottenere la prestazione che l'Ordinamento dovrebbe garantire, come previsto dalla legge n. 194 del 1978, si pone in stretta relazione con la questione che pone in

rapporto la diminuzione degli aborti con l'asserita mancanza di problemi legati al numero di medici obiettori di coscienza.

275. Significativamente, **C. LALLI (Doc. 27)**, in relazione alla situazione della Regione Lombardia (che potrebbe essere la medesima di tutta l'Italia), osserva come fra le altre variabili che incidono sugli effetti dell'alto numero di medici obiettori di coscienza vi sia anche il fattore economico, ovvero quanta disponibilità economica hanno le donne, obbligandole a recarsi all'estero oppure a ricorrere a mezzi di interruzione di gravidanza idonei a compromettere la loro salute o addirittura la loro vita: "se te lo puoi permettere potresti scegliere di andare a Londra, come si faceva prima che in Italia esistesse la legge 194. All'estremo opposto ci sono alcuni casi di donne che hanno preso il Cytotec, un farmaco destinato alle ulcere ma tra i cui effetti collaterali è presente l'interruzione di gravidanza (il misoprostol, principio attivo del Cytotec, è usato per interrompere le gravidanze, ma usarlo come rimedio fai da te può comportare dei rischi, dovuti al luogo in cui lo assumi e alla posologia sbagliata)."

276. La Consultoria Autogestita di **Milano** riferisce un caso di una donna, che ha provato ad accedere all'aborto nell'ospedale Bassini di **Cinisello Balsamo (Regione Lombardia)**, dove c'erano solo due medici esterni. Questa donna racconta la sua esperienza di condizioni non salubri, in cui è stata costretta a abortire. La Consultoria Autogestita di Milano sostiene, dagli ultimi dati ufficiali sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, che nelle Regioni dove c'è una bassa percentuale di medici obiettori di coscienza le complicanze post-operatorie sono quasi nulle e nelle Regioni dove c'è un aumento di medici obiettori di coscienza c'è un aumento rilevante di queste complicazioni (**Doc. 50**).

I. Casi in cui le donne sono state costrette a proseguire la gravidanza.

277. Rientrano all'interno di questa sezione, **tutti i casi già citati** in cui le difficoltà di accesso al servizio hanno imposto alle donne di continuare la gravidanza, nell'attesa di trovare altre strutture disponibili o soluzioni alternative.

278. All'ospedale **San Camillo di Roma** (su cui si veda anche **Doc. 15**) un aborto terapeutico è stato rinviato per quattro giorni, in ragione della mancanza di anestesisti non obiettori di coscienza, poiché erano tutti in ferie, e la donna aveva precedentemente

dichiarato che “sono in balia del caso e delle vacanze dei sanitari [...]. Non mi hanno dato tempi certi e il termine per eseguire l'aborto scade giovedì, poi sarò costretta a tenere il bambino fino al nono mese, ma nascerà comunque morto” (Doc. 16).

279. In relazione a questa problematica, si veda anche quanto affermato dal Presidente dell'Associazione Laiga, dott. S. AGATONE (Doc. 57). A fronte dell'elevato numero di medici obiettori di coscienza, “[...] le liste d'attesa sono spaventose, e il rischio è superare il numero di settimane di gravidanza in cui è consentita l'interruzione.”

L. Differenze tra i casi di aborto entro i primi tre mesi e dopo i primi tre mesi.

280. A questo riguardo si segnala ancora una volta il caso della **Regione Lazio**. Si è, infatti, documentato come “Se gli aborti del primo trimestre si può far fronte ricorrendo a medici convenzionati esterni o gettonati, che sono circa l'11% [...] così non è per gli aborti terapeutici, sui quali quel 91,3% pesa come piombo. Con il ricorso a medici convenzionati e ‘a gettone’ l'obiezione scende all'84%, ma si tratta di un dato comunque più grave dell'80,2% riferito dal ministero della Salute, che non considera che una parte dei ginecologi non obiettori (4%) in realtà non esegue ivg” (così la dott. M. PARAVICINI, Doc. 2).

281. Occorre rilevare (Doc. 43, Relazione del Presidente dell'Associazione Laiga) come i medici esterni o a gettone non possano eseguire le interruzioni di gravidanza cd. terapeutiche (si veda anche l'intervista a S. RODOTÀ, Professore emerito di Diritti civili, Università La Sapienza di Roma, e già Presidente dell'Autorità per la protezione dei dati personali, Doc. 48).

282. A questo proposito si segnala l'osservazione della Prof. G. BRUNELLI (Doc. 29, pag. 843 s.): “Situazione resa particolarmente grave dalla scelta ideologica del legislatore [art. 8, legge n. 194 del 1978, secondo cui nei primi novanta giorni l'interruzione volontaria di gravidanza può essere praticata anche in case di cura autorizzate dalle Regioni] di consentire l'esecuzione dell'intervento soltanto negli ospedali pubblici e nelle case di cura autorizzate dalla Regione, con effetti negativi «nella quantità di offerta del servizio». Esistono infatti «alcune situazioni territoriali in cui un'elevata diffusione dell'obiezione di coscienza vuol dire, di fatto, una mancanza di servizi presso cui rivolgersi e, quindi, l'insorgenza di una mobilità sul territorio per effettuare l'IVG altrove». In questo senso si era espressa nel corso dell'audizione presso la Camera dei Deputati (XIV legislatura, XII Commissione, seduta del 15 dicembre 2005, Resoconto stenografico, Indagine conoscitiva sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, recante «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza», in particolare per quanto

riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari) **A. BURGIO**, Responsabile dell'unità operativa servizi sanitari e quadro epidemiologico dell'Istituto nazionale di statistica (**Doc. 29**, pag. 844).

283. Si segnala inoltre il racconto della propria esperienza personale di **M. BRUNETTI** (**Doc. 28**; si rinvia anche al volume di **C. LALLI**, *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza*, 2011, Il Saggiatore, **Doc. 40**), in cui si descrive il percorso doloroso che poi ha portato a un aborto cd. terapeutico, dovute alla presenza di una sola dottoressa non obiettoressa nella struttura ospedaliera che aveva consigliato alla donna di andare in ospedale nel giorno in cui avrebbe potuto garantire la propria presenza e che poi era stata obbligata a sostituire un altro medico per la notte, in questo modo non potendo più essere presente il giorno stabilito. Significativo anche l'atteggiamento del medico primario, che dispone quella sostituzione notturna e apostrofa lei e un'altra donna in attesa di interruzione di gravidanza come "quelle della dottoressa ***".

