

Policy nazionale sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza

Premessa:

La presente policy ha lo scopo di portare avanti proposte concrete e fattibili nell'ambito della legge italiana (194/78) con l'obiettivo finale di garantire l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza (di seguito anche IVG) a tutte le persone che possano necessitarne sul territorio italiano.

Questo documento e' il risultato di un lavoro che ha visto il coinvolgimento di numerose parti esterne che sono state intervistate e le cui opinioni e dati condivisi sono stati analizzati dal gruppo di lavoro al fine di elaborare le proposte in calce al documento.

Per facilitare la lettura del documento vengono utilizzati pronomi e sostantivi al femminile - tale declinazione, in linea con i valori e le istanze di Volt, vuole essere rappresentativa di ogni genere.

Riassunto e sintesi	3
Prefazione	5
Contesto & Dati	7
Contesto italiano	7
Legge 194 o “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”	7
Panoramica dell’IVG in Italia - I dati della Relazione annuale Ministero della Salute	11
Contesto Europeo e le Risoluzioni del Parlamento Europeo	14
Proposte	16
Formazione e informazione	16
Educazione sessuale e affettività’ partendo dalle scuole primarie	16
Scuole primarie	17
Scuole secondarie	17
Rispettare l’Articolo 15 della legge 194:	18
Formazione durante il corso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia	18
Formazione durante il corso di laurea in medicina e chirurgia	18
Educazione del personale e aggiornamenti	19
Proposte per la collettività	19
Superamento della legge 194	21
Obiezione di coscienza	22
Opzione A: combattere l’abuso dell’obiezione di coscienza	25
Opzione B: abolizione dell’obiezione di coscienza	28
Colmare il gap su informazione e accesso ai dati	31
Aggiornamento Sito Ministero della Salute	31
Aggiornamento dei Servizi di Assistenza Medica	33
Servizi e supporto	35
Potenziamento dei Consultori	35
Contracezione gratuita	36
Supporto Psicologico	37
Allegati	39

Riassunto e sintesi

"L'evidenza è chiara: se si vogliono prevenire gravidanze indesiderate e aborti non sicuri, è necessario fornire alle donne e alle ragazze un pacchetto completo di educazione sessuale, informazioni e servizi accurati sulla pianificazione familiare e l'accesso a cure di qualità per l'aborto" - Ganatra¹.

Sulla base dell'affermazione della dott.ssa Bela Ganatra, capo dell'Unità per la prevenzione dell'aborto pericoloso dell'OMS, Volt Italia ha sviluppato una serie di proposte che hanno l'obiettivo di proporre una serie di riforme e azioni mirate a agire in modo completo in tutte le aree che rientrano direttamente e indirettamente nel contesto legato all'Interruzione Volontaria di Gravidanza. Dopo una presentazione del contesto e dati a livello nazionale e europeo, il documento presenta proposte che si snocciolano in 4 ambiti:

1. **Formazione e informazione** - la salute riproduttiva si radica fortemente su un alto livello di educazione senza la quale non si può sperare in un aumento dell'autodeterminazione delle persone, per questo motivo Volt Italia propone:
 - a. Obbligatorietà dell'educazione sessuale ed emotiva fin dalla scuola primaria;
 - b. Il rispetto dell'art. 15 della 194 che si realizza attraverso l'istituzione di corsi specifici di formazione durante la Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia e di tutti gli operatori sanitari che si trovano a lavorare nel contesto IVG;
 - c. L'organizzazione di progetti del Ministero della Salute e dell'Istruzione, finanziati e promossi a livello nazionale come eventi, flash mob e app gratuite;
2. **Superamento della legge 194** - la legge che in Italia disciplina l'IVG risale al 1978. Il suo contenuto non è stato mai rivisitato e aggiornato. Una revisione della legge è necessaria per superare situazioni e contesti che non sono più applicabili a distanza di oltre 40 anni. Per questo motivo Volt Italia propone:
 - a. Revisione del linguaggio della legge in modo da renderlo maggiormente inclusivo e incentrato su l'autodeterminazione della donna
 - b. Eliminazione dei 7 giorni di ripensamento
 - c. Revisione dell'obiezione di coscienza - trattandosi di una scelta politica i tesserati sono chiamati e esprimersi e scegliere una delle due opzioni:
 - i. Opzione A: combattere l'abuso dell'obiezione di coscienza
 - ii. Opzione B: abolizione dell'obiezione di coscienzaEntrambe le posizioni sono applicabili e adottabili nel contesto Italiano. La differenza è la direzione politica che si vuole prendere sulla libertà di scelta individuale.
3. **Colmare il gap su informazione e accesso ai dati** - una delle problematiche e barriere presenti nella discussione sull'interruzione volontaria di gravidanza in Italia è la mancanza di set di dati completi. Per questo motivo Volt Italia propone:
 - a. Aggiornamento Sito Ministero della Salute al fine di includere informazioni relative alle opzioni disponibili, i centri disponibili e materiale informativo di supporto

¹ <https://www.aogoi.it/notiziario/aborto-oms/>

- b. Aggiornamento dei Servizi di Assistenza Medica come la semplificazione dei processi di prenotazione e l'introduzione di metodiche innovative di assistenza medica atte ad incentivare l'aborto farmacologico come la telemedicina
4. **Servizi e supporto** - L'IVG risulta essere attualmente, nel nostro paese, ancora una pratica fortemente osteggiata e giudicata negativamente. E' necessario incentivare il servizio agendo su specifiche componenti. Per questo motivo Volt Italia propone:
- a. L'inserimento dell'IVG calcolo del punteggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al fine di incentivare la sua esecuzione scoraggiando di conseguenza anche il fenomeno dell'obiezione di coscienza non etico
 - b. Il potenziamento dei consultori quali centri di supporto e protezione della scelta della donna, inclusa l'esclusione di volontari o associazioni "pro-life" dai centri
 - c. La contraccezione gratuita. Nonostante la garanzia di una contraccezione gratuita e accessibile sia prevista dalla legge fin dagli anni Settanta oggi in Italia tutta la contraccezione, e non solo quella ormonale, è a pagamento e risulta non coperta in alcun modo dal Sistema Sanitario Nazionale
 - d. Il supporto psicologico non soltanto in sede consultoriale, ma anche ospedaliera per supportare la donna in modo completo in tutte le fasi.

Prefazione

Nel mondo, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si registrano ogni anno almeno 25 milioni aborti non sicuri con circa 39.000 decessi annuali. La maggior parte di questi decessi si concentra nei paesi a basso reddito – con oltre il 60% in Africa e il 30% in Asia – e tra coloro che vivono nelle situazioni più vulnerabili. Craig Lissner, direttore ad interim per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva dell'OMS ha affermato che *"essere in grado di ottenere un aborto sicuro è una parte cruciale dell'assistenza sanitaria"*, e ha sottolineato che *"quasi tutti i decessi e le lesioni risultanti da un aborto non sicuro sono del tutto prevenibili."*

L'OMS ha sviluppato oltre 50 raccomandazioni, sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, che abbracciano la pratica clinica, l'erogazione di servizi sanitari e gli interventi legali e politici a sostegno di un'assistenza abortiva di qualità². Le linee guida includono raccomandazioni su molti semplici interventi a livello di assistenza primaria che migliorano la qualità dell'assistenza abortiva fornita a donne e ragazze compresa la condivisione dei compiti da parte di una gamma più ampia di operatori sanitari. Altra indicazione è quella di garantire l'accesso alle pillole abortive che danno maggiori garanzie di aborti sicuri. Per la prima volta, le linee guida includono anche raccomandazioni per l'uso, ove appropriato, della telemedicina, che ha contribuito a sostenere l'accesso all'aborto e ai servizi di pianificazione familiare durante la pandemia di COVID-19. Oltre alle raccomandazioni cliniche e di erogazione dei servizi, le linee guida raccomandano di rimuovere gli ostacoli politici non necessari dal punto di vista medico all'aborto sicuro, come la criminalizzazione, i tempi di attesa obbligatori, il requisito che l'approvazione debba essere data da altre persone (ad es. partner o familiari) o istituzioni e limiti su quando durante la gravidanza può aver luogo un aborto. Tali barriere possono portare a ritardi critici nell'accesso alle cure e mettere le donne e le ragazze a maggior rischio di aborti non sicuri, stigmatizzazione e complicazioni per la salute, aumentando al contempo le interruzioni dell'istruzione e della loro capacità di lavorare. Mentre la maggior parte dei paesi consente l'aborto in circostanze specifiche, circa 20 paesi non forniscono basi legali per l'aborto e in alcuni esistono anche sanzioni punitive per l'aborto, che possono includere lunghe pene detentive o pesanti multe per le persone che lo praticano.

La dott.ssa Bela Ganatra, capo dell'Unità per la prevenzione dell'aborto pericoloso dell'OMS ha affermato che *"È fondamentale che un aborto sia sicuro in termini medici"* [...] *"Ma da solo non basta. Come per qualsiasi altro servizio sanitario – ha aggiunto - l'assistenza all'aborto deve rispettare le decisioni e i bisogni delle donne e delle ragazze, garantendo che siano trattate con dignità e senza stigma o giudizio. Nessuno dovrebbe essere esposto ad abusi o danni come essere denunciato alla polizia o messo in prigione perché ha chiesto o fornito cure per l'aborto"*. L'evidenza mostra che limitare l'accesso agli aborti non riduce il numero di aborti. In effetti è più probabile che le restrizioni spingano le donne e le ragazze verso procedure non sicure. Nei paesi in cui l'aborto è più limitato, solo 1 aborto su 4 è sicuro, rispetto a quasi 9 su 10 nei paesi in cui la procedura è ampiamente legale. I tassi più alti di aborto sono stati riscontrati nei paesi con le maggiori restrizioni legali. Nei paesi ad alto reddito in cui l'aborto è ampiamente legale³ si sono verificati 11 aborti ogni 1.000 donne in età riproduttiva, rispetto a 32 aborti ogni 1.000 in paesi ad alto reddito con più restrizioni legali all'accesso.

² <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7836487.pdf>

³ Il termine "ampiamente legale" significa che l'aborto è disponibile su richiesta o per ampi motivi socioeconomici

I tassi di aborto erano più alti nei paesi a basso reddito in cui le restrizioni legali all'assistenza all'aborto erano maggiori. C'è stato anche un aumento – del 12% – del numero di aborti nei paesi con restrizioni legali sulla procedura, mentre è leggermente diminuito nei paesi in cui l'aborto è ampiamente legale.

"L'evidenza è chiara: se si vogliono prevenire gravidanze indesiderate e aborti non sicuri, è necessario fornire alle donne e alle ragazze un pacchetto completo di educazione sessuale, informazioni e servizi accurati sulla pianificazione familiare e l'accesso a cure di qualità per l'aborto" - Ganatra⁴.

⁴ <https://www.aogoi.it/notiziario/aborto-oms/>

Contesto & Dati

Contesto italiano

In Italia l'interruzione volontaria di gravidanza è disciplinata dalla legge 194 del 1978. Storicamente la legge può considerarsi ferma fin dalla sua emanazione anche se nel 1981 si votò su due referenda:

- uno proposto dal Movimento per la vita, con lo scopo di abolire la 194,
- l'altro portato avanti dal Partito Radicale, che voleva abrogare alcuni vincoli presenti nella legge, permettendo ad esempio l'IVG nelle case di cura private.

Entrambi i referenda vennero bocciati dalla popolazione.⁵

Legge 194 o "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"

La legge 194 è una legge di compromesso⁶: per questo motivo, nel discorso pubblico vengono generalmente individuate due parti della legge.

1. La prima parte si incentra sulla "tutela della vita umana dal suo inizio" e all'interno della quale si riportano una serie di pratiche da attuare affinché l'aborto sia visto come ultima scelta, che alla donna vengano forniti tutti gli strumenti necessari per evitare il ricorso all'aborto e che la decisione venga presa dopo un'attenta riflessione⁷.
2. La seconda parte riguarda l'accesso all'IVG. Qui viene promosso l'aggiornamento del personale sanitario d'intesa con le università e l'utilizzo delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza e viene indicato alle Regioni di promuovere incontri sulla contraccezione, sull'educazione sessuale e sui metodi di interruzione di gravidanza.

