



European  
Social  
Charter

Charte  
Sociale  
Européenne



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

17 octobre 2012

**Pièce n° 2**

**Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen  
(IPPF-EN) c. Italie**  
Réclamation n° 87/2012

**OBSERVATION DU GOUVERNEMENT  
SUR LA RECEVABILITE**

**Enregistrée au secrétariat le 15 octobre 2012**



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



**COUNCIL OF EUROPE    CONSEIL DE L'EUROPE**

**Rome, 14 Octobre 2012**

**Réclamation collective No. 87/2012  
Fédération Internationale pour le Planning familial –  
Réseau européen (IPPF EN)**

**OBSERVATIONS  
DU GOUVERNEMENT D'ITALIE  
SUR LA RECEVABILITE'**

1. Le Gouvernement Italien fait référence à la lettre du 4 Septembre 2012 du Secrétariat Général - pour formuler les suivantes observations sur la recevabilité de la réclamation collective présentée par la Fédération Internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN).

### **Considérations préliminaires**

2. Dans sa réclamation collective l'IPPF EN veut démontrer la violation - par l'article 9 de la Loi italienne n.194 du 1978 sur l'interruption volontaire de la grossesse - de l'article 11, lit seul ou en conjonction avec l'article E (Non- discrimination) de la Charte Sociale Européenne révisé du 1996.
3. A cet égard le Gouvernement italien veut, tout d'abord, préciser que l'article E cité doit être lit dans sa formulation complète comme suit :

#### **Article E – Non-discrimination**

La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation.

**et dans l'Annexe à la Charte sociale européenne révisée on a ajouté**

#### **à la Partie V - Article E**

Une différence de traitement fondée sur un motif objectif et raisonnable n'est pas considérée comme discriminatoire.

et encore l'article 11 comme suit :

#### **Article 11 – Droit à la protection de la santé**

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

- 1 à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;
- 2 à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;
- 3 à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

### **Non Recevabilité**

4. La lecture des deux articles conduit à dire que la loi italienne n'est pas en violation des dispositions européennes citées comme a souligné la même IPPF EN, dans sa mémoire, lorsque elle reconnaitre que la loi italienne invoquée prévoit le juste et nécessaire balancement parmi le droit à la vie et la santé de la femme et la liberté de conscience du personnel médical ou paramédical devant l'interruption volontaire de la grossesse (voir page 13, par.8 et page 14, par.4 de la mémoire).
5. On doit ajouter que la loi 194/78 est aussi libellée dans le respect des principes constitutionnels italiens comme affirmé dans l'arrêt de la Cour Constitutionnelle

(n.35 du 1997), qui a refusé la demande de referendum pour l'abrogation partielle des dispositions (aussi l'art.9) parce que elle a considéré que « un referendum n'est pas possible contre une loi ordinaire à contenu constitutionnellement obligatoire » comme la loi concernée qui trouve application sur le principe de non discrimination.

6. A cet égard le Gouvernement doit aussi souligner que la loi italienne trouve surtout fondement dans la Partie V de l' Annexe à la Charte où l'article E affirme que « une différence de traitement fondée sur un motif objectif et raisonnable n'est pas considérée comme discriminatoire ».
7. L'objection de conscience est un « motif objectif et raisonnable, qui prévue par la loi italienne dans l'article 9, ne crée pas un traitement discriminatoire là où elle peut être révoquée par le personnel médical - qui a déclaré son objection de conscience – pour respecter le droit à la santé de la femme selon règles bien déterminées dans l'article cité.<sup>1</sup>
8. Le fait qu'il y a un haut numéro du personnel médical ou paramédical qui, en déclarant son objection de conscience, semblent empêcher l'interruption volontaire de la grossesse, ne doit pas être interprété une violation de l'article 11 (voir à ce égard la lettre du Ministère de la Santé ici comme Annexe 1 en anglais et Annexe 2 en langue italienne)
9. Le Gouvernement observe encore que la loi italienne, qui donne modalités et mesures adaptées à régler le droit à la santé des femmes en cas d'interruption volontaire de grossesse et à sauvegarder leur vie, a été adoptée selon la marge d'appréciation réservée aux États comme prévue par le suivant article « G » de la Charte :