284. In questo caso, oltre alla drammaticità della testimonianza diretta di questa donna, si deve segnalare il coraggio della stessa nel denunciare questa situazione. Su questo aspetto si tornerà in relazione ai casi di denuncia nei confronti di medici e strutture ospedaliere.

285. Si veda anche il **Doc. 43**, Relazione del Presidente dell'Associazione Laiga, che mostra le differenze tra il numero di ospedali dove le richieste di aborto entro i primi tre mesi siano soddisfatte e il numero di ospedali dove le richieste di aborto dopo i primi tre mesi siano soddisfatte, nelle Regioni di Piemonte, Lombardia, Trentino, Veneto, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

286. Si veda lo stesso **Doc. 43**, che mostra le difficoltà specifiche legate all'interruzione volontaria di gravidanza dopo i primi tre mesi (in relazione alla Regione Lazio, la Relazione mostra che solo 7 ospedali su 31 garantiscono l'accesso all'aborto dopo i primi tre mesi e le donne sono costrette a spostarsi in altre Province).

M. Questione relativa all'impossibilità per i medici esterni alle strutture di effettuare aborti terapeutici e questione relativa alla effettiva prestazione da parte dei medici non obiettori disponibili.

287. Si richiama quanto sopra esposto in relazione alla situazione della Regione Lazio: "Se agli aborti del primo trimestre si può far fronte ricorrendo a medici convenzionati

esterni o gettonati, che sono circa l'11% [...] così non è per gli aborti terapeutici, sui quali quel 91,3% pesa come piombo. Con il ricorso a medici convenzionati e 'a gettone' l'obiezione scende all'84%, ma si tratta di un dato comunque più grave dell'80,2% riferito dal ministero della Salute, che non considera che una parte dei ginecologi non obiettori (4%) in realtà non esegue ivg" (così la dott. M. PARAVICINI, Doc. 2).

288. I medici non obiettori di coscienza non possono effettuare aborti terapeutici, in considerazione del tempo richiesto per questo tipo di trattamento. Le donne sono costrette a spostarsi verso altri ospedali (Doc. 43, Relazione del Presidente dell'Associazione Laiga, e si veda anche il Doc. L).

289. In relazione a questa problematica, si veda quanto affermato, ancora, dal Presidente dell'Associazione Laiga. A fronte dell'elevato numero di medici obiettori di coscienza, "[...] la vera tragedia riguarda l'aborto terapeutico [...] perché si tratta di un intervento a tutti gli effetti, per cui sono necessari medici interni all'ospedale, ginecologo, anestesista, infermieri, e non si può supplire con professionisti a contratto. Visti però i numeri dell'obiezione di coscienza è evidente che in tempi molto brevi nelle strutture pubbliche italiane questo tipo di aborti non si faranno più." (Doc. 57).

N. Casi relativi a denunce per mancata applicazione della legge n. 194 del 1978.

290. Si segnala il caso già citato della donna che a seguito di un aborto trovandosi in gravi condizioni a causa di emorragia non è stata soccorsa da una dottoressa, che è stata condannata dalla Corte di cassazione (Doc. 19). In particolare, il medico obiettore di coscienza si è rifiutato di prestare assistenza a seguito dell'aborto e dunque in relazione a trattamenti che, non rientrando nell'ambito applicativo dell'art. 9, non possono essere oggetto di obiezione di coscienza.

291. Si segnala, inoltre, il caso, di cui si è già riferito, di M. BRUNETTI, che ha avuto il coraggio di denunciare quanto subito, in occasione del proprio aborto cd. terapeutico: "Margherita ha deciso di denunciare [il medico primario]. Dopo più di due anni e mezzo non è successo quasi nulla: dopo la denuncia il pubblico ministero ha chiesto l'archiviazione, alla quale Margherita si è opposta. Il giudice, prima di scegliere un altro pubblico ministero, ha voluto ascoltare le parti. Margherita è andata all'udienza senza avvocato, insieme al marito. 'Ho raccontato quello che mi era successo, non avevo bisogno di un avvocato. Volevo che nessuna donna si trovasse a vivere quello che ho vissuto io.

Non c'è risarcimento. Quale risarcimento può esserci al dolore?'. Margherita racconta la sua storia e poi è il turno dell'avvocato del primario. Che dice di capire le ragioni della signora, che elenca problemi organizzativi, che si dispiace se la signora è sconvolta. 'Non ero sconvolta, ero incazzata!', chiarisce Margherita. Dopo questa udienza tutto tace e poi il caso viene archiviato. Il primario le ha scritto una lettera di 'scuse'. 'Ma non si è nemmeno scusato, ha solo ripetuto che per ragioni organizzative...'. In effetti la lettera sembra un incrocio tra un modello prestampato e una difesa impossibile. [Il medico primario] nel luglio 2007 si dispiace per la serie di eventi 'sfortunati' e afferma di comprendere 'il Suo rammarico nell'apprendere che la dottoressa [...] con la quale aveva creato un rapporto di fiducia è potuta mancare'. Ma non è certo il carattere della dottoressa o il legame che Margherita aveva con lei il motivo del rammarico, quanto il fatto che fosse l'unico medico non obiettore nell'intero reparto. [Il medico obiettore] [...] Lamenta infine che l'immagine dell'Azienda è intaccata dall'esposto." (Doc. 28).

292. Questo ultimo rilievo, ancora una volta contribuisce a chiarire come sia difficile per le donne, ma anche per i medici non obiettori, denunciare queste situazioni.

293. Si segnala l'esperienza di "PIERA" che denuncia di aver dovuto "subire l'umiliante interrogatorio di alcuni volontari del Movimento per la Vita, lì collocati dalla direzione sanitaria che per due settimane hanno cercato di farmi 'riflettere', cercando di convincermi a non farlo, parlandomi apertamente di omicidio, mentre i termini stavano per scadere. Un vero abuso, fuorilegge, come se non soffrissi già abbastanza. Ho abortito in ospedale e poi ho denunciato il direttore della Asl" (Doc. 57).

