



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori CRISANTI, RANDO, LA MARCA, ROJC, VALENTE, MALPEZZI, Aurora FLORIDIA, ZAMPA, ZAMBITO, DI GIROLAMO, PIRRO, D’ELIA e FINA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 FEBBRAIO 2025

Modifiche al decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, in materia di attività di competenza dell’ostetrica

ONOREVOLI SENATORI. – Il presente disegno di legge persegue due obiettivi: da un lato, aumentare l'accessibilità dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG); dall'altro, aumentare la platea degli operatori sanitari autorizzati a praticarla.

Infatti, a quarantasette anni dalla legge 22 maggio 1978, n. 194, che disciplina l'accesso all'interruzione volontaria della gravidanza, molte donne incontrano ancora difficoltà nell'esercitare in sicurezza e con tutte le necessarie tutele – mediche quanto emotive – la scelta di interrompere una gravidanza indesiderata. Secondo la richiamata legge n. 194 del 1978, ogni donna può esercitare tale scelta entro i primi novanta giorni (dodici settimane) di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari in base alla sua volontà. Tuttavia, come segnalato da moltissime associazioni che si occupano dei diritti della donna, tra cui la Libera Associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194 (LAIGA), o l'Associazione Luca Coscioni, l'effettiva possibilità di esercitare tale scelta risulta oggi compromessa da vari fattori, a partire da quelli relativi alla idoneità delle strutture, in termini di numero e di presenza di personale.

Il Consiglio d'Europa ha sanzionato l'Italia già nel 2013 e nel 2015 per le violazioni rilevate, quali: disparità di accesso all'IVG a livello locale e regionale; insufficienza del personale medico specializzato; aumento del numero di ginecologi obiettori di coscienza; discriminazione sul lavoro dei medici non obiettori. Il 24 marzo dello scorso anno, il Consiglio d'Europa ha chiesto al Governo italiano di fornire dati recenti sugli aborti clandestini, sul numero di obiettori di coscienza tra i farmacisti e il personale dei

centri di pianificazione familiare, nonché informazioni sull'impatto di tali fattori sull'accesso effettivo all'IVG. Tali dati risultano in generale molto difficili da reperire. Secondo l'ultima Relazione sulla attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194, riguardante la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, trasmessa dal Ministero della salute al Parlamento nel 2024 e relativa all'anno 2022, le strutture ospedaliere e case di cura con reparto di ostetricia o ginecologia autorizzate ad effettuare IVG sono 540, ma di queste solo 330 (il 61,1 per cento) le praticano effettivamente.

A livello nazionale, ciò corrisponde a 2,9 punti IVG (con variazioni notevoli a livello regionale) ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni). Tuttavia, l'associazione LAIGA segnala che le strutture sarebbero attualmente ridotte a 291, dal momento che molti reparti dedicati all'applicazione della legge n. 194 sono stati trasformati in centri Covid e mai più riaperti.

Una complessiva ulteriore diminuzione, dunque, rispetto a un calo già sottolineato anche dalla relazione del Ministero (dal 64,9 per cento del totale nel 2018 al 63,1 per cento nel 2019).

Altro fattore che limita – nei fatti – l'accesso all'IVG è l'elevato numero di medici obiettori. La decisione di optare per l'obiezione di coscienza è effettuata da una parte dei medici sulla base di valori etici e religiosi. Tuttavia, un'altra parte non trascurabile sceglie di optare per l'obiezione dopo aver praticato IVG per periodi più o meno lunghi. Si tratta infatti di una pratica emotivamente gravosa, esercitata da un ristretto numero di professionisti. Nel 2022, i gine-

cologi obiettori erano il 60,7 per cento (ma con notevole divario in termini regionale, con picchi come in Molise, dove la quota di ginecologi obiettori arrivava al 90,9 per cento, all'81,5 per cento in Sicilia, al 79,2 per cento in Basilicata e oltre il 77 per cento in Campania e Puglia). Più basso, invece, il tasso di chi esercita il diritto all'obiezione fra gli anestesisti, fermo al 37,2 per cento, e nel personale non medico, ove si attesta al 32,1 per cento. All'elevato numero di obiettori consegue un carico assai gravoso sui professionisti non obiettori.

I dati del Ministero della salute suggeriscono che la media nazionale di IVG per ginecologo è di 0,9 interventi a settimana: tale dato è in realtà falsato, perché non tiene conto del fatto che molti medici, pur non esercitando l'obiezione di coscienza, non sono assegnati al servizio di IVG. Nel 2018 (ultimo dato rilevato dal Ministero della salute nella sua Relazione) i ginecologi non obiettori che non praticavano l'IVG erano infatti il 15 per cento, con tendenza in aumento rispetto agli anni precedenti (9,8 per cento nel 2017, 6,6 per cento nel 2016). Il dato del 2022, secondo il quale i medici non obiettori che non praticavano l'IVG sarebbero stati il 7,4 per cento, non è realmente rappresentativo per mancanza e incompletezza nella raccolta dei dati, come la stessa Relazione del Ministero attesta.

