

COMITATO EUROPEO DIRITTI SOCIALI

**DECISIONE IN TEMA DI
AMMISSIBILITA' e
MERITO**

Adozione: 12 ottobre 2015

Notifica: 10 dicembre 2015

Pubblicazione: 11 Aprile 2016

***Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contro
Italia***

Istanza .91/2013

Il Comitato europeo Diritti sociali, comitato di esperti indipendenti istituito ai sensi dell'Articolo 25 della Carta sociale europea ("il Comitato"), nel corso della sua 281^a sessione alla quale hanno partecipato:

Giuseppe PALMISANO, Presidente
Petros STANGOS, Vice-Presidente
Lauri LEPPIK, Relatore generale
Elena MACHULSKAYA
Karin LUKAS
ElianeCHEMLA
Jozsef HAJDU
Marcin WUJCZYK
Krassimira SREDKOVA
Raul CANOSAUSERA
Marit FROGNER

Assistiti da Régis BRILLAT, Segretario esecutivo

Avendo deliberato il 17 marzo, il 30 giugno, il 7 settembre ed il 12 ottobre 2015,
sulla base del rapporto presentato da Karin LUKAS,

Rende la seguente decisione adottata il 12 ottobre 2015:

PROCEDURA

1. L'istanza presentata dalla *Confederazione Generale Italiana del Lavoro* ("CGIL") è stata registrata il 17 gennaio 2013.
2. La CGIL sostiene che l'Articolo 9 della legge n. 194/1978 ("Legge n. 194"), che regola l'obiezione di coscienza del personale medico e paramedico con riferimento all'interruzione di gravidanza non sia correttamente applicata in pratica e che ciò:
 - violi l'Articolo 11 (il diritto alla salute) della Carta Sociale Europea modificata ("la Carta"), singolarmente o in combinato disposto con l'Articolo E (non-discriminazione),
 - violi l'Articolo 1 (diritto al lavoro), nonché l'Articolo 2 (diritto ad eque condizioni di lavoro), l'Articolo 3 (diritto alla sicurezza ed all'igiene sul lavoro) e l'Articolo 26 (diritto alla dignità sul lavoro) della Carta, singolarmente o in combinato disposto all'Articolo E (non-discriminazione).
3. Ai sensi della Norma 29§2 del Regolamento del Comitato ("le Norme"), il Comitato aveva chiesto al governo italiano ("il Governo") di presentare osservazioni scritte sul merito, nel caso in cui l'istanza fosse stata dichiarata ammissibile, entro il 31 maggio 2013, insieme alle sue osservazioni sulla ammissibilità dell'istanza. La documentazione presentata dal Governo era stata registrata il 30 maggio 2013.
4. La CGIL era stata invitata a presentare una replica alla documentazione presentata dal Governo entro il 3 settembre 2013. La replica era stata registrata il 29 luglio 2013.
5. Il 30 settembre 2013 il Comitato trasmetteva la replica della CGIL al Governo e lo invitava a presentare un'ulteriore replica entro il 25 novembre 2013. L'ulteriore replica del Governo veniva registrata il 25 novembre 2013.
6. In una lettera del 18 luglio 2013, il Comitato invitava le Parti firmatarie del Protocollo che stabiliva un sistema di azioni collettive ("il Protocollo") e gli Stati che avevano presentato una dichiarazione ai sensi dell'Articolo D§2 della Carta, a trasmettere, entro e non oltre il 3 settembre 2013, le eventuali osservazioni che intendevano formulare sul merito dell'istanza nel caso fosse stata dichiarata ammissibile.
7. In una lettera del 18 luglio 2013, in conformità all'Articolo 7§2 del Protocollo, il Comitato invitava le organizzazioni internazionali dei datori di lavoro e dei lavoratori, di cui all'Articolo 27§2 della Carta del 1961, a presentare osservazioni entro e non oltre il 3 settembre 2013.

8. Le osservazioni della Confederazione europea dei sindacati ("CES") furono registrate il 2 settembre 2013.

9. Il 22 maggio 2013, il *Movimento italiano per la Vita* chiedeva di essere invitato a presentare osservazioni. Ai sensi della Norma 32A, il 18 giugno 2013, il Presidente del Comitato invitava l'organizzazione a farlo entro il 3 settembre 2013. Le osservazioni furono registrate il 2 settembre 2013.

10. Il 3 giugno 2013, l'*Associazione italiana per l'educazione demografica* chiedeva di poter presentare osservazioni. Ai sensi della Norma 32A, il 18 giugno 2013 il Presidente invitava l'associazione a farlo entro il 3 settembre 2013. Le osservazioni furono registrate il 3 settembre 2013.

11. Il 3 giugno 2013, l'organizzazione *Giuristi per la vita* chiedeva di essere invitata a presentare osservazioni per conto dell'*Associazione Medici Cattolici Italiani (A.M.C.I.)*, dell'*Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici (A.I.G.O.C.)*, della *Confederazione Italiana dei Consultori familiari di Ispirazione Cristiana (C.F.C.)*, del *Centro Studi per la tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* e del *Forum delle associazioni familiari*. In conformità alla Norma 32A, il 19 giugno 2013 il Presidente invitava l'organizzazione a farlo entro il 3 settembre 2013. Le osservazioni furono registrate il 26 agosto 2013.

12. L'11 giugno 2013, l'*Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica* chiedeva di essere invitata a presentare osservazioni. Ai sensi della Norma 32A, il 18 giugno 2013, il Presidente invitava l'associazione a farlo entro il 3 settembre 2013. Le osservazioni furono registrate il 26 agosto 2013.

13. Il 19 marzo 2015 il Comitato invitava le Parti, ove volessero, a fornire eventuali ulteriori informazioni sui recenti sviluppi nel diritto e nella prassi, entro l'11 maggio 2015. Le informazioni fornite dalla CGIL venivano registrate l'8 maggio 2015 e quelle del Governo l'11 maggio 2015.

14. L'11 maggio 2015 il Governo chiedeva al Comitato di organizzare un'audizione sul caso. Con lettera del 29 maggio 2015, il Comitato chiedeva al Governo d'indicare quali ulteriori informazioni, non fornite al Comitato durante la procedura scritta, intendeva presentare al Comitato stesso.

15. Il Governo rispondeva il 30 giugno 2015 confermando la sua richiesta. Ai sensi dell'Articolo7(4) del Protocollo e della Norma 33 il Comitato decideva di tenere un'audizione pubblica il 7 settembre 2015.

16. Il 27 luglio 2015 un elenco di domande veniva inviato alle Parti prima dell'audizione e definiva le questioni che il Comitato intendeva che le Parti affrontassero.

17. Il 16 giugno 2015, ai sensi della Norma 33§4, la CES veniva invitata a partecipare all'audizione ai sensi della Norma 33(4), ma essa declinava l'invito.

18. L'audizione pubblica venne tenuta presso lo Human Rights Building, Strasburgo, il 7 settembre 2015. Comparvero di fronte al Comitato:

a) per l'attore

Dott.ssa Benedetta Liberali, Avvocato,

Dr. Andrea Allamprese, Ufficio Affari legali della CGIL

b) per il Governo

Prof.ssa Assuntina Morresi, Consulente del Ministro della Salute

Dott.ssa Paola Accardo, Co-Agente del Governo di fronte alla Corte europea dei Diritti dell'Uomo.

19. Davanti al Comitato intervenivano la Dott.ssa Liberali, il Professor Morresi e la Dott.ssa Accardo.

20. Ulteriori informazioni venivano fornite al Comitato e venivano prese in considerazione nella misura in cui si riferivano alle dichiarazioni orali rese o erano di dominio pubblico.

COMUNICAZIONI SCRITTE DELLE PARTI

A – L'organizzazione istante

21. La CGIL chiede al Comitato di riscontrare che l'inadeguata applicazione dell'Articolo 9§4 della Legge n. 194, che regola l'obiezione di coscienza del personale medico e paramedico in relazione ai servizi d'interruzione di gravidanza, viola l'Articolo 11 della Carta, singolarmente o in combinato disposto con la clausola di non-discriminazione dell'Articolo E, nella misura in cui non tutela il diritto garantito alle donne con riferimento ai servizi d'interruzione di gravidanza.

22. La Cgil sostiene anche che vi sia una violazione dell'Articolo 1, nonché degli Articoli 2, 3 e 26 della Carta, singolarmente o in combinato disposto con la clausola di non-discriminazione di cui all'Articolo E, sulla base del fatto che il Governo non è riuscito a tutelare i diritti dei medici coinvolti nella fornitura dei servizi d'interruzione di gravidanza.

23. Inoltre la CGIL invita il Comitato a riconoscere la rilevanza degli Articoli 21 (diritto all'informazione ed alla consultazione) e 22 (diritto di partecipare alla determinazione ed al miglioramento delle condizioni di lavoro e dell'ambiente di lavoro) per l'applicazione della legge nazionale pertinente.

B – La risposta del Governo

24. Il Governo ritiene inammissibile l'istanza in quanto la CGIL non ha esperito ed esaurito tutti i possibili sistemi nazionali e chiede ulteriormente al Comitato di dichiarare l'istanza immotivata sotto tutti i punti di vista.

OSSERVAZIONI DELLA CONFEDERAZIONE EUROPEA DEI SINDACATI (“CES”)

25. La CES ritiene che la situazione si configuri, in pratica, come violazione:

- dell'Articolo 11§§1 e dell'Articolo 2 della Carta per effetto della non-applicazione dell'Articolo 9 della Legge n. 194. La CES prende atto del fatto che nonostante i dati forniti dall'organizzazione istante a sostegno delle sue tesi, il Governo non ha fatto riferimento ad alcuna misura adottata per migliorare l'attuazione dell'Articolo 9 della Legge n.194/1978;

- dell'Articolo E della Carta, che non definisce un elenco esaustivo dei motivi di discriminazione vietati, ma considera anche le eventuali differenze territoriali nell'applicazione di una legge. La CES ritiene che, con riferimento all'interruzione di gravidanza, esistono notevoli differenze tra le varie province e le varie strutture.

26. Per quanto riguarda i diritti del lavoro dei medici non-obiettori, la CES rileva che la situazione nazionale si configura come violazione delle seguenti disposizioni:

- Articolo 1§2, a causa dell'incapacità delle autorità di garantire l'effettivo esercizio del diritto di lavorare senza subire discriminazione sul lavoro nell'applicazione dell'Articolo 9 della Legge n. 194/1978. La CES sostiene che lo sviluppo di carriera dei medici non-obiettori differisce da quello degli obiettori a causa dell'eccessivo carico di lavoro e del fatto che il lavoro si limita principalmente alla fornitura dei servizi d'interruzione di gravidanza.

- Articolo 2§1, a causa dell'orario di lavoro eccessivo dei medici non-obiettori. A questo riguardo, fa riferimento alle procedure d'infrazione avviate dalla Commissione dell'Unione Europea nei confronti dell'Italia per via della presunta mancata attuazione della Direttiva 2003/88/CE da parte dei medici del settore pubblico in generale (Direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 novembre 2003, concernente alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro; GU L 299, 18.11.2003, pp. 9-19). La CES sostiene che la situazione è più problematica per i medici non-obiettori e rileva che, nell'ambito dell'istanza collettiva, il Governo non riesce a mettere in discussione e controbattere alle affermazioni effettuate a tale riguardo;

- Articolo 3§3, a causa della mancanza di un efficace sistema ispettivo del lavoro. La CES fa riferimento alle precedenti Conclusioni di non-conformità relative all'Articolo 3§3 (Conclusioni 2009, Italia); e

- Articolo 26§2, a causa dell'isolamento di cui soffrono sul lavoro i medici non-obiettori, che spesso devono praticare interruzioni di gravidanza da soli in quanto sono gli unici medici ad effettuare questo tipo di attività. A parere della CES ciò equivale ad una forma di molestie e vessazioni morali.

ALTRE OSSERVAZIONI

A. Associazione "Luca Coscioni per la libertà" di ricerca scientifica

27. L'associazione è un'organizzazione non governativa che promuove, tra l'altro, la libertà di ricerca scientifica, nonché i diritti umani per i malati e per le persone con disabilità. Fornisce inoltre assistenza alle donne che non sono in grado di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza.

28. Secondo l'associazione, un numero molto elevato di medici si sono opposti all'interruzione di gravidanza per motivi di obiezione di coscienza ai sensi della Legge n. 194, il che porta a situazioni, testimoniate dai suoi membri nel loro lavoro quotidiano, in cui molte donne non possono avere accesso ai servizi di interruzione di gravidanza, come previsto dalla legge.

29. L'associazione sostiene che vi è una significativa disparità regionale nella fornitura di servizi d'interruzione di gravidanza a causa della mancanza di medici non-obiettori, il che significa che le donne devono affidarsi a medici o centri privati o praticare l'interruzione di gravidanza in altre aree geografiche.

30. Sostiene inoltre che i diritti sul lavoro dei medici non-obiettori sono violati e fanno riferimento a situazioni in cui, in base alle osservazioni effettuate sul campo, il loro lavoro si è limitato all'esecuzione d'interruzioni di gravidanza o al personale è stato richiesto di effettuare lavoro straordinario, di lavorare da soli, nonché senza sostituzione o personale di assistenza.

B. Movimento Italiano per la Vita

31. *Il Movimento Italiano per la Vita* è una federazione nazionale di più di seicento gruppi locali, centri servizi di aiuto alla vita e case di accoglienza. Il suo scopo è quello di promuovere e difendere il diritto alla vita e alla dignità per tutti. Secondo l'organizzazione la dignità umana è intrinsecamente connessa al diritto alla vita, che è il motivo per cui l'interruzione di gravidanza è consentita solo in casi eccezionali in Italia.

32. *Il Movimento Italiano per la Vita* sostiene che la vita umana inizia all'atto del concepimento e, a tale riguardo, fa riferimento a vari testi, quali le Raccomandazioni n. 874 (1979), n. 1046 (1986) e n. 1100 (1989) dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, nonché alla Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina. Sottolinea che, in molte sentenze, la Corte europea dei diritti dell'uomo è stata chiamata a pronunciarsi sul fatto che ad un bambino non ancora nato si applichi l'Articolo 2 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo, ed ha coerentemente sostenuto che gli Stati hanno un margine di discrezionalità nella valutazione di questa questione.

33. *Il Movimento Italiano per la Vita* sostiene che il diritto di un medico di rifiutarsi di praticare interruzioni di gravidanza per motivi di coscienza, è ampiamente riconosciuto come un diritto fondamentale. Al contrario, le interruzioni di gravidanza possono essere praticate soltanto in casi di necessità, così come definito dalla legislazione nazionale e dalle sentenze dei tribunali nazionali.

34. *Il Movimento Italiano per la Vita* sostiene che non è dimostrato che le donne siano obbligate ad andare all'estero per praticare l'interruzione di gravidanza a causa del numero elevato di obiettori di coscienza. Ciò è piuttosto dovuto al fatto che, in alcuni paesi, la legge è meno restrittiva.

35. Sostiene infine che tutti i rapporti annuali ministeriali indicano che la diminuzione delle interruzioni di gravidanza è dovuta all'efficace funzionamento della Legge n. 194/1978 e non all'obiezione di coscienza.

C. Associazione italiana per l'educazione demografica

36. *L'Associazione italiana per l'educazione demografica* è un'organizzazione non governativa che mira, tra l'altro, a promuovere la procreazione libera e responsabile, a sostenere iniziative per il miglioramento della qualità della vita e la tutela della salute umana, nonché a garantire la corretta applicazione della legislazione in materia d'interruzione di gravidanza.

37. *L'Associazione italiana per l'educazione demografica* rileva che nel 2012, in media, sette ginecologi su dieci si sono rifiutati di praticare l'interruzione di gravidanza per motivi di coscienza. Esistono notevoli disparità regionali, con alcune regioni che hanno un numero più elevato di medici obiettori, ad esempio nel Sud del Paese. A tale proposito, fa riferimento a recenti informazioni che indicano che la percentuale di obiettori di coscienza può essere, in alcune regioni, notevolmente più elevata rispetto a quella registrata dal Ministero della Salute italiano.

38. Sostiene altresì che il numero di aborti illegali praticati è in aumento ed i dati pubblicati dal Ministero della Salute nel 2008 - 20.000 aborti clandestini - potrebbe sottovalutare il problema in quanto si tratta di dati che non comprendono le donne straniere. Inoltre, l'Associazione italiana per l'educazione demografica rileva un incremento degli "aborti spontanei" che - in base ai dati precedenti - sono pari a circa 73.000 l'anno, rispetto ai circa 50.000 del 1980. Si suppone che queste cifre possano comprendere anche le donne che, dopo aver cercato d'interrompere la gravidanza da sole, si recano in ospedale per completare il processo d'interruzione di gravidanza e far sì che l'aborto venga registrato come "spontaneo".

D. Giuristi Per La Vita

39. *Giuristi Per La Vita* sono un'organizzazione non governativa che mira a promuovere ed a tutelare il diritto alla vita. Presenta le sue osservazioni per conto dell'*Associazione Medici Cattolici Italiani (A.M.C.I.)*, dell'*Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici (A.I.G.O.C.)*, della *Confederazione Italiana dei Consulteri Familiari di Ispirazione Cristiana (C.F.C.)*, del *Centro Studi per la tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* e del *Forum delle associazioni familiari*.
40. *L'Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici (AIGOC)* conta più di 100 membri in tutto il Paese. Il suo obiettivo è quello di operare a livello nazionale per il miglioramento della vita e della salute delle madri e dei bambini. L'associazione offre vari servizi, formazione, ricerca ed *advocacy (supporto)* volti a proporre alle madri soluzioni alternative rispetto all'interruzione di gravidanza ed a prevenire la mortalità materna e perinatale.
41. *L'Associazione Medici Cattolici Italiani* conta oltre 4.000 membri e 4.000 seguaci ed è presente in 17 regioni con 130 sezioni. Le principali attività dell'associazione consistono nella formazione permanente dei medici, nella tutela dei medici e dei diritti dei pazienti, nelle azioni per garantire una pratica degna e dignitosa della medicina, nella promozione della salute, nell'obiezione di coscienza, nella tutela dell'ambiente e nel dialogo ecumenico con i rappresentanti delle altre confessioni religiose.
42. *Il Centro Studi per la tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* è un'organizzazione non a scopo di lucro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Il Centro promuove ricerca ed attività in tema di riproduzione e maternità.
43. *La Confederazione Italiana dei Consulteri familiari di Ispirazione Cristiana (CFC)* riunisce 200 consultori italiani. Mira a promuovere lo sviluppo ed il coordinamento dei consultori alla luce dei principi cristiani.
44. *Il Forum delle associazioni familiari* è una rete di 50 associazioni nazionali e 400 associazioni locali raggruppate in 20 Forum regionali ed in vari Forum locali. Rappresentando tre milioni di famiglie, il suo scopo è quello di sostenere la famiglia in tutti i suoi aspetti, riconoscendone i valori irrinunciabili quali pietra angolare di ogni società civile.
45. *L'Associazione Giuristi Per La Vita* sostiene che il diritto all'obiezione di coscienza non può essere limitato in nessun caso e fa riferimento a varie fonti internazionali a sostegno della sua tesi.
46. *L'Associazione Giuristi Per La Vita* rileva che la Legge n. 194/1978 non obbliga i medici obiettori a garantire l'interruzione di gravidanza. Essi devono tuttavia fornire assistenza sia prima che dopo l'interruzione di gravidanza e non possono essere esentati dal fornire assistenza durante la procedura nel caso vi sia un pericolo imminente per la vita della donna.

47. Non ritiene che la situazione interna violi il diritto alla salute. Fa riferimento ai dati del rapporto del 2012 sull'attuazione della Legge n. 194/1978 e rileva che circa il 95% delle interruzioni di gravidanza sono praticate entro le quattro settimane dalla data certificata per legge. Inoltre non vi è alcun tipo di registro per gli aborti richiesti ma non praticati. Anche il tasso di complicanze è basso ed il periodo di degenza breve.
48. *L'associazione Giuristi Per La Vita* non ritiene che la situazione nazionale si configuri come una forma di discriminazione vietata ai sensi dell'Articolo E, in quanto le donne possono spostarsi facilmente e non esistono in Italia aree rurali completamente isolate. In base alle statistiche, più del 20% degli aborti per scelta sono praticati al di fuori della provincia o della regione di residenza della donna.
49. Da ultimo, *l'Associazione Giuristi Per La Vita* ritiene che le presunte violazioni dei diritti del lavoro della Carta non siano fondate. Non è comprovato che coloro che praticano l'aborto o prestano assistenza durante la procedura lavorino di più, più a lungo, o subiscano un maggior numero di infortuni sul lavoro rispetto ai loro colleghi obiettori. Sostiene altresì che i medici obiettori e quelli non-obiettori hanno mansioni diverse e non sono pertanto in una situazione comparabile ai fini dell'istanza.

LEGISLAZIONE E PRASSI NAZIONALI (IN PARTE QUI)

50. Costituzione

Articolo 1

“L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.
La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione”.

Articolo 2

“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.

Articolo 3

“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Articolo 4

“La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.

Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.”

Articolo 19

“Tutti hanno diritto di professare liberamente la propria fede religiosa in qualsiasi forma, individuale o associata, di farne propaganda e di esercitarne in privato o in pubblico il culto, purché non si tratti di riti contrari al buon costume.”

Articolo 21

“Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione (...).”

Articolo 32

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Articolo 35

“La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni.

Cura la formazione e l'elevazione professionale dei lavoratori.

Promuove e favorisce gli accordi e le organizzazioni internazionali intesi ad affermare e regolare i diritti del lavoro.

Riconosce la libertà di emigrazione, salvo gli obblighi stabiliti dalla legge nell'interesse generale, e tutela il lavoro italiano all'estero”.

Articolo 36

“Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa.

La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge.

Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale e a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi”.

51. La Legge 194/1978 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza” – Gazzetta ufficiale 22/05/1978, n. 140)

Articolo 4

“Per l’interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, 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, si rivolge ad un consultorio pubblico [...] o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia”.

Articolo 5

“Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall’incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell’esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l’interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l’esistenza di condizioni tali da rendere urgente l’intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l’urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell’incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all’articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l’avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate”.

Articolo 6

“L’interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna”.