294. Non si può ritenere che l'eventuale denuncia possa condurre in tempi rapidi, e dunque nel rispetto dei limiti temporali previsti dalla legge n. 194 del 1978, a una positiva conclusione delle problematiche del caso concreto, peraltro lasciando, è facile immaginarlo, la donna in una condizione di debolezza e di imbarazzo nei confronti di quella stessa struttura ospedaliera che negava l'accesso all'interruzione di gravidanza. Peraltro, lo strumento della denuncia è inidoneo a risolvere le problematiche in via generale.

295. È infatti ben difficile immaginare un ricorso efficace a questo strumento in una situazione in cui le donne hanno la necessità di abortire e la legge prevede rigidi tempi per farlo legalmente (Doc. 26, in relazione al caso dell'esposto depositato presso la Procura della Repubblica di Roma, da parte dell'Associazione Luca Coscioni e dall'Associazione Italiana per l'Educazione Demografica).

O. Le misure adottate dalle strutture e dalle Regioni per l'applicazione della legge n. 194 del 1978.

296. A questo riguardo, si segnala il caso del **Policlinico di Bari**, in relazione al quale il medico non obiettore **dott. N. BLASI** denunciava la mancanza di organizzazione dell'ospedale, in particolare l'istituzione di un ambulatorio dedicato e il potenziamento dell'organico" (**Doc. 10**).

297. Sempre in relazione al caso di Bari e con specifico riferimento alla disorganizzazione degli ospedali, si è osservato come "Non serve a nessuno infatti nascondere l'esistenza di uno strisciante sabotaggio nei confronti di tutti gli operatori non obiettori messo in atto da parte dei dirigenti di Unità Operativa e di Presidio, di Direzione Generale e, non ultimo, da parte dell'Assessorato Regionale dimostratosi incapace in questi anni di richiamare alle proprie responsabilità i direttori generali delle Asl." (**Doc. 10**).

298. Si è assistito al "dirottamento" delle donne che richiedevano di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza ad altri presidi ospedalieri dopo la morte dell'unico medico non obiettore di coscienza al **Policlinico di Napoli** e dopo il blocco delle liste di attesa (**Doc. 11**).

299. All'ospedale **San Camillo di Roma**, come afferma la **dott. G. SCASSELLATI**, responsabile del Day Hospital dello stesso ospedale, risulta essere l'unico ospedale in cui nel Lazio si somministra la pillola RU486, mentre in Umbria non c'è nessuna struttura che effettui l'aborto farmacologico, con una grande discriminazione di tipo economico poiché "Le donne ricche vanno a Marsiglia" (**Doc. 15**).

300. Inoltre la stessa **dott. G. SCASSELLATI**, nel corso dell'audizione citata presso la Camera dei Deputati, "precisa: «al San Camillo siamo 30 ginecologi, compreso il primario, di cui solo 3 non obiettori». «In questi quattro anni siamo stati continuamente attaccati. Noi siamo gli operatori che hanno scelto di difendere una legge dello Stato. Quindi, a mio parere, l'aspetto più grave della questione è rappresentato dall'obiezione di coscienza. Bisognerebbe parlarne, dal momento che coloro che effettuano l'interruzione di gravidanza sono sempre di meno e devono continuamente giustificare il proprio lavoro»" (**Doc. 29**, pag. 842 s.).

301. Si segnala inoltre l'**inchiesta pubblicata** in *www.ilfattoquotidiano.it* (**Doc. 24**) in cui vengono posti in evidenza tre aspetti decisivi per dimostrare come l'attuazione della legge n. 194 del 1978 venga compromessa da parte delle Regioni, poiché emerge il quadro

di un “Paese eterogeneo, con servizi distribuiti a macchia di leopardo a livello regionale e visibili differenze tra Nord, Centro e Sud”.

302. Si veda la testimonianza di **M. PINI**, Direttrice del Reparto materno infantile, a **Napoli (Regione Campania)**, circa le difficoltà incontrate nell’applicazione della legge n. 194 del 1978 e la mancanza di misure migliorative come la mobilità del personale e forme di reclutamento differenziato (**Doc. 52**).

303. In relazione alla situazione in **Regione Lombardia**, si deve notare come alcuni consiglieri regionali hanno presentato una interrogazione a risposta scritta (11.4.2013, **Doc. 51**), un anno dopo la prima interrogazione a risposta scritta (26.4.2012), avente ad oggetto l’obiezione di coscienza e l’applicazione della legge n. 194 del 1978. Il primo documento mostrava un aumento delle difficoltà nell’applicazione della legge nella Regione, dovuto a un aumento significativo di medici obiettori di coscienza, che in alcune zone raggiunge l’85% (**Doc. 55**). Nel documento più recente si richiede all’Assessore competente di fornire informazioni sul numero di medici obiettori e non obiettori in tutti gli ospedali della Regione; i dati relativi alla mobilità delle donne che cercano di accedere all’aborto; in quali ospedali è necessario assumere medici esterni (cd. Medici gettonisti o consulenti esterni); quanto costa la mobilità dei medici (**Doc. 51**).

P. Rapporto fra diminuzione degli aborti attestata dai dati ufficiali presentati dal Ministro della Salute nelle annuali Relazioni al Parlamento e difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978.

304. Si deve osservare che la diminuzione del tasso di abortività non può essere considerato indice del fatto che non vi sono problemi in relazione all’attuazione dell’art. 9 della legge n. 194 del 1978.

305. Questo dato, invece, potrebbe dimostrare che la riduzione degli aborti è dovuta proprio al fatto che le donne non hanno potuto accedere al servizio, dovendo ripiegare su altre soluzioni, come andare all’estero o praticare gli aborti clandestini (**Doc. 23**, in relazione agli aborti clandestini resi necessari dai medici obiettori di coscienza, che peraltro possono anche essere praticati da quegli stessi medici obiettori di coscienza che nei proprio studi medici e dunque privatamente sono disposti a farlo; **Doc. 15**, in cui si

denuncia la cd. discriminazione economica che colpisce le donne “povere e disperate”, perché “E’ raro trovare sedute nei corridoi per l’attesa attrici, manager, donne in carriera [...]. Loro hanno altre sponde”).