Analizzando più nel dettaglio la legge⁸ di seguito si riporta una tabella che fornisce una panoramica del contenuto:

Articolo 1	Riconoscimento del diritto all'accesso all'IVG "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite."
-------------------	--

⁵ 40 anni fa il referendum che difese l'aborto in Italia ([link](#))

⁶ L'iter della 194 tra compromessi, pressioni e lotte ([link](#))

⁷ Esempio: "settimana di riflessione" prevista dall'articolo 5 della legge

⁸ Trova Norme & Concorsi - Normativa Sanitaria (salute.gov.it)

Articolo 2	Ruolo dei consultori In questo articolo si citano i consultori (legge 29 luglio 1975, n. 405) che hanno il ruolo di assistere la donna in gravidanza informandola dei suoi diritti e sui servizi a disposizione, “contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all’interruzione della gravidanza”. Un altro passaggio che merita attenzione consente l’ingresso nei consultori di associazioni di volontariato che supportino la donna nella maternità: “I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato”
Articolo 3	Fondi per consultori Questo articolo riporta riferimenti agli investimenti dedicati ai consultori. In questo caso vi e’ l’evidente obsolescenza della legge in quanto vengono riportati ancora valori in lire.
Articolo 4	Tempistiche Stabilisce la possibilità di accedere all’IVG entro 90 giorni per “la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito.”
Articolo 5	Supporto sociale Pone l’accento sulla ricerca di soluzioni ai problemi della coppia (economici, sociali, familiari etc...) che portano alla scelta dell’IVG. Sia il consultorio che il medico di fiducia informano la donna dei suoi diritti come lavoratrice e “sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso”. A questo punto il medico se rileva le condizioni stabilite dall’articolo 4 rilascia un certificato di IVG alla donna che, se non ci sono urgenze, prevede una settimana di riflessione. Dopo i 7 giorni la donna può presentarsi in una delle sedi autorizzate per avere accesso all’IVG.
Articoli 6/7	IVG terapeutica Stabilisce i termini per l’IVG dopo 90 giorni, nel caso di rischio per la salute della gestante oppure se si sono riscontrati processi patologici, tra cui quelli rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

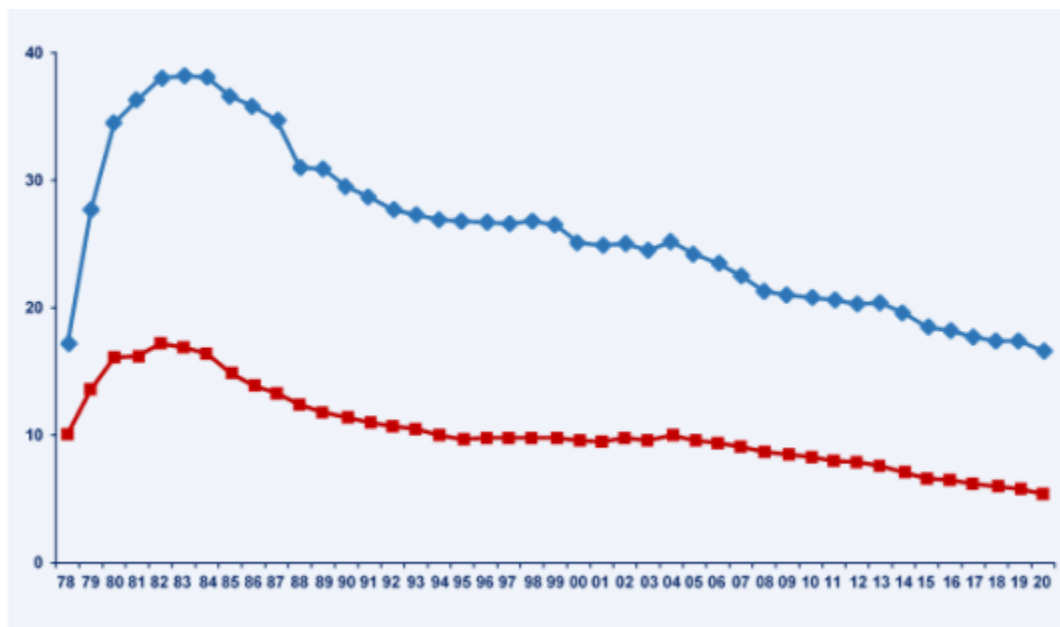
	<p>Ulteriori informazioni su aborto terapeutico, in particolare se sussiste la possibilità di vita autonoma del feto l'aborto, si può praticare soltanto per grave rischio per la salute della gestante.</p>
Articolo 8	<p>Centri autorizzati a praticare l'IVG</p> <p>Stabilisce chi può praticare l'IVG, ospedali e case di cura, in particolare "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 ostetricoginecologici" e inoltre "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."</p>
Articolo 9	<p>Possibilità di obiezione di coscienza del personale medico</p> <p>Istituisce la possibilità per il personale sanitario ed esercente attività ausiliarie di sollevare obiezione di coscienza: in sintesi l'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta in momenti diversi dall'assunzione. L'obiezione non esonera il personale dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, e inoltre non può essere invocata se sono necessari imminenti interventi per salvare la vita della donna. Infine in questo articolo si stabilisce che "gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure" e "La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. " ovvero non è ammessa l'obiezione di un'intera struttura e la Regione deve monitorare ed evitare che una struttura abbia soltanto personale obietto.</p>
Articoli 10, 11	<p>Ulteriori indicazioni per enti ospedalieri</p>
Articolo 12	<p>Minore età della gestante</p> <p>IVG per donne minorenni, necessità di assenso da chi "esercita la potestà sulla donna stessa o la tutela" oppure si ricorre ad un giudice tutelare. In caso di urgenza e' sufficiente il parere del medico.</p>
Articolo 13	<p>Infermità mentale e richiesta dell'intervento del giudice tutelare.</p>
Articolo 14	<p>Informazioni sui processi</p> <p>Il medico che effettua IVG è tenuto a informare la donna su metodi contraccettivi e deve renderla partecipe dei procedimenti abortivi "che</p>

	devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna.”
Articolo 15	Aggiornamento del personale medico e della promozione di metodi alternativi Indica alle Regioni, enti ospedalieri ed Università a promuovere l’aggiornamento del personale sanitario su “procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull’uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell’integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l’interruzione della gravidanza”, si promuovono anche incontri pubblici su questi temi.
Articolo 16	Informazioni e report annuale Entro il mese di Febbraio il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull’attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.
Articoli 17, 18, 19, 20, 21	Pene e sanzioni Pene per chi effettua aborto senza il consenso della donna, per chi non rispetta la privacy della donna o per chi effettua procedure di IVG al di fuori dei termini previsti.

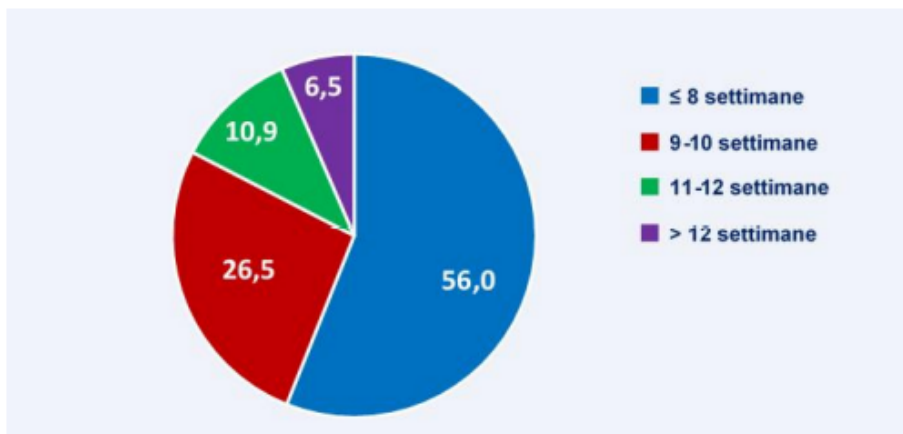
Panoramica dell'IVG in Italia - I dati della Relazione annuale Ministero della Salute

Come dettato dalla legge, tutte le strutture sono obbligate a fornire i dati relativi all'IVG al Ministero su base annuale. Facendo riferimento all'ultima relazione del Ministero della Salute (dati 2020) si evidenzia come:

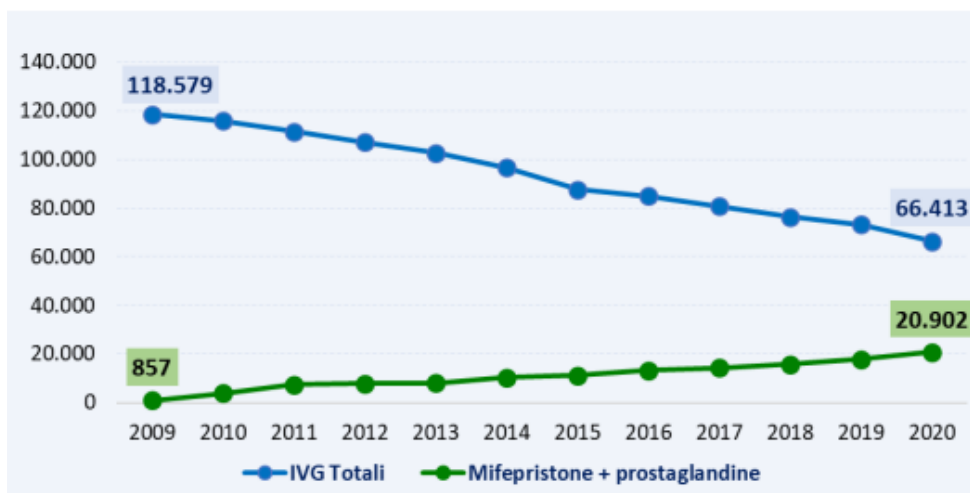
- **In totale nel 2020 sono state notificate 66.413 IVG**, confermando il trend decrescente:



- **Il tasso di abortività** (Numero di IVG per 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia) conferma il trend **in diminuzione**: è risultato pari a 5,4 per 1.000 nel 2020 (-6,7% rispetto al 2019)
- **Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente**, quindi meno esposti a complicanze: il 56% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione.



- In aumento il ricorso all'aborto farmacologico:** nel 2020 il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 31,9% dei casi, rispetto al 24,9% del 2019 e al 20,8% del 2018. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni: si passa dall'1,9% del Molise a oltre il 50% in Piemonte. Dopo l'emanazione delle nuove linee guida (12 agosto 2020) che consentono l'aborto farmacologico fino alla nona settimana di gravidanza si è osservato un aumento del ricorso a questo metodo. Dai dati raccolti, molte donne in ospedalizzazione (76%) richiedevano la dimissione volontaria dopo la somministrazione di Mifepristone o prima dell'espulsione completa con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura. Nel 95% dei casi le donne erano tornate al controllo nella stessa struttura. Inoltre nel 96,9% dei casi non vi era stata alcuna complicazione immediata. I dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questa metodica. Grazie alle nuove linee guida la procedura non richiede più l'ospedalizzazione e può essere eseguita presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i Consultori o in day hospital.

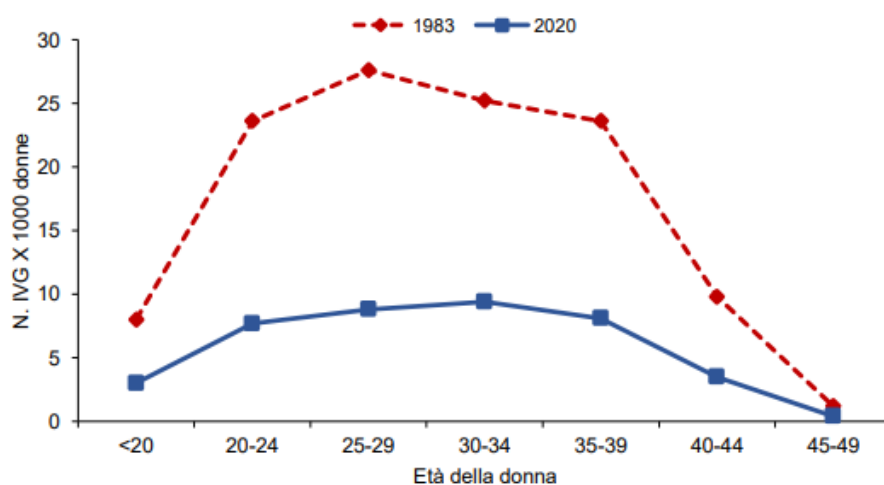


Complicanze (%) associate alle IVG effettuate con metodo farmacologico e chirurgico – anno 2020

Complicanze	Farmacologico (item 4 5 6)	Chirurgico (item 1 2 3)
Nessuna	95,8	99,5
Emorragia	0,4	0,3
Infezione	0,1	0,0
Decesso	0,0	0,0
Mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico	2,9	0,2
Altra	0,9	0,1
N.R.	1,9	1,6

1 Raschiamento, 2 Metodo di Karman, 3 Altre forme di isterosuzione, 4 Somministrazione di solo mifepristone, 5 Somministrazione di mifepristone e di prostaglandina, 6 Somministrazione di sola prostaglandina

- **Tassi di abortività per età:** Nel 2020 le IVG tra le minorenni sono state 1.602 IVG in totale, pari al 2,4% di tutte le IVG.



- **IVG per nati vivi precedenti:** Nel 2020 il 60,6% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio, percentuale leggermente superiore a quella del 2019 e 2018 (60,1%) e leggermente inferiore a quella osservata nel 2017 (60,9%). Il 38,0% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano rispettivamente 75% e 50%).
- **Obiezione di coscienza:** Si registrano obiettori di coscienza il 64,6% dei ginecologi, valore in leggera diminuzione rispetto al 2019, il 44,6% degli anestesisti e il 36,2% del personale non medico. Le Regioni in cui si osserva un carico di lavoro più alto per i ginecologi non obiettori sono Molise (2,9 IVG medie settimanali), Puglia (2,0) e Campania (1,9).
- **Tempi di attesa per l'intervento:** Nel 2020 si sono riscontrate percentuali elevate di tempi di attesa superiori a 3 settimane in Valle D'Aosta (19,3%), Lombardia (17,6%) Veneto (20,3%). In Calabria il 13,8% delle IVG si è verificato dopo un tempo di attesa superiore ai 28 giorni.

IVG (%) per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	Italiane	straniere
NORD	73,2	70,2	15,1	16,7	6,2	7,0	5,6	6,1
CENTRO	81,1	75,5	12,7	16,1	4,1	5,9	2,1	2,5
SUD	80,8	77,2	12,9	15,3	4,1	5,2	2,2	2,3
ISOLE	68,4	67,3	19,1	18,8	8,0	9,7	4,5	4,2
ITALIA	76,3	72,1	14,5	16,5	5,4	6,6	3,9	4,8

Elaborazioni su dati Istat.

- **Strutture disponibili:** Nel 2020, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominate nei flussi informativi "stabilimenti") risulta pari a 560 (erano 564 nel 2019), mentre il numero di quelle che

effettuano le IVG nel 2020 risulta pari a 357, cioè il 63,8% del totale (erano 356 nel 2019, pari al 63,1% del totale).

Ad oggi, i dati riportati nella Relazione del Ministero della Salute sono aggregati per regioni. Alcune associazioni ritengono che i dati debbano essere forniti per struttura, permettendo così di individuare le strutture con il 100% di personale obiettore.⁹

Contesto Europeo e le Risoluzioni del Parlamento Europeo

Una panoramica del contesto Europeo con focus sulla legislazione per nazione viene riportata nella sezione allegati del presente documento.

In questa sezione si riportano le principali risoluzioni adottate dal Parlamento Europeo in reazione e azione a determinate situazioni legislative degli Stati Membri.