#### **Article G – Restrictions**

1 Les droits et principes énoncés dans la partie I, lorsqu'ils seront effectivement mis en œuvre, et l'exercice effectif de ces droits et principes, tel qu'il est prévu dans la partie II, ne pourront faire l'objet de restrictions ou limitations non spécifiées dans les parties I et II, à l'exception de celles prescrites par la loi et qui sont nécessaires, dans une société démocratique, pour garantir le respect des droits et des libertés d'autrui ou pour protéger l'ordre public, la sécurité nationale, la santé publique ou les bonnes mœurs.

---

<sup>1</sup> *Health care professionals and paramedical staff shall not be obliged to carry out the procedures provided for under Articles 5 and 7 and abortion procedures when they have submitted a conscientious objection statement. This statement shall be submitted to the provincial doctor and also to the health management if health care professionals and staff are employed with public or private hospitals, within a month after this law has come into force, after they have obtained their practice certificate, after having been hired by a facility where abortions are conducted or after having signed an agreement with social security organizations on abortion procedures.*

*The conscientious objection can always be revoked or can also be submitted after the above mentioned deadlines. However, in this case, the statement shall become effective one month after its submission to the provincial doctor. The conscientious objection shall allow health care professionals and staff to abstain from abortion procedures but not from preoperatively and postoperatively care. In any case, authorised private and public hospitals shall make these procedures available and accessible as provided under Art. 7 and to perform the abortion procedures requested as envisaged under Articles 5, 7 and 8. The region shall control and guarantee the compliance with the law through staff mobility.*

*The conscientious objection shall not be invoked by health care professionals and staff under particular circumstances, i.e. when their work is indispensable to save the life of women in high-risk situations”.*

2 Les restrictions apportées en vertu de la présente Charte aux droits et obligations reconnus dans celle-ci ne peuvent être appliquées que dans le but pour lequel elles ont été prévues

## CONCLUSIONS

10. Le Gouvernement italien, selon ses considérations, estime que la réclamation collective de l'IPPF EN n'est pas recevable :

- a) à cause de l'interprétation donnée par la même Fédération qui bouleverse les articles 11 et E de la Charte au dommage de la santé et de la vie des femmes que la Fédération veut être assistées seulement par un personnel médical non objecteur qui favorise leur interruption volontaire de grossesse sans vérifier leur situation physique et psychique mais seulement celle économique ;
- b) parce que l'État ne peut pas limiter le numéro du personnel médical qui déclare son objection de conscience dans le respect de la liberté de conscience comme aussi reconnu par la Cour européenne de droits de l'homme ex article 9 de la Convention du 1950 dans sa jurisprudence.

11. Le Gouvernement italien remercie le Comité européen des droits sociaux pour son attention à examiner les observations indiquées et se déclare disponible à fournir toute autre observation aux fins de déclarer irrecevable la réclamation collective dans le respect aussi de l'article G de la Charte.

Rome, 15 Octobre 2012

Annexes 1 et 2 du  
Ministère de la Santé

Agent de Gouvernement  
Ersiliagrazia Spatafora



# *Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA E DELLA INNOVAZIONE

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

UFFICIO X

TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETA' EVOLUTIVA

VIA GIORGIO RIBOTTA, 5 – 00144 ROMA

ROMA, 28 SETTEMBRE 2012

**OBJECT: European Social Rights Committee**

**Collective Complaint 87/2012 –**

**International Planned Parenthood Federation – European Network v. Italy**

According to the claimants, the case filed by CEDS against Italy on behalf of the NGO “*International Planned Parenthood Federation – European Network*” (IPPN-EN) concerns the violation of Art 11 of the European Social Charter because of the wrong wording of Art. 9 of Act n.194/78 and consequently of the access to abortion procedures. Article 9 recognizes women’s right to have access to abortion procedures in general and abstract terms as well as the right of health care professionals and staff to be conscientious objectors. However, It does not envisage specific measures to guarantee both rights, so the increasing number of conscientious objectors among doctors is undermining the right to abortion.