Articolo 7

“I processi patologici che configurino i casi previsti dall’articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell’ente ospedaliero in cui deve praticarsi l’intervento, che ne certifica l’esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell’ospedale per l’intervento da praticarsi immediatamente. Qualora l’interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l’intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all’articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. (...)”.

Articolo 8

“L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie.

Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.

Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici.

Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;

2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione.

Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura (decreto ministeriale del 20/10/1978).

Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati.

Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione.

Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero”.

Articolo 9

“Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obietto deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

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

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

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

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

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente”.

Giurisprudenza nazionale

52. Nella sentenza n. 27 del 1975, la *Corte costituzionale* ha affermato che:

“(…) Ora non esiste equivalenza fra il diritto, non solo alla vita ma anche alla salute, proprio di chi é già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare”.

53. Nella sentenza n.35 del 1997, la Corte Costituzionale ha definito la Legge 194/1978 quale legge con un “contenuto garantito costituzionalmente”. Su questa base, la *Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile un referendum* volto a eliminare la legislazione attuale concernente l'accesso alle procedure d'interruzione di gravidanza nei prima 90 giorni di gravidanza. La Corte ha sottolineato che il nucleo normativo delle leggi con contenuto costituzionalmente garantito non può essere modificato o reso inefficace per il fatto che ciò comprometterebbe le corrispondenti disposizioni specifiche della Costituzione o di altri atti costituzionali (cfr. anche la sentenza n. 16 del 1978).

54. Nella sentenza n. 467 del 1991, la Corte Costituzionale ha affermato che:

“(…) se pure a seguito di una delicata opera del legislatore diretta a bilanciarla con contrastanti doveri o beni di rilievo costituzionale e a graduarne le possibilità di realizzazione in modo da non arrecar pregiudizio al buon funzionamento delle strutture organizzative e dei servizi d'interesse generale, la sfera di potenzialità giuridiche della coscienza individuale rappresenta, in relazione a precisi contenuti espressivi del suo nucleo essenziale, un valore costituzionale così elevato da giustificare la previsione di esenzioni privilegiate dall'assolvimento di doveri pubblici qualificati dalla Costituzione come inderogabili”.

55. Nella sentenza n. 43 del 1997, la Corte costituzionale ha affermato che la protezione accordata alla libertà di coscienza:

“[...] non può ritenersi illimitata e incondizionata. Spetta innanzitutto al legislatore stabilire il punto di equilibrio tra la coscienza individuale e le facoltà ch'essa reclama, da un lato, e i complessivi, inderogabili doveri di solidarietà politica, economica e sociale che la Costituzione (art. 2) impone, dall'altro, affinché l'ordinato vivere comune sia salvaguardato e i pesi conseguenti siano equamente ripartiti tra tutti, senza privilegi”.

56. Nella sentenza n. 151 del 2009, la Corte Costituzionale ha dichiarato incostituzionale il terzo comma dell'Articolo 14 della Legge n. 40 del 2004 che sancisce quanto segue:

"Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile."

Questa decisione si basa sul principio che la disposizione di cui sopra non stabilisce che il trasferimento degli embrioni debba essere effettuato senza pregiudicare la salute delle donne.

57. Nella sentenza n. 3477 del 2010, il Tribunale Amministrativo Regionale della Puglia ha dichiarato che, ai sensi dell'Articolo 9 della Legge 194/1978, i medici obiettori devono comunque assistere le donne che vogliono interrompere la gravidanza e ciò si applica sia alla fase precedente che a quella successiva all'interruzione di gravidanza. A tale riguardo, il suddetto tribunale ha sottolineato che il personale medico responsabile deve fornire tutti i necessari servizi di informazione e consulenza, nonché assistere le donne in questione sia dal punto fisico che psicologico. Queste indicazioni sono state fornite dal tribunale con riferimento a quanto sostenuto dal governo della Puglia, per cui non tutti i ginecologi che operano nei consultori familiari forniscono i servizi e l'assistenza di cui sopra. Il Tribunale Amministrativo Regionale della Puglia ha affermato che l'esclusione dei medici obiettori dai concorsi per coprire i posti vacanti in seno ai consultori costituisce violazione dell'Articolo 3 della Costituzione. Rileva che una soluzione alternativa per compensare il numero limitato di medici non-obiettori che opera nei consultori potrebbe essere l'organizzazione di concorsi di reclutamento volti a stilare elenchi di riserva che comprendono un 50% di medici obiettori ed un 50% di medici non-obiettori.

58. Nella sentenza n. 14979 del 2013, con riferimento all'effettiva assistenza fornita prima e dopo un'interruzione di gravidanza, la Corte di Cassazione ha condannato un medico obiettore di coscienza ad un anno di prigione in quanto si era rifiutato di prestare soccorso ad una donna che era già sta sottoposta ad un'interruzione di gravidanza e stava avendo una grave emorragia.

Altre fonti

59. Nel giugno del 2013, sia il Senato che la Camera dei Deputati del Parlamento italiano hanno adottato direttive politiche sotto forma di mozioni parlamentari indirizzate al Governo concernenti, *inter alia*, l'attuazione della Legge 194/1978. In particolare, il 6 giugno 2013, nella sua 37^a sessione, il Senato ha approvato la

Mozione n. 1-00059; l'11 giugno 2013, nella sua 31^a sessione, la Camera dei Deputati ha approvato le seguenti mozioni: n. 1-00045, n. 1-00074, n. 1-00078, n. 1-00079, n.1-00080, n. 1-00081, n. 1-00082, n. 1-00087 e n. 1-00089. Queste mozioni fanno specificamente riferimento all'attuazione dell'Articolo 9§4 della succitata Legge e ad alcune affermazioni dell'organizzazione istante, i.e.:

a. "a livello nazionale, la principale conseguenza di un numero così elevato di obiettori di coscienza è quella di rendere sempre più difficoltosa la stessa applicazione della legge n. 194, con effetti gravemente negativi sulla funzionalità dei vari enti ospedalieri (e quindi del Sistema sanitario nazionale) che si riflettono sulle donne che devono ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza (e che spesso si traducono in aborti drammaticamente tardivi, a causa dei lunghi tempi di attesa);

b. a fronte di questo stato "di emergenza" le donne si ritrovano spesso a dover migrare da una regione all'altra o addirittura all'estero, mentre (soprattutto tra le immigrate) ritorna ad emergere il ricorso all'aborto clandestino (con il malaffare che vi è collegato), una piaga che solo la corretta applicazione della legge n. 194 aveva debellato";

(cfr. Senato, Mozione n. 1-00059 del 6 giugno 2013)

c. "(...) L'elevata presenza di medici obiettori sembra riflettersi anche sull'operatività e l'efficacia dei consultori nelle loro funzioni di prevenzione e supporto della donna nelle fasi antecedenti all'interruzione di gravidanza. (...) La relazione del Ministro della salute mostra che l'efficacia ed il ruolo dei consultori appaiono in molti casi indeboliti dalla mancanza di figure mediche adeguate o disponibili al rilascio della documentazione e della certificazione necessaria per l'interruzione volontaria della gravidanza, soprattutto al Sud. Questo è un elemento che allontana le donne da queste strutture e dai loro indispensabili servizi di informazione, prevenzione e supporto(...)";

d. "(...) Non esistono al momento efficaci strumenti di monitoraggio, premialità o penalizzazione per verificare, stimolare o supportare l'effettiva funzionalità delle strutture preposte all'applicazione della Legge n. 194 del 1978, nonché per analizzare adeguatamente l'impatto del fenomeno dell'obiezione di coscienza sulla loro funzionalità (...)".

(cfr. Camera dei Deputati, Mozione n. 1-00082 dell'11 giugno 2013)

e. "(...) La crescita in questi anni del numero degli obiettori ha determinato la chiusura dei servizi, con ospedali privi di reparti di interruzione di gravidanza, perché praticamente la totalità di ginecologi, anestesisti e paramedici ha scelto l'obiezione di coscienza(...)".

(cfr. Camera dei Deputati, Mozione n. 1-00078 dell'11 giugno 2013)

60. Il Comitato rileva che, con riferimento alle difficoltà incontrate nell'attuazione della Legge n. 194/1978, alcune mozioni chiedono al Governo di:

f. "perseguire l'equilibrio tra il rispetto del diritto del singolo all'obiezione di coscienza e la necessità di dare piena attuazione alla legge n. 194 del 1978";

g. "predispone, nei limiti delle proprie competenze, tutte le iniziative necessarie affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si attui il quarto comma dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, nella parte in cui si prevede l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole, anche attraverso una diversa gestione e mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete di servizi sul territorio in ogni regione (...)".

(cfr. Camera dei Deputati, Mozione n. 1-00074 dell'11 giugno 2013)

h. "(...) assicurare la tempestività dell'intervento regolatorio, come richiesto anche dall'Unione europea, in modo da consentire una buona programmazione delle attività sanitarie, che implicino la legittimità dall'obiezione di coscienza, ma anche l'accesso alle cure mediche e la tutela della salute, in modo da evitare una potenziale conflittualità dannosa per lo stesso diritto alla salute"(...).

(cfr. Camera dei Deputati, Mozione n. 1-00087 dell'11 giugno 2013)

i. "condurre un'analisi conoscitiva approfondita sull'impatto dell'obiezione di coscienza sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, un'analisi condotta a livello di struttura e che si basi su dati e indicatori sufficientemente articolati in grado di affrontare il problema dell'interdipendenza tra presenza di personale non obiettore e lunghezza delle liste di attesa";

j. "adottare tutte le iniziative di competenza necessarie affinché si garantisca il rispetto e la piena attuazione della legge n. 194 del 1978 in tutte le strutture del territorio, adottando, ove necessario, una revisione dell'organizzazione delle mansioni e del reclutamento delle strutture sanitarie che faccia leva sugli strumenti di mobilità del personale previsti dalla legge e che preveda forme di reclutamento differenziato atti a riequilibrare il numero di obiettori e non obiettori, così come raccomandato dal Comitato nazionale di bioetica";

(cfr. Camera dei Deputati, Mozione n. 1-00082 dell'11 giugno 2013)

k. "garantire un riequilibrio del personale medico e infermieristico, come peraltro previsto all'articolo 9 della legge n. 194, attraverso la mobilità del personale, nell'ambito di livelli minimi e di una programmazione regionale, che preveda almeno il 50 per cento di personale non obiettore"(...).

(cfr. Senato, Mozione n. 1-00059 del 6 giugno 2013)

61. Il Comitato rileva che l'11 giugno 2013, durante il dibattito alla Camera dei Deputati relativo alle suddette mozioni, il Ministro della Salute ha dichiarato che:

"Abbiamo visto che, fortunatamente, nel corso di questi anni il numero di interruzioni volontarie di gravidanza è diminuito grazie alle attività di prevenzione ed alla maggiore consapevolezza delle persone [coinvolte]. Questo è stato uno degli obiettivi della legislazione che – va ricordato – fornisce un servizio gratuito a tutti gli utenti. Abbiamo anche rilevato che spesso, ove si è registrato un aumento o una diminuzione degli obiettori, ciò non ha sempre portato ad una situazione senza problemi nell'accesso ai servizi locali. Qui si ritorna, purtroppo, a quello che è il tema del governo dei territori e, pertanto, al tema che è più collegato a quello delle regioni, ma sicuramente non si può evitare di trattare [questo tema] come Ministero della Salute, perché ci troviamo nell'ambito di una più vasta gamma di questioni che impattano sulla salvaguardia del diritto alla salute nel territorio nazionale".

62. A tale riguardo, il Ministro ha formulato l'auspicio di potersi presentare in Parlamento con "tutti i dati necessari per un dibattito generale, in modo tale da poter verificare lo stato di attuazione della legislazione in tutto il territorio nazionale, dato che ci rendiamo conto che alcuni dei dati presentati qui oggi possono prestarsi a molteplici interpretazioni."

63. In particolare, ha dichiarato che intende "agire per consentire la costituzione di un Tavolo tecnico dei Ministri regionali, al fine di ottenere, e presentare al Parlamento, le informazioni sullo stato di attuazione della legge per quanto riguarda la non-discriminazione tra obiettori e non-obiettori a livello regionale".

64. Sempre nell'ambito dello stesso dibattito, in risposta alle richieste rivolte al Governo con riferimento alle succitate mozioni, il Ministro della Salute ha affermato quanto segue:

l. "(...) Credo che sia intenzione di tutti verificare, nei territori e nelle singole strutture sanitarie, se i principi della legge sono effettivamente ed efficacemente applicati (...)";

m. "(...) la presente questione dell'obiezione di coscienza, che è stata sollevata da alcuni gruppi che hanno presentato le mozioni, sia una questione che dobbiamo prendere in considerazione, specialmente nella misura in cui sollecita il Governo e me stessa a monitorare da vicino e con attenzione – come richiesto nelle varie mozioni – anche l'applicazione ed il rispetto della legge in questo campo (...)".

(NB:Il testo complete dell'intervento del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in occasione del dibattito, è disponibile sul seguente sito web della Camera dei Deputati:<http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/assemblea/html/sed0031/pdfel.htm>)

65. La Risoluzione della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, approvata il 6 marzo 2014, relativa alla "Relazione sullo stato di attuazione della Legge n. 194 del 1978 concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza, contenente i dati preliminari dell'anno 2012 ed i dati definitivi dell'anno 2011":

"Proprio allo scopo di avviare un monitoraggio relativo alle singole strutture ospedaliere e ai consultori e di individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge, con particolare riferimento all'aspetto riguardante l'obiezione di coscienza, è stato attivato nel 2013, presso il Ministero della salute, un «Tavolo tecnico» a cui sono stati invitati gli assessori regionali."

chiede al governo:

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

STRUMENTI INTERNAZIONALI (IN PARTE QUI)

I. Consiglio d'Europa

66. La Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali comprende le seguenti disposizioni:

Articolo 8 – Diritto al rispetto della vita privata e familiare

“1. Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza.

2. Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del paese, alla difesa dell'ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui..”

Articolo 9 – Libertà di pensiero, coscienza e religione

“Ogni persona ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; tale diritto include la libertà di cambiare religione o credo, così come la libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo, individualmente o collettivamente, in pubblico o in privato, mediante il culto, l'insegnamento, le pratiche e l'osservanza dei riti.

2. La libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo non può essere oggetto di restrizioni diverse da quelle che sono stabilite dalla legge e che costituiscono misure necessarie, in una società democratica, alla pubblica sicurezza, alla protezione dell'ordine, della salute o della morale pubblica, o alla protezione dei diritti e della libertà altrui.”

a. Sentenze *in parte qua* della Corte europea dei Diritti dell'uomo

- In *Tysiact* contro Polonia (ric. n. 5410/03), sentenza del 20 marzo 2007, la Corte ha affermato che:

“118. (...) la natura stessa dei problemi coinvolti nelle decisioni di interrompere una gravidanza è tale per cui il fattore tempo è di primaria importanza. Pertanto le procedure in atto dovrebbero garantire che tali decisioni siano tempestive in modo tale da limitare o prevenire il danno che un aborto tardivo potrebbe causare alla salute delle donne (...).”

- In *A.,B.,C.* contro Irlanda (ric. n. 25579/05), sentenza del 16 dicembre 2010, la Corte ha affermato che:

“212.(...) il concetto di “vita privata” ai sensi dell'Articolo 8 della Convenzione è un concetto ampio che ingloba, *inter alia*, il diritto all'autonomia personale ed allo sviluppo personale (...). Riguarda temi quali l'identificazione di genere, l'orientamento sessuale e la vita sessuale (...), l'integrità fisica e psicologica della persona, (sentenza *Tysiact* contro Polonia, citata [qui di seguito), nonché la decisione di avere o meno un bambino o di diventare genitori genetici (...).”

“249(...) lo Stato gode di un certo margine di apprezzamento (cfr., fra altre autorità, *Keegan* contro Irlanda, sentenza del 26 maggio 1994, Racc. A n. 290, § 49). Se, da un lato, un ampio margine di discrezionalità nella valutazione viene concesso allo Stato con riferimento alle circostanze in cui un aborto viene consentito in uno Stato, (...), dall'altro, una volta presa la decisione, il quadro giuridico definito a tal fine, deve essere “forgiato in modo coerente per consentire ai vari interessi legittimi in gioco di essere presi adeguatamente in considerazione, in conformità agli obblighi derivanti dalla Convenzione” (*S.H. ed altri* contro Austria, n.57813/00, §74,1 aprile 2010).”

- In R.R. contro Polonia (ric. N. 27617/04, sentenza del 20 novembre 2011, la Corte ha affermato che:

“187. Mentre un ampio margine di apprezzamento è accordato allo Stato per quanto riguarda le circostanze in cui sarà consentito un aborto in uno Stato, una volta presa la decisione, il quadro giuridico definito a tal fine deve essere “forgiato in modo coerente per consentire ai vari interessi legittimi in gioco di essere presi adeguatamente in considerazione, in conformità agli obblighi derivanti dalla Convenzione” (A, B e C contro Irlanda [GC], (...) § 249 [16 dicembre 2010])”.

“200.(...) una volta che lo Stato, nei limiti del margine di valutazione (...), adotta disposizioni di legge che consentono l’aborto in alcune situazioni, non deve strutturare il suo quadro giuridico in modo tale da limitare le reali possibilità di conseguirlo. In particolare, lo Stato ha l’obbligo positivo di creare un quadro procedurale che consente alla donna in gravidanza di esercitare effettivamente il diritto di accesso all’aborto legale (Tysi contro Polonia n. 5410/03, §§116-124, CEDU 2007-IV)(...)”.

“206.(...) Gli Stati hanno l’obbligo di organizzare il sistema dei servizi sanitari in modo tale da garantire che un effettivo ed efficace esercizio della libertà di coscienza degli operatori sanitari nel contesto professionale non impedisca ai pazienti di avere accesso ai servizi ai quali hanno diritto in virtù della legislazione applicabile”.

- In P. e S. contro Polonia (ric. n.. 57375/08) sentenza del 20 ottobre 2012, la Corte ha affermato che:

“99.(...) una volta che lo Stato, nei limiti del margine di valutazione (...), adotta disposizioni di legge che consentono l’aborto in alcune situazioni, non deve strutturare il suo quadro giuridico in modo tale da limitare le reali possibilità di conseguirlo. In particolare, lo Stato ha l’obbligo positivo di creare un quadro procedurale che consente alla donna in gravidanza di esercitare effettivamente il diritto di accesso all’aborto legale (Tysi contro Polonia, sopra citata, §116-124, R.R. contro Polonia, sopra citata, §200). Il quadro giuridico definito a tal fine deve essere “forgiato in modo coerente per consentire ai vari interessi legittimi in gioco di essere presi adeguatamente in considerazione, in conformità agli obblighi derivanti dalla Convenzione”(A, B e C contro Irlanda [GC], (...) § 249 [16 dicembre 2010])”.

“106.(...) Per la Corte, gli Stati hanno l’obbligo di organizzare il sistema dei servizi sanitari in modo tale da garantire che un effettivo ed efficace esercizio della libertà di coscienza degli operatori sanitari nel contesto professionale non impedisca ai pazienti di avere accesso ai servizi ai quali hanno diritto in virtù della legislazione applicabile (...).”

b. Altri strumenti

67. L’Assemblea parlamentare del Consiglio d’Europa ha approvato il seguente testo:

Risoluzione n. 1763 (2010) sul diritto all’obiezione di coscienza nell’ambito delle cure mediche legali

“1. Nessuna persona, nessun ospedale o altro istituto sarà costretto, reso responsabile o discriminato in qualsiasi modo a causa di un rifiuto ad eseguire, facilitare, assistere o essere sottoposto ad un aborto, all’esecuzione di un parto prematuro, o all’eutanasia o a qualsiasi atto che potrebbe provocare la morte di un feto o di un embrione umano, per qualsiasi ragione.

2. L'Assemblea parlamentare sottolinea la necessità di affermare il diritto all'obiezione di coscienza insieme alla responsabilità dello Stato di garantire che i pazienti possano avere accesso a cure mediche legali in modo tempestivo. L'Assemblea è preoccupata del fatto che un uso non regolamentato all'obiezione di coscienza possa colpire le donne in modo sproporzionato, in particolare quelle con basso reddito o che vivono in zone rurali.

3. Nella stragrande maggioranza degli Stati membri del Consiglio d'Europa, la pratica dell'obiezione di coscienza è adeguatamente regolamentata. Vi è un quadro giuridico e politico globale e chiaro che disciplina la pratica dell'obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari garantendo che gli interessi ed i diritti delle persone che chiedono servizi medici legali siano rispettati, tutelati e messi in pratica.

4. In ragione degli obblighi degli Stati membri di garantire l'accesso alle cure mediche legali e di salvaguardare il diritto alla salute, nonché l'obbligo di assicurare il rispetto della libertà di pensiero, di coscienza e di religione degli operatori sanitari, l'Assemblea invita gli Stati membri del Consiglio d'Europa ad elaborare regolamenti globali e chiari che definiscano e regolino l'obiezione di coscienza in rapporto alla salute ed i servizi medici e che:

4.1 garantiscano il diritto all'obiezione di coscienza in relazione alla partecipazione nella procedura in questione;

4.2. garantiscano che i pazienti siano informati in modo tempestivo di un'eventuale obiezione di coscienza e possano indirizzarsi verso un altro operatore sanitario;

4.3. garantiscano che i pazienti ricevano un trattamento appropriato, in particolare nei casi di emergenza”.

II. Nazioni Unite

68. Il Patto internazionale delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali del 16 dicembre 1966 comprende le seguenti disposizioni:

Articolo 12

“1. Gli Stati firmatari del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo al godimento delle migliori condizioni di salute fisica e mentale.

2. Le misure che gli Stati firmatari del presente Patto dovranno adottare per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprendono quelle necessarie al fine di:

a) far diminuire il numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo del bambino;

69. Il Commento generale n. 14 (2000) sul “diritto di ciascuno al godimento delle migliori condizioni di salute (articolo 12)”, approvato dal Comitato sui diritti economici, sociali e culturali nella sua ventiduesima sessione, Ginevra, 25 aprile-12 maggio 2000 – sancisce che:

“11. Il Comitato interpreta il diritto alla salute, quale definito all'Articolo 12.1, come un diritto inclusivo che si estende non solo alle cure sanitarie tempestive e adeguate, ma anche ai fattori determinanti che sono alla base della salute, quali l'accesso ad acqua sicura e potabile ed a servizi igienici adeguati, un'adeguata fornitura di alimenti sicuri, la nutrizione e l'alloggio, condizioni di lavoro ed ambientali sane ed accesso all'istruzione ed all'informazione relativa alla salute, ivi compresa la salute sessuale e riproduttiva...”