- **26 novembre 2020** - Nella risoluzione, il PE afferma che la sentenza del 22 ottobre del Tribunale costituzionale polacco di rendere illegale l'aborto nei casi di gravi e irreversibili malformazioni fetali "mette a rischio la salute e la vita delle donne", poiché la maggior parte degli aborti legali in Polonia viene praticata per queste ragioni. I deputati avvertono che la messa al bando di questa opzione, che ha rappresentato il 96% delle interruzioni di gravidanza legali in Polonia nel 2019, porterebbe ad un aumento degli aborti "non sicuri, clandestini e potenzialmente mortali". Il testo è stato adottato con 455 voti favorevoli, 145 contrari e 71 astensioni. Nella risoluzione si sottolinea come la decisione sia stata presa da "giudici eletti e pienamente dipendenti da esponenti politici della coalizione di governo guidata dal partito Diritto e giustizia (PiS)". Il PE sottolinea che, in linea con la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, le leggi restrittive sull'aborto violano i diritti umani delle donne. L'accesso tempestivo e incondizionato ai servizi di salute riproduttiva e il rispetto dell'autonomia e dell'indipendenza decisionale delle donne in materia di riproduzione sono fondamentali per tutelare i diritti umani delle donne e l'uguaglianza di genere. I diritti delle donne sono diritti fondamentali e le istituzioni UE e gli Stati membri hanno l'obbligo giuridico di rispettarli e proteggerli. I deputati hanno poi ricordato il sempre maggiore ricorso dei medici polacchi all'obiezione di coscienza, anche nel caso della prescrizione di contraccettivi o dell'accesso allo screening prenatale. Ogni anno migliaia di donne polacche sono costrette a recarsi all'estero per accedere ad un servizio sanitario essenziale come l'aborto, mettendo ulteriormente a repentaglio il loro benessere e la loro salute¹⁰.
- **23 giugno 2021** - In questa risoluzione, i deputati esortano i Paesi UE a proteggere e migliorare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle donne. Nel testo, i deputati affermano che i diritti alla salute, in particolare i diritti alla salute sessuale e riproduttiva, sono diritti fondamentali delle donne che dovrebbero essere rafforzati e non possono essere in alcun modo indeboliti o revocati. La risoluzione non legislativa è stata adottata con 378 voti favorevoli, 255 contrari e 42 astensioni. Inoltre, le violazioni della salute

⁹ <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>

¹⁰ Aborto: il divieto de facto in Polonia mette a rischio la vita delle donne ([link](#))

sessuale e riproduttiva delle donne costituiscono una forma di violenza nei confronti delle donne e delle ragazze e ostacolano il progresso verso la parità di genere. I deputati invitano i Paesi UE a garantire l'accesso a una gamma ampia di servizi di alta qualità, completi e accessibili nel campo della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti e a rimuovere tutte le barriere giuridiche, politiche, finanziarie e di altro tipo che impediscono il pieno accesso alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti per tutte le persone. Alcuni Stati membri applicano ancora leggi fortemente restrittive che vietano l'aborto, salvo in circostanze rigorosamente definite, costringendo le donne a ricorrere all'aborto clandestino, a recarsi in un altro paese o a portare a termine la gravidanza contro la loro volontà, e ciò costituisce una violazione dei diritti umani e una forma di violenza di genere. Nel testo, si esortano gli Stati membri ad assicurare l'accesso universale all'aborto sicuro e legale e a garantire che l'aborto su richiesta sia legale nelle prime fasi della gravidanza, soprattutto se la salute della persona incinta è in pericolo. I deputati si rammaricano che la prassi comune in alcuni Stati membri consenta al personale medico, e talvolta a interi istituti medici, di rifiutarsi di fornire servizi sanitari sulla base della cosiddetta obiezione di coscienza, il che porta alla negazione dell'assistenza all'aborto per motivi religiosi o di coscienza e pone a repentaglio la vita e i diritti delle donne. Inoltre, il PE chiede che i Paesi UE garantiscano una gamma di metodi contraccettivi e forniture di alta qualità, consulenza familiare e informazioni sulla contraccezione ampiamente disponibili. I deputati deplorano che l'accesso all'aborto continui ad essere limitato durante la crisi della COVID-19, così come gli effetti che la pandemia ha avuto sulla fornitura e l'accesso ai contraccettivi. I Paesi UE sono anche incoraggiati a garantire una completa educazione sessuale nelle scuole primarie e secondarie, poiché può contribuire significativamente a ridurre la violenza e le molestie sessuali¹¹.

- **7 Luglio 2022** - il Parlamento Europeo in seguito al ribaltamento della sentenza Roe vs Wade negli USA ha approvato una risoluzione nella quale “condanna fermamente, ancora una volta, la regressione in materia di diritti delle donne e di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti a livello mondiale, anche negli Stati Uniti e in alcuni Stati membri dell'UE; rammenta che la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti sono diritti umani fondamentali che dovrebbero essere tutelati e rafforzati, e non possono in alcun modo essere indeboliti o revocati; invita i governi degli Stati che hanno approvato leggi e altre misure in materia di divieti e restrizioni all'aborto ad abrogarle e a garantire che la loro legislazione sia in linea con i diritti umani delle donne tutelati a livello internazionale e con le norme internazionali in materia di diritti umani” e esorta gli Stati Membri a depenalizzare l'aborto ed eliminare gli ostacoli ad un accesso sicuro e legale, proponendo di includere il diritto di aborto nella carta dei diritti fondamentali¹².

¹¹ Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva nell'UE ([link](#))

¹² https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0302_IT.html

Proposte

In questa sezione Volt Italia propone una serie di azioni mirate al miglioramento della situazione relativa all'accesso dell'interruzione di gravidanza in Italia. Volt Italia, come partito evidence-based, ritiene necessario un approccio a 360 gradi che vada ad analizzare e agire su tutte quelle aree che direttamente e indirettamente toccano il tema IVG. Nello specifico le proposte si articolano sui seguenti pilastri:

- Formazione e informazione
- Superamento della legge 194
- Informazione e accesso ai dati
- Servizi e supporto

Formazione e informazione

Crediamo che l'educazione e l'informazione siano le principali vie per poter combattere stereotipi e aumentare la consapevolezza su temi che sono oggi considerati dei tabù. Per questo motivo, sulla base delle interviste e dei dati che abbiamo ricavato, riteniamo che un punto su cui è necessario soffermarsi sia quello dell'educazione e della formazione. Questo non si declina soltanto a livello di istruzione, che sia primaria, secondaria o di terzo grado, ma è fondamentale una continua formazione e aggiornamento del personale sanitario coinvolto.

Per questo motivo abbiamo deciso di focalizzarci su 3 punti differenti:

- Educazione sessuale e affettività partendo dalle scuole primarie
- Rispettare l'articolo 15 della 194
- Proposte per la collettività

Educazione sessuale e affettività partendo dalle scuole primarie

La mancanza, pressoché totale, di educazione sessuale-affettiva nelle scuole di ogni ordine e grado, rende l'Italia uno dei paesi europei più arretrati, insieme a Cipro, Lituania, Bulgaria, Polonia e Romania¹³. Negli altri paesi, invece, in molti casi anche obbligatoria, come in Germania (dal 1968), in Danimarca, in Finlandia ed in Austria (dal 1970) o in Francia (dal 1998). L'ultimo rapporto dell'OMS¹⁴ ci restituisce un quadro in cui i programmi scolastici di educazione sesso-affettiva (comprehensive sexuality education, CSE) hanno un impatto drastico e diretto sulla diminuzione di gravidanze indesiderate, di abusi sessuali, di infezioni sessualmente trasmissibili e di discriminazioni basate sull'orientamento sessuale ed identità di genere. Si aggiunge, inoltre, che l'educazione sessuale ed affettiva nelle scuole «può anche avere un impatto positivo sulle attitudini e sui valori condivisi, sulle dinamiche delle relazioni personali, contribuendo così alla prevenzione di abusi e al rafforzamento di relazioni consensuali e

¹³ [Educazione sessuale a scuola, l'Italia ultima in Europa - Teen - ANSA.it](#)

¹⁴ Pag 12: [allegato7836487.pdf \(quotidianosanita.it\)](#)

reciprocamente rispettose del partner», giacché la presenza di stereotipi e discriminazioni di genere (e non solo) inficiano notevolmente l'espressione della sessualità di una persona.

Scuole primarie

L'educazione, assume quindi un ruolo fondamentale nella società che vogliamo plasmare, motivo per cui non si può non iniziare a dare alle scuole primarie ed ai contesti sociali esterni alla famiglia il giusto ruolo educativo, affinché ogni individuo abbia la possibilità di acquisire gli strumenti non solo cognitivi, ma anche affettivi, necessari a costruire relazioni sane con sé stessi e con le altre persone; è una partita che si gioca nei primi anni di vita di un essere umano, momento chiave nel processo di codificazione del mondo che lo circonda e dell'apprendimento delle parole che, per il resto della sua vita, userà per descriverlo.

Valutando la possibilità di renderla parte del programma interno di educazione civica, si vuole poter intraprendere con bambine e bambini un percorso di educazione su più livelli. Questo include:

- Educazione all'emotività per:
 - conoscere ed accogliere le proprie emozioni
 - rispettare se stessi ed i propri spazi
- Educazione all'inclusività ed interculturalità per:
 - imparare ad approcciarsi a tutto tondo alle diversità di ogni tipo
- Educazione alla cultura del consenso e dell'abbattimento degli stereotipi di genere con l'obiettivo di:
 - Formare individui scevri da pregiudizi verso il prossimo
 - Generare persone capaci di comprendere i limiti invalicabili della persona
 - Creare una società fatta di individui meno inclini all'odio ed alla violenza

L'educazione all'affettività, resa effettivamente materia curricolare, può essere coadiuvata con attività collaterali quali esercizi mirati di gruppo - supervisionati da psicologi/ghe e psicoterapeuti/e - lettura di libri ad hoc e visione di film o documentari sul tema, nell'ottica di permettere allo studente ed alla studentessa di essere seguito/a da un percorso di crescita personale ed emotiva, scolastica ed extrascolastica, fino al termine delle scuole medie. Il contenuto di tali lezioni deve essere uniforme su tutto il territorio nazionale in termini di contenuto e portato a termine da personale specializzato (sessuologi/ghe; psicologi/ghe esperti in educazione sessuale) che abbia effettuato corsi di aggiornamento ad hoc in linea con le linee guida OMS e Europee.

Scuole secondarie

A 14 anni, solitamente, si raggiunge lo sviluppo fisico, e con esso si può presupporre il potenziale inizio della vita sessuale dell'individuo. Considerando la formazione alle scuole primarie e il percorso designato sino ad ora, possiamo considerare la persona in età adolescenziale formata e tendenzialmente consapevole di se stessa e della realtà sociale che la circonda. La persona ha infatti ricevuto un'educazione all'amore, al piacere, al consenso ed all'autodeterminazione dei corpi tutte.

Il percorso può ora proseguire verso lo step successivo: l'intimità, i risvolti e le problematiche collegate alla sessualità. L'adolescente dovrà non soltanto entrare nello specifico di cosa accade al proprio corpo durante la pubertà, quale sia l'importanza dell'aver una corretta igiene mestruale, della prevenzione per una buona salute intima femminile e maschile, di come funzionano tutti i metodi contraccettivi esistenti, delle infezioni e patologie sessualmente trasmissibili, nonché della struttura e funzionamento dei servizi consultoriali pubblici, ma anche consolidare la propria formazione individuale, prendendo confidenza con il concetto base che vede una corretta applicazione dell'intimità solo fra persone consenzienti, come anche con i rischi che può comportare consumare un rapporto sessuale non protetto.

La materia, particolarmente scientifica e professionale, avrà luogo negli istituti scolastici ed in altri contesti sociali esterni a quello familiare, ed avrà un approccio completamente laico, avendo cura di osteggiare qualsiasi forma di ingerenza religiosa e/o ideologica. Consenso, sicurezza e conoscenza permetteranno alla persona adolescente di vivere la propria sessualità libera da pericoli, luoghi comuni e stigmi, tra cui quello dell'interruzione volontaria di gravidanza.

Rispettare l'Articolo 15 della legge 194:

Formazione durante il corso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia

Date le innumerevoli mansioni di un ginecologo, ossia tutto ciò che riguarda la cura e le problematiche che possono interessare l'apparato riproduttivo femminile nel suo complesso, crediamo sia necessario un corso di formazione e di sensibilità al tema dell'IVG a partire dalle scuole di formazione e specializzazione.

Questi corsi di formazione per medici specializzandi sono volti a sensibilizzare su l'autodeterminazione della donna e sull'importanza di metterla al primo posto in quanto medici e ginecologi. Inoltre, crediamo sia importante che i medici specializzandi siano a conoscenza dell'iter per l'interruzione volontaria di gravidanza, cosa questo prevede, quali sono le difficoltà e i limiti attuali.

Troviamo che questi corsi di formazione debbano essere portati avanti da medici non-obiettori, in modo da avere un'idea chiara su quello che è il percorso dell'IVG in Italia e contribuire a demolire lo stigma che gravita intorno all'aborto.

É importante che i medici specializzandi arrivino ad avere una completa consapevolezza sul tema, sui rischi e sui benefici prima di poter prendere una decisione riguardo all'obiezione di coscienza. Questo porterebbe ad avere medici più consapevoli e un calo delle percentuali di obiettori di coscienza dovuto a scelte legate alla carriera piuttosto che scelte etiche.

Formazione durante il corso di laurea in medicina e chirurgia

In particolare, è doverosa una formazione di base sul tema dell'IVG già agli inizi della carriera del futuro medico, partendo con nozioni di carattere tecnico, indipendentemente dalla futura specializzazione. Questo è possibile attraverso la rivisitazione del programma dell'esame di Ginecologia, o attraverso l'aggiunta di corsi di formazione aggiuntivi, quali possono essere, ad

esempio, le ADE¹⁵ (Attività Didattiche Elettive) Inoltre è fondamentale che il medico coltivi una propria idea circa temi di carattere etico che abbracciano alcuni aspetti del suo mestiere, come appunto aborto o eutanasia, e che a loro volta possono inficiare sull'efficienza del servizio, come evidenziabile attualmente a causa dell'elevato tasso di obiezione di coscienza. È pertanto auspicabile l'inserimento di un esame di 'Diritto privato delle biotecnologie di bioetica', affinché il futuro medico abbia tutti gli strumenti che gli consentano di sviluppare una propria coscienza sulla base di nozioni oggettive ed imparziali, permettendo a tutti gli studenti di usufruire degli stessi mezzi indipendentemente dal rango sociale di provenienza.