306. E, ancora, si veda **Doc. 22**, sul numero di aborti clandestini delle donne italiane – per le donne straniere non vi sono stime affidabili – che ammontano a 15.000, vigente la legge n. 194 del 1978, mentre prima della sua entrata in vigore gli aborti clandestini erano oltre 250.000 all’anno. Si pone in evidenza un ulteriore fenomeno, quello degli aborti cd. fai-da-te, attraverso l’acquisto di pillole su internet o il ricorso a mercati illegali (**Doc. 22**).

307. Si vedano, inoltre, i dati forniti dalla CGIL Marche (**Doc. 12**), in cui si pongono in relazione da un lato l’aumento del numero di ginecologi, anestesisti e personale non medico obiettori di coscienza nella **Regione Marche** e dall’altro lato il numero di interruzioni volontarie di gravidanze, nella stessa Regione.

308. Inoltre, sempre in relazione alla **Regione Marche** si pone in evidenza come “già nel 2010 a fronte di 2.409 interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne residenti nelle Marche, il 5,5% degli interventi sono stati fatti fuori provincia e il 24,5% fuori regione” (**Doc. 12**).

309. Da ultimo, e in generale, si rinvia alla registrazione del convegno dal titolo “Obiezione di coscienza in Italia. Proposte giuridiche a garanzia della piena applicazione della legge 194 sull’aborto”, tenutosi a Roma il 22 maggio 2012, <http://www.radioradicale.it/scheda/352813/obiezione-di-coscienza-in-italia-proposte-giuridiche-a-garanzia-della-piena-applicazione-della-legge-194-s>.

310. Si veda anche il **Doc. 43**, Relazione del Presidente della Laiga, dove ci sono alcune tabelle sulla differenze, in ogni ospedale preso in considerazione, tra numero di medici non obiettori e il numero di medici obiettori, nelle Regioni del Piemonte, Lombardia, Trentino, Veneto, Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

311. Il Presidente dell’Associazione Laiga, **dott. S. AGATONE**, nella sua Relazione (**Doc. 43**), mostra cosa accade quando in un ospedale c’è solo un medico non obiettore di coscienza.

312. Il Presidente dell'Associazione **Laiga**, nella sua Relazione (**Doc. 43**) rende conto della sua stessa esperienza in qualità di **medico non obiettore** e riferisce di alcune altre esperienze di donne.

313. Si veda anche il **Doc. 52**, sulla ricerca di **V. GALANTI** e **E. BORZACCHIELLO**, già citata, circa le testimonianze di alcuni medici e **donne** rispetto alle loro esperienze (si veda per esempio **E. RAFFA, M. PEPE, G. MEDINA, L. BARBARO, M. PINI, ASSOCIAZIONE SAVE194 CAMPANIA, G. PACINI, E. CANITANO, N. BLASI, M. TOSCHI, G. FATTORINI** – Presidente di AGITE, Associazione Ginecologi Territoriali – www.agite.eu, **M. ORLANDELLA, A. D. TURCHETTO**).

Q. Compromissione della posizione dei medici non obiettori di coscienza.

314. A questo riguardo si devono richiamare tutti i casi relativi al mancato o difficoltoso riconoscimento del diritto di **accesso** al trattamento interruttivo per le donne in possesso dei requisiti previsti dalla **legge n. 194 del 1978**, oltre alla relazione del Presidente dell'Associazione **Laiga (Doc. 43)**.

315. La compromissione della **posizione** delle donne derivante dall'elevato e crescente numero di medici obiettori di **coscienza**, infatti, come si è già posto in evidenza nel reclamo collettivo n. 91 del 2013, si riflette direttamente anche sulla posizione dei medici non obiettori di coscienza, **perché** il complessivo carico di lavoro ricade inevitabilmente su di loro. Rispetto allo **stretto** collegamento tra compromissione dei diritti delle donne e di quelli dei medici si veda la dichiarazione resa dall'**Assessore alla Salute della Regione Marche A. MEZZOLANI (Doc. 5)**, secondo il quale "nella Regione Marche si registra una forte difficoltà a seguito del **ricorso** all'obiezione di coscienza da parte di molti professionisti che esercitano sul territorio. Ciò rende critica la applicazione della legge medesima e realizza come conseguenza **una** difformità di accesso ai servizi previsti dalla normativa, creando discriminazione per **le** donne residenti che vi **vogliono** far ricorso. Si specifica che in alcune situazioni maggiormente critiche siamo stati costretti ad usufruire di convenzioni esterne per colmare la **carenza** organizzativa."

316. A questo riguardo occorre richiamare le considerazioni già svolte in merito alla difficoltà di raccogliere una **documentazione** completa sulle testimonianze in questo senso.

317. Si segnala, ancora, l'**inchiesta**, pubblicata il 23 maggio 2013 sul sito del quotidiano **La Repubblica**, in <http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta->

italiana/2013/05/23/news/aborti_obiettori_di_coscienza-59475182/ e in
http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/torna_l_aborto_clandestino-59480523/ (Doc. 57).

318. In relazione a tale inchiesta si vedano le parole della **dott. S. AGATONE**, Presidente dell'Associazione Laiga, che ha affermato che "La verità è che nessuno vuole più fare aborti perché si viene discriminati nella carriera e obbligati a fare solo e soltanto quelli" (Doc. 57; si veda anche la sua Relazione, Doc. 43).

319. Peraltro, si può richiamare la dichiarazione di voto espressa in sede di presentazione delle mozioni sull'applicazione della legge n. 194 del 1978 alla Camera dei Deputati dall'**On. M. NICCHI**.

320. L'**On. M. NICCHI**, in relazione ai "comportamenti che, sbilanciando in modo pesante l'articolo 9, [...] vanificano" la legge n. 194 del 1978, afferma che tali comportamenti sono "– diciamo senza ipocrisia – mossi spesso da interessi di potere e carriera che ricattano tanti giovani, sviliscono e discriminano il lavoro di chi invece non obietta." (Doc. 36).

321. E, ancora, si segnala la dichiarazione dell'**On. G. DI VITA**, che afferma che "In relazione alle condizioni in cui gli operatori si trovano a lavorare negli ospedali, un accento particolare è stato riservato alla stigmatizzazione verso tutto ciò che ruota attorno all'interruzione volontaria di gravidanza. Tale situazione di Cenerentola della ginecologia è il risultato anche del crescente numero degli obiettori, fattore che determina un pesante isolamento nell'ambito lavorativo, definito come una vera e propria ghettizzazione professionale." (Doc. 36).