Article 9 of Act n. 194/78 states :“*Health care professionals and paramedical staff shall not be obliged to carry out the procedures provided for under Articles 5 and 7 and abortion procedures when they have submitted a conscientious objection statement. This statement shall be submitted to the provincial doctor and also to the health management if health care professionals and staff are employed with public or private hospitals, within a month after the this law has come into force, after they have obtained their practice certificate , after having being hired by a facility where abortions are conducted or after having signed an agreement with social security organizations on abortion procedures.*

*The conscientious objection can always be revoked or can also be submitted after the above mentioned deadlines. However, in this case, the statement shall become effective one month*

*after its submission to the provincial doctor. The conscientious objection shall allow health care professionals and staff to abstain from abortion procedures but not from preoperatively and postoperatively care. In any case, authorised private and public hospitals shall make these procedures available and accessible as provided under Art. 7 and to perform the abortion procedures requested as envisaged under Articles 5, 7 and 8. The region shall control and guarantee the compliance with the law through staff mobility.*

*The conscientious objection shall not be invoked by health care professionals and staff under particular circumstances, i.e. when their work is indispensable to save the life of women in high-risk situations”.*

Therefore, under Act n.194/78, authorised hospitals and private health-care facilities are always obliged to conduct the procedures as envisaged under Art. 7 and to perform abortions as provided for under Articles 5, 7 and 8 of this law and the Regions must control and guarantee these procedures also through staff mobility.

The aim of the law is to establish a principle, clearly specified under Article 9 of Act 194: the possibility for health-care professionals and staff to become conscientious objectors and the obligation for the Regions and the health care organizations to organize accordingly.

In this connection, there is no need to change the law but only to ensure that the Regions implement the procedures envisaged under Act 194/78, respecting their full organizational autonomy as provided for in the last changes to Title V of the Constitution in 2001.

If this service is not guaranteed, stakeholders, representative organizations and health authorities etc. can appeal to the central or regional governments and even to the court to enforce the legislation.

There has always been a high number of conscientious objectors among health care professionals and staff since the inception of the abortion legislation. However, this has not undermined the right of women to benefit from this law and from this procedure. In fact, the Regions and the Health Authorities ensure the services as provided for under Act 194 not only through staff mobility, but also through ad hoc agreements with specialists.

Here are some data to support what has been explained so far:

- in 2009 (the last report of Parliament), 118.579 abortions were conducted with a 50.9% reduction vs. 1982, when there was a peak number of procedures: 234.801;
- the abortion rate – the most accurate indicator of abortions in women between 15-49 years – dropped by 52.3%, from 17.2‰ to 8.2‰;
- over the years, there has been an increase in the number of foreign women who abort; in 2009 they accounted for 33.4% of the total number of abortions vs. 10.1% in 1998. These women have a different approach to fertility control measures and to abortion. In fact, their abortion rate is 3



or 4 times higher with respect to Italian women. This has slowed down the general reduction of abortion in Italy. Considering only the number of Italian women who aborted in 2009 (79.535 cases), the abortion rate has gone down by 66.1% with respect to 1982, when the presence of foreign women in Italy was negligible ;

- In the last 4 years, the abortion rate among foreign women has stabilized with 40.000 abortions; repeated abortions amounted to 27% in 2009 with respect to an expected value of 50% (calculated with mathematical models) without changes in the characteristics of women. The reduction in the number of abortions, in the abortion rate and in the number of repeated abortions shows that abortion prevention services have worked very well, that women have a good attitude vis-a'-vis fertility control measures and that the tools for responsible and conscious parenthood are successful.

Ad hoc projects have been developed to prevent abortion in foreign women with specific initiatives such as cultural mediation, the facilitation of the access to services and the training of professionals.;

- the emergency procedures (without waiting for 7 days after the certification date) in 2009 amounted to 9.2%, the same value reported in the 1997 Report (for a comparative analysis, we refer to the Report of this year, since the data are on line and verifiable);
- 85% of the procedures is conducted through Karman hysterosuction;
- in 93.6% of cases, the hospital stay is less than 1 day and all abortions are performed as outpatients procedures;
- in the last few years, the time between the certification and the procedure has become shorter and more than 80% of women has undergone this procedure at a gestational age of  $\leq 10$  week.;
- the complication rate has always ranged between 3 and 4 %.