Educazione del personale e aggiornamenti

Come menzionato in precedenza, l'Articolo 15 della legge 194 indica alle Regioni, Enti ospedalieri ed Università di promuovere l'aggiornamento del personale sanitario e promuovere incontri pubblici su questi temi. Sulla base dei dati raccolti e delle interviste portate avanti, questo articolo non viene rispettato a pieno, rischiando quindi una disinformazione e una mancanza di conoscenze da parte del personale medico specializzato. Crediamo sia quindi importante la costruzione e regolamentazione di corsi di formazione ed aggiornamento per tutto il personale sanitario che opera per l'IVG. Questi corsi di formazione aggiornano non soltanto il personale delle nuove tecnologie presenti per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza, ma anche sui dati presenti in Italia, così da aumentare la consapevolezza sul bisogno dei pazienti e sulla risposta data. Questi corsi di aggiornamento devono coinvolgere tutto il personale sanitario che direttamente e indirettamente è coinvolto nei processi di IVG, non limitando l'aggiornamento a ginecologi, ma includendo, fra gli altri, il personale infermieristico, ostetrico e anestesista, così come i medici di base. In particolare infatti, il medico di medicina generale, come i consultori, può rilasciare il primo certificato alla gestante che vuole intraprendere il percorso di IVG ed è per questo che è necessario sensibilizzare ed includere anche loro nei corsi di formazione ed aggiornamento.

Proposte per la collettività

Progetti del Ministero della Salute e dell'Istruzione, finanziati e promossi a livello nazionale, da svolgere nei territori di tutta la penisola, al fine di raggiungere non soltanto bambini/e e ragazzi/e, ma anche adulti, giovani e meno giovani:

- Eventi pubblici (congressi, seminari, forum di libri e film ecc.), tenuti da medici non-obiettori, sessuologi, psicologi e terapeuti, che concentrino il proprio focus sulle tematiche proposte nei programmi scolastici: affettività, autodeterminazione, cultura del consenso, educazione sessuale e salute riproduttiva maschile e femminile, nonché le strutture ed i servizi disponibili sul territorio.
- Specifici corsi di aggiornamento e formazione per tutto il personale sanitario, ormai fuori dal contesto universitario e già inserito nelle pubbliche strutture, non soltanto sulle

¹⁵ ["Cosa sono le A.D.E. universitarie"](#), Uniperte

moderne tecniche di cura ed approccio alle malattie sessualmente trasmissibili ed alla contraccezione, ma anche sulle metodologie abortive.

- Flash mob ed appuntamenti tenuti dalle associazioni di settore, coadiuvate da Comuni e Regioni, per potenziare ulteriormente la sensibilizzazione ai temi sopra elencati (si pensi anche alla Giornata Mondiale dell'igiene mestruale¹⁶, Movember¹⁷ ecc.)
- Istituzione di una App istituzionale nazionale, accessibile gratuitamente in tutte le regioni italiane che includa le seguenti funzionalità:
 - Informazioni su servizi e supporto (consultori, sportelli di ascolto, ospedali che prevedono il servizio dell'IVG, organizzazioni etc) situati nelle immediate vicinanze dell'utente.
 - Spiegazioni e tab informative su tematiche riguardanti i servizi per le donne, tra cui contraccettivi, iter per accedere all'aborto, come soccorso e assistenza per casi di violenza di genere, sessualità ed affettività, e salute mentale.
 - Una chat h24 che consenta all'utente di contattare specialisti in ogni momento per accedere digitalmente a specifici servizi o supporto in caso di emergenza.
 - La possibilità di interagire con la mappa attraverso un forum community, affinché siano le donne stesse ad aiutare le altre utenti e lo Stato ad individuare le zone coperte e scoperte dai servizi o, addirittura, pericolose per l'incolumità di tutti/e.
 - La possibilità di poter "Personalizzare" l'applicazione, editando logo e AppName, in modo da poterla avere sul telefono in sicurezza, nascosta da chiunque non sia l'utente beneficiante (questo, in particolare, per le donne vittime di violenza domestica o giovani donne che vogliono abortire)

¹⁶ Giornata dell'Igiene Mestruale: la cura della salute e dell'igiene mestruale è ancora inaccessibile per molte ragazze e donne | UNICEF Italia

¹⁷ Movember - Home

Superamento della legge 194

Si espongono di seguito dei punti chiave sui quali è necessario concentrarsi per garantire in modo adeguato l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza nel nostro paese e per combattere lo stigma verso questa pratica medica.

- **Linguaggio della legge:** nella riscrittura della legge sull'IVG si deve tener conto dell'importanza del linguaggio nel costruire la narrazione intorno all'aborto. Nel testo attuale si legge ad esempio che può accedere all'IVG:
 - *“la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito.”*La pratica viene quindi vista soltanto dal punto di vista medico, ed è consentita solo in caso di seri pericoli per la salute (fisica o psichica), pertanto il personale sanitario ha la possibilità di limitare fortemente l'accesso all'IVG poiché deve interpretare il significato di “serio pericolo” e anche quello di “salute fisica e psichica” per concedere il certificato. Per questo, pur ritenendo fondamentale l'aspetto sanitario di tale pratica, si ritiene altrettanto fondamentale mettere in evidenza il concetto di autodeterminazione e libertà di scelta sul proprio corpo, modificando in questo modo la legge in senso progressista. L'attenzione andrebbe posta anche sul termine “donna”, con cui nella legge si identificano le persone che ricorrono all'IVG, cercando di modificarlo in modo da tenere in considerazione tutte quelle persone che non si riconoscono in questo genere e/o che hanno affrontato o stanno affrontando un percorso di transizione di genere. Oltretutto nelle parole, anche nel significato è opportuno rivedere la legge per renderla più inclusiva e progressista, anche al fine di diminuire lo stigma verso l'IVG.
- **7 giorni di ripensamento:** come detto la legge 194 prevede una settimana di riflessione dalla richiesta del certificato al conseguimento dello stesso. Il personale medico può far evitare questa attesa indicando che vi è un'urgenza, anche in questo caso la possibilità di accedere più rapidamente all'IVG dipende quindi in gran parte dal personale sanitario. Dal punto di vista della salute fisica e psicologica è auspicabile che l'IVG venga praticata il prima possibile, inoltre l'accesso all'IVG è consentito entro un tempo limite di 12 settimane di gravidanza perciò obbligare ad attendere una settimana è un ulteriore ostacolo che espone a maggiori rischi e aumenta lo stigma verso l'IVG. Lo Stato deve riconoscere le persone che accedono all'IVG come mature e capaci di prendere decisioni per se stesse e per il proprio corpo: per questo proponiamo l'eliminazione della settimana di riflessione, seguendo il recente esempio della legge spagnola.¹⁸

¹⁸<https://www.ilfattoquotidiano.it/2022/09/03/dallaborto-senza-ostacoli-al-congedo-mestruale-in-spagna-il-governo-approva-la-nuova-legge-sulla-salute-sessuale-cosa-prevede/6787965/#:~:text=In%20Spagna%2C%20invece%2C%20con%20questa,Popolare%E2%80%9D%2C%20spiega%20la%20ministra.>

Obiezione di coscienza

Quando, in Italia, si parla di legge 194 e, più ampiamente, dei problemi ad essa collegati, è impossibile non affrontare la questione dell'obiezione di coscienza. Il dibattito pubblico si è concentrato - spesso in reazione ad una propaganda politica violenta e discriminatoria da parte delle destre più estreme e delle associazioni pro-life - sull'urgenza di dover combattere un sistema sanitario che non ha mai applicato pienamente la legge, favorendo ed incentivando la normalizzazione sistemica della violazione del diritto di autodeterminazione delle persone che intendono interrompere una gravidanza.

Con il tempo questo ha aperto a nuovi orizzonti di discussione, sia sull'ambito politico che giuridico, in merito all'utilizzo dell'obiezione di coscienza nei confronti dell'aborto, fino a contestare la legittimità della sua stessa esistenza.

Come Volt riteniamo sia innegabile che le criticità esistenti in termini di interruzione volontaria di gravidanza siano il risultato di una lunga serie di scelte politiche, pertanto crediamo sia imprescindibile avanzare delle proposte che promuovano un'inversione di rotta nell'utilizzo dell'obiezione di coscienza, affinché questa non possa più essere di ostacolo alla piena applicazione dei doveri del Sistema Sanitario Nazionale, nonché al diritto di ogni persona di accedere ad un servizio che sia sicuro e tuteli la piena libertà di scelta che ogni individuo possiede in relazione al proprio corpo.

Poiché nel percorso- fatto di ricerca, approfondimenti e discussioni – che ci ha portato alla stesura di questo documento non si è giunte ad un'unica possibile strada percorribile per risolvere le criticità, ma strade ugualmente praticabili dipendentemente dalle scelte che intendiamo intraprendere come partito, è stato deciso che verranno proposte due opzioni, che si fondano su due principi che riteniamo entrambi potenzialmente fondanti per Volt, ma che risultano in contrasto in questo contesto:

- *il principio del bilanciamento dei diritti in conflitto*
- *e quello dell'inaccettabilità di un diritto espressione di una visione discriminatoria nei confronti delle donne e del loro diritto all'autodeterminazione, in aperto conflitto con il principio della laicità dello stato.*

Poiché non si tratta di una scelta tecnica, ma puramente politica, sarà l'Assemblea di Volt Italia a dare la sua preferenza, con voto separato rispetto a quello dell'approvazione del resto del documento. I tesserati aventi diritto di voto sono quindi chiamati a esprimere la loro opinione relativamente la direzione politica verso la quale si ritiene Volt Italia dovrebbe tendere attraverso la selezione di una delle due opzioni di seguito esposte:

- 1. Opzione A - combattere l'abuso dell'obiezione di coscienza***
- 2. Opzione B - abolizione dell'obiezione di coscienza***

Nella tabella seguente si evidenziano affiancate le (i) azioni, i (ii) relativi rischi e la (iii) visione a lungo termine delle due opzioni. A seguito della votazione il documento finale includerà' solamente UNA delle due opzioni votate.

	Opzione A - combattere l'abuso dell'obiezione di coscienza	Opzione B - abolizione dell'obiezione di coscienza
--	---	---

<p>Azioni principali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Combattere l'obiezione di struttura, creando un sistema che incentivi economicamente le strutture virtuose, oltre all'inserimento di più opzioni di scelta per chi desidera abortire, affinché il servizio sia garantito e la mansione sia economicamente più remunerativa per il personale medico. - Creare concorsi ad hoc per personale medico specificatamente assunto per svolgere le mansioni previste dalla 194 - Rendere obbligatoria la specifica delle mansioni richieste nella descrizione della posizione nei bandi di concorso. - Modificare i criteri di comunicazione dell'obiezione, rendendola più consapevole, meno flessibile e meno conveniente, in quanto affiancata all'impossibilità di accedere ai concorsi che richiedano la mansione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificare la legge 194 (in particolare articolo 9) non concedendo la possibilità di obiettare all'IVG per il personale medico e ausiliario in strutture pubbliche, prevedere comunque questa possibilità per chi già in servizio e obiettore e per chi sta iniziando i propri studi. - Prevedere una serie di proposte per il periodo di transizione, affinché il servizio sia comunque garantito, fra cui: <ul style="list-style-type: none"> -Combattere l'obiezione di struttura -Creare concorsi ad hoc -Rendere obbligatoria la specifica delle mansioni
<p>Rischi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta più difficile da comunicare politicamente, con il rischio che risulti meno d'impatto. - La possibilità di obiettare del singolo, garantita dalla legge 194, crea una situazione per la quale tutto il personale medico/sanitario e ausiliario è obiettore. Seppure questo dovrebbe essere scongiurato secondo la legge dalla mobilità del personale (anche tra diverse regioni), ciò diventa impossibile quanto il fenomeno 	<ul style="list-style-type: none"> - Con questa proposta Volt sacrifica la libertà di coscienza del personale medico, ponendo il diritto all'autodeterminazione sopra al diritto all'obiezione di coscienza (che è un diritto che si rifà alla libertà di coscienza, di credo e di espressione) - L'abolizione della possibilità di obiettare dall'articolo 9 della 194 potrebbe non impattare realmente sul diritto di obiettare, poiché l'obiezione di coscienza è comunque riconosciuta al medico dall'art. 22 del Codice di Deontologia Medica, per cui un medico può rifiutare un paziente solo nei casi in cui il trattamento vada contro i suoi convincimenti morali o tecnico-scientifici. - Affermare che i medici non possano avere libertà di coscienza implica applicare un pericoloso precedente, riducendo il medico a mero esecutore per conto dello

	<p>dell'obiezione è diffuso in modo così capillare. Sussiste quindi il rischio concreto che l'IVG non venga garantita a chi ne ha necessità.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'obiezione di coscienza concessa dalla legge 194 mette davanti al diritto alla salute e all'autodeterminazione delle persone l'ideologia e l'etica personale del medico. E' facile vedere altri scenari simili che possono portare alla mancanza di assistenza sanitaria per determinati problemi; infatti molte questioni di attualità si giocano sul piano etico/sanitario/ideologico. 	<p>Stato. Un qualunque Stato, anche quello più conservatore. L'obiezione di coscienza, infatti, è uno strumento concepito proprio per evitare le derive autoritarie e liberticide. Come Stato, ci poniamo nelle condizioni di decretare che un ginecologo, a differenza di altri medici oltretutto, sia obbligato a rinunciare alla propria coscienza di fronte ai doveri richiesti dallo Stato. È necessario notare che questo punto ha la potenzialità di toccare altri contesti sanitari. Si pensi all'eventualità in cui un'amministrazione regionale dia direttiva imprescindibile ai medici di non prescrivere determinati farmaci e/o terapie - anche salvavita - poiché troppo costosi (eventualità già in corso in regioni come, ad esempio, l'Umbria, ndr), e non ci fosse la possibilità da parte dei medici di avere una coscienza per potersi opporre ad una tale direttiva ed applicare il principio secondo cui un medico deve garantire ad un paziente le cure più efficaci ed adeguate alla sua situazione specifica.</p>
<p>Visione a lungo termine</p>	<p>L'obiezione di coscienza sarà sconveniente per il personale medico, al punto che la sua presenza sarà gradualmente ridotta e il servizio e l'accesso sempre garantito. L'applicazione delle altre proposte in ambito sociale e formativo avranno sensibilizzato il personale in ingresso, e l'obiezione sarà sempre meno accettata culturalmente. Nel lungo termine si arriverà ad una percentuale minima di medici obiettori.</p>	<p>Data l'impossibilità di obiettare per il nuovo personale medico assunto, una volta raggiunto il completo rinnovo del personale, l'obiezione di coscienza raggiungerà lo 0%. Le altre proposte in ambito sociale e formativo avranno coadiuvato nel processo di normalizzazione dell'illegittimità dell'obiezione di coscienza. Ciò sarà utile per ribadire la laicità dello Stato e spingere anche per l'assenza di possibilità di obiezione anche in altre leggi come per esempio l'eutanasia legale.</p>

Opzione A: combattere l'abuso dell'obiezione di coscienza

In Italia la percentuale di obiettori nelle strutture sanitarie è nettamente più alta rispetto a quelle della popolazione¹⁹, sintomo di un sistema che non è necessariamente specchio della realtà, quanto di deliberate scelte politiche da parte di chi gestisce le strutture.