322. In relazione alla posizione dei medici non obiettori di coscienza, si veda la mozione 1-00074 (Doc. 7 - 2), in cui si afferma che la situazione di mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978 "porta a ritenere che il clima lavorativo non sia favorevole al medico non obiettore e che, sui pochi che non obiettano, gravino carichi pesanti di lavoro tali da favorire una sempre maggior tendenza all'obiezione, fino alla definitiva chiusura del servizio con la grave conseguenza che le donne si devono rivolgere a strutture estere, all'uso dei farmaci non legali e all'aborto clandestino con grave pregiudizio per la loro salute."

323. E, ancora, si veda la mozione 1-00059 (Doc. 7 – 10), in cui si afferma che "i pochi medici non obiettori rischiano di vivere oggi una specie di segregazione professionale, in quanto costretti a fare in prevalenza aborti rispetto ad altri interventi in sala operatoria".

3.18. Le conclusioni del Governo italiano.

324. Per quanto riguarda le conclusioni formulate dal Governo italiano, ci si limita brevemente ad osservare come risultino prive di ogni argomentazione gli stralci riportati dal *Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights* e dalle Conclusioni del Comitato Europeo dei Diritti Sociali e come siano di conseguenza apodittiche le successive affermazioni circa l'assenza di ogni profilo di violazione dei diritti delle donne e dei medici non obiettori di coscienza.

325. Il Governo italiano attribuisce, anche nelle conclusioni oltre che in tutto l'atto depositato, al contenuto del reclamo collettivo n. 91 del 2013 affermazioni che, invece, non sono presenti né in modo esplicito né in modo implicito.

326. Innanzitutto, il Governo sostiene che la CGIL ha distorto l'interpretazione della Carta Sociale Europea. Si rinvia, oltre a quanto dedotto in questo stesso atto, a tutte le considerazioni svolte sul punto nel reclamo collettivo n. 91 del 2013.

327. In secondo luogo, si afferma che la CGIL vuole che le donne siano assistite solo da medici non obiettori di coscienza senza procedere alle verifiche richieste dalla legge per l'accesso legittimo all'interruzione volontaria della gravidanza. La CGIL, al contrario, ha presentato il reclamo collettivo n. 91 del 2013 affinché la legge n. 194 del 1978 venga correttamente ed effettivamente applicata.

328. In terzo luogo, il Governo rileva come lo Stato non possa limitare il numero di medici obiettori di coscienza. Ancora una volta, occorre rinviare al contenuto del reclamo collettivo n. 91 del 2013, che non contiene alcuna richiesta di limitare il numero di personale medico obiettore di coscienza o di impedire l'esercizio di sollevare obiezione di coscienza. La stessa legge n. 194 del 1978, riconoscendo all'art. 9 il diritto di sollevare obiezione di coscienza, richiede che gli ospedali e le Regioni assicurino sempre il diritto di accedere ai trattamenti richiesti, senza prevedere alcuna imposizione sulle libere determinazioni dei singoli (eccettuato il solo caso in cui vi sia pericolo imminente per la vita della donna: come si è detto, in questa evenienza anche coloro che hanno sollevato obiezione di coscienza sono chiamati a intervenire), ma imponendo a tali enti il compito di assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso all'interruzione di gravidanza.

329. Infine, e ancora, il Governo insiste (in modo apodittico) nel senso che non vi sono difficoltà perché la legge garantisce le posizioni delle donne e dei medici non obiettori di coscienza.

3.19. Ulteriori approfondimenti e ulteriori risultati delle ricerche.

330. Come si è anticipato all'inizio e sempre nell'ambito delle considerazioni preliminari che si sono svolte, la CGIL sottolinea come continuano a verificarsi casi di mancata e insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978, anche nel momento in cui si scrive e per alcuni dei quali, quindi, può non essere possibile provvedere alla necessaria documentazione e dunque all'integrazione di questo atto.

331. Da questo punto di vista, si indica, come per il reclamo collettivo n. 87 del 2012, la disponibilità a fornire ulteriori indicazioni e chiarimenti da parte di:

- **C. LALLI**, filosofa e giornalista, Autrice di numerose pubblicazioni e libri sull'argomento, che attraverso indagini effettuate in alcuni ospedali di Roma ha raccolto le testimonianze relative alle difficoltà incontrate dalle donne nell'accesso al trattamento interruzione della gravidanza e le cui testimonianze sono servite per poter rendere note le rispettive esperienze, in forma anonima (**Doc. A**).

Si allega per gentile concessione della stessa Autrice copia dei libri *A. La verità, vi prego, sull'aborto*, Fandango, 2013, e *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza*, Il Saggiatore, 2011, in formato elettronico con preghiera di non volerli divulgare in tale formato.

- **L. FIORE**, Autrice del libro *Abortire tra gli obiettori. La moderna inquisizione. Diario del mio aborto*, Tempesta editore, 2012, in cui sono raccolte diverse testimonianze di donne e la diretta esperienza della stessa autrice, che ha dovuto ricorrere all'aborto cd. terapeutico (**Doc. B**).

Si allega per gentile concessione della casa editrice copia del suo libro, con preghiera di non volerlo divulgare.

- **C. FLAMIGNI**, Professore ordinario in Endocrinologia Ginecologica e Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi di Bologna, e membro del Comitato Nazionale di Bioetica.
- **M. MENGARELLI**, sociologa, Presidente dell'Osservatorio Sociale sull'Infertilità e membro della Consulta di Bioetica e del Consiglio generale dell'Associazione Luca Coscioni.
- **F. GALLO**, avvocato e Segretario dell'Associazione Luca Coscioni.