The stable number of emergency procedures and the shorter time between the certification and the procedure show that services are efficient; the percentage increase in the number of day-hospital and 1 day hospital procedures indicate that women can more easily and smoothly access these procedures and that human resources are better organized; the high percentage of women who have an abortion at a gestational age of  $\leq 10$  weeks, combined to a very low rate of complications, especially to the fact that no death or serious complication has ever occurred following an abortion in line with Act 194 is the best evidence that today abortion is not hazardous for women's health.

- since 2010, the national health service has organized a pharmacological abortion services. This method is increasingly used by women and is provided by an increasing number of facilities. All this, together with the organizational actions prepared by the Regions and by the health authorities contribute to reducing the impact of the high value given to conscientious objection.

In conclusion, the conscientious objection level present in Italy – partly balanced by staff mobility and agreements with specialized obstetrics and gynaecology services - and the recent introduction of pharmacological abortion in Italy do not seem to have a direct impact on the recourse to abortion and so on the violation of women' s rights; moreover, the reduction in the number of women who undergo an abortion is far greater than the increase in the number of conscientious objectors among health care professionals and staff; in the last few years, services have become more efficient, both in terms of prevention and in terms of access and the abortion procedures are not dangerous for women considering the Karman-hysterosuction technique used, the gestational age when the procedure is performed ( $\leq 10$  weeks) and the very low complication rate (3 - 4%).

Finally, it will suffice to recall that in Italy, abortion is fully paid by the National Health Service (SSN) and that the few authorised private facilities have an agreement with the SSN. So economic discrimination has been erroneously invoked. The same holds true for the discrimination against foreign women. In fact 1 woman out of 3 who undergoes an abortion is of foreign origin and the services provided to them, in particular community services such family planning centers have adopted adequate organizational measures to consider their cultural differences, through cultural mediation, adequate working hours trained staff etc.

The DIRECTOR GENERAL  
DOTTOR GIUSEPPE RUOCCO



# Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

Ufficio X dell'ex DGPS

Tutela della salute delle donne e dell'età evolutiva

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

AL DIRETTORE GENERALE  
DEI RAPPORTI EUROPEI E  
INTERNAZIONALI  
SEDE

**OGGETTO: Consiglio d'Europa – Carta sociale europea – Reclamo collettivo 87/2012 –  
International Planned Parenthood Federation C. Italia.-**

Il ricorso presentato al CEDS contro l'Italia da parte della ONG "*International Planned Parenthood Federation – European Network*" (IPPN-EN) configura, secondo i ricorrenti, la violazione dell'art.11 della Carta Sociale europea, riguardo alla inadeguata formulazione dell'art. 9 della legge n.194/78 e quindi, la protezione del diritto di accesso alle procedure per l'interruzione volontaria della gravidanza. Si valuta che l'articolo citato riconosce in via generale ed astratta da una parte il diritto di accesso delle donne alle procedure per l'interruzione volontaria della gravidanza e dall'altra quella dei medici di manifestare obiezione di coscienza, non prevedendo specifiche misure per implementare le garanzie di entrambi, in quanto l'aumento del numero di medici obiettori è a scapito dei diritti delle donne.

L'articolo 9 della legge n. 194/78 così recita: "*Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario,*

*entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.*

*L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.*

*L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.*

*Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.*

*L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo”.*

E' quindi previsto, dalla legge n.194/78, che le strutture (ospedali e case di cura autorizzate) siano tenute in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8 della legge stessa, e che le Regioni ne controllino e garantiscano l'attuazione , anche attraverso la mobilità del personale.