L'utilizzo dell'obiezione di coscienza, infatti, si è diffuso e normalizzato come strumento facilmente accessibile e utilizzabile dal personale medico a prescindere dalle proprie convinzioni etiche e morali, andando in aperto contrasto anche con la Legge 194/78. A monte della scelta di obiettare contro l'interruzione volontaria di gravidanza ci sono infatti spesso pressioni da parte delle strutture sanitarie²⁰, ai cui vertici non raramente si trovano primari obiettori, risultato di scelte delle strutture, che si riflettono anche sulle loro politiche di assunzione. Il personale medico non obiettore in Italia può facilmente incorrere in disagi legati allo svolgimento della sua professione – costretto spesso a condizioni lavorative non adeguate a standard di qualità minimi²¹ - in problemi giudiziari e annullamento delle prospettive di carriera.

La conseguenza è un impoverimento preoccupante della qualità del servizio, fino a risultare in una sua completa assenza nelle strutture ove non vi sia sufficiente personale medico che pratichi aborti, nonché ad un'inaccettabile violazione dei diritti delle persone che intendono interrompere una gravidanza, spesso costrette a spostarsi in altre regioni e correre contro il tempo a causa dei lunghi tempi di attesa.

In questo senso, Volt si pone in aperto contrasto con ogni forma di abuso dell'obiezione di coscienza, in quanto ritiene inammissibile che il diritto di obiettare possa impattare sulla qualità di un servizio pubblico, andando direttamente a limitare il diritto di ogni persona di accedere ad un aborto sicuro e senza subire discriminazioni.

Per fare questo occorre andare ad agire direttamente sulle fonti del problema, pretendendo una corretta applicazione dell'ART.9 Legge 194, andando a disincentivare l'obiezione di coscienza, rendendola di fatto più sconsigliata per le strutture sanitarie, fino a ridurre gradualmente la presenza, grazie anche al rafforzamento di una formazione più laica del personale medico e di un lavoro culturale che porti all'inaccettabilità dell'obiezione di coscienza nei confronti dell'IVG.

Nello specifico Volt propone:

- **Combattere l'obiezione di struttura** - In Italia sono presenti 31 strutture (24 ospedali e 7 consultori) con il 100% di obiettori, quasi 50 quelli con una percentuale superiore al 90%.²² Si tratta delle situazioni più critiche e sicuramente quelle che hanno maggiore urgenza di essere risolte. La legge 194 già proibisce l'obiezione di struttura, obbligando le strutture a dover sempre garantire il servizio, anche con spostamento di personale dove necessario. Tuttavia il sistema attuale di scarso monitoraggio non permette che le

¹⁹ ["Diritto all'aborto in Italia: la maggioranza dei cittadini supporta l'interruzione volontaria di gravidanza"](#)
Ipsos, 30 agosto 2022

²⁰ ["Sai qual è la percentuale di obiettori e obiettrici nella tua regione?"](#) - Laiga

²¹ ["Aborto, Consiglio d'Europa: "In Italia troppe difficoltà per le donne. Medici non obiettori discriminati"](#) - Il Fatto Quotidiano, 11 aprile 2016

²² ["Aggiornamento dell'indagine "Mai Dati"](#), condotta da Chiara Lalli e Sonia Montegiove, presentata alla Camera dei Deputati dall'Associazione Luca Coscioni il 17 maggio 2022.

situazioni di ogni singola struttura vengano alla luce, causando non solo un servizio garantito a macchia di leopardo in Italia, ma anche una situazione di impunità. Per combattere l'obiezione di struttura, chiediamo nello specifico:

- Che i dati forniti dal Ministero della Salute tramite la relazione sull'attuazione della legge 194/78 siano puntuali e disaggregati. Attualmente infatti i dati forniti dal Ministero non vengono pubblicati annualmente come dovrebbero, e inoltre i dati sono riportati in modo aggregato, il che significa che sono dati nazionali e regionali, ma non specifici per ogni struttura. I dati sull'obiezione e sul servizio devono essere forniti per ogni struttura, di modo che i dati su quali strutture virtuose o inadempienti siano accessibili a chiunque.
- Che l'interruzione volontaria di gravidanza sia inserita come indicatore nel calcolo dei LEA, affinché le strutture virtuose possano ricevere più finanziamenti.
- Ricorso da IVG in intramoenia²³. Il cittadino per necessità o per scelta può effettuare la prestazione in regime di intramoenia. Il medico paga la tariffa all'Azienda sanitaria, il medico può guadagnare in attività di libero professionista e il cittadino ha più possibilità di scelta. Questa opzione deve essere un'integrazione del servizio pubblico, non una sostituzione. Risulta essere anche un incentivo a tutti gli obiettori che lo sono non per etica ma per altre cause, misura volta a tutelare il diritto.
- **Creazione di concorsi ad hoc per personale medico che pratici aborti.** La Legge 194 prevede spostamento di personale da altre Regioni nel caso in cui in una struttura ne sia sprovvista, ma l'alto tasso di obiezione in Italia, unito alle più ampie problematiche del Sistema Sanitario Nazionale, il quale generalmente vede una carenza di personale medico, potrebbe non riuscire a compensare alle mancanze anche dove ve ne fosse la volontà. Per questo proponiamo:
 - che le regioni aprano bandi di concorso che abbiano fra i requisiti la pratica di interruzione volontaria di gravidanza, di modo che risulti come un concorso appositamente creato per andare a coprire uno specifico servizio, laddove sia carente, con clausola di risoluzione del contratto in caso di inadempimento da parte del medico.
 - nel caso dei primari, che i concorsi prevedano un'esperienza nella pratica dell'interruzione volontaria di gravidanza, affinché sia più facile l'assunzione di personale non obiettore che possa effettivamente avere la volontà di garantire il servizio e provvedere affinché la struttura risulti adempiente.
- **Obbligatorietà di specifica delle mansioni previste dalla posizione descritta nel bando di concorso per il personale medico ginecologico** con particolare riferimento alla pratica dell'IVG.
- **Modifica dei criteri di comunicazione dell'obiezione.** Attualmente la comunicazione dell'obiezione di coscienza risulta estremamente flessibile. Nel caso di obiezione, essa decade nel momento in cui si pratica un' IVG, ma è possibile comunicare nuovamente l'obiezione entro un mese dall'espletamento della suddetta pratica. La legge 194 permette inoltre di dichiararsi obiettori/obiettrici entro un mese dalla presa di servizio,

²³ ["Intramoenia: la nuova disciplina"](#) Ministero della Salute

rendendo di fatto impossibile stabilire a priori se una persona assunta assolverà ai doveri. Pertanto Volt propone:

- Che sia comunicato a priori il proprio status di obiettore, come avviene per l'obiezione di coscienza in ambito militare. L'obiezione è revocabile. La comunicazione, o la sua revoca, devono essere rivolta alla Regione, e i dati devono essere pubblici e facilmente accessibili.
- Se non si è comunicata l'obiezione a priori, si può comunque comunicare successivamente, ma solo decorsi i 5 anni dall'assunzione. In questo caso le richieste, che non possono essere rivolte solo al direttore sanitario come previsto dalla Legge 194, ma comunicate alla Regione, dovranno seguire un iter volto a scoraggiare l'abuso dell'obiezione. Nello specifico quindi, un medico che richiede l'obiezione di coscienza decorsi i 5 anni dall'assunzione può farlo solo tramite le seguenti modalità:
 - Colloquio di valutazione, che abbia lo scopo di determinare le reali motivazioni per cui si intende comunicare l'obiezione, e volto inoltre a consapevolizzare il personale medico sul fatto che l'obiezione comporti l'impossibilità di eseguire alcune mansioni, motivo per quale ad esso può seguire spostamento in altra struttura e impossibilità di accedere a concorsi che prevedano come mansione la pratica di IVG.
 - L'obiezione non può essere indeterminata se la si richiede in seguito all'assunzione. È possibile richiedere in fase iniziale solo un periodo di sospensione, della durata di 6 mesi. Il periodo di sospensione può essere richiesto sempre, ma solo per un massimo di 3 volte durante la propria carriera, e decorsi i 5 anni dalla comunicazione della precedente sospensione.
 - Alla fine del periodo di sospensione, e in seguito a nuovo colloquio di valutazione, è possibile comunicare definitivamente il proprio status di obiettore. In questo caso il medico sarà consapevole della possibilità che sia spostato e che comporterà l'impossibilità di accedere a concorsi che prevedano come mansione la pratica di IVG e concorsi che prevedano accesso alle strutture principalmente adibite alla pratica di IVG, come i consultori.

Opzione B: abolizione dell'obiezione di coscienza

Volt ritiene che l'obiezione di coscienza all'interruzione volontaria di gravidanza garantita dalla legge 194 vada abolita, riportiamo alcune delle motivazioni dietro questa posizione:

- Non consideriamo l'obiezione di coscienza un diritto di fronte a pratiche obbligatorie. Intraprendendo la carriera di ginecologia non si assolve un obbligo, ma si compie una precisa scelta, nella quale è chiaro a priori che le persone che si andrà ad assistere avranno bisogno anche di interruzioni di gravidanza volontarie e/o terapeutiche. Vi sono molte altre situazioni in cui non è ammessa l'obiezione di coscienza, un esempio che riguarda direttamente il tema sanità è quello della legge 219/17 (norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento) che recita "il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo".
- Per altre tipologie di obiezione di coscienza (leva militare ad esempio) chi decide di obiettare va incontro a meccanismi compensatori che garantiscono che la persona restituisca in altro modo ciò che non fa, questo non è in alcun modo previsto dall'obiezione di coscienza per l'IVG.
- Consentire che il credo religioso e/o i principi etici personali entrino in modo così forte nella vita dei cittadini e delle cittadine quando si rivolgono a personale medico nelle strutture sanitarie pubbliche è in contrasto con la nostra visione di laicità dello Stato. Riteniamo che di fronte a questo tipo di scelte personali l'ultima parola spetta alla persona interessata, che deve avere il diritto di scegliere in base ai propri valori. Crediamo che oggi sia più che mai necessario stabilire con forza questo principio, sia in prospettiva di una legge sull'eutanasia in Italia, sia perchè ci troviamo in un periodo storico nel quale lo scontro su questi temi è sempre più forte e si sta verificando un ritorno a normative d'ispirazione religiosa che limitano le libertà dell'individuo. A farne le spese, in Polonia come negli Stati Uniti, sono le singole persone, costrette a fuggire negli stati vicini più progressisti per avere riconosciuta la propria libertà di scelta e il proprio diritto alla salute.
- Se si permette l'obiezione di coscienza si corre il rischio di avere 100% di personale obiettore: seppure la legge vieti l'obiezione di un'intera struttura, ad oggi si ha il concreto rischio di avere un numero così elevato di personale obiettore da non essere più sostenibile nemmeno con la mobilità del personale (come suggerirebbe la legge); nei fatti quindi garantire la possibilità di obiettare significa poter avere anche il 100% di obiettori.

Crediamo quindi che l'obiezione di coscienza per l'IVG sia uno strumento che si presta facilmente ad essere abusato e che una volta consentito può portare, come sta accadendo, ad una presenza insostenibile di personale obiettore. Inoltre crediamo che tale strumento sia in contrasto con il diritto all'autodeterminazione sul proprio corpo delle persone e con i principi di laicità ai quali ci ispiriamo. Non crediamo siano paragonabili il diritto del personale medico ad obiettare e il diritto di ogni persona di poter interrompere una gravidanza in modo sicuro, il primo soggetto infatti ha la possibilità di scegliere quale carriera intraprendere consapevole dei

servizi che dovrà poi garantire ai cittadini e alle cittadine, nel secondo caso invece parliamo di una persona in difficoltà, che necessita di un trattamento sanitario nel più breve tempo possibile.

Per queste ragioni Volt propone di:

- Modificare la legge 194 (in particolare articolo 9) non concedendo la possibilità di obiettare all'IVG per il personale medico e ausiliario in strutture pubbliche. Prevedere comunque questa possibilità per chi già in servizio e obiettore e per chi sta iniziando i propri studi nell'ambito medico al momento della modifica della legge, eliminando questa opzione per le nuove iscritte e i nuovi iscritti.
- Nel periodo di transizione in cui si avrà ancora la presenza di personale obiettore continuare a portare avanti iniziative volte al superamento dell'abuso dell'obiezione di coscienza.