“12. Il diritto alla salute in tutte le sue forme ed a tutti i livelli contiene i seguenti elementi essenziali ed interconnessi, la cui precisa applicazione dipenderà dalle condizioni prevalenti in uno specifico Stato firmatario:

(a) *Disponibilità*. Sanità pubblica e strutture sanitarie funzionanti, beni e servizi, nonché programmi, devono essere disponibili in quantità sufficiente all'interno dello Stato firmatario. La precisa natura delle strutture, dei beni e dei servizi può variare a seconda di numerosi fattori, tra cui il livello di sviluppo dello Stato firmatario. Essi comprendono, tuttavia, i fattori determinanti alla base della salute, quali acqua sicura e potabile e servizi igienici adeguati, ospedali, cliniche ed altre strutture sanitarie, personale medico e paramedico ben formato che percepisca stipendi competitivi a livello nazionale, e farmaci essenziali, come definito dal programma d'azione dell'OMS sui farmaci essenziali.

(b) *Accessibilità*. Strutture sanitarie, beni e servizi devono essere accessibili a tutti senza alcuna discriminazione, all'interno dello Stato firmatario. L'Accessibilità ha quattro dimensioni che si sovrappongono:

(i) Non-discriminazione: strutture sanitarie, beni e servizi devono essere accessibili a tutti, in particolare alle fasce più vulnerabili o marginalizzate della popolazione, *de iure* e *de facto*, senza alcuna discriminazione per eventuali motivi vietati.

(ii) Accessibilità fisica: strutture sanitarie, beni e servizi devono essere accessibili a tutti, in particolare alle fasce più vulnerabili o marginalizzate della popolazione quali minoranze etniche e popolazioni indigene, donne, bambini, adolescenti, anziani, persone con disabilità e persone affette da HIV/AIDS. L'accessibilità implica altresì che i servizi medici ed i fattori determinanti alla base della salute, quali acqua sicura e potabile e servizi igienici adeguati, siano fisicamente a portata di mano, anche nelle zone rurali. L'accessibilità comprende altresì un accesso adeguato agli edifici per le persone con disabilità.

(iii) Accessibilità economica: strutture sanitarie, beni e servizi devono essere economicamente accessibili a tutti. Il pagamento dei servizi sanitari, nonché dei servizi connessi ai fattori determinanti alla base della salute, si deve basare sul principio dell'equità, garantendo che questi servizi, indipendentemente dal fatto che siano forniti da strutture pubbliche o private, siano economicamente accessibili a tutti, anche alle fasce socialmente svantaggiate della popolazione. L'equità esige che le famiglie più povere non siano caricate di spese sanitarie in modo sproporzionato rispetto alle famiglie più ricche.

(iv) Accessibilità dell'informazione: l'accessibilità comprende il diritto di cercare, ricevere e diffondere informazioni ed idee sulle questioni sanitarie. Tuttavia, l'accessibilità delle informazioni non dovrebbe pregiudicare il diritto di far sì che i dati sanitari personali siano trattati con riservatezza.

“11. Il Comitato interpreta il diritto alla salute, quale definito all'Articolo 12.1, come un diritto inclusivo che si estende non solo alle cure sanitarie tempestive e adeguate, ma anche ai fattori determinanti che sono alla base della salute, quali l'accesso ad acqua sicura e potabile ed a servizi igienici adeguati, un'adeguata fornitura di alimenti sicuri, la nutrizione e l'alloggio, condizioni di lavoro ed ambientali sane ed accesso all'istruzione ed all'informazione relativa alla salute, ivi compresa la salute sessuale e riproduttiva”.

70. Il Patto Internazionale delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici del 16 dicembre 1966 comprende le seguenti disposizioni:

Articolo 18

“1. Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione. Tale diritto include la libertà di avere o di adottare una religione o un credo di sua scelta, nonché la libertà di manifestare, individualmente o in comune con altri, e sia in pubblico sia in privato, la propria religione o il proprio credo nel culto e nell'osservanza dei riti, nelle pratiche e nell'insegnamento.

(...)

3. La libertà di manifestare la propria religione o il proprio credo può essere sottoposta unicamente alle restrizioni previste dalla legge e che siano necessarie per la tutela della sicurezza pubblica, dell'ordine pubblico e della sanità pubblica, della morale pubblica o degli altrui diritti e libertà fondamentali”.

...

71. La Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna del 18 dicembre 1979 comprende le seguenti disposizioni:

Articolo 12:

“Gli Stati firmatari adotteranno tutte le misure del caso per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di garantire loro, in condizioni di parità con gli uomini, l'accesso ai servizi sanitari, ivi compresi quelli relativi alla pianificazione familiare.

2. Fatte salve le disposizioni del comma 1 del presente Articolo, gli Stati firmatari garantiranno alle donne, durante la gravidanza, al momento del parto e dopo il parto, servizi appropriati e, se necessario, gratuiti, nonché un'alimentazione adeguata sia durante la gravidanza che durante l'allattamento”.

72. La Raccomandazione generale sulla salute delle donne n. 24, approvata nel 1999 dal Comitato per l'eliminazione della discriminazione nei confronti delle donne, nella sua ventesima sessione, sancisce che:

“11. Le misure per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne sono considerate inappropriate se un sistema di assistenza sanitaria non dispone di servizi volti a prevenire, individuare e curare malattie specificamente femminili. Si considera discriminante per uno Stato Parte il rifiutarsi di fornire legalmente alle donne determinati servizi di salute riproduttiva. Ad esempio, se i responsabili di un servizio sanitario si rifiutano di prestare tali servizi per obiezione di coscienza, si dovranno adottare misure per garantire che le donne si possano rivolgere in alternativa ad altri servizi sanitari”.

III. Unione europea

73. La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione europea del 7 dicembre 2000 sancisce che:

Articolo 10 – Libertà di pensiero, di coscienza e di religione

“1. Ogni persona ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione. Tale diritto include la libertà di cambiare religione o convinzione, così come la libertà di manifestare la propria religione o la propria convinzione individualmente o collettivamente, in pubblico o in privato, mediante il culto, l'insegnamento, le pratiche e l'osservanza dei riti.

2. Il diritto all'obiezione di coscienza è riconosciuto secondo le leggi nazionali che ne disciplinano l'esercizio”.

Articolo 35 – Protezione della salute

“Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.”

IV. Altri strumenti

74. L'Organizzazione mondiale della sanità ("OMS") – Dipartimento della Salute e della ricerca in campo riproduttivo, nella sua pubblicazione "*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*" ("Aborto sicuro: linee guida tecniche e politiche per i sistemi sanitari) (seconda edizione, 2012) indica che:

"Gli operatori sanitari a volte si astengono dal praticare l'interruzione di gravidanza sollevando un'obiezione di coscienza nei confronti della procedura, non indirizzando la donna ad un altro operatore che la pratichi. I singoli operatori sanitari hanno il diritto di sollevare obiezione di coscienza nei confronti dell'interruzione di gravidanza, ma tale diritto non consente loro di impedire o negare l'accesso a servizi di aborto legale perché ciò ritarda l'assistenza per le donne, mettendo a rischio la loro salute e la loro vita. In questi casi, gli operatori sanitari devono indirizzare la donna ad un operatore non-obiettore e preparato per praticare l'intervento o verso un'altra struttura sanitaria facilmente accessibile, in conformità alla legislazione nazionale. Ove ciò non sia possibile, l'operatore sanitario obiettore deve provvedere a praticare un aborto sicuro per salvare la vita della donna e prevenire lesioni gravi per la sua salute. Le donne che si presentano con complicanze derivanti da un aborto non sicuro o illegale devono essere trattate con urgenza e con rispetto, come qualsiasi altro paziente in situazione di emergenza, senza comportamenti punitivi, parziali o caratterizzati da pregiudizi (cfr. anche il Capitolo 4)."

(cfr. Capitolo 3.3.6 - Obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari) .

IN DIRITTO

L'AMMISSIBILITA' DELLA LEGGE

Con riferimento alle condizioni di ammissibilità stabilite dal Protocollo e dalle Norme del Comitato

75. Il Comitato rileva che, ai sensi dell'Articolo 4 del Protocollo, che è stato ratificato dall'Italia il 3 novembre 1997 ed è entrato in vigore nei confronti di questo Stato il 1° luglio 1998, l'istanza è stata presentata per iscritto e riguarda gli Articoli 1, 2, 3, 11, 26 e l'Articolo E della Carta, disposizioni accettate dall'Italia quando ha ratificato questo trattato il 5 luglio 1999 ed alle quali è vincolata a seguito dell'entrata in vigore della Carta il 1 settembre 1999.

76. Inoltre, sono indicate le motivazioni alla base dell'istanza.

77. Il Comitato rileva che la CGIL invita il Comitato a determinare se gli Articoli 21 e 22 della Carta sono rilevanti per le circostanze dell'istanza. Sostiene che i principi in essi incarnati dovrebbero essere attuati anche nel settore pubblico, nella misura in cui prevedono la tempestiva consultazione dei lavoratori.

78. Il Comitato ricorda che l'Articolo 21 garantisce il diritto dei lavoratori di essere informati e consultati in seno all'impresa, e che l'Articolo 22 garantisce il diritto di partecipare alla determinazione ed al miglioramento delle condizioni di lavoro e dell'ambiente di lavoro.

79. Il Comitato ricorda inoltre che, ai sensi della Parte II dell'Annesso alla Carta, ai fini dell'applicazione degli Articoli 21 e 22, il termine "impresa" sarà interpretato nel senso di "un insieme di beni materiali ed incorporei, avente o non personalità giuridica, destinato alla produzione di beni o alla prestazione di servizi a scopo economico e che dispone di potere decisionale per quanto riguarda il suo comportamento sul mercato".

80. Pertanto il Comitato sottolinea che, anche se gli Articoli 21 e 22 si possono applicare ai lavoratori delle imprese statali, ai dipendenti pubblici nel loro complesso non si applicano tali disposizioni (Conclusioni XIII-5, del 1997, Norvegia, pag. 288, Protocollo aggiuntivo, Articolo 2; Consiglio europeo dei sindacati di polizia contro Portogallo (n. 40/2007), decisione sul merito del 23 settembre 2008, § 42;.. Consiglio europeo dei sindacati di polizia contro Portogallo (n. 60 / 2010), decisione sul merito del 17 ottobre 2011, §36).

81. Le ragioni di cui sopra inducono il Comitato a concludere che la partecipazione dei medici che operano nel settore pubblico alla determinazione ed al miglioramento delle loro condizioni di lavoro e dell'ambiente di lavoro non rientra nell'ambito di applicazione degli Articoli 21 o 22 della Carta. In ogni caso la CGIL non ha sostenuto che siano stati violati gli Articoli 21 e 22. Pertanto, il Comitato ritiene che l'istanza non si estende agli Articoli 21 e 22.

82. Il Comitato osserva che la CGIL è un'organizzazione sindacale nazionale che rappresenta, tra l'altro, i lavoratori del settore pubblico. Conta circa 6 milioni d'iscritti. Sulla base delle informazioni a sua disposizione, il Comitato ritiene che, in conformità all'Articolo 1 c) del Protocollo, la CGIL sia un'organizzazione sindacale nazionale rappresentativa ai fini della procedura per le azioni collettive.

83. L'istanza è firmata da Susanna Camusso, Segretario generale della CGIL che, ai sensi dello Statuto, ha diritto di rappresentare l'organizzazione istante. Pertanto il Comitato ritiene che sia soddisfatta la condizione di cui all'Articolo 23.

Con riferimento all'eccezione d'inammissibilità sollevata dal Governo

84. Per quanto riguarda l'argomentazione del Governo che non sono stati esperite ed esauriti i rimedi e le vie di ricorso interne con riferimento all'istanza relativa ai diritti del lavoro, il Comitato ricorda che né il Protocollo né le Norme richiedono che si esperiscano ed esauriscano i rimedi nazionali quale *condicio sine qua non* per avviare un'azione collettiva. Pertanto respinge questa eccezione di ammissibilità (*Syndicat des Agrégés de l'Enseignement Supérieur* (SAGES) contro Francia, (n. 26/2004), decisione sull'ammissibilità del 12 luglio 2004, § 12; European Roma Rights Centre (ERRC) contro Bulgaria (n. 31/2005), sentenza sull'ammissibilità del 10 ottobre 2005, §10).

85. Per questi motivi, il Comitato dichiara ammissibile l'istanza.

NEL MERITO

PARTE I: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 11§1 DELLA CARTA

86. L'articolo 11 della Carta recita come segue:

Article 11 – Diritto alla protezione della salute

Parte I: " Ogni persona ha diritto di usufruire di tutte le misure che le consentano di godere del miglior stato di salute ottenibile".

Parte II: "Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare, sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare:

1. ad eliminare per, quanto possibile le cause di una salute deficitaria;
[...]."

87. L'Articolo G della Carta recita come segue:

Articolo G –Restrizioni

"1. 1 I diritti ed i principi enunciati nella Parte I, quando effettivamente attuati, e l'esercizio effettivo di tali diritti e principi come previsto nella Parte II non saranno oggetto di restrizioni o limitazioni non specificate nelle Parti I e II, ad eccezione di quelle stabilite dalla legge e che sono necessarie, in una società democratica, per garantire il rispetto dei diritti e delle libertà altrui o per proteggere l'ordine pubblico, la sicurezza nazionale, la salute pubblica o il buon costume.

2. Le restrizioni, consentite in virtù della presente Carta, ai diritti ed agli obblighi ivi riconosciuti saranno applicate soltanto per gli scopi per le quali sono state previste".

A – Argomentazioni delle parti

88. Le argomentazioni delle parti sono qui presentate nell'ordine in cui è stata registrata la relativa documentazione.

1. Argomentazioni dell'organizzazine istante

89. In linea generale, la Cgil ritiene che la Legge 194/1978 sancisca "un equilibrio tra i diritti delle donne (in primo luogo il diritto alla vita, il diritto alla salute e il diritto all'autodeterminazione con riferimento alle loro scelte riproduttive in materia di interruzione di gravidanza) e quelli del personale medico (il diritto di sollevare obiezione di coscienza con le modalità e nei tempi stabiliti dall'Articolo 9 della [succitata] Legge) garantendo che nessun diritto di queste due categorie sia mai sacrificato, eccetto i casi in cui vi sia un pericolo imminente per la vita di una donna ...".

90. Per quanto riguarda l'obiezione di coscienza, la CGIL rileva che "l'articolo 9 ... sia di particolare importanza dato il suo scopo è quello di concedere ai medici ed al personale che svolge attività ausiliarie la possibilità di sollevare obiezione di coscienza. ...

Pertanto si è stabilito uno strumento per la tutela della libertà di coscienza dei medici". Con riferimento alla tutela della salute, sottolinea che " il diritto di accesso delle donne alle procedure d'interruzione della gravidanza può essere esercitato soltanto negli ospedali in cui medici non-obiettori sono presenti in misura sufficiente a soddisfare la domanda di questi servizi".

91. A tale riguardo, la CGIL ricorda che, ai sensi dell'articolo 9§4, sono necessari ospedali e cliniche autorizzate per garantire che vengano soddisfatte tutte le richieste d'interruzione di gravidanza presentate in conformità alle procedure (stabilite agli Articoli 5, 7 ed 8 della legge). Sottolinea altresì che le regioni devono verificare e garantire l'attuazione di questo requisito, anche tramite misure di mobilità del personale.

92. La CGIL sottolinea il fatto che la Corte Costituzionale italiana ha ritenuto che la legge n 194/1978 sia di "sostanza costituzionalmente necessaria" (cfr. le sentenze n. 26 e 35 del 1997) e che le sue "disposizioni fondamentali non possano essere modificate o rese inefficaci senza violare le corrispondenti disposizioni specifiche della Costituzione (o altre leggi costituzionali)"(cfr sentenza n. 16 del 1978).

93. La CGIL ritiene che, pur prevedendo una gamma di misure volte a garantire accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza, l'Articolo 9§4 non sia adeguatamente formulato in quanto non specifica i mezzi concreti con cui tali misure devono essere messe in atto. L'organizzazione sindacale afferma che "in pratica, l'elevato numero di medici obiettori impedisce la piena attuazione della legislazione, [per mancanza di] mezzi concreti che garantiscano che vi sia un numero sufficiente di medici non-obiettori in ciascun ospedale".

94. Considerato quanto sopra, la CGIL sostiene che, a causa di carenze della legislazione, le misure adottate dagli ospedali interessati e le iniziative intraprese dalle autorità regionali "siano insufficienti e non idonee a garantire il conseguimento degli obiettivi della Legge 194 con riferimento alle interruzioni di gravidanza". La CGIL ritiene che "le soluzioni [attuare dalle autorità competenti] si siano rivelate insufficienti e non idonee a garantire l'attuazione della Legge 194 e pertanto a garantire l'efficace ed effettiva tutela dei diritti delle donne che desiderano interrompere la gravidanza".

95. A tale riguardo, si specifica che, in molti casi, hanno fatto ricorso a personale esterno non-obietto. Per la CGIL questa soluzione, che sembra garantire il servizio richiesto, vale a dire l'interruzione di gravidanza, "può essere considerata come avente ovvi limiti connessi al fatto che non riescono a garantire la continuità dell'assistenza sanitaria". Si menziona il fatto che, in altri casi, gli ospedali hanno raggiunto accordi con cliniche e case di cura. La CGIL ritiene che "la conclusione di accordi con strutture private mini alla base le fondamenta stesse del servizio pubblico di cui alla Legge n. 194" e che "piuttosto che risolvere il problema della carenza di personale, lo stiano eludendo."

96. Su queste basi, la CGIL giunge alla conclusione che l'Articolo 11 della Carta non viene attuato in maniera soddisfacente, dal momento che le carenze nell'applicazione dell'Articolo 9§4 non consentono di garantire l'efficace ed effettivo esercizio del diritto delle donne ad avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza.

97. Secondo la CGIL, questa conclusione si basa principalmente sui dati statistici che mostrano che gli ospedali pubblici non dispongono di una quantità sufficiente di personale medico non-obiettore. Indica che questi dati si possono ritrovare nei rapporti ufficiali sull'attuazione della legge, che il Ministero della Salute presenta ogni anno al Parlamento. A tale riguardo, fa riferimento alle informazioni fornite nei rapporti pubblicati dal Ministero tra il 2005 ed il 2011, relativi agli anni 2003-2009.

98. Confrontando i dati contenuti nei rapporti, la CGIL rileva un aumento del numero di obiettori di coscienza in tre categorie professionali (cfr. la successiva tabella):

	GINECOLOGI	ANESTESISTI	Personale paramedico
Rap. ministeriale 2011(dati 2009)	70,7%	51,7%	44,4%
Rap. ministeriale 2010 (dati 2008)	71,5%	52,6%	43,3%
Rap. ministeriale 2009 (dati 2007)	70,5%	52,3%	40,9%
Rap. ministeriale t2008 (dati 2006)	69,2%	50,4%	42,6%
Rap. ministeriale 2007 (dati 2005)	58,7%	45,7%	38,6%
Rap. ministeriale 2006 (dati 2004)	59,5%	46,3%	39,1%
Rap. ministeriale 2005 (dati 2003)	57,8%	45,7%	38,1%

99. Per quanto riguarda il rapporto del 2011, la CGIL cita le seguenti informazioni:

“Nel 2009 si è rilevata una stabilizzazione dell'obiezione di coscienza tra ginecologi ed anestesisti, dopo il notevole aumento registrato negli anni precedenti. A livello nazionale, la percentuale di ginecologi obiettori è aumentata dal 58,7% del 2005 al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008 ed al 70,7% del 2009. In questi anni la percentuale di anestesisti è aumentata dal 45,7% al 51,7% e la percentuale del personale paramedico ha registrato un aumento dal 38,6% del 2005 al 44,4% del 2009. Nel Sud Italia, si registra un tasso di ginecologi superiore all'80%: 85,2% in Basilicata, 83,9% in Campania, 82,8% in Molise, 81,7% in Sicilia e 81,3% a Bolzano. Le più alte percentuali di [anestesisti] si registrano in Molise e Campania, con più del 77% ed in Sicilia con il 75.6%, mentre quelle più basse si registrano in Toscana con il 27.7% ed a Trento con il 31.8%. Nel caso del personale paramedico, le percentuali sono più basse, con un massimo di 87% in Sicilia e 82% in Molise.(...)”.

100. La CGIL fornisce anche le tabelle contenenti i dati per le tre categorie professionali interessate (ginecologi, anestesisti e personale paramedico), suddivisi per regione e per area geografica.

101. Al fine di dare prova delle difficoltà che molti ospedali incontrano nel soddisfare le richieste d'interruzione di gravidanza, considerato il numero elevato di obiettori di coscienza, la CGIL fa riferimento alle situazioni riscontrate in vari ospedali nelle seguenti regioni: Lombardia, Marche, Sicilia, Abruzzo e Puglia. La maggior parte di queste informazioni sono ripetute ed ulteriormente approfondite nella replica della CGIL al Governo sul merito dell'istanza, come qui di seguito definita.

2. Argomentazioni del Governo con riferimento al merito dell'istanza

102. Secondo il Governo, l'interpretazione che la CGIL dà della situazione con riferimento agli Articoli 11 ed E della Carta "... ne distorce il significato e mette a repentaglio la salute e la vita delle donne, in quanto vuole che esse siano assistite esclusivamente da medici non-obiettori, che facilitano le interruzioni di gravidanza senza verificare lo stato fisico e psicologico delle donne".

103. Il Governo sostiene che la situazione non è incompatibile con la Carta per i seguenti motivi:

a) lo Stato ha introdotto ogni misura pratica e legislativa per applicare la Legge 194/1978 a beneficio delle donne ed a sostegno del loro diritto all'interruzione di gravidanza;

b) lo Stato non può limitare il numero di medici che dichiarano di essere obiettori di coscienza, nel rispetto della libertà di coscienza e di opinione, quale riconosciuta altresì dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, a norma dell'Articolo 9 della Convenzione del 1950 e degli altri strumenti internazionali (a tale riguardo, il Governo fa riferimento ai seguenti documenti: Risoluzione PACE 1763 (2010) e Raccomandazione 1518/2002; Articolo 10§2 della Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione europea ed Articolo 18 del Patto internazionale sui diritti civili e politici);

c) la legislazione italiana concilia i diritti delle donne e dei medici, dando loro la possibilità di effettuare delle scelte che siano coerenti con la loro coscienza, sulla base del principio di non-discriminazione sancito nella Carta.