Scopo della legge è quello di stabilire un principio, che l'art. 9 della legge 194 delinea in modo molto chiaro: la possibilità di manifestare da parte degli operatori obiezione di coscienza e, a chi spetta assicurare gli aspetti organizzativi (Regioni e strutture sanitarie, quindi Aziende Sanitarie), mettere in atto le necessarie misure.

Non vi è quindi alcuna necessità di modifiche normative ma solo di assicurare, da parte delle Regioni, nella loro piena e totale autonomia organizzativa, prevista in ultimo nelle modifiche apportate al titolo V della Costituzione nell'anno 2001, l'espletamento delle procedure previste dalla legge n.194/78.

Ove il servizio non fosse assicurato i singoli titolari di interessi, organizzazioni rappresentative, ecc. possono richiamare gli organi inadempienti all'applicazione della legge ricorrendo all'autorità centrale o regionale e finanche all'autorità giudiziaria.

In effetti alti valori di obiezione di coscienza tra il personale medico e delle altre figure sanitarie interessate dall'interruzione volontaria di gravidanza sono presenti sin dai primi anni dell'attuazione della legge. Ciò non ha però inficiato il diritto delle donne nell'accesso all'iter previsto dalla legge e quindi all'intervento, avendo le Regioni e le Aziende Sanitarie garantito, non solo attraverso la mobilità del personale di ruolo, ma anche attraverso opportune convenzioni con specialisti, l'espletamento delle procedure previste dalla legge 194.

Vengono di seguito riportati alcuni dati che possono essere di supporto a quanto affermato:

- nel 2009 (ultima relazione presentata al Parlamento) si sono registrate 118.579 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), con una riduzione del 50.9% rispetto a quelle effettuate nell'anno 1982, in cui si è avuto, con 234801 casi, il picco di ricorso all'IVG;
- anche il tasso di abortività, che rappresenta l'indicatore più accurato per il ricorso all'IVG, (il numero di IVG sulle donne di età 15-49 anni) si è ridotto del 52.3%, passando dal 17.2‰ al 8.2‰;
- da tener presente che nel corso degli anni è cresciuto il contributo delle donne con cittadinanza estera fino a rappresentare, nel 2009, una quota pari al 33.4% del totale delle IVG (erano il 10.1% nel 1998). Sono queste donne con una attitudine diversa all'utilizzo dei mezzi di controllo della fertilità e all'interruzione volontaria della gravidanza; infatti il loro tasso di abortività è 3 – 4 volte maggiore rispetto a quello delle donne italiane. Ciò ha determinato un rallentamento della riduzione generale dell'IVG in Italia. Infatti, considerando solo le donne italiane che nel 2009 hanno fatto ricorso all'IVG, i casi sono pari a 79.535. Avremmo quindi registrato, rispetto al 1982, anno in cui la presenza di donne con cittadinanza estera era trascurabile, un decremento nel ricorso all'IVG del 66.1%;
- negli ultimi 4 anni si è osservata comunque una stabilizzazione del ricorso all'IVG delle donne con cittadinanza estera, essendosi attestati sui 40.000 i casi di ricorso all'IVG;
- le IVG ripetute nel 2009 hanno rappresentato il 27% rispetto ad un valore atteso (calcolato con modelli matematici) supponendo costanti le caratteristiche delle donne, del 50%. La riduzione nel numero e nel tasso di abortività nonché il basso valore dell'aborto ripetuto rispetto all'atteso sta a significare da una parte la buona qualità del lavoro svolto dai servizi ai fini della prevenzione dell'aborto, la buona attitudine da parte delle donne al controllo della fertilità e la messa in atto di strumenti atti ad una gravidanza cosciente e responsabile.

Sono stati attivati progetti ad hoc per la prevenzione dell'IVG nelle donne straniere riguardanti obiettivi specifici quali la mediazione culturale, la facilitazione nell'accesso ai servizi e la formazione degli operatori;

- il ricorso alla procedura d'urgenza (senza cioè l'attesa dei 7 giorni dalla data della certificazione) nel 2009 è risultata pari al 9.2%, stesso valore riportato nella relazione del 1997 (nei confronti faremo riferimento alla relazione di questo anno in quanto da quella data sono online e quindi verificabili);
- l'85% degli interventi avviene tramite Isterosuzione-Karman;
- nel 93.6% dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'intervento viene praticato in day-hospital;
- negli ultimi anni vi è stato un miglioramento nei tempi di attesa tra certificazione e intervento e più dell'80% delle donne ha effettuato l'intervento ad epoca gestazionale  $\leq 10$  settimane;
- le complicanze si sono sempre mantenute in valori compresi tra il 3 ed il 4‰.