- **V. GALANTI**, dottoranda di ricerca all'Institute for Advanced Studies, Lucca (**Doc. C**).
- **E. BORZACCHIELLO**, dottoranda di ricerca alla Compluense University of Madrid (**Doc. C**).
- **A. POMPILI**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. D**).
- **S. AGATONE**, Presidente dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **M. PARACHINI**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **C. DAMIANI**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **P. FACCO**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **C. GRANDE**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **G. ORLANDO**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **P. LOPIZZO**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **G. SCASELLATI**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **D. VALERIANI**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **E. CANITANO**, membro dell'Associazione Laiga e ginecologa (**Doc. F**).
- **P. PUZZI**, ginecologo (**Doc. E**).
- **M. PENSA**, Segretario generale FLC CGIL della Provincia di Sondrio (**Doc. G**).
- **D. FANTINI**, ginecologa (**Doc. I**).
- **E. CIRANT**, giornalista (**Doc. H**).
- **A. UGUETTI**, ginecologa, Responsabile della Unità Operativa Semplice Legge 194 e Piccoli Interventi- Dipartimento per la salute della donna del bambino e del neonato, Clinica Mangiagalli, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano (**Doc. L**).
- **A. MEZZOLANI**, Assessore alla Salute della Regione Marche (**Doc. 5**).

Lista di medici disponibili, curata dall'Associazione Laiga:

- **A. RESTA**

- **A. G. MORETTI**
- **P. SCORPINITI**
- **N. BAGETTA**
- **R. BONAFIGLIA**
- **C. CICCONE**
- **D. BIASI**
- **E. BEOLCHINI**
- **D. N. GRANCHI ZANIERI**
- **I. ABU EID**
- **L. ERMIO**
- **G. LUCARINI**
- **M. MARIANO**
- **M. SANI**
- **M. TOSCHI**
- **N. CHERLI**
- **S. DE ZORDO**
- **B. ZENI**
- **P. MAZZUCCO**
- **C. PESCE (anestesista; Doc. M, sulle difficoltà organizzative)**
- **R. MARINO**
- **E. DIANA**

Lista di donne disponibili, curata dall'Associazione Laiga:

- **C. MASSACESI**
- **S. CECCHINI**
- **R. MELONE (Doc. N)**

Conclusioni.

332. Tutto ciò considerato, la CGIL, 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, chiede che il Comitato Europeo dei Diritti Sociali dichiari che l'Italia viola:

- in relazione ai diritti della donna, **l'art. 11 della Carta Sociale Europea, letto da solo o in combinato disposto con l'art. E**, in ragione delle difficoltà applicative della legge n. 194 del 1978, che compromettono il diritto di accesso ai trattamenti interruttivi della gravidanza;
- 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 sui quali grava il carico complessivo di lavoro relativo ai trattamenti di interruzione della gravidanza;
- in relazione ai diritti del personale medico ed esercente le attività ausiliarie non obiettore di coscienza, **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 sui quali grava il carico complessivo di lavoro relativo ai trattamenti di interruzione della gravidanza.

333. La CGIL 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.


Susanna Camusso

Segretario Generale CGIL

Allegati

Doc. 1

- LAIGA, "Aborto e obiezione di coscienza, lettera aperta al Ministro della Salute Renato Balduzzi", 18 ottobre 2012
- LAIGA, "Lettera aperta al Ministro della Salute Renato Balduzzi e, p.c., alla Ministra del Lavoro e delle Pari Opportunità Elsa Fornero"

Doc. 2

- "Aborto, nel Lazio è obiettore il 91,3% dei ginecologi: a Viterbo il 100%", 14 giugno 2012, Il Messaggero

Doc. 3

- C. Lalli, A. *La verità, vi prego, sull'aborto*, Fandango, 2013

Doc. 4

- A. Cassano, "Aborto, il business dei privati", 16 dicembre 2012, in <http://bari.repubblica.it>
- A. Cassano – I. Turlione, "Odissea consultori: 'lo obiettore, il dottore passa solo a timbrare'", 15 dicembre 2012, in <http://video.repubblica.it>

Doc. 5

- A. Mezzolani, "Legge 194/78 e sua applicazione"

Doc. 6

- "Buone notizie per la natalità a Jesi: tutti i medici sono obiettori di coscienza", 19 settembre 2012, in www.uccronline.it

Doc. 7

- Mozioni presentate alla Camera dei Deputati:

1. Mozione Migliore e altri, n. 1-00045
2. Mozione Lenzi e altri, n. 1-00074
3. Mozione Lorefice e altri, n. 1-00078
4. Mozione Brunetta e altri, n. 1-00079
5. Mozione Rondini e altri, n. 1-00080
6. Mozione Binetti e altri, n. 1-00081
7. Mozione Tinagli e altri, n. 1-00082
8. Mozione Formisano e altri, n. 1-00087
9. Mozione Meloni e altri, n. 1-00089

- Mozione presentata al Senato della Repubblica

10. Mozione Puppato e altri, n. 1-00059

Doc. 8

- P. Puzzi, "Le conseguenze dell'Art. 9 della legge 194/78, se mal gestito"

Doc. 9

- P. Puzzi, "Ospedali e cliniche a Brescia"

Doc. 10

- A. Baoli, "Obiezione di coscienza, da Nord a Sud la legge 194 è diventata inapplicabile. Continua l'assedio alla norma sull'aborto. Ora anche a Bari non esistono più medici non obiettori. È ora di frenare questo fenomeno che lede il diritto alla salute femminile", 24 marzo 2013, in <http://cronachelaiche.globalist.it>

- "Riorganizzare strutture e personale per difendere la Legge 194. Il dibattito sull'interruzione di gravidanza in Puglia e il funzionamento dei consultori, dopo l'inchiesta di Repubblica", 25 marzo 2013, in <http://bari.repubblica.it>
- A. Cassano, "Aborto, la protesta del segretario Cgil: 'Obiettori ledono la dignità delle donne'. Dura presa di posizione di Pino Gessmundo dopo la scelta, rivelata da Repubblica, di 6 medici del reparto di ginecologia e ostetricia del San Paolo di Bari di rifiutarsi di praticare le interruzioni volontarie di gravidanza. 'Un atto che produce conseguenze molto gravi'", 18 marzo 2013, in <http://bari.repubblica.it>
- A. Cassano, "Tutti i medici obiettori. Aborti impossibili alla Asl di Bari. Al San Paolo smantellato l'ultimo presidio degli ospedali pubblici: nel capoluogo adesso resta solo il Policlinico", 17 marzo 2013, in <http://bari.repubblica.it>
- "Uno dei pochi ginecologi abortisti, Nicola Blasi, va in pensione in anticipo", 3 aprile 2011, in www.uccronline.it