Alcuni interventi possono essere:

- Combattere l'obiezione di struttura: In Italia sono presenti 31 strutture (24 ospedali e 7 consultori) con il 100% di obiettori, quasi 50 quelli con una percentuale superiore al 90%.²⁴ Si tratta delle situazioni più critiche e sicuramente quelle che hanno maggiore urgenza di essere risolte. La legge 194 già proibisce l'obiezione di struttura, obbligando le strutture a dover sempre garantire il servizio, anche con spostamento di personale dove necessario. Tuttavia il sistema attuale di scarso monitoraggio non permette che le situazioni di ogni singola struttura vengano alla luce, causando non solo un servizio garantito a macchia di leopardo in Italia, ma anche una situazione di impunità. Per combattere l'obiezione di struttura, chiediamo nello specifico:
 - Che i dati forniti dal Ministero della Salute tramite la relazione sull'attuazione della legge 194/78 siano puntuali e disaggregati. Attualmente infatti i dati forniti dal Ministero non vengono pubblicati annualmente come dovrebbero, e inoltre i dati sono riportati in modo aggregato, il che significa che sono dati nazionali e regionali, ma non specifici per ogni struttura. Chiediamo che i dati sull'obiezione e sul servizio siano forniti per ogni struttura, di modo che i dati su quali strutture virtuose o inadempienti siano accessibili a chiunque, come dovrebbero.
 - Che l'interruzione volontaria di gravidanza sia inserita come indicatore nel calcolo dei LEA, affinché le strutture virtuose possano ricevere più finanziamenti.
 - Ricorso da IVG in intramoenia²⁵. Il cittadino per necessità o per scelta può effettuare la prestazione in regime di intramoenia. Il medico paga la tariffa all'Azienda sanitaria, il medico può guadagnare in attività di libero professionista e il cittadino ha più possibilità di scelta. Questa opzione deve essere un'integrazione del servizio pubblico, non una sostituzione, Risulta essere anche un incentivo a tutti gli obiettori che lo sono non per etica ma per altre cause, misura volta a tutelare il diritto.
- Creazione di concorsi ad hoc per personale medico che pratichi aborti. La Legge 194 prevede spostamento di personale da altre Regioni nel caso in cui in una struttura ne sia

²⁴ [Aggiornamento dell'indagine "Mai Dati"](#), condotta da Chiara Lalli e Sonia MOntegiovè, presentata alla Camera dei Deputati dall'Associazione Luca Coscioni il 17 maggio 2022.

²⁵ ["Intramoenia: la nuova disciplina"](#) Ministero della Salute

sprovvista, ma l'alto tasso di obiezione in Italia, unito alle più ampie problematiche del Sistema Sanitario Nazionale, il quale generalmente vede una carenza di personale medico, potrebbe non riuscire a compensare alle mancanze anche dove ve ne fosse la volontà. Per questo proponiamo:

- che le regioni aprano bandi di concorso che abbiano fra i requisiti la pratica di interruzione volontaria di gravidanza, di modo che risulti come un concorso appositamente creato per andare a coprire uno specifico servizio, laddove sia carente, con clausola di risoluzione del contratto in caso di inadempimento da parte del medico.
- nel caso dei primari, che i concorsi prevedono un'esperienza nella pratica dell'interruzione volontaria di gravidanza, affinché sia più facile l'assunzione di personale non obietto che possa effettivamente avere la volontà di garantire il servizio e provvedere affinché la struttura risulti adempiente.
- Obbligatorietà di specifica delle mansioni previste dalla posizione descritta nel bando di concorso per il personale medico ginecologico con particolare riferimento alla pratica dell'IVG.
- Modifica dei criteri di comunicazione dell'obiezione. Attualmente la comunicazione dell'obiezione di coscienza risulta estremamente flessibile. Nel caso di obiezione, essa decade nel momento in cui si pratica un' IVG, ma è possibile comunicare nuovamente l'obiezione entro un mese dall'espletamento della suddetta pratica. La legge 194 permette inoltre di dichiararsi obiettori/obiettrici entro un mese dalla presa di servizio, rendendo di fatto impossibile stabilire a priori se una persona assunta assolverà ai doveri. In questo caso, avendo abolito la possibilità di obiettare, sarà possibile soltanto passare dallo status di obietto a quello di non obietto.

Colmare il gap su informazione e accesso ai dati

Come esposto in altre parti del documento, una delle problematiche e barriere presenti nella discussione sull'interruzione volontaria di gravidanza in Italia è la mancanza di set di dati completi. Nell'insieme dei "dati" si intende anche la mancanza delle informazioni e linee guida sulle piattaforme web sia nazionali che regionali. In questa sezione di proposte vogliamo avanzare delle azioni che possano agire come parte della soluzione al problema della mancanza di informazione e disponibilità di dati.

Sul sito dell'ISTAT vi sono numerosi riferimenti a studi e metodologie di raccolte dati ma non sono disponibili ad oggi dati disaggregati relativi all'interruzione volontaria di gravidanza. I dati disponibili e pubblici appartengono alla relazione annuale consegnata al Parlamento contenente i dati definitivi 2020 sull'attuazione della legge 194/78 contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Ad oggi questi dati sono però di alto livello, aggregati a livello nazionale con limitati riferimenti regionali e nessun dato a livello locale. Per quanto riguarda le tempistiche, i dati del 2020 pubblicati nel 2022 risultano troppo differiti che possano essere significative per eventuali decisioni politiche e amministrative.

Si evidenzia quindi una mancanza di dati ad accesso del pubblico. Volt Italia avanza quindi proposte in questo ambito che riguardano i seguenti pilastri:

- Aggiornamento del sito del Ministero della Salute;
- Aggiornamento dei servizi di assistenza medica

Aggiornamento Sito Ministero della Salute

Il sito nazionale del Ministero della Salute²⁶ ad oggi fornisce informazioni di alto livello relative ai processi di interruzione di gravidanza. In questo ambito proponiamo di:

- Istituire linee guida per l'iter IVG: (esempio NHS, UK²⁷)
 - Dividere le condizioni mediche dalla A alla Z
 - Nella sezione ABORTO presentare:
 - Panoramica sull'aborto: come abortire; quando si può fare un aborto; decidere di abortire;
 - Cosa succede prima, durante e dopo un aborto: metodi per abortire (aborto chirurgico; aborto farmacologico); quando ottenere assistenza medica; come comprare le pillole abortive online;
 - Rischi: possibili complicanze (sia nell'aborto chirurgico che in quello farmacologico); effetti sulla fertilità, salute e gravidanze future.
- Fornire l'accesso gratuito ad una Banca dati nazionale pubblica e aggiornata annualmente, di responsabilità del Ministero con dati disaggregati. Tale banca dati deve permettere l'accesso a tutte le informazioni sul tema, in particolare:

²⁶ Interruzione volontaria di gravidanza (salute.gov.it)

²⁷ <https://www.nhs.uk>

Bozza conclusa il 18/01/2023 e sottoposta a commenti

- Modulo di notifica: ad esempio, utilizzato in UK unicamente dal medico che dichiara di assumersi la responsabilità dell'IVG. Questo viene compilato (ordinando copie stampate, oppure direttamente online) ogniqualvolta venga praticato l'aborto, ed in seguito consegnato ad appositi enti Sanitari Regionali e Nazionali, affinché questi dati possano essere utilizzati ai fini di ricerca;
- Documento contenente le modalità di approvazione e gli elenchi di tutte le Cliniche ed Ospedali approvati per effettuare aborti: riportare le regole da rispettare e le sanzioni che, eventualmente, seguiranno ad una mancata esecuzione delle stesse; richiedere l'esposizione del certificato di approvazione all'interno della clinica/ospedale, in modo da aiutare pazienti e medici a comprendere meglio il sistema di licenze;
- Statistiche Nazionali sull'aborto per anno a fini di ricerca: queste devono presentare dati circa il tasso di aborti; modalità utilizzate (in prevalenza chirurgico o farmacologico); eventuali complicanze.
- Statistiche annuali sul tasso di obiezione del personale medico, su base Regionale e Strutturale, tale da garantire il servizio, in rispetto della legge 194/78.
- Mappatura dei Cimiteri dei Feti e consensualità, da parte del genitore, circa la sepoltura del prodotto abortivo in essi:
 - La prima di queste aree cimiteriali, chiamate "Giardini degli angeli", è stata inaugurata nel 2000 a Novara, sede dell'associazione che spesso si occupa dell'inumazione dei feti: "Difendere la vita con Maria". Questa (come altre) agisce nel rispetto della legge, ed in particolare del Regolamento di polizia mortuaria del 1990, che all'articolo 7 dispone diverse procedure a seconda che si tratti di un "nato morto", "feto" o "prodotto abortivo". Con "nato morto" ci si riferisce ai feti che hanno compiuto le 28 settimane di età intrauterina e che sono stati dichiarati tali all'ufficiale di stato civile. In questo caso la sepoltura avviene sempre, come per una persona. Se il feto ha un'età compresa tra le 20 e le 28 settimane di gestazione e non è stato dichiarato "nato morto" all'ufficiale di stato civile, "i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale", cioè è l'ASL a occuparsi della sepoltura e non serve che i genitori ne facciano richiesta, a meno che non vogliano organizzare loro una cerimonia. Se i feti hanno un'età presunta inferiore alle 20 settimane, la sepoltura è facoltativa e la richiesta deve essere compilata dai parenti entro 24 ore dall'espulsione del feto. In caso non venga fatta alcuna richiesta, i prodotti del concepimento vengono smaltiti direttamente dalla struttura ospedaliera tramite termodistruzione. In Italia, succede in determinati casi che associazioni religiose stipulino una convenzione con la struttura ospedaliera e con l'ATS e intervengano per seppellire i feti sotto le 20 settimane di gestazione, qualora i parenti non facciano richiesta. Molto spesso le donne che interrompono una gravidanza, spontaneamente, volontariamente o per ragioni terapeutiche, non vengono adeguatamente informate del destino del prodotto del concepimento. Queste aree sono costruite all'interno dei cimiteri comunali, di cui, però,

non si conosce il numero esatto, e violano la privacy della donna, in quanto viene apposto, senza richiesta, il suo nome sulla lapide²⁸.

Pertanto Volt Italia propone:

- La mappatura Nazionale dei Cimiteri dei feti accessibile a tutti, attraverso pubblicazione dei dati sul sito del Ministero;
- Impossibilità nella stipulazione di un contratto con Associazioni Religiose da parte di ASL, al fine di smaltire i prodotti abortivi (definiti per legge come 'rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo') come di regolamento, a meno che i genitori non ne facciano richiesta;
- Presentare al genitore, che si reca in ospedale ad effettuare una IVG, un consenso informato cartaceo da compilare, ove si chiede la volontà dello stesso di smaltire, attraverso procedure standard, il prodotto abortivo, oppure di riservare a quest'ultimo delle procedure differenti (come sepoltura, ecc);
- Divieto di diffusione di dati personali da parte di Enti Sanitari, quali l'ASL, al fine di impedire la violazione della privacy del paziente.

Aggiornamento dei Servizi di Assistenza Medica

- **Istituzione di un numero verde reperibile h24:**
In casi di aborto farmacologico, le strutture che praticano aborti devono munirsi di una linea telefonica assistenziale, reperibile 24 ore su 24, alla quale le donne possano fare riferimento nelle ore successive alla somministrazione del farmaco. In questo modo potrà essere notificata qualsiasi anomalia, a personale qualificato, in grado di indirizzare e tranquillizzare la donna²⁹. Tale sportello deve essere collegato al numero verde nazionale, la cui istituzione e' proposta nella sezione "servizi e supporto" per garantire un servizio completo e allineato che eviti processi paralleli separati.
- **Introduzione di metodiche innovative di assistenza medica atte ad incentivare l'aborto farmacologico: Telemedicina** - Durante gli anni di Pandemia da COVID-19, l'accesso all'aborto è stato maggiormente ostacolato dalla saturazione degli ospedali, da parte dei malati di COVID-19, e dall'introduzione di linee guida atte a promuovere il distanziamento sociale, al fine di limitare la diffusione del virus ed il contagio. L'American College of Obstetricians and Gynecologists e altre sette organizzazioni mediche hanno dichiarato che l'aborto è un servizio sanitario essenziale, che va esperito in tempi congrui e che la mancanza di accesso può avere un profondo impatto sulla vita, sulla salute e sul benessere di una persona³⁰. Pertanto, al fine di ottimizzare l'accesso al servizio, si propone l'utilizzo della Teleassistenza, la quale mira alla somministrazione 'at home' di entrambe, o una delle due, pillole abortive, usufruendo di strumenti di comunicazione digitale, come computer e dispositivi mobili. Il medico, pertanto, si avvarrà di questi per guidare la donna nella somministrazione dei farmaci, e si occuperà di assisterla nelle ore seguenti, qualora ella riscontrasse complicanze o effetti collaterali. Questo sistema

²⁸ I cimiteri dei feti umiliano le donne. Li ho mappati e non sono un'eccezione, ma la normalità. (thevision.com)

²⁹ Questo è, ad esempio, un servizio effettuato da molte associazioni di volontariato, come Pro Choice, che, attraverso gruppi Telegram, aiutano la donna ad avere maggiore consapevolezza del proprio dolore e del proprio espletamento, limitando paure e preoccupazioni (link)

³⁰ Joint Statement on Abortion Access During the COVID-19 Outbreak (link)

garantisce un'assistenza medica maggiormente accessibile, soprattutto in casi di limitate mobilità, tempo, opzioni di trasporto e condizioni economiche, oltre che alla creazione di una condizione maggiormente confortevole per la donna. Questo infatti riduce i tempi di attesa in ospedale, ed un sovraffollamento dello stesso, implementando quindi l'organizzazione delle strutture. Inoltre è una strategia efficace in situazioni speciali ed emergenziali, quale è stata la pandemia da COVID-19. Dal 2016, l'organizzazione Gynuity ha condotto uno studio di ricerca sull'aborto di telemedicina chiamato 'TelAbortion', che consente ai medici che partecipano allo studio di fornire cure per l'aborto farmacologico tramite videoconferenza³¹. Lo studio è attualmente in corso in 13 stati: Hawaii, Washington, Oregon, New Mexico, Colorado, Georgia, New York, Maine, Iowa, Minnesota, Illinois, Maryland e Montana. Per ricevere assistenza, il paziente deve trovarsi in uno di questi 13 stati durante la videoconferenza e deve avere un indirizzo postale in quello Stato in modo che il fornitore possa spedire i farmaci. A seguito di numerosi screening, se il paziente è idoneo per l'aborto farmacologico, il fornitore invia mifepristone e misoprostolo con le istruzioni per posta. Il follow-up viene eseguito a distanza per telefono con test locali o domestici. Questo studio ha dimostrato che l'aborto della telemedicina è sicuro ed efficace.

Per rendere maggiormente efficiente questo servizio, è opportuno inserire, sulla piattaforma della propria ASL, la possibilità di:

- Prenotare una consulenza/visita medica online su tutto il territorio nazionale;
- Prenotare una ricetta medica online (con la quale è possibile recarsi in farmacia e richiedere la pillola abortiva);
- Dare la possibilità, previa prescrizione del medico, di ricevere direttamente a casa la pillola abortiva, qualora non fosse possibile recarsi fisicamente in farmacia (o presso i consultori o gli ospedali), attraverso una prenotazione online sul suddetto sito (o quello della farmacia, qualora disponesse di tale servizio).