Questa situazione è testimoniata da indagini a campione riportate nell'opera di Chiara Lalli e Sonia Montegiove, « Mai dati. Dati aperti (sulla 194). Perché sono nostri e perché ci servono per scegliere » (Fandango, 2022). Secondo tale opera al Sant'Eugenio di Ostia, su ventuno addetti complessivi, dieci sono obiettori, mentre solo due dei non obiettori effettuano IVG; all'Ospedale-Università di Padova, su ventitré medici ginecologi, diciotto sono obiettori (il 78,26 per cento), e solo tre dei non obiettori effettuano IVG; all'IRCCS A.O.U. di San Martino di Genova, su ventuno ginecologi, di questi,

quattordici sono obiettori (il 66,67 per cento) e solo due, tra i non obiettori, effettuano IVG.

Non sorprende quindi che, a dispetto dei dati ufficiali, il numero dei medici non obiettori sia in progressiva diminuzione. Il motivo è da ricercare nel fatto che praticare un aborto chirurgico, sia con la tecnica dell'isterosuzione (46,6 per cento del totale nel 2022), quanto con quella del raschiamento (7,2 per cento), è una pratica emotivamente molto stressante non solo per chi la subisce, ma anche per chi la attua: troppo poco si parla, infatti, dell'enorme peso emotivo che grava sul medico, sull'anestesista, sugli infermieri che praticano l'IVG. L'obiezione di coscienza, consentita non a caso dall'articolo 9 della stessa legge n. 194 del 1978 – non considerando i motivi di carattere religioso o ideologico, che in questa sede non rilevano –, spesso rappresenta dunque l'unica scelta possibile rispetto a una pratica che provoca fortissimo turbamento nel professionista che la esegue. Nondimeno, come rilevato, l'aumento dei professionisti obiettori determina un aggravamento del carico su chi resta, innescando così una spirale negativa destinata a peggiorare, confermando quanto molti ginecologi e anestesisti testimoniano: obiettori si diventa.

Questa spirale può essere interrotta solo ampliando la platea dei professionisti abilitati a praticare l'IVG, consentendo così un effettivo ricambio degli operatori.

La figura delle ostetriche è, per delicatezza del compito e soprattutto per competenze, la più idonea per tale ruolo. Professione sanitaria a tutti gli effetti a partire dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42, oggi l'ostetrica ha compiti molto simili, e spesso sovrapponibili, a quelli dei ginecologi. Nello specifico, l'articolo 48, comma 2, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, come modificato dal decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15, alla lettera f) autorizza le ostetriche fra le altre cose, a « praticare il parto normale, quando si tratti di pre-

sentazione del vertex, compresa, se necessario, l'episiotomia », e, alla successiva lettera g), a « prendere provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale »: una pratica che, dal punto di vista procedurale, è identica ad una IVG chirurgica.

Tra le mansioni ordinarie dell'ostetrica entrano già, dunque, interventi assimilabili all'IVG chirurgica senza supervisione medica. Come ovvio, tuttavia, l'attribuzione alle ostetriche di specifici ulteriori compiti nell'ambito delle procedure di IVG rende opportuna una specifica integrazione della formazione.

A maggior ragione, analoghe considerazioni possono essere svolte in relazione a una diversa, e sempre più diffusa, modalità di esecuzione dell'IVG, vale a dire il cosiddetto aborto farmacologico, consistente nella somministrazione e nell'assunzione, sotto controllo medico-sanitario, di un farmaco idoneo a determinare l'IVG.

Anche in questo caso, fermo restando il necessario intervento medico in fase di prescrizione del farmaco, le fasi di esecuzione dell'IVG mediante somministrazione del farmaco e di successivo monitoraggio della donna che ha assunto il farmaco possono essere utilmente svolte da ostetriche opportunamente formate al riguardo.

Fortunatamente, il ricorso all'IVG ha subito negli anni un calo progressivo dall'epoca della sua introduzione (-72,9 per cento dal 1982, anno di massima incidenza del fenomeno), determinato dal crescente accesso alla contraccezione e dall'eliminazione dell'obbligo di prescrizione per la contraccezione d'emergenza, unitariamente a un parallelo calo delle gravidanze.

Secondo l'ultimo dato fornito dal Ministero della salute, nel 2022 sono state 65.661 le donne che, in Italia, hanno scelto di interrompere volontariamente una gravidanza, attestando un incremento rispetto al

2021 del 3,2 per cento (+2.008 casi). Parallelamente, anche il ricorso all'aborto farmacologico tramite mifepristone e prostaglandine è in progressivo aumento (50,9 per cento nel 2022 rispetto al 47,2 per cento dei casi nel 2021; 31,9 per cento nel 2020; 24,9 per cento nel 2019; e 3,3 per cento nel 2012). Nel 2022, per la prima volta in assoluto, le IVG farmacologiche, effettuate con mifepristone associato o meno a prostaglandine o con sole prostaglandine, hanno superato quelle chirurgiche effettuate con isterosuzione o raschiamento (52,0 per cento rispetto al 46,6 per cento), in risposta alla maggiore applicazione da parte delle regioni delle indicazioni contenute nella circolare del Ministero della salute del 12 agosto 2020 (Aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine).