Doc. 11

- "Napoli, i medici sono tutti obiettori: impossibile interrompere la gravidanza al Policlinico", 18 marzo 2012, in www.uaar.it
- "Niente aborti al Policlinico di Napoli: tutti i medici sono obiettori", 16 marzo 2012, in www.aduc.it
- "Al Policlinico di Napoli vince la vita, nessun medico abortista", 20 marzo 2012, in www.uccronline.it
- "Tutti obiettori, niente aborto al Policlinico", 16 marzo 2012, in www.campanianotizie.com

Doc. 12

- "Abortire nelle Marche? Non si può. Nell'ospedale di Jesi tutti i ginecologi sono obiettori. Idem a Fano. Ma il fenomeno riguarda l'intera Regione", 9 settembre 2012, in <http://cronachelaiche.globalist.it>
- D. Barbaresi - D. Arpe: "Medici obiettori negli ospedali di Jesi e Fano: dopo 6 mesi non è ancora cambiato niente. Obiettori il 60% dei medici nelle Marche: a rischio la legge 194/78", 23 febbraio 2013, in www.marche.cgil.it
- "Aborto. Impossibile a Jesi: tutti i medici sono obiettori. Dieci ginecologi, ma tutti obiettori di coscienza. Una situazione che, di fatto, ha bloccato il servizio di interruzione volontaria di gravidanza nell'ospedale marchigiano. Cgil e Aied chiedono soluzioni chiare e certe per garantire l'applicazione della legge 194", 10 settembre 2012, in www.quotidianosanita.it
- CGIL, "Obiettori di coscienza dell'ospedale di Jesi e Fano e IVG", 7 settembre 2012
- CGIL, "Dopo l'ospedale di Fano, anche a Jesi tutti i ginecologi sono obiettori: a rischio la legge 194", 7 settembre 2012
- "Jesi, stop a interruzioni di gravidanza. i ginecologi sono tutti obiettori. Un episodio analogo era già avvenuto all'ospedale di Fano. Sulla vicenda è intervenuto l'assessore regionale alla sanità. Nei prossimi giorni dovrebbe operare un medico della struttura di Fabriano", 7 settembre 2012, in www.repubblica.it

Doc. 13

- "Aborto: fortunatamente aumentano gli obiettori di coscienza", 21 ottobre 2012, in www.uccronline.it

Doc. 14

- "Buone notizie: nel Lazio il 91% dei ginecologi è obiettore di coscienza", 16 giugno 2012, in www.uccronline.it

Doc. 15

- A. Sofri, "Quando tutti i medici sono obiettori di coscienza", in La Repubblica, 24 maggio 2012
- "Obiettori abortisti", 21 febbraio 2008, in www.uaar.it

Doc. 16

- "Mancato aborto al San Camillo: la donna ha abortito", 10 agosto 2008, in www.uaar.it
- L. Serloni, "E' estate, vietato abortire. Donna rimane in corsia. La diagnosi prenatale parla di 'feto idrocefalo e displasia renale bilaterale'", 9 agosto 2008, in www.repubblica.it

Doc. 17

- S. Martelli, excerpt: "Obiezione di coscienza: quanto ci informano i numeri? Dati preliminari di un'indagine regionale", 9 marzo 2013

Doc. 18

- L. Franco, "Legge sull'aborto, Pd: 'In Lombardia troppi obiettori. Falsi i numeri ufficiali'", 24 giugno 2012, in www.ilfattoquotidiano.it

Doc. 19

- "L'obiezione di coscienza non copre la fase successiva all'intervento di IVG", 2 aprile 2013, in www.biodiritto.org

- "Cassazione: punito medico obiettore che rifiuta le cure dopo l'aborto", 3 aprile 2013, in www.leggioggi.it

- E. Borzacchiello, V. Galanti, "Aborto e obiezione di coscienza, due diritti da riequilibrare", in www.associazionelucacoscioni.it

- "Legge 194, Cassazione: 'Medico obiettore non può rifiutare cure dopo aborto'", 3 aprile 2013, in www.ilfattoquotidiano.it

- N. Somma - M. De Maglie, "Legge 194: se l'obiezione di coscienza diventa omissione di coscienza", 3 aprile 2013, in www.ilfattoquotidiano.it

Doc. 20

- Pretura di Ancona, decisione del 9 ottobre 1979, in *Giurisprudenza Italiana*, 1980, II, 184 ss., con nota di V. Zagrebelsky

Doc. 21

- "Aborto negato, denuncia da Napoli", in www.associazionelucacoscioni.it

- "Da Bassano del Grappa a Napoli, aborto terapeutico negato", 12 gennaio 2009, in www.uaar.it

Doc. 22

- M. Pappagallo, "194, aumentano gli obiettori. 'Tanti gli aborti clandestini'. I ginecologi: 15 mila tra le italiane", 8 ottobre 2006, in www.corriere.it

Doc. 23

- "Ischia, aborti clandestini di obiettori di coscienza", 26 gennaio 2006, in www.uaar.it

Doc. 24

- J. Ottaviani, "'Pochi consultori, obiettori in aumento e scarsa distribuzione della Ru486'. La mappa de Il Fatto Quotidiano", 16 dicembre 2012, in www.ilfattoquotidiano.it

Doc. 25

- TAR Puglia, decisione n. 3477, 14 settembre 2010

Doc. 26

- "IVG: depositato esposto per violazione del servizio nella regione Lazio", 23 ottobre 2012, in www.associazionelucacoscioni.it

Doc. 27

- C. Lalli, "Aborto e obiezione di coscienza negli ospedali lombardi", 5 febbraio 2012, in www.imille.org

Doc. 28

- C. Lalli, "Del dolore evitabile", 20 gennaio 2012, in www.chiaralalli.com

Doc. 29

- G. Brunelli, "L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)", in *Scritti in onore di Lorenza Carlassare*, 2009

Doc. 30

- M. Bisso, "Alla ricerca della pillola del giorno dopo. Negata in metà degli ospedali romani", 9 settembre 2008, in <http://roma.repubblica.it>

- M. Bisso, "Com'è difficile avere a Roma la pillola del giorno dopo. Come prescrizione d'urgenza, dovrebbe essere dovuta ma il personale degli ospedali spesso si rifiuta", 10 settembre 2008, in www.repubblica.it