³¹ <https://telabortion.org/>

Servizi e supporto

L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia rientra nei cosiddetti LEA, i livelli essenziali di assistenza, cioè nei servizi e nelle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a offrire uniformemente a livello nazionale. Tuttavia, il servizio non rientra negli indicatori che il Ministero della Salute utilizza per monitorare l'erogazione dei LEA³² da parte delle Regioni, al fine di valutare l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi da esse garantiti. Il raggiungimento di un punteggio appropriato, permette alle regioni di accedere a maggiori finanziamenti.

In allineamento con le altre proposte sopra riportate, Volt Italia propone quindi:

- l'inserimento dell'IVG calcolo del punteggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), al fine di:
 - Monitorare l'erogazione dei sistemi di assistenza all'IVG. Attraverso i risultati pubblicati annualmente dal Comitato LEA, è possibile avere una mappatura più chiara e trasparente delle Regioni adempienti, e quelle inadempienti in termini di presenza del servizio, possibilità di scelta fra metodologie di IVG e tempi di attesa.
 - Incentivare l'IVG e quindi scoraggiare l'obiezione - Poiché le Regioni che rispettano tutti i criteri previsti dai LEA, ricevono un maggior finanziamento dal SSN.
- l'inserimento del Mifepristone tra i farmaci di classe A nell'elenco AIFA: i farmaci che rientrano in tale fascia sono gratuiti, in quanto a carico del SSN. Questi farmaci sono accessibili alla comunità in quanto venduti nelle farmacie, al contrario dei farmaci di classe H, tra i quali rientra attualmente la RU486. In questo modo, successivamente a visita medica, e qualora lo specialista ritenga opportuno e sicuro il ricorso all'aborto farmacologico, la donna potrà, previa ricetta medica, recarsi autonomamente in farmacia, o fare ricorso ad acquisto online, della pillola abortiva. Questa strategia incentiva l'aborto farmacologico 'at home' ed il diritto della donna di decidere autonomamente i mezzi e le modalità di erogazione del servizio, in totale sicurezza ed in conformità alle norme sanitarie, in relazione alle sue esigenze sociali ed economiche.

Potenziamento dei Consultori

I consultori sono un presidio essenziale di prevenzione, assistenza e supporto per la salute di tutte le persone ed in particolar modo per le donne. La legge 34/1996 prevede la disponibilità di un consultorio ogni 20 mila residenti, in realtà ne sono uno ogni 32.325. Sono carenti di personale a tal punto che, rispetto allo standard di riferimento, il valore medio delle ore di lavoro settimanali è inferiore di 6 ore per la figura del ginecologo, di 11 ore per l'ostetrica, di un'ora per lo psicologo e di 25 ore per l'assistente sociale³³.

Pertanto si propone:

- Potenziamento dei consultori riutilizzando immobili abbandonati, di proprietà dello Stato, al fine di raggiungere le proporzioni previste dalla legge 34/1996;

³² ["Mantenimento dell'Erogazione dei LEA" - Ministero della Salute](#)

³³ <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+1+web.pdf/649d7a13-4202-8500-fe0f-4ac181f823c8?t=1657692836837>

- Implementare il personale attraverso bandi pubblici che promuovano l'assunzione di personale non obiettore;
- Impedire ad associazioni "Pro-Vita" di accedere ai consultori, rimarcando la totale autonomia della donna di decidere sul proprio corpo.

Contracezione gratuita

Uno studio della Washington University School of Medicine di St. Louis, pubblicato su *Obstetrics & Gynecology*, ha dimostrato che i tassi di interruzione volontaria di gravidanza crollano di una percentuale che può variare dal 62% al 78% se le donne hanno accesso gratuitamente agli anticoncezionali di cui hanno bisogno e ad una adeguata educazione sul loro funzionamento e sulla loro efficacia.³⁴

Oggi in Italia tutta la contraccezione, e non solo quella ormonale, è a pagamento: non è coperta in alcun modo dal Sistema Sanitario Nazionale, nonostante la garanzia di una contraccezione gratuita e accessibile sia prevista dalla legge fin dagli anni Settanta.

La legge numero 405 del 1975, che istituisce i consultori, all'articolo 1 dice che queste strutture hanno tra i loro obiettivi anche quello di fornire i mezzi necessari ad una procreazione responsabile. Più avanti, all'articolo 4, si dice esplicitamente che «l'onere delle prescrizioni di prodotti farmaceutici va a carico dell'ente o del servizio cui compete l'assistenza sanitaria» e che «le altre prestazioni previste dal servizio istituito con la presente legge sono gratuite per tutti i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o che soggiornano, anche temporaneamente, su territorio italiano». La legge 194 del 1978, all'articolo 2 parla di consultori sulla base della legge 405 ed estende «la somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile» anche alle persone minori senza consenso dei genitori. Nonostante ciò, in Italia la gratuità della contraccezione è spesso affidata al buon senso di ospedali, consultori e regioni, con forti limitazioni. In tale servizio non sono poi coinvolti contraccettivi come preservativi, spirali e dispositivi sottocutanei, nonostante questi siano, a detta dell'OMS, i migliori contraccettivi in commercio (LARC= 'Long Acting Reversible Contraception'). L'Epf (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights) conduce dal 2017 una ricerca su 46 stati dell'Europa geografica per monitorare in ogni paese l'accesso ai mezzi di contraccezione, il livello di consulenza sulla pianificazione familiare e la quantità di informazioni disponibili online sulla contraccezione. I paesi che si collocano in cima alla classifica sono Belgio, Francia e Regno Unito. L'Italia, invece, si trova nel mezzo, poiché mancano forme di distribuzione gratuita o di rimborso dei contraccettivi, e scarsa informazione istituzionale circa il loro costo.

Un'altra ricerca dell'Epf spiega che l'età media del primo rapporto sessuale tra i giovani in Europa è di circa 17-18 anni, mentre l'età media del primo parto nell'Unione Europea è aumentata gradualmente e si è attestata intorno ai 29,4 anni nel 2019. Questo significa che c'è un periodo di tempo piuttosto lungo durante il quale la maggioranza delle persone più giovani è sessualmente attiva e non desidera avere dei figli nonostante possa considerarsi sessualmente attiva.

³⁴ https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=11216

In quanto composto da studenti o giovani professionisti, questo gruppo di popolazione ha spesso mezzi finanziari limitati.

In Italia, secondo i dati dell'AIFA, sono 2,5 milioni le donne che prendono la pillola contraccettiva. Non sono al contrario accessibili dati relativi all'utilizzo di altri mezzi contraccettivi. Questo preclude la possibilità di fare ragionamenti economici in merito ad eventuali interventi pubblici a riguardo.

Secondo il rapporto ISTAT, invece, si evidenzia come in Italia ancora non sia avvenuta una totale rivoluzione contraccettiva, intesa come "diffusione di metodi moderni ed efficaci". Il coito interrotto, ad esempio, è il terzo metodo più utilizzato per evitare una gravidanza indesiderata (18.7%)³⁵.

Si propone pertanto:

- La totale applicazione delle leggi prima esposte, al fine di rendere accessibili gratuitamente tutti i metodi contraccettivi (Reversibili e non) in sede ospedaliera, nei consultori, ed in tutte le strutture sanitarie pubbliche, a tutta la società;
- Lo spostamento dei suddetti metodi contraccettivi dalla lista AIFA dei farmaci di classe H a classe A, al fine di renderli tutti unicamente di competenza dello Stato, dal punto di vista economico;
- La disposizione di una adeguata educazione all'uso dei contraccettivi ed alla loro efficacia, al fine di rendere più consapevole la scelta individuale del mezzo più idoneo alla persona. Si ritiene che questo debba essere eseguito da parte di tutto il Personale Sanitario nelle strutture addette, e nelle scuole, attraverso appositi corsi di educazione alla sessualità ed alla affettività.

Supporto Psicologico

L'IVG risulta essere attualmente, nel nostro paese, ancora una pratica fortemente osteggiata e giudicata negativamente. Ne consegue, spesso, un'estrema difficoltà da parte della donna che vuole accedervi e conseguenti sensi di colpa scaturiti da un insieme di incontri spiacevoli in cui la stessa non si è sentita accolta e accompagnata.

La Legge 194 non fa riferimento ad alcun supporto psicologico nello specifico, pur citando la Legge 405/75 sui consultori, secondo la quale questi devono "assicurare l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia [...]".

L'assistenza psicologica è dunque implicita, ma, nonostante questo, sono poche le donne a conoscenza di ciò, e che dunque usufruiscono di questo servizio.

³⁵ <https://www.ilpost.it/2022/10/06/italia-aifa-contraccezione-gratuita/>

È necessario, dunque, che si proponga sempre la possibilità di un supporto psicologico, non soltanto in sede consultoriale, ma anche ospedaliera, qualora la donna si rivolgesse a questa per accedere al servizio di IVG.

Inoltre, sarebbe opportuno che, invece, chi si rivolge al proprio medico di base, riceva da questo indicazioni riguardo possibili riferimenti pubblici e gratuiti, tra i quali potrebbe essere lo 'Psicologo di Base', figura essenziale, proposta dal nostro partito.

È dunque doveroso indicare alla donna tutte le possibilità di cura ed assistenza di cui dispone, consentendole di scegliere il percorso migliore e più adatto alle sue esigenze.

Allegati

La seguente tabella³⁶ presenta la situazione attuale della legislazione relativa all'aborto nei Paesi europei.

Legenda:

Sì - Legale.

No - Illegale.

* - Legale solo durante il primo trimestre (il limite esatto può variare).

- Legale solo durante il primo e secondo trimestre (il limite esatto può variare).

Limitato - Legale però soggetto a rilevanti restrizioni.

Varia - Varia a seconda della regione.

? - Informazione mancante o norma legale molto ambigua.

Esiste un comune denominatore alle legislazioni dei vari Paesi che convergono nel considerare la donna come libera di disporre del proprio corpo e come l'unica avente diritto entro limiti oggettivi prestabiliti sul destino del nascituro, escludendo l'autorità del padre o dello Stato. Praticamente tutte, convergono nel vietare l'aborto selettivo di uno o più feti in caso di parto plurigemellare.

Paese	Protezione della vita della madre	Salute fisica	Salute mentale	Stupro	Anomalie del feto	Fattori socio-economici	Su richiesta
Albania	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Andorra	No	No	No	No	No	No	No
Armenia	#	#	#	#	#	#	*
Austria	Sì	Sì	Sì	*	Sì	*	*
Belgio	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	#

³⁶ [Legislazioni sull'aborto - Wikipedia](#)

Bozza conclusa il 18/01/2023 e sottoposta a commenti

Bielorussia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Bosnia ed Erzegovina	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Bulgaria	Sì	#	*	*	Sì	*	*
Cipro	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	No
Città del Vaticano	No	No	No	No	No	No	No
Croazia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Danimarca	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Estonia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Finlandia	Sì	Sì	Sì	#	#	#	No
Francia	Sì	Sì	Sì	*	Sì	*	*
Germania	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Grecia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Irlanda	Sì	No	No	No	No	No	No
Islanda	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	#
Italia	Sì	Sì	Sì	*	Sì	*	*

Bozza conclusa il 18/01/2023 e sottoposta a commenti

Lettonia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Liechtenstein	Sì	Sì	Sì	No	No	No	No
Lituania	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Lussemburgo	Limitato	Limitato	Limitato	Limitato	Limitato	Limitato	No
Macedonia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Malta	No	No	No	No	No	No	No
Moldavia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	*
Monaco	Sì	No	No	No	No	No	No
Montenegro	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Norvegia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Paesi Bassi	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	#
Polonia	Sì	Sì	*	*	No	No	No
Portogallo	#	#	#	*	#	*	*
Regno Unito	Sì	#	#	No	Sì	#	No

Bozza conclusa il 18/01/2023 e sottoposta a commenti

Repubblica Ceca	#	#	*	*	#	*	*
Romania	Sì	Sì	Sì	*	Sì	*	*
Russia	#	#	#	#	#	#	*
San Marino	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	No
Serbia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Slovacchia	#	#	*	#	#	*	*
Slovenia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Spagna	#	*	*	*	#	*	*
Svezia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Svizzera	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	*	*
Turchia	Limitato	Limitato	Limitato	*	Limitato	*	*
Ucraina	#	#	#	#	#	#	*
Ungheria	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No

Si riportano inoltre delle panoramiche sulle leggi in paesi Europei:

Albania

In Albania, l'aborto fu pienamente legalizzato il 7 dicembre 1995 fino alla dodicesima settimana di gravidanza. L'interruzione deve essere praticata dietro richiesta della donna alla quale la legge

garantisce il diritto all'anonimato. Le gestanti sono obbligate a seguire una settimana di counseling prima dell'intervento richiesto. Il governo Hoxha implementò una politica demografica espansiva, che scoraggiava l'aborto, portando le donne a praticare l'interruzione illegalmente o addirittura da sole. Numeri dell'ONU stimavano un tasso di mortalità femminile intorno al 50% sul totale di gravidanze. In precedenza, le donne individuate come colpevoli di aborto venivano esposte al pubblico ludibrio dal Partito del Lavoro d'Albania oppure inviate nei campi di rieducazione forzata. Nel 1989, ci fu una prima apertura alla legalizzazione, limitata ai casi di incesto, stupro e ai minori di 16 anni. Nel '91, la casistica fu ampliata, ma subordinata all'approvazione di una commissione medica. Fu la legge del '95 ad annullare tutte le precedenti. Nel 2010, il tasso di aborti era di 9,2 ogni 1.000 donne di età compresa tra 15 e i 44 anni.