104. In linea generale, il Governo ritiene che la Legge 194/1978 "garantisca un giusto e necessario equilibrio tra il diritto delle donne alla vita ed alla salute e la libertà di coscienza del personale medico e paramedico nei confronti di un'interruzione volontaria di gravidanza".

105. Il Governo rileva altresì che la Legge 194/1978 "che stabilisce le disposizioni e le misure per garantire il diritto delle donne alla salute in caso d'interruzione volontaria di gravidanza" è stata approvata in conformità al "margine di apprezzamento" previsto dall'articolo G della Carta.

106. Per quanto riguarda le argomentazioni avanzate dalla CGIL, il governo ritiene che la diminuzione del numero e del tasso di aborti mostra la qualità del lavoro effettuato dai servizi sanitari per prevenire gli aborti; secondo il Governo mostra altresì un atteggiamento positivo delle donne nei confronti del controllo delle nascite ed i risultati delle misure volte a rendere le donne più consapevoli e responsabili. A tale riguardo, il Governo indica che sono stati creati progetti specifici di prevenzione dell'aborto mirati alle donne di origine straniera, con iniziative specifiche che si concentrano sulla mediazione culturale, sulla facilitazione dell'accesso ai servizi e sulla formazione del personale.

107. Il Governo afferma che la stabilizzazione del numero di procedure urgenti (procedure effettuate senza attendere sette giorni dalla certificazione) ed il ridotto periodo di attesa tra la certificazione e la procedura chirurgica testimoniano l'efficienza dei servizi. Ritiene che l'aumento del numero di procedure eseguite a livello ambulatoriale e con degenze inferiori ad un giorno dimostrino che le donne stanno incontrando sempre meno difficoltà nell'accesso a questi servizi e che le risorse umane sono meglio gestite. Afferma che l'elevata percentuale di donne che si sottopongono ad un aborto alla decima settimana di gestazione o anche prima ed il basso tasso di complicanze – non si sono registrati decessi o gravi complicanze a seguito di interruzioni di gravidanza praticate in conformità alla Legge 194/1978 – dimostrano che ormai l'aborto non costituisce più una minaccia per la salute delle donne.

108. Per quanto riguarda l'obiezione di coscienza ed i servizi d'interruzione di gravidanza, il Governo afferma il numero di obiettori di coscienza in Italia –che è in parte compensato dalla mobilità del personale e dagli accordi con i reparti specialistici di ostetricia e ginecologia – non hanno un impatto pratico diretto sul ricorso ai servizi di interruzione di gravidanza e pertanto non influiscono sui diritti delle donne.

109. Il Governo rileva che la riduzione del numero di donne che ricorrono all'aborto è stata molto più significativa rispetto all'aumento del numero di obiettori di coscienza fra gli operatori sanitari ed il personale medico. Da questo punto di vista, al personale. Da questo punto di vista, ritiene che, negli ultimi anni, i servizi sono diventati più efficienti, sia in termini di prevenzione che di accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza, e che le operazioni sono svolte senza alcun pericolo per la salute delle donne.

110. Inoltre il Governo indica che la Legge 194/1978 ha portato ad una riduzione degli aborti clandestini.

3. Argomentazioni contenute nella replica dell'organizzazione istante alla documentazione presentata dal Governo con riferimento al merito dell'istanza

111. Per quanto riguarda le argomentazioni del Governo concernenti l'attuazione insoddisfacente dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978, la CGIL ha formulato le seguenti considerazioni:

a) la diminuzione del numero di aborti non può essere considerata segno del fatto che non vi siano problemi nell'attuazione della suddetta disposizione. La CGIL è del parere che "ciò potrebbe invece significare che il numero d'interruzioni di gravidanza sta diminuendo per il fatto che le donne non possono aver accesso ai servizi e devono ripiegare su altre soluzioni, quali ad esempio andare all'estero o praticare un aborto clandestino";

b) anche se il Ministero della Salute stima il numero di aborti illegali a circa 20.000, la cifra reale degli aborti clandestini potrebbe essere più elevata e raggiungere i 50.000. A questo proposito, si precisa che le cifre ufficiali non vengono aggiornate dal 2008 e il Ministero stesso riconosce che i dati sono sottostimati. Si sottolinea quanto sia difficile quantificare un fenomeno che, per sua natura, sfugge a qualsiasi tipo di controllo e monitoraggio. Considerato quanto sopra, la CGIL ritiene che "il fenomeno dell'aborto clandestino, in cui le donne rischiano la vita e la salute, oltre ad essere obbligate a pagare per un servizio che di solito dovrebbe essere gratuito, come sancito dalla Legge 194/1978, è strettamente connesso alla questione del nesso tra la diminuzione del numero di aborti e la presunta mancanza di problemi a causa del numero di medici che sono obiettori di coscienza";

c) le posizioni espresse nella documentazione presentata dal Governo italiano sono in contraddizione con le dichiarazioni rese dal Governo stesso, nella persona del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, a seguito della presentazione alla Camera dei Deputati di 9 mozioni sul diritto all'obiezione di coscienza nelle questioni mediche e sanitarie. In questo contesto, il Ministro ha dichiarato che "ove si è registrato un aumento o una diminuzione degli obiettori, ciò non ha sempre portato ad una situazione scevra di problemi nell'accesso ai servizi locali" (cfr. comma 61). Inoltre, la CGIL ritiene che le dichiarazioni del Ministro siano inutili ", in quanto basate sulla semplice idea che sia sufficiente controllare l'applicazione della Legge 194/1978 e che pertanto non possano essere considerate come posizioni efficaci in grado di portare ad un cambiamento della situazione con riferimento all'applicazione della relativa legge".

112. A seguito di queste considerazioni, per quanto riguarda le altre affermazioni contenute nella documentazione presentata dal Governo, la CGIL fornisce informazioni dettagliate sulle difficoltà di attuazione della Legge 194/1978 e le conseguenze negative per la tutela della salute delle donne interessate. Questa informazione è basata su alcuni di documenti allegati alla sua replica. La CGIL specifica che le informazioni fornite non costituiscono un esame completo di tutti gli ospedali, cliniche o consultori italiani.

113. A questo proposito, rileva che:

a) i rapporti annuali del Ministero della Salute per l'attuazione della suddetta legge non contengono informazioni specifiche sul numero di aborti richiesti per ciascun ospedale;

b) la richiesta di LAIGA - *Libera Associazione Italiana ginecologi per l'Attuazione della Legge 194* - che l'ISTAT fornisca un elenco di tutte le strutture è stata rifiutata e pertanto non è stato possibile effettuare analisi sul nesso tra richieste d'interruzione di gravidanza e numero di medici non- obiettori chiamati ad effettuare questo tipo d'intervento;

c) in ogni caso, il numero di richieste non può essere preso in considerazione, in quanto non sono registrate nei casi in cui la donna è obbligata a trovare un altro ospedale o a cercare una diversa soluzione in considerazione della difficoltà di accesso a detto intervento.

114. Inoltre la CGIL ritiene che i casi di donne obbligate a rivolgersi ad altre strutture sfuggono necessariamente a questo tipo di indagine, poiché non resta alcuna traccia delle loro richieste quando non ricevono un'assistenza adeguata. Cita anche il fatto che, come indicato in una delle mozioni approvate dal Parlamento italiano nel giugno del 2013, nella situazione attuale è virtualmente impossibile verificare se le donne che si ritirano da una lista d'attesa lo facciano in quanto hanno effettivamente cambiato idea o perchè, visto che il tempo di attesa si allunga, hanno deciso di fare ricorso ad un aborto clandestino.

115. La CGIL fa riferimento alle informazioni fornite nella relazione sui casi di insoddisfacente applicazione della Legge 194/1978 redatta nel 2013 dalla Dott.ssa Silvana Agatone, Presidente di LAIGA. Questo documento, che è anche allegato alla replica della CGIL alla documentazione presentata dal Governo, contiene la seguente dichiarazione:

“(...) La Legge [n. 194/1978] viene ampiamente ignorata e (...) in molti ospedali è impossibile farsi praticare un'interruzione di gravidanza. (...) Non vi sono fonti ufficiali affidabili e facilmente reperibili che forniscano elenchi aggiornati degli ospedali in cui possono essere effettuate interruzioni di gravidanza legalmente autorizzate né un elenco delle unità ginecologiche in cui vengono praticate. In breve, è impossibile controllare dove è possibile effettuare interruzioni di gravidanza. (...) Pertanto [LAIGA] ha iniziato ad indagare(...), ospedale per ospedale, utilizzando le informazioni trovate in alcuni siti web non ufficiali (...), al fine di trovare una risposta alla nostra domanda: l'Articolo 9 della Legge 194 è applicato in pratica? (...) I risultati della nostra indagine sono riassunti nella tabella che segue. Data l'enorme difficoltà di ottenere dati ufficiali, andrebbe rilevato che queste informazioni non sono esaustive, ma danno una qualche idea del problema”.

116. La suddetta relazione indica che " (...) non tutti gli ospedali praticano le interruzioni di gravidanza, violando pertanto l'Articolo 9 della Legge 194 (...)". Un elenco di 45 ospedali in cui, anche se esiste un'unità ginecologica, le interruzioni di gravidanza non possono essere praticate, è fornito dal Presidente di LAIGA (regioni interessate: Lazio, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Sicilia, Sardegna, Puglia), i.e.:

Azienda Ospedaliera Universitaria S. Andrea, Policlinico Universitario Tor Vergata (Roma), Ospedale Acquapendente (Viterbo), Ospedale Andosilla (Civita Castellana), Ospedale Belcolle (Viterbo), Ospedale S. Camillo De Lellis(Rieti),Ospedale Umberto 1° (Frosinone), Ospedale S. Benedetto (Alatri), Ospedale di Velletri, Ospedale Maggiore della Carità (Novara),Ospedali Riuniti S. Lorenzo Varmagnola, Ospedale di Camposampiero (Torino), Ospedale Castelli(Verbania), Ospedale Portogruaro (Verona), Ospedale di Belluno, Ospedale di Bassano, Ospedale di Gorizia, Ospedale di Jesi, Ospedale di Fano, Ospedale di Fermo, Ospedali Civili di Brescia, Ospedale S. Maria delle Stelle Melzo, Ospedale di Cernusco, Ospedale di Carate,Ospedale di Gallarate, Ospedale di Gorgonzola, Ospedale di Angera, Ospedale-di Treviglio e Caravaggio, Ospedale di Como, Ospedale di Cantu', Ospedale di Monza, Ospedale di Melzo S. Maria delle Stella, Ospedale di Sassuolo,Ospedale Franchini-Montecchio Reggio Emilia, Ospedale di Ponte Annicari, Ospedale di Lipari, Ospedale Muscatello (Augusta), Ospedale di Bosa, Ospedale di Ozieri, Regione, Ospedale San Paolo (Bari),Ospedale Perrino (Brindisi), Ospedale di Venere,Ospedale di Bitonto,Ospedale di Bisceglie, Ospedale di Fasano.

117. Per quanto riguarda la situazione del personale medico che effettua procedure di interruzione di gravidanza, la CGIL ritiene che il rapporto del Presidente di LAIGA fornisca "dati completi" con riferimento alla Regione Lazio. A questo proposito, il Presidente di LAIGA afferma che: "In questa regione, su un totale di 391 ginecologi collegati ad unità ospedaliere, solo 33 sono non-obiettori ed eseguono interruzioni di gravidanza; pertanto il 91,3% dei ginecologi nel Lazio sono obiettori di coscienza". Per quanto riguarda le altre regioni (Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Abruzzo, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna), il rapporto fornisce dati che indicano che in almeno 38 ospedali non ci sono ginecologi non-obiettori o ve ne è soltanto uno. Secondo le informazioni fornite, gli ospedali in questa situazione sono i seguenti:

Ospedali Riuniti (Borgomanero), Bronihospital (Stradella), Ospedale Civile (Sondrio),Ospedale Civile (Cavalesse), Ospedale Civile (Bassano),Ospedale S.Spirito, Policlinico Umberto I, A.O.S. Andrea (Roma), San Paolo hospital (Civitavecchia), Paro di Dellinohospital(Colleferro), Gonfalone hospital (Monterotondo), Coniugi Bernardini hospital Palestrina), Paolo Colombo hospital (Velletri), S. Maria Goretti hospital (Latina), Ospedale Civile (Formia), Ospedale Civile (Frosinone), SS Trinità hospital (Sora), S. Benedetto hospital (Alatri), S.Scolastica hospital (Cassino), Belcolle hospital (Viterbo), Ospedale Civile (Tarquinia), Ospedale Civile S. Anna (Ronciglione), Ospedale Civile (Rieti), ASL 2 Chieti (Ortona), ASL 3 Chieti (Chieti), ASL SA (Eboli), Potenza hospital (Chiaromonte), Ospedale Civile Locri, ASP Catanzaro, Ospedale Civile Cosenza, ASPS (Locri), Ospedale Civile (Cetraro), ASP 9 (Trapani), Microcitemico hospital (Cagliari), Ospedale Civile (Bosa), Ospedale Civile (Ozieri),Ospedale Civile (Businco).

118. A tale riguardo, nel suo rapporto il Presidente di LAIGA dichiara:

"Nella maggior parte degli ospedali vi è uno squilibrio tra il numero totale di ginecologi e il numero totale di medici non-obiettori, in quanto vi è un'altissima percentuale di obiettori. Molte strutture non forniscono il servizio in quanto non hanno personale. Ma anche quando vi è un solo non-obietttore vi sono enormi problemi, vale a dire:

- tempi di attesa più lunghi, con maggiori rischi connessi alla procedura. Vi sono numerosi casi di interruzione di gravidanza effettuate nel termine legale, che è pari a circa 12 settimane;
- maggiori rischi occupazionali per i ginecologi non-obiettori: i tempi di attesa più lunghi (in molti casi più di 3-4 settimane dal rilascio del certificato all'effettivo intervento d'interruzione di gravidanza) costringono i medici ad adottare scarse pratiche cliniche:

- riduzione del tempo disponibile per ciascun paziente durante la procedura d'interruzione di gravidanza, a scapito della tutela della paziente dell'informazione e dell'assistenza sociale;
- - spostamenti delle pazienti verso altre province o regioni, o anche in altri paesi (molte interruzioni di gravidanza oltre il novantesimo giorno a causa di una patologia del feto vengono assorbite dagli ospedali dei paesi confinanti in Francia, Spagna e Regno Unito);
- - se il personale non-obiettore è in vacanza, il servizio d'interruzione di gravidanza è sospeso (ad esempio, a Bari, quando l'unico ginecologo non-obiettore va in vacanza, la prescrizione del farmaco abortivo RU-486 è interrotta, ed il numero verde telefonico gratuito per informazioni ed appuntamenti cessa di essere operativo);
- - se i medici non-obiettori sono malati, il servizio è sospeso. Ad esempio, a Monterotondo, l'unico ginecologo non-obiettore ha avuto un incidente d'auto: è ancora in congedo per malattia e dalla data del suo incidente (novembre 2012) il servizio è stato sospeso. Anche a Frosinone, quando il ginecologo è in congedo per malattia, il servizio viene interrotto;
- - se l'unico medico non-obiettore va in pensione, l'unità viene chiusa, come è avvenuto a Jesi, ad esempio;
- - se i medici non-obiettori muoiono, il servizio è sospeso: a Napoli l'unico ginecologo non obiettore è morto, ma la conseguente sospensione del servizio ha portato a proteste della popolazione che hanno reso necessario reclutare un ginecologo a tal fine.”

119. Sulla base dei dati e delle considerazioni contenuti nella succitata relazione, La CGIL fornisce informazioni specifiche sulle difficoltà di attuazione della Legge 194/1978 a livello regionale. Esse si basano su diverse fonti, i.e. testimonianze dirette, dati forniti dalle agenzie regionali della CGIL, articoli di stampa, libri, blog, forum, ecc. Queste informazioni si riferiscono allo stato di applicazione dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978 in relazione a diversi ospedali italiani, case di cura e consultori. I relativi documenti sono allegati alla replica alla documentazione presentata dal Governo.

120. La CGIL fornisce anche ulteriori informazioni provenienti da diverse fonti. Queste informazioni si riferiscono allo stato di attuazione dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978 in vari ospedali, case di cura e consultori italiani. Questo materiale corrisponde alle informazioni fornite dall'istante interessato in IPPF IT contro Italia (IPPF EN contro Italia (n.87/2012), decisione nel merito del 10 settembre 2013, commi 112 -151).

121. Con riferimento ai dati raccolti nel documento fornito da LAIGA, la CGIL fa riferimento ai casi di centri sanitari stranieri in Francia, Svizzera, Regno Unito e Slovenia che, nel periodo 2010-2012, hanno convenuto di fornire servizi connessi all'interruzione di gravidanza alle donne che non avevano potuto avere accesso alle procedure d'interruzione di gravidanza in Italia. La CGIL rileva altresì il fenomeno delle donne che 'migrano' da un ospedale all'altro, nonché da una regione italiana all'altra, al fine di poter praticare un'interruzione di gravidanza.

4. Argomentazioni addotte dal Governo nella sua ulteriore replica

122. Il Governo respinge tutte le argomentazioni addotte dalla CGIL riguardanti i punti sollevati nella documentazione da essa presentata sul merito dell'istanza. Ritiene che le argomentazioni dell'organizzazione istante non siano affatto nuove, che siano infondate ed ingiustificate, e che, con riferimento ai dati relativi all'applicazione della Legge 194/1978, non prendano in considerazione le analisi fornite.

123. Il Governo sottolinea che l'istanza si limita a mostrare il numero limitato, o addirittura la completa mancanza di medici non-obiettori nelle strutture sanitarie, che impedisce presumibilmente alle donne di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza.

124. Il Governo allega alle sue ulteriori osservazioni il rapporto pubblicato dal Ministero della Salute nell'ottobre del 2013 concernente l'attuazione della succitata Legge.

B – Ulteriori informazioni fornite dalle Parti su richiesta del Comitato

1. Il Governo

125. Per quanto riguarda il merito dell'istanza, dopo aver ribadito una serie di punti già sollevati nelle sue osservazioni, il Governo fa riferimento "alle misure attualmente in corso di adozione in Italia sulla questione considerata".

126. A questo proposito segnala che, nel mese di giugno 2013, il Ministero della Salute convocava un "Tavolo tecnico per la piena applicazione della Legge 194/1978", con la partecipazione delle regioni e dell'Istituto Superiore di Sanità.

127. Il Governo spiega che questo "Tavolo" è incaricato di effettuare il monitoraggio a livello nazionale delle attività d'interruzione di gravidanza e la misura in cui viene esercitato il diritto all'obiezione di coscienza da parte dei ginecologi che lavorano nelle strutture pubbliche e private e nei consultori.

128. Afferma che le attività di monitoraggio hanno rivelato che "non esiste alcun conflitto fra i servizi d'interruzione volontaria di gravidanza ed i punti nascita. A questo proposito, fa riferimento al relativo capitolo del rapporto del Ministero della Salute sull'applicazione della Legge 194/1978 presentato in Parlamento nell'ottobre 2014 (pagine 43-48). Questo documento è allegato al predetto documento che fornisce le ulteriori informazioni.

129. Il Governo precisa che il suddetto "Tavolo" si è riunito il 14 gennaio 2015 "per proseguire la sua attività di controllo, il cui obiettivo è quello di fornire un livello di coordinamento e confronto a livello nazionale per la piena applicazione della Legge 194/1978". Afferma altresì che, a questo scopo, il Ministero della Salute ha finanziato un progetto volto, fra l'altro, ad organizzare un corso di formazione nel mese di ottobre 2015 per i funzionari regionali incaricati di monitorare eventuali situazioni critiche che si verificano in relazione all'interruzione di gravidanza ed all'obiezione di coscienza.

130. Da ultimo, il Governo afferma che sta monitorando ogni situazione relativa alla questione sollevata dalla CGIL nell'interesse delle persone coinvolte, vale a dire le donne ed i medici, ma soprattutto i bambini mai nati, al fine di ... tutelare i loro diritti."

2. L'organizzazione istante

131. Nella sua risposta alla richiesta del Comitato, la CGIL fa riferimento in primo luogo alla decisione sul merito del 10 settembre 2013, International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) contro Italia (n. 87/2012).

132. La CGIL osserva che, in questa decisione, il Comitato ha ritenuto che le informazioni fornite dall'IPPF EN ed i documenti approvati dal Senato e dalla Camera dei Deputati comprovassero l'esistenza di gravi problemi.

133. Per quanto riguarda la violazione del suddetto Articolo, la CGIL chiede al Comitato di confermare l'analisi e la conclusione contenuta nella suddetta decisione.

134. La Cgil rileva inoltre che, con riferimento a tale decisione, il 30 aprile 2014 il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha adottato una specifica risoluzione [Risoluzione CM/ResChS (2014) 6] in cui il Comitato dei Ministri:

124. :

- prende atto della dichiarazione resa dal Convenuto e delle informazioni comunicate sui seguiti della sentenza del Comitato europeo dei Diritti sociali ed accoglie con favore il suo impegno a rendere la situazione conforme alla Carta (cfr. l'appendice alla Risoluzione);
- attende con urgenza le rilevazioni italiane, al momento della presentazione del prossimo rapporto riguardante le relative disposizioni della Carta Sociale europea modificata, per avere conferma della piena conformità della situazione..

135. La CGIL rileva che nella succitata dichiarazione, pubblicata in allegato alla Risoluzione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, il Governo, dopo aver indicato di aver preso atto della Decisione del Comitato, ha affermato di considerarla:

"(Uno) stimolo a migliorare l'applicazione della Legge 194/1978."

136. Con riferimento alle iniziative adottate al fine di valutare l'impatto dell'obiezione di coscienza, la CGIL rileva che il Governo ha informato il Comitato dei Ministri del fatto che:

" (...) Nel giugno 2013, il Ministero della Salute ha aperto un "Tavolo tecnico" chiamando gli Assessori regionali, nominati per supervisionare la Gestione della Salute negli enti di governo regionale, a raccogliere dati al fine di valutare l'impatto degli obiettori di coscienza a livello locale."