L'assenza di aumento nella percentuale di casi che hanno fatto ricorso alla procedura d'urgenza ed il miglioramento osservato nei tempi d'attesa tra certificazione e intervento, stanno ad indicare una buona efficienza dei servizi; l'aumento percentuale osservato nelle degenze inferiori ad 1 giorno e l'effettuare l'intervento in day-hospital sta ad indicare, tra l'altro, anche minori disagi e facilità quindi nell'accesso alla procedura da parte delle donne, oltre ad una possibilità organizzativa delle risorse umane migliore; l'alta percentuale di donne che effettua l'intervento ad epoca gestazionale  $\leq 10$  settimane, unita alla percentuale così bassa di complicanze e soprattutto il fatto che nessuna morte materna o complicanza grave si sia verificata a seguito di una interruzione volontaria di gravidanza effettuata nel rispetto della legge n. 194 sta ad indicare che l'IVG, ad oggi, non ha costituito un pericolo per la salute della donna.

- Dal 2010 anche in Italia è disponibile l'offerta da parte dei servizi dell'aborto farmacologico. E' in aumento la scelta di questa metodica da parte delle donne e del numero delle strutture che la offrono. Questo dato, unitamente agli aspetti organizzativi messi in campo dalle Regioni e dalle

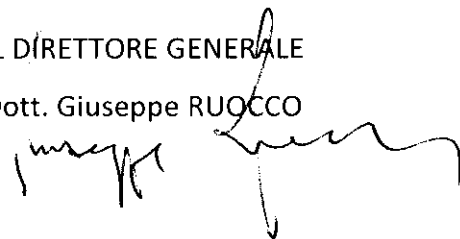
Aziende Sanitarie, contribuisce a ridurre gli effetti determinati dall'alto valore dell'obiezione di coscienza.

In conclusione il livello di obiezione di coscienza presente in Italia, bilanciato in parte dalla mobilità del personale e da contratti in convenzione con specialisti in ostetricia e ginecologia e recentemente dall'introduzione anche in Italia dell'aborto farmacologico, sembra non avere una diretta incidenza nel ricorso all'IVG né quindi determinare nocumento ai diritti delle donne; nel tempo, poi, la riduzione delle donne che ricorrono all'IVG è di gran lunga maggiore rispetto all'aumento del numero del personale sanitario obiettore; negli ultimi anni è migliorata l'efficienza dei servizi, sia per quanto concerne l'aspetto preventivo che di accesso e l'intervento viene effettuato in condizioni di sicurezza per la salute della donna, considerando la metodica utilizzata (isterosuzione-Karman), l'epoca gestazionale in cui l'IVG viene effettuata ( $\leq 10$  settimane) e la bassissima percentuale di complicanze presenti (3 - 4‰).

Giova infine ricordare ai ricorrenti che l'IVG in Italia è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e le poche cliniche private autorizzate sono in convenzione con il SSN e quindi, l'aspetto economico come fonte di discriminazione, è stato invocato erroneamente. Ragionamento analogo per quanto concerne la discriminazione nei confronti delle donne straniere, considerando che 1 donna su 3 che ricorre all'IVG ha cittadinanza straniera i servizi (in particolare i servizi territoriali quali i Consultori Familiari cui la stragrande maggioranza delle donne straniere si rivolge), hanno adottato adeguate misure organizzative che tengano conto di ciò (mediatrice culturale, orari adeguati, personale formato, ecc.).

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe RUOCCO



*Referente/Responsabile del procedimento:*

Ascone Giovan Battista – 06.59943332

email: [gb.ascone@sanita.it](mailto:gb.ascone@sanita.it)