- M. Bisso, "Pillola del giorno dopo in tribunale. Ora il giudice dovrà decidere sul rifiuto di tre medici obiettori", 11 aprile 2008, in <http://roma.repubblica.it>

Doc. 31

- L. Fiore, *Abortire tra gli obiettori. La moderna inquisizione: diario del mio aborto terapeutico*, Tempesta editore, 2012

Doc. 32

- L. Fiore, "La mia esperienza di aborto terapeutico con gli obiettori di coscienza"

Doc. 33

- Certificato relativo alla richiesta di aborto, in www.omceoge.org

Doc. 34

- "Obiezione di coscienza per i farmacisti. 'Non si può tacere sulle molecole che cancellano la vita di una persona o evitano l'annidamento dell'embrione'", 29 ottobre 2007, in www.corriere.it

- "L'obiezione di coscienza dei farmacisti: dal CNB nuovo attacco all'idea di Stato laico! Preoccupazione dalla Consulta di Bioetica", 26 febbraio 2011, in www.consultadibioetica.org

Doc. 35

- "Soccorso civile", in www.associazionelucacoscioni.it

Doc. 36

- Discussione sulle mozioni presentate alla Camera dei Deputati, relative al diritto all'obiezione di coscienza in ambito medico-sanitario, con intervento del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin

Doc. 37

- M. N. De Luca, "Aborti clandestini e obiettori di coscienza in Parlamento cade il muro del silenzio", 30 maggio 2013, in <http://inchieste.repubblica.it>

Doc. 38

- "Policlinico: medico picchia la paziente che doveva far abortire", 3 ottobre 2012, in www.campaniasuweb.it

Doc. 39

- Dati forniti dalla CGIL

Doc. 40

- C. Lalli, *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza*, Il Saggiatore, 2011

Doc. 41

- Corte costituzionale italiana, decisione n. 196 of 1987, in www.cortecostituzionale.it

Doc. 42

- B. Liberali, "Una nuova censura (nuovamente respinta) nei confronti della l. n. 194 del 1978", in www.biodiritto.org

Doc. 43

- S. Agatone, Relazione sui dati relative al numero di donne costrette a recarsi all'estero per accedere all'aborto e altri casi di insoddisfacente applicazione della legge n. 194 del 1978 (in italiano e in francese)

Doc. 44

- Dati forniti dalla CGIL

Doc. 45

- documenti forniti dal dott. P. Puzzi sugli spostamenti delle donne e sulla sospensione del servizio

Doc. 46

- dichiarazione del dott. P. Puzzi circa le liste di attesa e la lista di ospedali presso cui le donne possono andare per accedere all'aborto

Doc. 47

- "Niente aborto tutti medici sono obiettori", 11 aprile 2013, at <http://ricerca.repubblica.it>

Doc. 48

- C. Sciuto, "Legge 194, Rodotà: 'Aboliamo l'obiezione'", 3 dicembre 2011, in <http://temi.repubblica.it>

Doc. 49

- G. Conti, "Legge 194: in Liguria mancano i dati sull'obiezione di coscienza", in www.giacomoconti.it

Doc. 50

- Consultoria autogestita of Milan, "Milano, situazioni a rischio per l'IVG. L'aumento dei medici obiettori mette a rischio la salute delle donne!", 17 dicembre 2012, in www.womenews.net

Doc. 51

- "Interrogazione a risposta scritta. Oggetto: obiezione di coscienza L. 194/1978, dati dettagliati", 11 aprile 2013

Doc. 52

- E. Borzacchiello – V. Galanti, "Comunicare: Medici obiettori e difficoltà di accesso all'IVG"

- E. Borzacchiello – V. Galanti, "Analisi casi: Medici obiettori e difficoltà di accesso alla IVG"

- G. Medina, "Segnalazione mala-sanità. Policlinico di Padova – Reparto di ginecologia-ostetricia", 19 aprile 2013, dati raccolti da E. Borzacchiello e V. Galanti

Doc. 53

- G. Scassellati, "L'applicazione della 194. Le statistiche: discrepanza tra dati ufficiali e dati reali", dati raccolti da E. Borzacchiello e V. Galanti

Doc. 54

- Collettivo "Via Libera, 194", Comitato "Se non Ora quando – 13 febbraio di Ancona", U. D. I. – Unione donne in Italia, sede di Jesi, AIED – gruppo di Ascoli Piceno, Ass. Luca Coscioni di Ancona, Ass. Ambasciata dei diritti Marche di Jesi, Casa delle culture di Jesi, Casa delle donne di Jesi, Ya Basta Marche, Spazio Comune Autogestito TnT di Jesi, Emergency – gruppo di Jesi, Ass. SpaziOstello Onlus di Jesi, Ass. La strada di Sergio di Jesi, "Petizione al Presidente del Consiglio regionale e al Presidente della Giunta regionale delle Marche"

Doc. 55

- "Interrogazione a risposta scritta. Oggetto: obiezione di coscienza e piena applicazione della L. 194/1978", 26 aprile 2012.

Doc. 56

- Dati forniti dall'Associazione Laiga sulla situazione della Regione Lazio

Doc. 57

- M. N. De Luca, "194, così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino", 23 maggio 2013, in <http://inchieste.repubblica.it>

Doc. A

- disponibilità di C. Lalli

Doc. B

- disponibilità di L. Fiore

Doc. C

- disponibilità di V. Galanti e di E. Borzacchiello

Doc. D

- disponibilità di A. Pompili

Doc. E

- disponibilità di P. Puzzi

Doc. F

- disponibilità di S. Agatone, M. Parachini, C. Damiani, P. Facco, C. Grande, G. Orlando, P. Lopizzo, G. Scassellati, D. Valeriani, E. Canitano

Doc. G

- disponibilità di M. Pensa

Doc. H

- disponibilità di E. Cirant

Doc. I

- "Obiezione di coscienza, per Suprema Corte assistenza obbligatoria dopo Ivg", 16 aprile 2013, in www.doctor33.it

Doc. L

- disponibilità di A. Uglietti

Doc. M

- disponibilità di C. Pesce

Doc. N

- storia dell'aborto terapeutico di R. Melone