Irlanda

In Irlanda l'aborto è disciplinato dalla Costituzione. Fino al 2018 era sempre vietato, con la sola eccezione del caso in cui esso sia una complicanza inevitabile di un intervento necessario per salvare la vita della donna (articolo Article 40.3.3 della Costituzione, noto come Eighth Amendment of the Constitution Act, 1983, cui fece seguito la legge Protection of Life During Pregnancy Act 2013). Il 29 gennaio 2018, il Governo irlandese ha deciso di indire entro la fine di Maggio dello stesso anno un referendum abrogativo nazionale per rendere meno stringente la normativa costituzionale in materia di aborto. L'intento del referendum era modificare il dettato costituzionale che sanciva i principi dell'eguaglianza e della parità di trattamento nel diritto alla vita fra partoriente e nascituro (già riformato rispetto alla precedente disciplina che anche all'estero, prima degli anni '80, considerava l'infante come soggetto portatore di maggiori diritti e tutele in quanto "parte debole" - minus habens). Il 25 maggio 2018, con una maggioranza del 66% dei votanti, è stato approvato il referendum di revisione costituzionale che autorizza il Parlamento a rivedere la legislazione in materia di aborto, legittimato fino alla dodicesima settimana di gestazione, e in modalità circostanziate.

Liechtenstein

L'IVG in Liechtenstein è illegale in quasi tutte le circostanze, punibile con il carcere per la madre e il medico. Un tentativo di legalizzazione nel 2011 è stato sconfitto alle urne e nel 2012 è fallito il tentativo del Landtag di ammorbidire la legislazione sull'aborto con il 52,3% dei voti. L'art 96 del codice penale del Liechtenstein dichiara illegale l'aborto, con l'eccezione di un serio danno per la vita o la salute fisica della donna che può essere prevenuto esclusivamente con l'aborto, o di una donna minore di 14 anni al momento del concepimento non sposata con il padre del bambino. L'aborto è punibile con la reclusione fino a tre anni per il medico e fino ad un anno per la madre. L'art 98 dello stesso codice penale, inoltre, condanna la rappresentazione o l'incoraggiamento ad un aborto senza scrupolosa indagine intorno alla sua necessità terapeutica.

Malta

L'IVG a Malta è illegale. Malta è l'unica delle nazioni dell'Unione europea a proibire l'aborto senza eccezioni e una delle poche in Europa, insieme a San Marino e Città del Vaticano. Il codice penale maltese afferma che: <<(1) Chiunque, mediante qualsiasi pietanza, bevanda, medicina, con la violenza o con qualsiasi altro metodo, abbia causato la perdita del feto ad una donna gravida, indipendentemente dal suo consenso, è punito con la reclusione da 18 mesi a tre anni. (2) La stessa punizione è riservata alla donna che si sia cagionata autonomamente la perdita del proprio feto o che abbia consentito l'impiego delle modalità con le quali la perdita del feto è

stata cagionata.>> Tuttavia, se la gravidanza pone in pericolo di vita, può essere posto in essere un aborto in territorio maltese senza ripercussioni penali, così come avviene anche a San Marino.

Polonia

La Polonia spicca per aver intrapreso un percorso inverso in materia di IVG. Negli anni '70, per merito di una legge in vigore dal 1956, la Polonia era il paese con maggiore accessibilità all'aborto. Il 7 gennaio 1993 il Governo di sinistra guidato dalla premier Hanna Suchocka approvò una legge sull'aborto estremamente restrittiva, abrogando quella più liberale del '56; fino al 2020 era consentito in soli 3 casi: stupro o incesto, grave malformazione del feto che avesse messo in rischio la salute della donna o grave e irrimediabile problema di salute per il bambino. La Corte europea dei diritti dell'uomo in diversi casi ha constatato la violazione dei diritti umani da parte della Polonia a causa della sua incapacità di garantire l'accessibilità pratica dell'aborto legale. Solo pochi ospedali polacchi effettuano aborti per timore di contenziosi e le donne spesso si astengono dall'utilizzare i loro servizi per timore di procedure e trasferimenti onerosi e ritardati intenzionalmente.

San Marino

Una proposta di legalizzare l'aborto fu avanzata nel 1974, in sede di revisione del codice penale, ma il governo scelse di procrastinare la decisione per permettere un successivo dibattito, alla luce del quale è stato scelto di non apportare modifiche alla legislazione vigente. Un disegno di legge per legalizzare l'aborto è in discussione da Luglio 2019. Il 26 settembre 2021 si è svolto un referendum propositivo sulla depenalizzazione e legalizzazione dell'interruzione di gravidanza fino alla dodicesima settimana di gestazione (o anche successivamente nei casi di pericolo per la vita della gestante ovvero di gravi malformazioni fetali). Al referendum gli elettori hanno approvato la proposta con il 77,3% dei voti, a fronte di un 22,7% di contrari e un'affluenza del 41,1%.

Svizzera

L'interruzione della gravidanza in Svizzera è lecita. Dal 2 giugno 2002 è in vigore il cosiddetto "regime dei termini" previsto dall'articolo 119 del codice penale elvetico: l'interruzione della gravidanza non è punibile se viene praticata entro dodici settimane dall'inizio dell'ultima mestruazione. La donna incinta deve presentare una richiesta scritta e far valere di trovarsi in uno stato d'angustia. Prima dell'intervento, il medico deve tenere con lei un colloquio approfondito e fornirle tutte le informazioni utili. Scaduto il termine di dodici settimane, l'interruzione della gravidanza non è punibile se il medico la reputa necessaria per evitare alla donna incinta il pericolo di un grave danno fisico o di una grave angustia psichica. Il pericolo deve essere tanto più grave quanto più è avanzata la gravidanza. Il regime dei termini è stato approvato dal Consiglio nazionale con 107 voti a favore e 69 contro e dal Consiglio degli Stati con 22 voti contro 20 ed è sfociato nella modifica del 23 marzo 2001 del Codice penale svizzero (Interruzione della gravidanza), poi sottoposta a referendum popolare il 2 giugno 2002, che la popolazione ha approvato con il voto favorevole del 72,2 % dei votanti. Prima del 2002 la legge consentiva di interrompere la gravidanza se un pericolo, non altrimenti evitabile, minacciava la vita stessa della madre oppure minacciava seriamente la sua salute in modo grave e permanente. Il medico che praticava l'interruzione della gravidanza doveva ottenere il parere conforme di un secondo medico. Questa disposizione fu introdotta nel 1942 e non fu più rivista; tuttavia, nei fatti, nei Cantoni, le disposizioni penali furono applicate in modi diversi o non lo furono affatto.

Portogallo

In Portogallo, le leggi sull' IVG sono state liberalizzate a partire dal 2007, consentendo la procedura su richiesta se la gravidanza di una donna non ha superato la decima settimana di gestazione; si mantiene un periodo di attesa di tre giorni per eseguire gli aborti. Il presidente del Portogallo Aníbal Cavaco Silva ha sottoposto a ratifica la legge che autorizza l' IVG terapeutica, raccomandando nondimeno che dovrebbero essere prese misure per garantire che l'aborto sia effettivamente l'ultima risorsa disponibile. Nonostante la liberalizzazione delle leggi, nell'atto pratico, molti medici si rifiutano di eseguire aborti (essendone autorizzati in virtù di una clausola relativa all'obiezione di coscienza) poiché il Portogallo rimane un paese in cui la tradizione cattolica ha ancora un'influenza significativa. Gli aborti nelle fasi successive sono consentiti solamente per ragioni specifiche, come rischi per la salute della donna, violenza sessuale e altri crimini sessuali o malformazioni fetali accertate; con restrizioni che aumentano gradualmente a 12, 16 e 24 settimane. La proposta è stata controfirmata in legge dopo un referendum svoltosi nel febbraio del 2007 il quale ha dato esito positivo con una maggioranza favorevole alla legalizzazione. Prima dell'aprile del 2007 l'aborto era regolato dalla legge 6/84 e dalla 90/97 ed era fortemente limitato, consentito soltanto per motivi di salute, stupri, crimini sessuali e chiare e definitive malformazioni fetali. Nel febbraio del 2016 l'Assemblea della Repubblica ha annullato il precedente veto di Cavaco Silva e ha ufficialmente invertito una legge che istituiva una preventiva consulenza obbligatoria e pagamenti medici per le donne che cercavano un aborto attraverso il servizio di sanità pubblica la quale era stata frettolosamente avanzata dal precedente governo conservatore quando era già in pausa prima delle elezioni dell'ottobre 2015 e non aveva quindi più alcun potere di emanare alcuna legislazione.

Francia

L'aborto in Francia è legale su richiesta fino a 12 settimane dopo il concepimento (14 settimane dopo l'ultimo periodo mestruale). Gli aborti nelle fasi successive della gravidanza sono consentiti solamente se due medici certificano che l'aborto sarà eseguito per prevenire gravi lesioni permanenti alla salute fisica o mentale della donna incinta; un rischio per la vita della donna incinta; o che il bambino soffrirà di una malattia particolarmente grave riconosciuta incurabile. La legalizzazione si realizzò grazie alla Legge Veil nel 1975. Diverse riforme hanno avuto luogo nel XXI secolo, liberalizzando ulteriormente l'accesso all'aborto. Il limite di dieci settimane è stato esteso fino alla dodicesima settimana del 2001; inoltre, sempre a partire da quell'anno, le ragazze ancora minorenni non hanno più bisogno del consenso preventivo dei genitori obbligatorio. Un'adolescente incinta di età inferiore ai 18 anni può richiedere un aborto senza prima consultare i suoi genitori se è accompagnata in clinica da un adulto a sua scelta, che non deve informare né i suoi genitori o terzi sull'aborto. Fino al 2015 la legge imponeva un periodo di "sospensione" di sette giorni tra la prima richiesta del paziente e una dichiarazione scritta che confermava la sua decisione (il ritardo poteva essere ridotto a due giorni se il paziente si avvicinava a 12 settimane). Tale periodo di attesa obbligatorio è stato abolito a partire dal 9 aprile del 2015. A partire dal 2009 il tasso di aborti era di 17,4 per 1000 donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni, in lieve aumento rispetto al 2002 corrispondente a 16,9 aborti per 1000.

Spagna

Aborto in Spagna è legale su richiesta fino a 14 settimane di gravidanza, e nelle fasi successive per grave rischio per la salute della donna o difetti fetali. La legislazione sull'aborto in Spagna ha una storia altalenante. Durante gli anni '30, la legge sull'aborto fu liberalizzata nella zona controllata dai repubblicani, ma questo è stato di breve durata, come il Regime franchista con il supporto di Chiesa cattolica, di nuovo fuorilegge l'aborto. Le leggi sono state allentate nel 1985 e ulteriormente liberalizzate nel 2010. L'aborto rimane una questione politica controversa in Spagna, ma le azioni regolari per limitarlo hanno mancato il sostegno della maggioranza. Negli ultimi anni, i tassi di aborto sono diminuiti, come un migliore accesso a contraccezione d'emergenza è stato introdotto. Legge organica 9/1985. Nel Legge organica 9/1985 adottato il 5 luglio 1985, l'aborto indotto è stato legalizzato in tre casi: grave rischio per la salute fisica o mentale della donna incinta (giustificazione terapeutica), stupro (giustificazione penale), e malformazioni o difetti, fisici o mentali, in il feto (giustificazione eugenica). Secondo questa legge, la madre potrebbe interrompere la gravidanza in strutture sanitarie pubbliche o private nelle prime 12 settimane per motivi legati allo stupro, nelle prime 22 settimane per motivi eugenetici, e in qualsiasi momento durante la gravidanza per motivi terapeutici. e nel terzo caso, è stato richiesto un referto medico per attestare il rispetto delle condizioni legali; in caso di stupro, era richiesto un rapporto della polizia. In questi tre casi, l'aborto non era punibile sotto la supervisione di un medico in un istituto medico autorizzato per l'aborto, con l'espresso consenso della donna. In altri casi, il codice penale prevedeva diversi termini di reclusione sia per le madri che per i medici che hanno praticato aborti al di fuori della legge. Legge organica 2/2010. Il 3 marzo 2010 è stata promulgata la legge organica 2/2010 sulla salute sessuale e riproduttiva e sull'aborto. La legge deve garantire i diritti fondamentali in materia di salute sessuale e riproduttiva stabiliti dall' Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), che regola le condizioni di aborto e stabilisce i corrispondenti obblighi delle autorità pubbliche. È entrato in vigore il 5 luglio 2010. Nel Titolo II, articoli 13 e 14, l'aborto è legalizzazione durante le prime 14 settimane di gravidanza. Durante questo periodo, la donna può prendere una decisione libera e informata sull'interruzione della gravidanza senza l'intervento di terzi. L'art 15 descrive che l'aborto è consentito fino a 22 settimane di gravidanza in caso di "gravi rischi per la vita o la salute della madre o del feto". Dalla ventiduesima settimana la gravidanza può essere interrotta solo se "vengono rilevate anomalie fetali incompatibili con la vita" o se "una malattia estremamente grave e incurabile viene rilevata nel feto al momento della diagnosi e confermata da un comitato clinico". Articoli 13 e 14 del Titolo II della legge organica 2/2010. Articolo 13. Requisiti comuni. Questi sono i requisiti per l'interruzione volontaria della gravidanza:

1. È praticato da un medico o sotto la supervisione di un medico.
2. Si svolge in un centro sanitario pubblico o privato accreditato.
3. È fatto con l'espresso consenso scritto della gestante o, se del caso, del legale rappresentante, in conformità con le disposizioni della Legge 41/2002, Regolamentazione di base dell'autonomia del paziente e dei diritti e degli obblighi in materia di informazione e

documentazione clinica. Si può rinunciare al consenso espresso nel caso previsto dall'articolo 9.2.b) di tale legge

4. Per le donne di età compresa tra 16 e 17 anni, il consenso all'aborto spetta esclusivamente a loro in conformità con le disposizioni generali per le donne anziane. Almeno uno dei rappresentanti legali, genitore, persone con genitore o tutore di donne di età compresa tra queste deve essere informato della decisione delle donne.

Si può rinunciare a queste informazioni quando il minore afferma ragionevolmente che ciò causerà un grave conflitto, manifestato in un certo pericolo di violenza familiare, minacce, coercizione, abuso o una situazione di senzatetto. Articolo 14. Interruzione della gravidanza su richiesta della donna. La gravidanza può essere interrotta entro le prime quattordici settimane di gestazione su richiesta della gestante, a condizione che siano stati rispettati questi requisiti:

a) la gestante è stata informata sui diritti, benefici e aiuti pubblici alle madri, nei termini di cui ai commi 2 e 4 dell'articolo 17 della presente legge

b) la gestante ha compiuto un periodo di almeno tre giorni, dal momento in cui le sono state fornite le informazioni di cui al paragrafo precedente fino alla realizzazione dell'intervento.