137. Con riferimento a queste iniziative, la CGIL rileva che il Governo non ha adottato alcuna misura positiva per affrontare i problemi relativi all'applicazione dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978.

138. In questo contesto, La CGIL osserva che il rapporto sull'attuazione della suddetta Legge, pubblicato nell'ottobre del 2014, non fa riferimento alla decisione del Comitato in IPPF EN contro Italia, né alla relativa Risoluzione del Comitato dei Ministri, né ad eventuali misure adottate dal Ministero per porre rimedio all'applicazione carente dell'Articolo 9§4, come rilevato dal Comitato nella suddetta decisione.

139. Con riferimento alla parte del rapporto del Ministero della Salute dedicato all'obiezione di coscienza, nell'integrare le informazioni fornite nella sua istanza (per il periodo 2003- 2009), la CGIL fa riferimento ai dati sui livelli di obiezione di coscienza tra medici e personale paramedico per il periodo 2010-2012.

140. A questo proposito, rileva che nel caso dei ginecologi la percentuale di obiettori è aumentata dal 69,3% del 2010 al 69,6% del 2012 mentre, nel caso degli anestesisti la cifra è diminuita dal 50,8% del 2010 al 47% del 2012; per il personale paramedico che è passata dal 38,6% del 2005 al 45% del 2012. La CGIL rileva altresì notevoli differenze fra regioni: nel caso dei ginecologi, percentuali superiori all'80% si registrano nelle seguenti regioni: Molise (90,3%), Basilicata (89,4%), Provincia autonoma di Bolzano (87,3%), Sicilia (84,5%), Lazio (81,9%), Campania (81,8%) ed Abruzzo (81,5%). Nel caso degli anestesisti, le percentuali più elevate si registrano in Molise (78,3%), Sicilia (77,4%), Lazio (71,5%) e Calabria (71,3%). Nel caso del personale paramedico, i picchi si registrano in Molise (90,1%) e Sicilia (80,9%).

141. Dopo aver preso atto di questi dati, la CGIL fa riferimento al capitolo del rapporto sui risultati del monitoraggio *ad hoc* d'interruzioni di gravidanza ed obiezione di coscienza.

142. La CGIL osserva che questo capitolo si riferisce ai risultati delle attività di monitoraggio in merito all'impatto dell'obiezione di coscienza nei servizi d'interruzione di gravidanza forniti dai ginecologi, effettuate dal Ministero della Salute nelle regioni fra dicembre 2013 e giugno 2014. La CGIL sottolinea che queste attività sono state attuate sulla base degli impegni assunti dal Governo, in risposta alle mozioni adottate dalla Camera dei Deputati e dal Senato nel giugno del 2013, al fine d'individuare potenziali carenze.

143. Per quanto riguarda le ragioni delle attività ministeriali di monitoraggio, la CGIL fa anche riferimento alle considerazioni su queste questioni definite nella Risoluzione approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati il 6 Marzo 2014 (questo documento è allegato alla replica della CGIL al Comitato).

144. Con riferimento ai dati risultanti dalle attività di monitoraggio, la CGIL sottolinea che, come riconosciuto dal Governo, le cifre fornite sono talvolta incomplete. A tale proposito, la CGIL rileva che la percentuale di personale non-obiettoe potrebbe

essere sottostimata (secondo la CGIL il numero di obiettori è molto più alto). Al fine di comprovare tale affermazione, la CGIL fa riferimento alle considerazioni formulate nella suddetta Risoluzione della Camera dei Deputati:

“Secondo il rapporto ministeriale, la percentuale totale di personale non-obiettore è ritenuta sufficiente rispetto al numero totale di procedure di interruzione di gravidanza; le eventuali difficoltà di accesso a dette procedure sembrano essere il risultato di un’inadeguata distribuzione del personale fra le strutture sanitarie delle regioni.

Una verifica è necessaria in quanto le statistiche sul numero dei non-obiettori potrebbe essere sovrastimata poiché, dato che non vi è alcun obbligo di informare le autorità sanitarie competenti della decisione di sollevare obiezione di coscienza, tutti i ginecologi che non hanno mai sollevato obiezione di coscienza semplicemente perché il loro ruolo istituzionale non comporta l’esecuzione di interruzioni volontarie di gravidanza potrebbero essere considerati non-obiettori.”

145. Per quanto riguarda le osservazioni fatte dal Ministero in questo capitolo, la Cgil avanza le seguenti argomentazioni:

a) si deve respingere la conclusione che la copertura del territorio nazionale da parte delle strutture che forniscono i servizi d’interruzione di gravidanza (di seguito definiti "centri d’interruzione di gravidanza") è più che sufficiente per il fatto che il numero di dette strutture rappresenta meno del 30% del numero totale di ospedali con un reparto di ostetricia e ginecologia soltanto in due piccole regioni. La CGIL ritiene che nel giungere a questa conclusione il Ministero non abbia verificato se il numero di centri d’interruzione di gravidanza sia in pratica sufficiente in relazione alla domanda d’interruzioni di gravidanza. A tale riguardo, la CGIL sottolinea che gli ospedali interessati non registrano le richieste d’interruzione di gravidanza che non possono essere soddisfatte a causa della carenza di personale non-obiettore;

b) chiede anche di respingere la conclusione del Ministero per cui i centri di interruzione di gravidanza sono più che sufficienti rispetto al numero di interruzioni di gravidanza praticate dato che in primo luogo, nel 2012 ed a livello nazionale, il rapporto tra nascite ed interruzioni di gravidanza era di 4,9/ 1 e che quello tra punti nascita e centri di interruzione di gravidanza era pari a 1,3/1 e che, in secondo luogo, per ogni 100.000 donne in età fertile (15-49) il rapporto fra il numero di punti nascita ed i centri di interruzione di gravidanza era pari a 1,3 /1. La CGIL ritiene evidente che il numero dei centri d’interruzione di gravidanza è più che sufficiente rispetto al numero di aborti praticati in quanto, se così non fosse, semplicemente gli aborti in questione non sarebbero stati praticati. Sostiene che la conclusione a cui si è giunti in questo capitolo non tiene conto del fatto che la presunta violazione dell'Articolo 11 della Carta riguarda interruzioni di gravidanza che non potevano essere praticate alle condizioni di cui alla Legge 194/1978 a causa di difficoltà nell’applicazione dell'Articolo 9§4 della stessa. In questo contesto, la CGIL fa riferimento alle osservazioni formulate nell’istanza in materia di aborti illegali ed al fatto che la mancanza di personale non-obiettore obbliga alcune donne, che hanno deciso di ricercare la possibilità di farsi praticare un aborto alle condizioni sancite dalla legge, a spostarsi in altre regioni dove possono, potendoselo permettere, pagare per vedersi praticata la procedura in una struttura privata.

C-Informazioni fornite dalle Parti all'audizione tenutasi il 7 settembre 2015

1. Il Governo

146. Il Governo richiama alcune delle informazioni già fornite. In questo contesto, ricorda che dal 1982 il numero d'interruzioni di gravidanza si è praticamente dimezzato, essendo calato del 45%, sia in termini assoluti che rispetto agli indicatori calcolati in relazione alla popolazione femminile in età riproduttiva (rapporti e tassi di aborto), mentre il problema degli aborti illegali e della conseguente altissima mortalità materna è stato eliminato. Secondo il Governo il numero di ginecologi che effettuano interruzioni di gravidanza è costante ed il numero di aborti a settimana è stato dimezzato.

147. Tuttavia, il governo indica che, nonostante questi positivi sviluppi, a titolo di follow-up agli impegni assunti dal Ministro della Salute durante il dibattito in Parlamento relativo all'applicazione della Legge 194/1978 il Ministro della Salute ha istituito un Tavolo tecnico per il monitoraggio dell'attuazione della Legge 194/1978 (cfr. il precedente comma 63). Ricorda che l'obiettivo di questo organismo è il monitoraggio della Legge sopra citata in tutto il territorio nazionale, tramite uno studio ad hoc che comprende l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte dei ginecologi, sia nelle singole strutture che nei consultori.

148. Il Governo indica che "i risultati finali" di queste attività di monitoraggio sono stati pubblicati nel Rapporto del Ministero della Salute presentato al Parlamento il 15 ottobre 2014. A questo proposito, si afferma che "come emerge dal rapporto, i dati aggregati su base regionale non mostrano criticità nell'applicazione della Legge 194 con particolare riferimento all'obiezione di coscienza ed all'accesso ai servizi". E' indicato che "al fine di continuare a garantire il coordinamento ed il dibattito a livello nazionale in relazione alla piena applicazione della Legge 194/1978, e al fine di monitorare eventuali problemi che potrebbero emergere a livello locale, il Ministero della Salute ha deciso di mantenere il Tavolo tecnico".

149. Per riassumere i dati di monitoraggio raccolti nei singoli ospedali, il Governo fa riferimento al relativo capitolo del rapporto di cui sopra. In questo quadro, richiama i parametri individuati: il parametro 1 è legato alla fornitura dei servizi di interruzione di gravidanza rispetto al numero assoluto di strutture a disposizione: a tale riguardo, il Governo giunge alla conclusione che, in base ai dati, le interruzioni di gravidanza sono praticate nel 64% delle strutture disponibili con un livello di copertura soddisfacente, ad eccezione di due piccolissime regioni. Il parametro 2 è connesso alla fornitura dei servizi di interruzione di gravidanza rispetto alla popolazione femminile in età riproduttiva e dei punti nascita: a tale riguardo, il governo indica che mentre il numero d'interruzioni di gravidanza è pari al 20% delle nascite, il numero di strutture che li praticano è pari al 74% del numero di punti nascita, vale a dire che è maggiore di quello che altrimenti sarebbe nel caso in cui fossero considerate le proporzioni fra numero d'interruzioni di gravidanza e numero di nascite. Il parametro 3 è connesso alla media settimanale d'interruzioni di gravidanza praticate dai ginecologi: a questo proposito, il Governo ritiene che le cifre mostrino che, a livello nazionale, il ginecologo esegue 1,4 interruzioni di gravidanza a settimana, una media tra un minimo di 0,4 in Valle d'Aosta ed un massimo di 4,2 nel Lazio - il che significa che, nella peggiore delle ipotesi, nel Lazio un medico non-obiettoeffettua meno di 5 interruzioni di gravidanza a settimana. Pertanto la conclusione a cui giunge il Governo è che il numero di medici non-obiettori negli ospedali è soddisfacente.

150. Il Governo ricorda che, al fine di migliorare la qualità dei dati raccolti nell'azione di monitoraggio che potrebbe contribuire a garantire la corretta attuazione della Legge 194/1978, il Ministero della Salute ha fornito finanziamenti pari a 10.000 euro per gestire un progetto di dodici mesi coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (cfr. il precedente comma 129). Il Governo ritiene che questo progetto sia un'opportunità per valutare i potenziali problemi a livello locale per quanto attiene l'applicazione della Legge 194/1978.

151. Il Governo ricorda che, sulla base dell'Articolo 9§4, le Regioni sono responsabili di far sì che la Legge 194/1978 sia attuata correttamente ed aggiunge che la Costituzione italiana attribuisce il compito di organizzare i servizi sanitari a livello locale soltanto alle Regioni. Pertanto spetta alle Regioni mobilitare il personale sanitario nel caso in cui sia distribuito in modo inadeguato a livello locale e sub-regionale. Si precisa che il Ministro della Salute può intervenire in casi specifici in cui siano stati evocati problemi tramite rilevazioni *ad hoc*. A questo proposito, il Governo informa il Comitato che nel marzo 2015 il Ministro della Salute ha firmato un decreto che istituisce un'unità di crisi permanente per il coordinamento delle misure di emergenza in caso di significativi problemi che si verificano nella fornitura dei servizi da parte del Servizio sanitario nazionale.

152. Con riferimento ai tempi di attesa fra la richiesta d'interruzione di gravidanza e l'effettuazione della procedura, il Governo rileva che l'ultimo rapporto ministeriale conferma che il tempo di attesa fra l'emissione del certificato e la procedura sta diminuendo. Il 61.5% delle donne si vedono praticare l'interruzione di gravidanza entro una settimana dalla richiesta della procedura e vi è una diminuzione del numero di coloro che devono aspettare per la procedura più di due settimane dalla richiesta. Il Governo ritiene che questa cifra confermi la tendenza per cui i tempi d'attesa per la procedura sono in costante diminuzione, e ciò è un'ulteriore indicazione del miglioramento nell'accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza.

153. Il Governo osserva che il numero di obiettori di coscienza è leggermente aumentato dal 69.2% al 69.6%, ma i tempi di attesa sono diminuiti a livello nazionale. Secondo il governo, le situazioni regionali specifiche mostrano diverse tendenze: ad esempio nel Lazio il numero di obiettori di coscienza è aumentato negli ultimi sei anni, ma i tempi di attesa sono diminuiti, ed una tendenza analoga si registra in Piemonte. D'altro canto, in Lombardia, il numero di obiettori di coscienza è diminuito, ma sono aumentati i tempi di attesa e tendenze analoghe si registrano in Umbria, Toscana e Marche. In Emilia Romagna la situazione è ancora differente: il numero di obiettori è diminuito, ma sono diminuiti anche i tempi di attesa. Il Governo giunge alla conclusione che "non vi è alcuna correlazione tra il numero di obiettori di coscienza e l'applicazione della legge: il modo in cui la legge è applicata dipende sostanzialmente dall'organizzazione regionale che è il risultato di vari fattori che naturalmente variano da una Regione all'altra, e, probabilmente, anche all'interno della stessa Regione".

154. Il Governo afferma che, nel mese di dicembre 2014, "alcuni rappresentanti del Ministero della Salute hanno incontrato i rappresentanti di LAIGA". Secondo il Governo, "ai rappresentanti di LAIGA è stato chiesto di presentare rapporti sui casi di mancata applicazione della legge e su alcuni problemi specifici individuati a livello sub-regionale". A tal proposito, si sottolinea che "non è stato presentato alcun rapporto specifico al Ministero da parte di LAIGA".

2. L'organizzazione istante

155. La CGIL afferma che lo stato di violazione quale rappresentato dal Comitato in IPPF-EN contro Italia (n. 87/2012), decisione sul merito del 10 settembre 2013, è rimasto del tutto invariato, "se non addirittura peggiorato". In particolare, l'organizzazione istante sostiene che il Governo non abbia adottato misure chiare per risolvere tutti i casi che ha debitamente portato all'attenzione del Comitato nel quadro della procedura scritta.

156. La CGIL sostiene che, in tutti gli atti ufficiali a seguito della suddetta decisione, il Governo "non ha mai fatto riferimento alla suddetta decisione" e "ha sempre negato qualsiasi tipo di problema". In questo contesto, si citano i seguenti documenti:

- a) documenti depositati dal Governo con riferimento all'istanza;
- b) prima dichiarazione del Governo pubblicata in appendice alla Risoluzione del Comitato dei Ministri del 30 aprile 2014 concernente la decisione del Comitato sull'istanza IPPF EN contro Italia;
- c) rapporto presentato il 15 ottobre 2014 dal Ministero della Salute al Parlamento italiano sullo stato di applicazione della Legge 194/1978.

157. Per quanto riguarda il Tavolo tecnico per il monitoraggio e l'organizzazione di un corso di formazione per gli operatori menzionato dal Governo (cfr. i precedenti commi 126 e 129), la CGIL osserva che queste misure non sono idonee a superare i problemi materiali già accertati dal Comitato, ma rappresentano al meglio una procedura per l'ordinaria applicazione della Legge 194/1979. Inoltre, la CGIL porta all'attenzione del Comitato trenta nuove domande presentate al Parlamento italiano nel periodo 2013-2015 alle quali il Governo non ha dato risposta.

158. Con riferimento ad uno dei motivi addotti dal Governo per giustificare la richiesta di audizione, l'organizzazione istante indica che il Presidente di LAIGA ha rilasciato dichiarazioni scritte affermando che nella riunione tenutasi a Roma con i rappresentanti del Ministero della Salute "non sono stati sollevati i problemi concernenti i medici non-obiettori". Secondo il Presidente di LAIGA, l'oggetto della riunione "era soltanto la violazione dei diritti delle donne, e quindi i problemi di accesso al servizio". Secondo la CGIL, nel corso della riunione in questione, il Ministro ha chiesto a LAIGA di effettuare il monitoraggio di tutta la domanda di interruzioni di gravidanza. LAIGA ha risposto che "non essendo un ente pubblico ufficiale, non era ovviamente in grado di indagare sul tema della domanda effettiva di interruzioni volontarie di gravidanza". La CGIL ritiene che questo aspetto sia di particolare importanza in quanto "nel rapporto del Ministero si afferma che il numero di medici non-obiettori è del tutto coerente con le interruzioni volontarie di gravidanza praticate".

159. Facendo riferimento alla vasta documentazione già depositata, la CGIL invoca a questo proposito la sostanza della Risoluzione approvata dal Comitato Affari sociali della Camera dei Deputati del marzo 2014, che menziona esplicitamente "la sopravvalutazione dei medici non-obiettori con corrispondenti sottovalutazione dei medici obiettori".

160. Per quanto riguarda il fenomeno della migrazione delle donne all'estero, la CGIL sottolinea che il fenomeno migratorio non riguarda soltanto i paesi stranieri, ma comporta anche spostamenti all'interno dei confini italiani, per cui le donne sono costrette a spostarsi da una città all'altra, da un ospedale all'altro della stessa città o anche di una diversa regione, con ovvie discriminazioni di natura economica, sociale e territoriale, già chiaramente determinate dal Comitato nella decisione IPPF EN contro Italia. La CGIL sottolinea che si era già preso atto di questo fenomeno quando la Camera dei Deputati aveva approvato la Mozione n. 45 nel giugno 2013. La CGIL attira l'attenzione del Comitato sulla difficoltà di trovare dati relativi a tutta la domanda d'interruzioni di gravidanza in quanto "non esiste un sistema istituzionale di registrazione delle richieste d'interruzione di gravidanza non soddisfatte". A questo proposito, la CGIL fa riferimento alle informazioni contenute nel relativo rapporto elaborato dal Presidente di LAIGA (cfr.§115).

D. – Valutazione del Comitato

1. Oggetto dell'istanza e decisione del Comitato

161. Nel testo dell'istanza, le asserzioni della CGIL si basano essenzialmente sulla dimostrazione dell'inadeguatezza dell'Articolo 9§4 della Legge 194/10978 per il fatto che la vasta maggioranza dei medici e del personale sanitario e paramedico esercita il proprio diritto all'obiezione di coscienza. La CGIL sottolinea che questa situazione impedisce un efficace accesso alle procedure d'interruzione di gravidanza in Italia e, pertanto, mina il diritto delle donne alla tutela della propria salute.

162. Il Comitato rileva che, nella sua replica alla documentazione presentata dal Governo, la CGIL, senza fare riferimento ad una presunta inadeguatezza dell'Articolo succitato, ritiene che le difficoltà di accesso alle procedure di interruzione di gravidanza siano dovute al numero particolarmente elevato di personale sanitario che esercita il proprio diritto a sollevare obiezione di coscienza ed al fatto che le misure adottate dalle autorità competenti, ai sensi dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978, per far fronte al fenomeno, non siano sufficienti.

163. A questo proposito, nel documento che fornisce informazioni aggiuntive al Comitato, la CGIL chiede ad esso di rilevare che i casi di mancata attuazione dell'Articolo 9§4 non consentono l'effettivo ed efficace esercizio, da parte delle donne, del diritto di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza e, di conseguenza, una soddisfacente attuazione dell'Articolo 11 della Carta. In altri termini, la CGIL chiede al Comitato di confermare la valutazione adottata nella decisione sul merito del 10 settembre 2013, IPPF EN contro Italia (n.87/2012).

164. Con riferimento ai diritti che la CGIL presume siano violati, il Comitato ricorda che, come affermato nella suddetta decisione, la questione giuridica fondamentale in gioco nell'istanza riguarda la tutela del diritto alla salute.

165. Come nella sua decisione sull'istanza IPPF EN contro Italia, il Comitato è chiamato a pronunciarsi sull'adeguatezza delle misure adottate dalle autorità competenti per garantire un efficace accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza definiti dalla legislazione nazionale quale forma di trattamento medico connesso alla tutela della salute e del benessere, che pertanto può essere considerato come rientrante nell'ambito dell'Articolo 11 della Carta.

166. Il Comitato rileva che, con riferimento alle disposizioni legislative che regolano il diritto alla salute delle donne, in caso di aborto, il Governo afferma che la Legge 194/1978 è stata adottata nel quadro di un "margine di apprezzamento" ai sensi dell'Articolo G della Carta. Il Comitato rileva che l'istanza non si riferisce all'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza garantito dalla suddetta Legge, quale restrizione o limitazione al diritto della donna di tutelare la sua salute. Sulla base delle considerazioni precedenti, il Comitato ritiene che l'Articolo G della Carta non sia applicabile alle asserzioni contenute nell'istanza.

167. Con riferimento alla giurisprudenza applicabile ed alle altre fonti rilevanti, il Comitato ricorda che:

“[Con] riferimento ai mezzi per garantire un costante progresso verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla Carta, (...) l'attuazione della stessa richiede che gli Stati firmatari non adottino semplicemente un'azione giuridica, ma mettano altresì a disposizione le risorse ed introducano le procedure operative necessarie a dare piena attuazione ai diritti in essa contenuti” (IPPF EN contro Italia (n. 87/2012), decisione sul merito del 10 settembre 2013, §162).

168. Alla luce delle precedenti considerazioni, il Comitato ritiene che

“la fornitura dei servizi d'interruzione di gravidanza deve essere organizzata in modo tale da garantire che siano soddisfatte le necessità delle pazienti che desiderano avere accesso a questi servizi. Ciò significa che devono essere adottate misure adeguate per garantire la disponibilità di medici e di personale paramedico non- obiettori quando e ove si richiede loro di fornire servizi d'interruzione di gravidanza, considerando il fatto che il numero ed i tempi delle richieste di aborto non possono essere previsti in anticipo.” (IPPF EN contro Italia, *ibid.*, §163).

169. Il Comitato ricorda che, come affermato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, “(...)

[la] tutela per legge dell'obiezione di coscienza non dovrebbe limitare o ostacolare l'esercizio dei diritti garantiti per legge (...)” (cfr. *Obiezione di coscienza e bioetica*) – p. 18). (IPPF EN contro Italia, *ibid.*, §165)

170. Con riferimento alla relazione fra accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza, da un lato, e diritto dei medici a sollevare obiezione di coscienza, dall'altro, il Comitato fa riferimento alle varie mozioni approvate di recente dalla Camera dei Deputati del Parlamento italiano, il cui contenuto riflette quanto sancito dall'Articolo 11 della Carta. A tale proposito, il Comitato ritiene che siano rilevanti le seguenti dichiarazioni:

- "(...) [La Legge 194/1978] distingue tra il diritto individuale di sollevare obiezione di coscienza e la libertà di scelta delle donne in materia di procreazione e tra il diritto dell'individuo di sollevare obiezione ad una legge dello Stato e l'obbligo degli Stati di fornire il servizio richiesto (...)" (cfr. Mozione n.1-00.074) (cfr. il precedente comma 59);

-- "(...) Al personale sanitario è garantito di poter sollevare un'obiezione di coscienza. Ma questo è un diritto individuale, non un diritto della struttura sanitaria nel suo complesso, che ha l'obbligo di garantire la fornitura dei servizi di assistenza sanitaria" (cfr. Mozione n.1-00045) vedi supra, punto 59).

171. A questo proposito, il Comitato fa altresì riferimento alla posizione espressa in Parlamento secondo cui

"(...) non è il numero degli obiettori di coscienza di per se stesso a determinare lo stato di accesso alle procedure d'interruzione di gravidanza, ma la modalità con cui le strutture sanitarie organizzano l'attuazione della Legge 194/1978" (cfr. Mozione 1/00079, Camera dei Deputati – cfr. il precedente comma 59).

2. Valutazione delle argomentazioni presentate dalle Parti fra gennaio e novembre 2013

172. Per quanto riguarda le affermazioni contenute nell'istanza e gli altri documenti presentati dalla CGIL nel corso del procedimento, con riferimento alla valutazione effettuata nella decisione sul merito del 10 settembre del 2013, IPPF EN contro Italia (n. 87/2012, §168), il Comitato ritiene che:

a): "le disposizioni dell'Articolo 9§4 definiscono un quadro normativo equilibrato per il conseguimento degli obiettivi della Legge 194/1978";

b) "l'alto numero di personale sanitario obiettore in Italia non costituisce di per sé prova che le disposizioni giuridiche nazionali in gioco siano attuate in modo inefficace";

c) "l'obbligo per gli ospedali e le case di cura di adottare misure volte a garantire che le procedure d'interruzione di gravidanza vengano effettuate "in tutti i casi", come sancito dagli Articoli 5, 7 ed 8 della suddetta Legge, e b) la responsabilità delle regioni di garantire che questo requisito sia soddisfatto, rappresenta una base giuridica adeguata a garantire una buona applicazione dell'Articolo 11" (decisione sul merito IPPF EN contro Italia (cfr. *supra*), §168).

173. Inoltre, il Comitato ritiene che alcune informazioni fornite dalla CGIL, nonché altri elementi rilevanti che si riferiscono alle asserzioni formulate dalla CGIL, descritti nei documenti pubblicati a giugno 2013 dal Senato e dalla Camera dei Deputati del Parlamento italiano, ivi comprese le dichiarazioni rese dal Ministro della Salute l'11 giugno 2013 (cfr. il precedente comma 61), che indicano che le autorità competenti non hanno ancora posto rimedio ai problemi riscontrati dal Comitato nella decisione IPPF EN contro Italia per quanto riguarda l'attuazione dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978.

174. In questo contesto, come riscontrato nella decisione di cui sopra, il Comitato rileva il persistere delle seguenti situazioni:

- a) diminuzione del numero di ospedali o case di cura dove le interruzioni di gravidanza sono praticate a livello nazionale (cfr. il precedente comma 101);
- b) numero significativo di ospedali ove, anche se è presente un'unità di ginecologia, non vi sono ginecologi non-obiettori, o ve ne è soltanto uno (cfr. i precedenti commi 97-99, 116-117);
- c) rapporto sproporzionato tra le richieste d'interruzione di gravidanza e personale sanitario competente non-obietto nelle singole strutture sanitarie (cfr. i precedenti commi 116-118) - che rischiano di creare ampie zone geografiche in cui i servizi d'interruzione di gravidanza non sono disponibili nonostante il fatto che il diritto legale di avere accesso a detti servizi sia stabilito dalla legislazione italiana;
- d) tempi di attesa eccessivi per avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza (cfr. il precedente comma 118);
- e) casi di mancata sostituzione dei medici che non sono disponibili perché in vacanza, in malattia, in pensione, ecc. (cfr. il precedente comma 118), il che rischia di creare una sostanziale interruzione della fornitura dei servizi;
- f) casi di differimento di procedure d'interruzione di gravidanza per assenza di medici non-obiettori disposti ad effettuare tali procedure (cfr. il precedente comma 118);
- g) i casi di personale sanitario obietto che si rifiuta di fornire le cure necessarie prima o dopo l'interruzione di gravidanza (cfr. il precedente comma 120).

175. A questo proposito, il Comitato rileva che il Governo ha fornito informazioni insufficienti sulle situazioni di cui sopra, al fine di confutare le asserzioni della CGIL.

176. Per quanto riguarda le argomentazioni addotte dal Governo, analoghe a quelle formulate nell'istanza IPPF EN, il Comitato ritiene che le prove presentate in relazione al buon funzionamento dei "servizi d'interruzione di gravidanza", vale a dire "la riduzione del numero di aborti, del tasso d'interruzioni di gravidanza e del numero di aborti ripetuti", ed in relazione al "numero stabile di procedure urgenti" ed al "lasso di tempo più breve che intercorre tra la certificazione e la procedura" non confutano le argomentazioni addotte dalla CGIL per cui le donne in gravidanza incontrano problemi ad avere accesso alle procedure di interruzione di gravidanza in molte regioni d'Italia.

177. Inoltre, il Comitato ritiene che non sia stato dimostrato dal Governo che le misure adottate in risposta a questi problemi, vale a dire la promozione della "mobilità del personale" e "la conclusione di accordi con ostetrici specializzati e fornitori di prestazioni e servizi di ginecologia" da un lato; e "l'aumento del numero di procedure ospedaliere della durata di un giorno" e la "recente introduzione dell'aborto farmacologico" dall'altro, garantiscano in pratica un efficace ed effettivo accesso alle procedure d'interruzione di gravidanza in tutto il paese.

178. Come nella valutazione della suddetta decisione, il Comitato riconosce i meriti dell'argomentazione avanzata dal Governo per cui la vasta percentuale di donne che abortiscono prima della decima settimana di gestazione ed il bassissimo tasso di complicanze – nessun caso di morte o gravi complicanze è stato registrato a seguito di un aborto – dimostrano che le interruzioni di gravidanza sono meno pericolosi per le donne che vi ricorrono.

179. Tuttavia, ritiene che non sia ancora stabilito che sono stati messi in atto meccanismi per garantire l'accesso a servizi sicuri d'interruzione di gravidanza o per garantire assistenza e cure prima e dopo l'interruzione di gravidanza, in particolare quando l'ospedale o la struttura sanitaria abbia un numero particolarmente elevato di personale obiettore.

3.Considerazioni sulle argomentazioni/informazioni fornite nel maggio 2015 ed all'audizione pubblica tenutasi il 7 settembre 2015

180. Nella sua replica alla domanda del Comitato riguardante la presentazione di ulteriori informazioni aggiuntive, il Governo fa riferimento alle "misure che si stanno adottando attualmente in Italia" in relazione all'interruzione di gravidanza ed all'obiezione di coscienza, ed afferma che il Governo "sta seguendo ogni situazione connessa alle questioni sollevate dalla CGIL nell'interesse delle persone coinvolte (...) al fine della tutela dei loro diritti".

181. In questo contesto, il Governo rileva che nel giugno 2013 Il Ministro della Salute ha avviato attività di monitoraggio, in collaborazione con le Regioni italiane, riguardanti le procedure d'interruzione di gravidanza e l'obiezione di coscienza dei ginecologi interessati, in vista della piena attuazione della Legge 194/1978. Il Comitato prende atto della specificazione da parte del Governo che dette attività di monitoraggio sono state intraprese in vista della piena applicazione della legge in questione.

182. Il Comitato riconosce che le attività di monitoraggio rappresentano un primo passo importante verso l'eventuale adozione di misure per risolvere i problemi individuati. A tal proposito, il Comitato rileva che nella risoluzione approvata il 6 marzo 2014, la Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati ha dichiarato che:

"L'attività di monitoraggio avviata dal Governo è stata giustamente decisa al fine di verificare i possibili problemi di attuazione della Legge 194, con particolare riferimento alla questione dell'obiezione di coscienza."

183. Il Comitato ha altresì rilevato che, in previsione dei risultati delle attività di monitoraggio, nella suddetta Risoluzione la Commissione Affari sociali invitava il Governo:

"... a riferire alle Commissioni parlamentari competenti in merito alle iniziative intraprese dal Ministero stesso in applicazione degli impegni assunti in data 11 giugno 2013 alla Camera dei Deputati, come definite nelle mozioni approvate su questo tema, ed ad adottare tutte le misure necessarie per garantire l'attuazione dell'Articolo 9§4 della Legge 194, in tutti i sistemi sanitari regionali, in particolare per quanto riguarda l'obbligo di monitorare e garantire il diritto della donna ad una scelta libera e consapevole, anche utilizzando una diversa mobilità del personale e garantendo la presenza di un'adeguata rete di servizi nel territorio di ciascuna regione."

184. Nonostante la natura attuale delle attività di monitoraggio, il Comitato prende atto della dichiarazione del Governo nella succitata replica che non hanno "rivelato conflitti tra i servizi di interruzione volontaria di gravidanza ed i punti nascita". A tale proposito, il Governo fa riferimento al capitolo relativo ai (primi) risultati di queste attività di monitoraggio, contenute nel rapporto del Ministro della Salute sull'attuazione della Legge 194/1978, presentata al Parlamento nell'ottobre 2014.

185. In primo luogo, il Comitato rileva che il suddetto capitolo contiene una formulazione che rivela le incertezze relative alla piena attuazione dell'Articolo 9§4 della Legge n 194/1978. A tale proposito, fa riferimento alle seguenti affermazioni:

"... il numero di non-obiettori a livello regionale sembra essere compatibile con il numero di interruzioni di gravidanza praticate...";

e

"... eventuali problemi di accesso alle interruzioni di gravidanza possono essere dovute a difficoltà organizzative locali che, a seguito dell'attività di monitoraggio, saranno ora più facili da individuare."

186. Inoltre, il Comitato rileva che, come riconosciuto dal Governo, le informazioni contenute nel succitato capitolo si riferiscono a dati che sono talvolta incompleti. Il Comitato rileva inoltre che, come è stato rilevato dalla CGIL, il numero di personale medico non-obiettore potrebbe essere sovrastimato.

187. In primo luogo, con riferimento al fatto che in alcune regioni il numero di strutture che offrono che forniscono servizi d'interruzione di gravidanza sono meno del 30% del numero totale di strutture che offrono servizi di ostetricia e ginecologia, il Comitato sottolinea che ciò non giustifica la conclusione contenuta nel rapporto per cui la copertura nazionale di tali strutture è "più che soddisfacente". Rileva che non è certo che venga tenuto un registro del numero di donne che si sono viste rifiutare un servizio d'interruzione di gravidanza per la mancanza di personale non-obiettore.

188. In secondo luogo, il Comitato ritiene che i dati relativi al rapporto tra nascite ed interruzioni di gravidanza, da un lato, e tra i punti nascita e le strutture ove si praticano le interruzioni di gravidanza, dall'altro, non comprovano la conclusione contenuta nel suddetto rapporto secondo cui il numero di tali strutture "è più che sufficiente, con riferimento al numero d'interruzioni di gravidanza praticate". Come evidenziato anche dalla CGIL, questa conclusione non tiene conto del fatto che la presunta violazione dell'Articolo 11 della Carta fa riferimento alle procedure d'interruzione di gravidanza che non possono essere effettuate nonostante siano soddisfatte le relative disposizioni della Legge 194/1978.

4. Conclusioni

189. Il Comitato ritiene che le argomentazioni supplementari addotte dalle Parti non modifichino la propria valutazione della situazione.

190. Tenuto conto delle precedenti osservazioni, e con riferimento alla valutazione contenuta nella decisione sul merito dell'istanza IPPF EN contro Italia, il Comitato osserva che:

a) le carenze esistenti in Italia nella fornitura di servizi d'interruzione di gravidanza a causa dei problemi descritti nel precedente comma 174 restano irrisolte e le donne che cercano di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza continuano ad affrontare notevoli difficoltà nell'ottenere in pratica l'accesso a tali servizi, nonostante la disposizioni della normativa di riferimento;

b) le suddette strutture sanitarie continuano a non adottare le misure necessarie al fine di compensare le carenze di fornitura del servizio causate dal personale sanitario che decide di invocare il proprio diritto a sollevare obiezione di coscienza, o le misure adottate sono inadeguate;

c) in questi casi, le competenti autorità di vigilanza regionali non garantiscono un'attuazione soddisfacente dell'Articolo 9§4 nel territorio che rientra nella loro giurisdizione e competenza.

191. Inoltre, il Comitato rileva che continua a prevalere la situazione sollevata nella suddetta decisione, in cui appare chiaro che in alcuni casi, dato il carattere di urgenza delle procedure necessarie, le donne che intendono richiedere un servizio d'interruzione di gravidanza possono essere costrette a spostarsi in altre strutture sanitarie, in Italia o all'estero, o ad interrompere la gravidanza senza il supporto o il controllo delle autorità sanitarie competenti, o possono essere dissuase dall'aver accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza, che hanno diritto legale di ottenere, in conformità alle disposizioni della Legge 194/1978.

192. Il Comitato sottolinea che queste situazioni possono comportare notevoli rischi per la salute ed il benessere delle donne interessate, il che è in contrasto con il diritto alla tutela della salute, quale garantito dall'Articolo 11 della Carta.

193. Per tutte queste ragioni, il Comitato afferma che vi è violazione dell'Articolo 11§1 della Carta.

PARTE II: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO E IN COMBINATO DISPOSTO CON L'ARTICOLO 11§1 DELLA CARTA

192. L'Articolo E della Carta recita come segue:

Articolo E –Non-discriminazione

“Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Carta deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita o ogni altra condizione.”

A – Argomentazioni delle Parti

1. L'organizzazione istante

195. La CGIL ritiene che la situazione descritta in relazione all'Articolo 11, l'inadeguata attuazione della normativa, equivale anche ad una violazione del principio di non-discriminazione garantito dall'Articolo E.

196. La CGIL sostiene che la discriminazione è duplice con riferimento all'accesso ai servizi di interruzione di gravidanza. Il primo tipo di discriminazione è di natura territoriale ed economica tra le donne che cercano di accedere ai servizi d'interruzione di gravidanza in diverse parti del territorio, in quanto la disparità di trattamento non si basa su alcuna giustificazione obiettiva e ragionevole. Le donne che vivono in zone in cui non vi è alcuna fornitura di questi servizi sono costrette a spostarsi in altre zone o, se hanno i mezzi per farlo, a pagare per i servizi privati.

197. Secondo la CGIL, il secondo tipo di discriminazione avviene tra le donne che cercano di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza quali servizio sanitario e coloro che cercano di avere accesso ad altri servizi sanitari, indipendentemente dal fatto che siano in stato di gravidanza o meno.

198. Rileva che l'Articolo E non contiene un elenco esaustivo dei motivi di discriminazione. Le differenze di applicazione territoriale sono pertanto vietate allo stesso modo dei motivi di discriminazione vietati, espressamente elencati all'Articolo E. La pari attuazione di una legge è un elemento importante del principio di uguaglianza di fronte alla legge. Alle donne deve essere garantito l'accesso effettivo alle strutture d'interruzione di gravidanza in tutta Italia.

199. La Cgil ritiene che la situazione violi l'Articolo E, in combinato disposto con l'Articolo 11§1 della Carta.

2. La risposta del Governo

200. Il Governo sottolinea che la legge italiana vieta la discriminazione. Ritiene che la documentazione presentata dalla CGIL a sostegno della propria tesi sia insufficiente a tale riguardo.

201. Tuttavia sostiene, inoltre, che la legge consegue un giusto equilibrio tra i diversi diritti in gioco, il diritto alla vita e alla salute di una donna e il diritto all'obiezione di coscienza. A questo proposito fa riferimento alla Parte V dell'Annesso alla Carta sull'Articolo E, che sancisce che una differenza di trattamento basata su una

giustificazione obiettiva e ragionevole, non debba essere considerata discriminatoria. Il Governo invoca inoltre l'applicabilità dell'articolo G - Margine di apprezzamento.

202. Sostiene inoltre che il personale medico obiettore si avvale di un diritto fondamentale, mentre l'accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza non è un diritto umano.

203. Il Governo rileva inoltre che soltanto il Servizio sanitario nazionale ("SSN") e un piccolo numero di fornitori di servizi privati, di concerto con il SSN, sono autorizzati a praticare interruzioni di gravidanza in Italia. Inoltre, il ricorso a fornitori di servizi privati, non-autorizzati, è espressamente vietato dall'Articolo 8 della Legge 194/1978. Allo stesso modo, gli Articoli 8 e 19 di detta Legge proibiscono il ricorso a tutte le forme di pagamento per i servizi d'interruzione di gravidanza e prevedono sanzioni penali adeguate. Sulla base di queste considerazioni, il Governo contesta che coloro che non possono accedere ai servizi pubblici d'interruzione di gravidanza siano costretti a rivolgersi a soggetti privati.

B – Valutazione del Comitato

204. Come precedentemente rilevato in relazione all'Articolo 11 della Carta, il Comitato osserva che le asserzioni della CGIL relative all'Articolo E in combinato disposto con l'Articolo 11 sono quasi identiche a quelli esaminate nell'istanza IPPF EN contro Italia (precedentemente citata, §179).

205. In questa istanza, si sostiene esistano due forme di trattamento discriminatorio: (i) discriminazione per motivi territoriali e di condizione socio-economica fra donne in gravidanza che hanno accesso all'aborto legale e quelle che non lo hanno; (ii) discriminazione per motivi di genere e/o di stato di salute tra le donne che cercano di avere accesso all'aborto legale e gli uomini e le donne che cercano di avere accesso ad altre forme legali di procedure mediche, che non sono forniti su base ristretta e limitata.

206. Il Comitato ritiene che le asserzioni per cui esista discriminazione per motivi di stato di salute tra le donne che cercano di avere accesso ai servizi di aborto legale e gli altri che cercano di avere accesso ad altre forme legali di procedure mediche, che non sono forniti su base ristretta e limitata, siano strettamente connesse e costituiscano una rivendicazione di discriminazione 'sovrapposta' o 'multipla', per cui alcune categorie di donne sono presumibilmente oggetto di un trattamento meno favorevole, sotto forma di accesso ostacolato all'aborto legale a seguito dell'effetto combinato del loro stato di salute, della collocazione territoriale e della condizione socio-economica.

207. Per quanto riguarda la lamentata discriminazione per motivi territoriali e/o di condizione socio-economica tra le donne in gravidanza che hanno accesso all'aborto legale e quelle che non lo hanno, il Comitato ricorda di aver stabilito nella decisione IPPF EN contro Italia (precedentemente citata) che, a causa della mancanza di personale non-obiettore, in alcuni casi le donne in gravidanza sono costrette a spostarsi in un'altra regione o all'estero. Con riferimento alle sue constatazioni ai sensi dell'Articolo 11, il Comitato conferma questa valutazione dal momento che nulla nella documentazione presentata dal Governo indica alcun cambiamento significativo nell'attuazione pratica dell'Articolo 9§4.

208. In altri termini, le autorità pubbliche non garantiscano un'efficiente organizzazione dei servizi che forniscono accesso all'interruzione di gravidanza, considerando il diritto all'obiezione di coscienza. Pertanto molte donne sono private dell'accesso effettivo ed efficace ai servizi d'interruzione di gravidanza.

209. Pertanto le donne in gravidanza che cercano di accedere ai servizi d'interruzione di gravidanza sono trattate in modo diverso a seconda della zona in cui vivono. Inoltre, il trattamento differenziato su questa base può, per estensione, avere un impatto negativo sulle donne con più bassi livelli di reddito che potrebbero avere meno mezzi economici per spostarsi in altre parti d'Italia o all'estero al fine di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza.

210. Il Comitato ritiene che non vi sia una giustificazione di salute pubblica o ordine pubblico per questa differenza di trattamento. Essa si verifica soltanto a causa di un'inadeguata applicazione della Legge 194/1978. Pertanto, la differenza di trattamento costituisce una discriminazione e costituisce una violazione dell'Articolo in combinato disposto con l'Articolo 11 della Carta.

211. La seconda asserzione sostiene che esiste discriminazione sulla base dello stato di salute tra le donne che cercano di avere accesso ai servizi di aborto legale e le donne che cercano di accedere ad altre forme legali di procedure mediche, che non sono fornite su base ristretta e limitata.

212. In primo luogo, il Comitato ritiene che i gruppi non siano comparabili in quanto sono tutti alla ricerca di accesso ai servizi medici forniti dalle autorità pubbliche, in conformità alla legislazione. Il Comitato ritiene che la differenza di trattamento sia stabilita a seguito delle sue constatazioni ai sensi dell'Articolo 11 della Carta.

213. Il Comitato osserva inoltre che il Governo non ha invocato alcuna obiettiva giustificazione per questa diversità di trattamento. Il Comitato ritiene che, anche se la differenza di trattamento dovesse essere basata su una giustificazione oggettiva, non potrebbe essere proporzionata ad un tale potenziale obiettivo, dal momento che, a causa delle specifiche condizioni di accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza, la situazione equivale ad un rifiuto di accesso a questi servizi. Pertanto, la differenza di trattamento costituisce discriminazione e quindi violazione dell'Articolo E in combinato disposto con l'Articolo 11 della Carta.

PARTE III: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 1§2 DELLA CARTA

214. L'Articolo 1§2 sancisce quanto segue:

Articolo 1 – Diritto al lavoro

“Parte I: Ogni persona deve avere la possibilità di guadagnarsi la vita con un’occupazione liberamente accettata.”

“Parte II: Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto al lavoro, le Parti contraenti si impegnano:

[...]

2 - a proteggere in modo efficace il diritto del lavoratore a guadagnarsi la sua vita in una occupazione liberamente accettata;

[...]”

A – Argomentazioni delle Parti

1. L’organizzazione istante

215. La CGIL asserisce vi sia una violazione dell'Articolo 1§2 della Carta che vieta la discriminazione in materia di occupazione per il fatto che i medici non-obiettori sono discriminati in termini di carico di lavoro, opportunità di carriera e tutela della salute e della sicurezza. Il numero insufficiente di medici per praticare interruzioni di gravidanza fa sì che i medici obiettori hanno un carico di lavoro eccessivo.

216. Fa riferimento alle cifre relative ai medici non-obiettori che presumibilmente dimostrano che in alcune parti d'Italia le interruzioni di gravidanza sono eseguite da un esiguo numero di medici (ad esempio un medico operativo per ospedale al minimo).

217. La CGIL sostiene che i motivi per cui la discriminazione è vietata non siano esaustivi nell'Articolo 1§2 della Carta e possano essere estesi per includere la discriminazione per motivi di opinione.

218. A tale riguardo i medici non-obiettori subiscono una discriminazione diretta ed indiretta. La discriminazione risulta dall'assenza di misure adeguate per garantire che tutto il personale medico possa effettivamente ed efficacemente esercitare i propri diritti. La CGIL sostiene che le autorità competenti non hanno adottato misure adeguate per garantire che tutti i diritti sul lavoro che, in linea di principio, sono a disposizione di tutti possano essere davvero accessibili anche al personale medico non-obiettore.

219. La CGIL sostiene inoltre che la situazione equivale ad una violazione dell'Articolo 1§2 della Carta sulla base del fatto che, dato il numero limitato di medici non-obiettori, essi sono costretti ad intraprendere senza assistenza e sostegno adeguato un solo tipo di intervento, vale a dire le procedure d'interruzione di gravidanza, in violazione del divieto di lavoro forzato. La CGIL sottolinea che ai medici non-obiettori viene richiesto di praticare esclusivamente interruzioni di gravidanza, e non possono pertanto effettuare altre procedure per le quali sono stati formati, il che ha un impatto negativo sulle possibilità di sviluppo delle competenze professionali dei medici non-obiettori.

220. Infine, la CGIL sostiene che vi sia una violazione dell'Articolo 1§2 della Carta per il fatto che ai medici non-obiettori è vietato esercitare il loro diritto a guadagnarsi da vivere con un'occupazione liberamente intrapresa ed accettata. La CGIL si basa e fa affidamento sulla giurisprudenza del Comitato in tema di diritto alla privacy dei lavoratori.

221. A sostegno delle sue argomentazioni, la CGIL fa riferimento ad una pubblicazione: "Note sull'applicazione della Legge n. 194/1978 in Italia" della Dott.ssa Silvana Agatone, Presidente di *Libera Associazione Italiana Ginecologi per Applicazione Legge 194* ("LAIGA"), intervenuta come parte terza nell'istanza IPPF EN contro Italia, che riporta le testimonianze rese da medici non-obiettori, ad esempio:

"Per l'applicazione della Legge 194, i ginecologi non-obiettori sono spesso gli unici a dover svolgere molteplici mansioni ed attività, tra cui a volte quelle di anestesisti, assistenti e di altro personale che ha sollevato obiezione di coscienza "

"Non è raro che durante un intervento, se l'assistente non è presente, è il medico stesso a dover porre il paziente sul tavolo operatorio, o se l'anestesista è assente, il ginecologo non-obiettore procede ugualmente senza il suo aiuto, sottoponendosi pertanto ad un notevole stress supplementare ed assumendosi una notevole responsabilità. "

"Quasi subito tutti hanno sollevato obiezione di coscienza. Eravamo rimasti solo in due non-obiettori, senza anestesista e pertanto il carico di lavoro crebbe a dismisura ed in modo sproporzionato. Non potevo andare ai convegni, non potevo avere tempo libero o fare altro: ero solo, l'unico a praticare interruzioni di gravidanza. Sono andato avanti per anni – senza di me il servizio sarebbe stato chiuso – ma ora sento che si tratta di un onere insostenibile."

Un non-obiettore è spesso costretto a fare viaggi lunghi e faticosi per praticare interruzioni di gravidanza in una struttura diversa dall'ospedale per cui lavora.

L'articolo 9 della Legge 194 fa riferimento al "garantire gli interventi anche attraverso la mobilità del personale", ma anche in questo caso è sempre il medico non-obiettore che deve sostenere il peso di fatica, stanchezza, maggior carico di lavoro e responsabilità, diventando una sorta di pendolare all'interno della regione.

222. Cita anche le Mozioni approvate dalla Camera dei Deputati che chiede al Governo di adottare misure volte a prevenire la discriminazione fra personale medico e paramedico obiettore e non-obiettore (ad esempio la Mozione presentata da Migliore ed altri, n.1-00045, e la Mozione presentata da Brunetta ed altri, n.1-00079) ed altre dichiarazioni rese da consiglieri regionali.

223. Infine fornisce numerosi esempi di testimonianze dirette da parte di medici:

“Il mio assistente,(...), doveva partecipare ad un concorso per diventare primario e gli fu consigliato di sollevare obiezione di coscienza. Gli altri due ginecologi hanno seguito il suo esempio.”

“... i medici non-obiettori godono di un trattamento privilegiato in termini di prospettive di carriera e di guadagno.”

“La verità è che nessuno vuole più effettuare interruzioni di gravidanza in quanto viene discriminato in termini di carriera ed è costretto a lavorare da solo e ad effettuare soltanto quegli interventi.”

2. La Risposta del Governo

224. Il Governo risponde molto genericamente a queste asserzioni facendo riferimento al documento del Comitato Nazionale Italiano per la Bioetica del 12 luglio 2012, così come alla Legge 194/1978.

225. Il Governo afferma che la situazione denunciata deriva dai tentativi di conciliare il diritto all'obiezione di coscienza con il diritto legale di accedere ai servizi d'interruzione di gravidanza di cui alla Legge 194/1978. Secondo il Governo, la riduzione del numero di personale medico non-obiettore deve essere bilanciata con la necessità di salvaguardare la continuità di accesso alle professioni mediche di detto personale.

226. Fa riferimento ad una dichiarazione del Comitato nazionale per la Bioetica del 12 luglio 2012, secondo la quale:

“La legge deve prevedere misure idonee a garantire la fornitura dei servizi, [...]. L'obiezione di coscienza in bioetica deve essere regolata in modo tale che non vi siano discriminazioni fra obiettori o non-obiettori e, pertanto un appesantimento del carico di lavoro, in via esclusiva, di una delle due categorie con servizi particolarmente pesanti [...]. A questo scopo, si raccomanda la definizione di un sistema di organizzazione dei compiti e delle assunzioni nel campo della bioetica, in cui venga applicata l'obiezione di coscienza, che può comprendere forme di mobilità del personale e reclutamento differenziato in modo da equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero di obiettori e non-obiettori”

227. Inoltre il Governo ritiene che l'obiezione di coscienza sia “in parte bilanciata dalla mobilità del personale e dagli accordi con ostetrici specializzati e servizi ginecologici.”

B – Informazioni fornite all'audizione tenutasi il 7 settembre 2015

1. L'organizzazione istante

228. Il rappresentante della CGIL sostiene che esiste un legame fra la violazione già accertata dei diritti delle donne e dei diritti del lavoro dei medici non-obiettori. La CGIL dispone di ulteriori testimonianze rese da medici non-obiettori che attestano le loro pessime condizioni di lavoro, la mancata corresponsione degli straordinari o di un importo adeguato a compensarli per il lavoro svolto.

229. Il rappresentante della CGIL mette in luce le difficoltà che i medici devono affrontare quando cercano di riferire delle loro pessime condizioni di lavoro, nonché le difficoltà che incontrano quando cercano di raccogliere testimonianze.

230. Fa anche riferimento alla testimonianza di medici non obiettori che sostengono carichi di lavoro molto pesanti, per il fatto di essere gli unici medici non-obiettori nelle strutture in cui lavorano.

231. Per quanto riguarda l'argomentazione del Governo secondo cui il numero di medici non-obiettori è soddisfacente rispetto al numero d'interruzioni di gravidanza effettuate, la CGIL afferma che ciò è dovuto ad una sovrastima del numero di medici non-obiettori e ad una sottovalutazione dei medici obiettori.

232. La CGIL fa riferimento alle Mozioni n. 1-00045 e 1-00079 approvate dalla Camera dei Deputati nel giugno del 2013, che chiedono al Governo di eliminare le discriminazioni tra medici obiettori e medici non-obiettori.

2. Il Governo

233. Il Governo ricorda che nel 1983 il numero d'interruzioni di gravidanza praticate da un ginecologo a settimana era pari a 3,3, mentre nel 2011 il numero di interruzioni di gravidanza effettuate da un ginecologo a settimana era pari 1,6 supponendo che vi siano 44 settimane di lavoro l'anno. Dati recenti mostrano che, a livello nazionale, ogni ginecologo pratica in media 1,4 interruzioni di gravidanza a settimana, con un minimo di 0,4 in Valle d'Aosta ed un massimo di 4,2 nel Lazio. Ciò significa che, nella peggiore delle ipotesi, nel Lazio un medico non-obiettore pratica meno di 5 interruzioni di gravidanza a settimana. Pertanto la conclusione è che il numero di medici non-obiettori negli ospedali è soddisfacente.

234. Il Governo afferma di non essere a conoscenza di problemi diffusi in materia di condizioni di lavoro dei medici non-obiettori.

C – Valutazione del Comitato

i) Discriminazione

235. Il Comitato ricorda che l'articolo 1§2 richiede agli Stati che lo hanno accettato di tutelare effettivamente ed efficacemente il diritto dei lavoratori a guadagnarsi da vivere con un'occupazione liberamente intrapresa ed accettata. Tale obbligo impone, tra l'altro, l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione sul lavoro, indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto professionale (*Syndicat National des Professions du Tourisme* contro Francia, (ric. n. 6/1999), decisione sul merito del 10 ottobre 2000, § 24; *Quaker Council for European Affairs (QCEA)* contro Grecia (ric. n. 8/2000), decisione sul merito del 25 aprile 2001, § 20; *FFFS* contro Norvegia, precedentemente citata, §104).

236. Ricorda che la discriminazione viene definita quale differenza di trattamento fra persone in situazioni analoghe e comparabili, in cui il trattamento non persegue un legittimo scopo, non si basa su motivazioni oggettive e ragionevoli o non è proporzionato all'obiettivo perseguito (*Syndicat National des Professions du Tourisme* contro Francia (ric. n. 6/1999), decisione sul merito del 10 ottobre 2000 §§24-25).

237. La discriminazione indiretta può insorgere non tenendo in debito e positivo conto tutte le eventuali differenze fra persone in situazioni analoghe e comparabili o non adottando misure adeguate per assicurare che i diritti, le prestazioni ed i vantaggi collettivi che sono a disposizione di tutti siano realmente accessibili a tutti (*Autism-Europe* contro Francia (ric. n. 12/2002), decisione sul merito del 4 novembre 2003, §52).

238. Gli atti discriminatori vietati dall'Articolo 1§2 sono quelli che possono verificarsi in relazione alle condizioni di lavoro in generale (con particolare riferimento a retribuzione, formazione, promozione, trasferimento e licenziamento o altra azione negativa e dannosa) (Conclusioni XVI-1, 2002, Austria).

239. Il Comitato ricorda che con riferimento alle istanze relative a presunte discriminazioni, l'onere della prova non deve ricadere interamente sull'organizzazione che presenta l'istanza, ma deve essere spostato in modo appropriato (*Mental Disability Advocacy Center (MDAC)* contro Bulgaria (ric. n. 41/2007, decisione sul merito del 3 giugno 2008, §52; *IPPF EN* contro Italia, precedentemente citata, §189).

240. Per quanto riguarda le asserzioni in materia di discriminazione sul posto di lavoro, il Comitato ritiene che la discriminazione per obiezione di coscienza o meno rientri nell'ambito dei motivi di discriminazione vietati ai sensi dell'Articolo 1§2 della Carta.

241. Osserva inoltre che le asserzioni relative alla tutela del lavoro si riferiscono alla discriminazione fra due categorie di medici, quelli che sollevano obiezione di coscienza nei confronti dell'interruzione di gravidanza, ai sensi dell'Articolo 9§4 della Legge 194/1978 e quelli che non lo fanno.

242. Il Comitato ritiene che i medici non-obiettori e quelli obiettori si trovino in una situazione analoga e comparabile in quanto hanno qualifiche professionali simili e lavorano nello stesso settore di competenza. Pertanto si configurano come gruppi analoghi di lavoratori ai sensi dell'Articolo 1§2.

243. Il Comitato rileva che la CGIL ha fornito una vasta gamma di prove che dimostrano che i medici non-obiettori devono affrontare sul lavoro vari tipi di svantaggi cumulativi diretti ed indiretti, in termini di carico di lavoro, distribuzione dei compiti e delle mansioni, opportunità di sviluppo di carriera, ecc. In particolare, prende atto delle prove fornite dal Presidente di LAIGA e delle mozioni approvate dalla Camera dei Deputati che, tra l'altro, chiedono al Governo di "adottare misure volte ad istituire un Tavolo tecnico di monitoraggio, con gli Assessori regionali, al fine di verificare che la Legge 194/1978 sia completamente e correttamente attuata, in particolare gli Articoli 5, 7 e 9, con l'obiettivo di prevenire ogni forma di discriminazione tra personale sanitario obiettore e non, anche tramite una modificata gestione e mobilità del personale che garantisca l'esistenza di un'adeguata rete di servizi in ogni regione" (Mozione presentata da Migliore e altri, no.1-00450), nonché

le numerose testimonianze dirette che dimostrano una mancanza di opportunità di carriera, ivi comprese le promozioni, per i medici non obiettori, un eccessivo carico di lavoro e condizioni di lavoro peggiori.

244. Il Comitato rileva che il Governo non ha fornito praticamente alcuna prova che confuti le prove fornite dalla CGIL. Non ha dimostrato che la discriminazione non sia diffusa.

245. Il Comitato ritiene che questa differenza di trattamento (gli svantaggi subiti dal personale non-obiettore) tra personale medico non-obiettore e personale medico obiettore nasce semplicemente dal fatto che alcuni medici forniscono servizi d'interruzione di gravidanza in conformità alla Legge, per cui non esiste motivo ragionevole o oggettivo che giustifichi questa differenza di trattamento .

246. Pertanto il Comitato sostiene che la differenza di trattamento tra personale medico obiettore e personale medico non-obiettore equivalga ad una discriminazione in violazione dell'Articolo 1§2 della Carta.

ii) Lavoro forzato

247. L'Articolo 1§2 si applica anche a questioni relative al divieto di lavoro forzato (International Federation of Human Rights Leagues contro c. Grecia (ric. n. 7/2000), decisione sul merito del 5 dicembre 2000, § 17), nonché altri aspetti del diritto di guadagnarsi da vivere con un'occupazione liberamente intrapresa ed accettata (FFFS contro Norvegia, precedentemente citata, §104).

248. Il lavoro forzato o obbligatorio deve essere vietato in tutte le sue forme. La definizione di lavoro forzato o obbligatorio si basa sull'Articolo 4 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo e sulla Convenzione 29 dell'OIL sul lavoro forzato: "ogni lavoro o servizio estorto ad una persona sotto minaccia di punizione o per il quale detta persona non si sia offerta spontaneamente" (Articolo 2§1). Per lavoro forzato s'intende "la coercizione di qualsiasi lavoratore a svolgere il lavoro contro la sua volontà e senza un consenso liberamente espresso" (cfr. Conclusioni III, p. 5).

249. Tuttavia il Comitato ritiene che questa istanza sollevi questioni relative al primo aspetto dell'Articolo 1§2, vale a dire il divieto di discriminazione, e non al lavoro forzato o ad altri aspetti del diritto di guadagnarsi da vivere con un'occupazione liberamente intrapresa ed accettata.

250 Pertanto il Comitato ritiene che non vi sia violazione dell'Articolo1§2 della Carta a tale riguardo.

PARTE IV: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 2§1 DELLA CARTA

251. L'Articolo 2§1 sancisce quanto segue:

Articolo 2 – Diritto ad eque condizioni di lavoro

"Parte I: Tutti i lavoratori hanno diritto ad eque condizioni di lavoro"

"Parte II: Per assicurare l'esercizio effettivo del diritto ad eque condizioni di lavoro, le Parti contraenti si impegnano:

- a. a fissare una durata ragionevole al lavoro giornaliero e settimanale, la settimana lavorativa dovendo essere progressivamente ridotta, per quanto lo consentano l'aumento della produttività e gli altri fattori in gioco;

[...]."

A – Argomentazioni delle Parti

1. L'organizzazione istante

252. La CGIL sostiene che vi sia una violazione dell'articolo 2§1 della Carta per il fatto che, dato il pesante carico di lavoro per il personale medico non-obiettore nell'effettuazione d'interruzioni di gravidanza e la distribuzione dei carichi di lavoro, vi è il rischio che ciò porti a irragionevoli orari di lavoro giornalieri e settimanali.

253. A tale proposito, fa riferimento al parere della Commissione europea, emanato mentre procedure d'infrazione erano pendenti dinanzi alla Corte di giustizia dell'Unione europea. Le procedure erano state avviate in base a diverse denunce concernenti il fatto che i medici erano costretti a lavorare per un numero eccessivo di ore a causa dell'insufficiente attuazione della relativa Direttiva (Direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 4 novembre 2003 riguardante alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, GU L 299 del 18.11.2003, p.9-19).
CGIL

254. La CGIL fa ulteriormente riferimento ad una pubblicazione del Presidente di LAIGA (Note sull'applicazione della Legge 94/1978 in Italia), precedentemente citata, pp.29,35), che riporta testimonianze di medici non-obiettori.

"Spesso, i non-obiettori sono costretti a lavorare su turni lunghi e stancanti al fine di praticare interruzioni volontarie di gravidanza in strutture al di fuori degli ospedali per cui lavorano."

255. Cita altresì le Mozioni approvate dalla Camera dei Deputati che fanno riferimento al pesante carico di lavoro dei medici non-obiettori.

256. In risposta alle cifre riportate dal Governo che indicano che, in media, i medici non-obiettori praticano un numero più basso di interruzioni di gravidanza, la CGIL sostiene che i dati utilizzati non sono affatto certi e che il numero dei medici non-obiettori potrebbe essere sovrastimato in quanto non vi è alcun obbligo per il medico d'informare l'ospedale in cui lavora della sua decisione di sollevare obiezione di coscienza. A tale riguardo, fa riferimento ad una Risoluzione approvata dalla Commissione per gli affari sociali della Camera dei Deputati sul "Rapporto sullo stato di attuazione della Legge 194/1978 che disciplina la tutela sociale della maternità e dell'interruzione volontaria di gravidanza" (6 marzo 2014).

2. La risposta del Governo

257. Il Governo risponde molto genericamente a queste asserzioni facendo riferimento al documento del Comitato Nazionale Italiano per la Bioetica del 12 luglio 2012, nonché alla Legge n 194/1978 (cfr. i precedenti §§222-226).

258. Sostiene che la legge italiana tuteli adeguatamente i diritti dei lavoratori e sia del tutto coerente e compatibile con l'Articolo 2§1 della Carta.

259. Ha presentato l'ultimo rapporto sull'attuazione della Legge 194/1978 del Ministero della Salute al Parlamento e rileva che, sulla base del rapporto, in media ad un ginecologo non-obiettore viene richiesto di eseguire 1.4 interruzioni di gravidanza a settimana, mentre un medico obietto non è tenuto ad effettuare questi interventi (Rapporto del 15 ottobre 2014, p.7).

B – Valutazione del Comitato

260. Il Comitato rileva che le disposizioni della Carta in tema di orario di lavoro hanno lo scopo di tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori in modo effettivo ed efficace. Ogni lavoratore deve vedersi garantiti adeguati periodi di riposo per recuperare le forze dalla stanchezza causata dal lavoro.

261. Il Comitato ricorda che l'orario di lavoro settimanale di più di sessanta ore è troppo lungo per essere considerato ragionevole, ai sensi dell'Articolo 2§1. Questo limite non può essere superato neppure nell'ambito di piani di flessibilità, in cui la compensazione viene concessa con periodi di riposo durante le altre settimane (Conclusioni 2010, Albania, Articolo 2§1).

262. Il Comitato rileva che non è stata fornita alcuna informazione sull'orario di lavoro medio dei medici non-obiettori. Sono state fornite prove in merito all'eccessivo carico di lavoro, che sono state considerate ai sensi dell'Articolo 1§2. Nessuna asserzione fondata e comprovata è stata formulata in merito all'orario di lavoro medio giornaliero, ai periodi di riferimento per il calcolo dell'orario di lavoro, alle intese per definire i turni di lavoro del personale sanitario, ecc .

263. Non sono state fornite informazioni in merito alla supervisione dei regolamenti in materia di orario di lavoro da parte degli Ispettori del Lavoro, ivi compreso il numero di violazioni individuate e le sanzioni comminate con riferimento alle condizioni di lavoro dei medici non-obiettori.

264. Alla luce delle informazioni messe a sua disposizione, il Comitato ritiene che le asserzioni della CGIL non siano suffragate da prove sufficienti e pertanto ritiene che non vi sia violazione dell'Articolo 2§1 della Carta.

PARTE V: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 3§3 DELLA CARTA

265. L'Articolo 3 della Carta sancisce quanto segue:

Articolo 3 – Diritto alla sicurezza ed all'igiene sul lavoro

Parte I: "Tutti i lavoratori hanno diritto alla sicurezza ed all'igiene nel lavoro."

Parte II: "Per assicurare l'esercizio effettivo del diritto alla sicurezza ed all'igiene nel lavoro, le Parti contraenti si impegnano:

[...]

3. ad emanare misure di controllo sull'applicazione di questi regolamenti;

[...]

A – Argomentazioni delle Parti

1. L'organizzazione istante

266. La CGIL sostiene che, a causa dell'inadeguata applicazione dell'Articolo 9 della Legge 194/1978 ed alle elevate percentuali di medici e personale paramedico obiettori, i pochi medici non-obiettori vengono lasciati a sostenere l'intero carico di lavoro per l'effettuazione di tutte le procedure d'interruzione di gravidanza richieste. L'aumento del numero di tali procedure eseguite da medici non-obiettori, la loro natura gradualmente ripetitiva, nonché le condizioni di lavoro che comportano straordinari, il lavoro in condizioni di isolamento o senza sostituzioni, incidono sulle condizioni di salute fisica e mentale di detti medici, in violazione del diritto alla sicurezza ed all'igiene sul lavoro sancito dall'Articolo 3 della Carta, in combinato disposto con la clausola di non-discriminazione di cui all'Articolo E.

267. Inoltre, la CGIL sostiene che l'entità del danno per la salute e la sicurezza dei medici non-obiettori, nonché la violazione dell'Articolo 3 della Carta, possono essere stabilite sulla base della frequenza delle procedure d'interruzione di gravidanza effettuate, come dedotte dai dati sul numero di medici obiettori.

268. La CGIL indica le difficoltà di carattere generale ad ottenere informazioni e critica i dati generali riportati dal Governo come inaffidabili o irrilevanti.

2. La risposta del Governo

269. Il Governo respinge le asserzioni della CGIL come infondate e non comprovate.

270. Non affronta direttamente la questione della salute e dell'igiene sul posto di lavoro dei medici non-obiettori. Sostiene che i dati disponibili dimostrano che il tasso di medici non-obiettori rispetto al numero di procedure d'interruzione di gravidanza è adeguato.

271. Il Governo sostiene che spetta alle Regioni ed alle relative strutture mediche accertare l'attuazione della Legge 194/1978.

272. Rileva che, secondo il Piano Sanitario Nazionale 2012-2013, i servizi sanitari nazionali si basano, tra l'altro, sulla sorveglianza sistematica delle situazioni, nel caso in cui venga interrotta la fornitura di servizi sanitari.

273. L'impegno del Governo per l'attuazione della Legge 194/1978 è ulteriormente attestato dai rapporti annuali che sottopone al Parlamento sull'attuazione della Legge.

B – Valutazione del Comitato

274. Ai sensi dell'Articolo 3 della Carta, la CGIL si riferisce principalmente alla necessità di vigilare in modo efficace sull'attuazione del quadro giuridico relativo a salute e sicurezza sul lavoro. Pertanto il Comitato decide di esaminare la situazione ai sensi dell'articolo 3§3 della Carta.

275. Il Comitato rileva che l'Articolo 3 concede a tutti il diritto alla sicurezza ed igiene sul lavoro. Questo diritto deriva direttamente dal diritto all'integrità personale (Conclusioni I, Dichiarazione sull'interpretazione dell'Articolo 3, p.22).

276. Nell'accettare l'Articolo 3, gli Stati si sono impegnati a garantire il diritto degli individui all'integrità fisica e mentale sul posto di lavoro. Il Comitato ricorda che la conformità alla Carta "non può essere garantita esclusivamente dal funzionamento della legislazione, se questa non è effettivamente applicata e rigorosamente controllata" (International Commission of Jurists contro Portogallo (ric. n. 1/1998, decisione sul merito del 9 settembre 1999, §32; Conclusioni 2004, Spagna, Articolo 3§3).

277. Tuttavia, il Comitato è in grado di valutare lo sviluppo della situazione soltanto se vengono fornite ad esso statistiche sul numero di strutture in cui sono state effettuate visite ispettive e sul numero di persone che impiegano, nonché dati aggiornati sugli organici di personale dell'Ispettorato del lavoro ed il numero di controlli effettuati, le violazioni accertate e le sanzioni comminate (Conclusioni 2004, Spagna, Articolo 3§3). Il Comitato deve anche conoscere la percentuale di lavoratori ai quali si applicano le ispezioni rispetto al totale della forza lavoro (Conclusioni 2007, Lussemburgo, Articolo 3§3).

278. Per quanto riguarda la presente istanza, il Comitato osserva che la CGIL ha fornito prove di LAIGA e testimonianze dirette di medici non-obiettori che indicano che il loro ambiente di lavoro e le condizioni possono incidere sulla loro salute e sicurezza sul lavoro. Tuttavia, il Comitato rileva che queste prove sono in gran parte aneddotiche.

279. Inoltre il Comitato osserva che, nonostante le suddette informazioni, le asserzioni formulate ai sensi dell'Articolo 3 della Carta riguardano l'applicazione ed il monitoraggio di tutte le normative nazionali in materia di sicurezza ed igiene sul lavoro, con riferimento al personale medico non-obiettore in particolare.

280. Nessuna specifica informazione viene fornita da una delle Parti con riferimento all'applicazione o alla mancata applicazione delle pertinenti disposizioni in materia di salute e sicurezza.

281. Alla luce di tutte le informazioni messe a sua disposizione, il Comitato ritiene che le asserzioni della CGIL non siano suffragate da prove sufficienti e, pertanto, sostiene che non vi sia alcuna violazione dell'Articolo 3§3 della Carta.

PARTE VI: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 26§2 DELLA CARTA

282. L'Articolo 26§2 della Carta sancisce quanto segue:

Articolo 26 – Diritto alla dignità sul lavoro

Parte I: "Tutti I lavoratori hanno diritto alla dignità sul lavoro."

Parte II: "Al fine di garantire l'efficace esercizio del diritto di tutti i lavoratori alla tutela della dignità sul lavoro, le Parti s'impegnano, di concerto con le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori, a:

[...]

- b. promuovere la consapevolezza, l'informazione e la prevenzione di azioni ricorrenti repressibili o chiaramente negative ed offensive rivolte contro singoli lavoratori sul posto di lavoro ed ad adottare tutte le misure appropriate per tutelare i lavoratori nei confronti di detto comportamento."

A – Argomentazioni delle Parti

1. L'organizzazione istante

283. La CGIL sostiene che, a causa dell'inadeguata applicazione dell'Articolo 9 della Legge 194/1978 e delle alte percentuali di medici obiettori, i pochi medici non-obiettori sono lasciati a sostenere tutto il carico di lavoro delle procedure d'interruzione di gravidanza richieste. Si tratta in particolare di varie e ripetute procedure d'interruzione di gravidanza che spesso non rientrano nell'ambito di formazione e specializzazione dei medici non-obiettori. La CGIL sostiene che la situazione incide sulla carriera e sulla dignità dei medici e del personale paramedico obiettore, in violazione del diritto alla dignità sul lavoro sancito dall'Articolo 26 della Carta, in combinato disposto con la clausola di non-discriminazione contenuta nell'Articolo E.

284. La CGIL sottolinea le difficoltà di carattere generale ad ottenere informazioni e critica i dati generali forniti dal Governo come inaffidabili o irrilevanti.

285. Fornisce testimonianze dirette di medici non-obiettori.

2. La risposta del Governo

286. Il Governo respinge le asserzioni dell'organizzazione istante come infondate e non comprovate.

B – Informazioni fornite all'audizione pubblica tenutasi il 7 settembre 2015

1. L'organizzazione istante

287. Il rappresentante della CGIL sottolinea di nuovo le difficoltà di segnalare comportamenti quali mobbing/vessazioni subiti dai medici non-obiettori, alla luce del fatto che il sistema giuridico italiano non riconosce il "mobbing" come specifico reato penale.

2. La risposta del Governo

288. Il rappresentante italiano ha sottolineato che ai medici del settore pubblico è concessa la stessa tutela dei lavoratori del settore privato. Pertanto un medico che ritiene di subire molestie può rivolgersi al giudice del lavoro affermando di essere vittima di mobbing o discriminazione. L'ordinamento giuridico italiano prevede rimedi per coloro che sono vittime di molestie.

C – Valutazione del Comitato

289. Sulla base dell'Articolo 26 della Carta, la CGIL fa riferimento a molestie morali e non a molestie sessuali, Pertanto il Comitato esamina queste asserzioni ai sensi del secondo comma dell'Articolo.

290. Il Comitato ricorda che, ai sensi dell'Articolo 26§2, indipendente da motivazioni ammesse o percepite, le molestie che creano un ambiente di lavoro ostile, caratterizzato dall'adozione verso una o più persone di comportamenti persistenti che possono minare la loro dignità o danneggiare la loro carriera devono essere vietate e repressi allo stesso modo degli atti discriminatori. Ciò indipendentemente dal fatto che non tutti i comportamenti molesti sono atti discriminatori, ad eccezione di quando ciò si presume per legge (Conclusioni 2007, Dichiarazione sull'interpretazione dell'Articolo 26§2).

291. L'Articolo 26§2 impone agli Stati firmatari di adottare adeguate misure preventive contro le molestie morali. In particolare, dovrebbero informare i lavoratori circa la natura del comportamento in questione ed i mezzi di ricorso e rimedi a disposizione (Conclusioni 2010, Albania, Articolo 26§2; Conclusioni 2007, Dichiarazione sull'interpretazione dell'Articolo 26§2). Gli Stati firmatari sono tenuti ad adottare tutte le misure preventive e compensatorie necessarie per tutelare i singoli lavoratori da ricorrenti azioni riprovevoli o da azioni decisamente ostili ed offensive rivolte contro di loro sul posto di lavoro o in relazione al loro lavoro.

292. Il Comitato ricorda che ha inoltre ritenuto che, dal punto di vista procedurale, un'efficace tutela dei lavoratori può, in un certo qual modo, richiedere uno spostamento dell'onere della prova, consentendo al giudice di dare soddisfazione alla vittima, sulla base di sufficienti prove *prima facie* e del convincimento del giudice o dei giudici (Conclusioni 2007, Dichiarazione sull'interpretazione dell'Articolo 26§2).

293. Il Comitato rileva di aver riscontrato che la situazione giuridica che tutela le persone da molestie morali sul luogo di lavoro è in conformità con la Carta (Conclusioni 2014).

294. La CGIL ha fornito esempi di molestie morali sui medici non-obiettori, ad esempio testimonianze dirette di medici e di LAIGA:

“Pertanto i non-obiettori si trovano a dover subire intense pressioni a sospendere il servizio, che talvolta assumono forma orale piuttosto che scritta.”

“Non considerare queste pressioni sfocia spesso in vero e proprio "mobbing".”

295. Il Comitato prende altresì atto delle seguenti informazioni:

“Inoltre, alla suddetta audizione alla Camera dei deputati, il Dottor Scassellati ha ulteriormente chiarito: “[siamo] 30 ginecologi all'Ospedale San Camillo, ivi compreso il Primario, di cui soltanto tre sono non-obiettori. Negli ultimi quattro anni siamo stati continuamente sotto attacco. Siamo i medici che hanno deciso di difendere una legge dello Stato. Pertanto, a mio parere, l'obiezione di coscienza costituisce l'aspetto più serio del problema. Ne dovremmo parlare, dato che coloro che praticano le interruzioni di gravidanza sono in costante diminuzione e devono sempre giustificare il loro operato.”.

296. Il Comitato osserva che il Governo non confuta affatto le asserzioni relative alle molestie morali, ad esempio facendo ricorso a mezzi di prevenzione e riparazione per tutelare i lavoratori non-obiettori nei confronti di queste molestie. Inoltre non vi sono indicazioni in merito all'applicazione pratica delle leggi esistenti da parte delle autorità o dei tribunali competenti che fornirebbero la necessaria tutela in pratica, né di eventuali misure politiche.

297. Il Comitato ritiene che le dichiarazioni dei medici non-obiettori che parlano di molestie morali siano insufficienti di per sé a comprovare una violazione della Carta, in quanto sono in gran parte aneddotiche. Tuttavia, il Comitato ritiene che l'Articolo 26§2 della Carta imponga obblighi positivi agli Stati d'intraprendere azioni preventive al fine di garantire che non si verifichino molestie morali, in particolare nelle situazioni in cui le molestie sono probabili. Ritiene pertanto che il fatto che il Governo non abbia intrapreso azioni preventive, di formazione o sensibilizzazione per garantire la tutela dei medici non-obiettori si configuri come violazione dell'Articolo 26§2 della Carta.

298. Pertanto il Comitato ritiene che vi sia una violazione dell'Articolo 26§2 della Carta.

PARTE VII: PRESUNTA VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO E IN COMBINATO DISPOSTO CON GLI ARTICOLI 2§1, 3§3 E 26§2 DELLA CARTA

A – Argomentazioni delle Parti

1. L'organizzazione istante

299. La CGIL sostiene che la situazione denunciata equivale anche ad una violazione dell'Articolo E in combinato disposto con gli Articoli 2§1 (diritto a condizioni di lavoro eque), 3§3 (diritto a sicurezza ed igiene sul lavoro) e 26§2 (diritto alla dignità sul posto di lavoro) della Carta.

300. La CGIL sostiene che i medici ed il personale paramedico subiscono discriminazione sulla base della loro scelta di esercitare il loro diritto all'obiezione di coscienza o meno. In particolare, il personale non-obiettore viene posto in condizioni di lavoro pessime o sfavorevoli rispetto al personale obiettore, sia per quanto riguarda il diritto alla sicurezza ed igiene sul lavoro che per il diritto alla dignità sul lavoro.

La CGIL sostiene che tale discriminazione non ha alcuna motivazione ragionevole e obiettiva richiesta dalla giurisprudenza del Comitato (ad esempio, *Association internationale Autisme- Europe* (AIAE) contro Francia (ric. n. 13/2000), decisione sul merito del 4 novembre 2003, §52). Ritiene che tale discriminazione sia ancor più irragionevole dato che, per quanto la limitata forza lavoro lo consenta, il personale non obiettore è impegnato nella piena attuazione dell'Articolo 9 della Legge 194/1978.

2. La risposta del Governo

301. Il Governo respinge le asserzioni dell'organizzazione istante come infondate e non comprovate.

B – Valutazione del Comitato

302. Alla luce dei suoi riscontri, il Comitato ritiene che non insorga alcuna questione distinta e separata ai sensi dell'Articolo E.

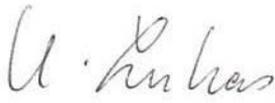
CONCLUSIONI

Per questi motivi, il Comitato:

- dichiara, all'unanimità, ammissibile l'istanza

e giunge alla conclusione:

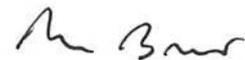
- all'unanimità, che vi è violazione dell'Articolo 11§1 della Carta
- per 9 voti a 2, che vi è violazione dell'Articolo E in combinato disposto con l'Articolo 11 della Carta
- per 6 voti a 5, che vi è violazione dell'Articolo 1§2 della Carta; i) primo motivo
- all'unanimità, che non vi è violazione dell'Articolo 1§2 della Carta; ii) secondo motivo
- all'unanimità, che non vi è violazione dell'Articolo 2§1 della Carta
- all'unanimità, che non vi è violazione dell'Articolo 3§3 della Carta
- per 7 voti a 4, che vi è violazione dell'Articolo 26§2 della Carta e
- all'unanimità, che non insorge una questione separata ai sensi dell'Articolo E in combinato disposto con gli Articoli 2§1, 3§3 e 26§2 della Carta.



Karin LUKAS
Relatorer



Giuseppe PALMISANO
Presidente



Régis BRILLAT
Segret. Esecutivo

In conformità alla Norma 35§1 delle Norme del Comitato, un distinto e separato parere dissenziente di Giuseppe PALMISANO, unitamente a Lauri LEPPIK, Elena MACHULSKAYA, Eliane CHEMLA e Raul CANOAUSERA ed un separato e distinto parere concorde di STANGOS viene allegata alla presente decisione.

**DISTINTO E SEPARATO PARERE DISSENZIENTE DI GIUSEPPE
PALMISANO JOINEDBY LAURI LEPPIK, ELENA MACHULSKAYA,
ELIANECHEMLA
E RAUL CANOAUSERA**

1. 1. L'Articolo 1§2 impone agli Stati che lo hanno accettato di tutelare efficacemente il diritto dei lavoratori a guadagnarsi da vivere con un lavoro liberamente intrapreso. Secondo il Comitato, tale obbligo impone, tra l'altro la proibizione e l'eliminazione da parte degli Stati di tali eventuali atti discriminatori che possono verificarsi in relazione alle condizioni di lavoro, con particolare riferimento alla retribuzione, alla formazione, alla promozione, al trasferimento ed al licenziamento (Conclusioni XVI-1, 2002, Austria) .

2. A questo proposito, i presunti svantaggi subiti dai medici non-obiettori (vale a dire la mancanza di opportunità di carriera, il pesante carico di lavoro e le difficili condizioni di lavoro), con riferimento ai quali sono state fornite alcune prove da parte dell'organizzazione istante (CGIL), non rientrano, a mio parere, nell'ambito degli atti vietati dall'Articolo 1§2 della Carta, che sono essenzialmente connessi alla retribuzione, alla formazione, alla promozione, al trasferimento ed al licenziamento.

3. Inoltre, nella misura in cui alcuni dei presunti atti possono essere considerati rientranti nel campo di applicazione dell'Articolo 1§2 della Carta, le prove fornite dalla CGIL sono, a mio avviso, in gran parte aneddotiche e non sufficienti a corroborare un'ipotesi di discriminazione tale da incidere sul nucleo dell'Articolo 1§2 della Carta, vale a dire il diritto dei lavoratori di guadagnarsi da vivere con un lavoro liberamente intrapreso ed accettato.

4. Per le ragioni di cui sopra, non posso condividere la decisione adottata dal Comitato, in base alla quale l'Italia, con riferimento al trattamento dei medici non-obiettori, avrebbe violato i suoi obblighi ai sensi dell'Articolo 1§2 della carta di tutelare efficacemente il diritto fondamentale dei lavoratori di guadagnarsi da vivere con un'occupazione liberamente intrapresa ed accettata.

DISTINTO E SEPARATO PARERE CONCORDE DI PETROS STANGOS

Pur concordando con la maggioranza dei membri del Comitato, che hanno deciso che vi è una violazione dell'Articolo E, in combinato disposto con l'articolo 11 della Carta, non condivido il ragionamento giuridico alla base della constatazione di violazione delle disposizioni in questione. Sono pertanto costretto a presentare un parere concorde a parte.

Nella parte II della decisione, il Comitato cita vari motivi per i quali la politica delle autorità italiane ha discriminato le donne che cercano di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza: luogo di residenza (o, per citare la decisione, "il luogo in cui vivono"), la condizione socio-economica ("gruppi a basso reddito"), il sesso, lo stato di salute, la salute pubblica e l'ordine pubblico. A mio parere, il luogo di residenza è l'unico motivo di discriminazione al quale il Comitato dovrebbe interessarsi, in modo da poter poi verificare se le autorità italiane lo hanno applicato in pratica.

Tuttavia, per poter stabilire che vi sia stata discriminazione, vi devono essere uno o più atti delle autorità pubbliche che incidano sugli interessi materiali e non delle persone interessate, e due soggetti distinti e separati, in modo tale che sia possibile determinare se, tramite l'atto o gli atti in questione, le autorità abbiano trattato uno di questi individui diversamente rispetto all'altro, anche se erano in situazioni analoghe e comparabili, o se le abbiano trattate nello stesso modo, anche se le loro situazioni differivano. Come giustamente rileva il Comitato al comma 209 della sua decisione, esiste un gruppo di persone omogenee in termini di stato di salute e che ha anche il diritto alla tutela nei confronti della discriminazione, vale a dire "le donne in gravidanza che cercano di avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza". Tuttavia, a mio parere, questo gruppo si può ulteriormente dividere in due sottogruppi. Il primo, la cui caratteristica è il fatto che i suoi membri vivono in alcune aree del paese, si reca in ospedali in cui la presenza di ginecologi obiettori non impedisce di fornire i relativi servizi in modo efficace e tempestivo. Il secondo sottogruppo, che è definito analogamente dal fatto che i suoi membri vivano in altre parti del paese, è composto da persone che si recano in ospedali dove la presenza di ginecologi obiettori rende in effetti difficile per le donne in gravidanza interessate ricevere un trattamento medico tempestivo ed efficace. A mio parere, le autorità italiane, nella misura in cui non sono interessate ad adottare una politica che colmi le lacune nella fornitura di assistenza sanitaria alle persone che fanno parte del suddetto secondo sottogruppo, hanno optato per la non-azione, il che è non è diverso dal loro trattamento delle donne in gravidanza del primo sottogruppo (sebbene, in questo caso, non sia stata necessaria nessuna azione pubblica, per l'ovvia ragione che le donne in gravidanza non hanno incontrato alcuna difficoltà ad avere accesso ai servizi d'interruzione di gravidanza per il fatto che vi fossero ginecologi obiettori nel personale ospedaliero). Pertanto, a mio parere, il governo italiano, nel fornire un trattamento identico a persone in situazioni diverse, viola l'Articolo E della Carta e, per estensione, l'Articolo 11 della Carta, dato che alle donne in gravidanza viene impedito di esercitare efficacemente il diritto alla tutela della loro salute, quale sancito nella Parte I della Carta.

Mi rendo conto che l'approccio qui delineato, sia pure in termini piuttosto ampi, si basa su singoli casi di discriminazione e, in quanto tale, può essere visto come approccio che deroga al consueto approccio del Comitato quando valuta il rispetto dell'articolo E della Carta, in cui i singoli casi vengono ignorati. Si noterà, tuttavia, che l'approccio qui presentato è in linea con il principio non scritto della parità di trattamento (il quale richiede che situazioni uguali siano trattate allo stesso modo e situazioni disuguali in modo diverso, a meno che non ci sia una giustificazione oggettiva), che il Comitato ha ripetutamente sostenuto come inerente al sistema normativo della Carta. Infine, come "interpretazione" dell'Articolo E, in combinato disposto con una disposizione sostanziale (l'Articolo 11), questo approccio segue una linea simile a quella adottata dal Comitato nella sua decisione del 15 giugno 2005 sul merito dell'istanza n. 26/2004 SAGES contro Francia, quando ha osservato con riferimento all'Articolo E: "il suo ruolo è paragonabile a quello dell'Articolo 14 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Non ha un'esistenza indipendente e deve essere combinato con una disposizione sostanziale della Carta. Tuttavia, una misura (...) può violare questa disposizione [sostanziale] quando in combinato disposto con l'articolo E per la ragione che ha carattere discriminatorio "(§34).