Tuttavia sono ancora molte le donne che scelgono di sottoporsi all'IVG tramite intervento chirurgico.

Per questo, si rende necessario individuare una soluzione che contemperi il diritto della donna ad accedere all'IVG nella maniera più rapida e semplice possibile con il diritto del medico a veder rispettata la propria sensibilità, in particolare estendendo alle ostetriche, previa adeguata formazione, la facoltà di eseguire le IVG.

L'opportunità di una progressiva estensione del coinvolgimento delle ostetriche nell'esecuzione delle IVG è supportata tanto dall'osservazione del dato comparativo quanto dalle indicazioni formulate in sede internazionale.

A livello internazionale, ad esempio, si pensi alle Linee guida sull'assistenza all'aborto adottate dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2022 (*Abortion care guideline*), le quali riconoscono, da un lato, il nesso tra allargamento della platea dei soggetti abilitati ad eseguire le IVG e l'effettività di accesso alla procedura, e dall'altro, includono esplicitamente le ostetriche tra i soggetti idonei ad eseguire le IVG.

Analoghe indicazioni provengono – in ambito professionale – dalla Confederazione internazionale delle ostetriche (ICM), che rappresenta oltre 136 associazioni di ostetriche in 117 Paesi), la quale sostiene, fin dal documento (*position statement*) «*Midwives' Provision of Abortion-Related Services*» (2014), che «una donna che cerca o necessita di servizi legati all'aborto ha il diritto di ricevere tali servizi dalle ostetriche». Sempre secondo l'ICM, inoltre, «la formazione delle ostetriche dovrebbe prepararle al loro ruolo nel fornire servizi correlati all'aborto che garantiscano sicurezza e benessere alla donna». L'organizzazione, infine, esorta le associazioni affiliate a promuovere una formazione che garantisca alle ostetriche le conoscenze e le competenze necessarie per fornire servizi correlati all'aborto in linea con le competenze essenziali stabilite per la pratica ostetrica di base.

A livello comparativo, per rimanere nell'ambito dell'Unione europea, la Francia fin dal 2016 consente alle ostetriche di eseguire IVG con metodo farmacologico e dal 2022 anche l'aborto chirurgico, sebbene l'attuazione di tale misura sia ancora in corso. Allo stesso modo, in Svezia le ostetriche possono eseguire aborti farmacologici, e sono appositamente formate a tale scopo.

Questa è la direzione che il presente disegno di legge intende perseguire.

Il disegno di legge si compone di due articoli.

L'articolo 1 modifica gli articoli 46 e 48 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206. La lettera *a*) del comma 1 modifica, in particolare, l'articolo 46 – relativo alla formazione delle ostetriche –, aggiungendo all'elenco delle conoscenze e competenze di cui l'ostetrica deve essere necessariamente dotata anche le cono-

scenze e competenze in materia di salute sessuale e riproduttiva, strumenti di contraccezione, requisiti per l'accesso all'interruzione volontaria della gravidanza ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 194, nonché alle tecniche e modalità di esecuzione della medesima. La lettera *b*) modifica, invece, l'elenco delle attività cui è autorizzata l'ostetrica, contenuto all'articolo 48, comma 2, del richiamato decreto legislativo n. 206 del 2007. In particolare, viene modificata la lettera *g*) del comma 2 dell'articolo 48, sottraendo la revisione uterina manuale dalle attività che l'ostetrica può eseguire solo in via d'urgenza e in assenza del medico. Conseguentemente, viene inserita una lettera *g-bis*), che autorizza l'ostetrica a praticare la revisione uterina manuale, anche nel caso di IVG ai sensi della legge n. 194 del 1978. Viene inoltre introdotta una lettera *g-ter*), al fine di autorizzare le ostetriche a eseguire l'IVG farmacologica, con assistenza alla donna in ogni fase della somministrazione del farmaco.

L'articolo 2 reca una disposizione transitoria per l'integrazione delle competenze delle ostetriche già esercenti, al fine di consentir loro l'acquisizione delle competenze e conoscenze in materia di IVG, necessarie per poter eseguire l'IVG secondo quanto previsto dall'articolo 48, comma 2 del decreto legislativo n. 206 del 2007, come modificato dall'articolo 1, lettera *b*) del disegno di legge. In particolare, si prevede che, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, il Ministro della salute disciplini con proprio decreto, sentita la Federazione nazionale degli Ordini della professione ostetrica, specifici programmi formativi finalizzati all'acquisizione, da parte delle ostetriche già esercenti la professione, delle conoscenze e delle competenze di cui all'articolo 46, comma 3, lettera *c-bis*), come introdotta dall'articolo 1 del presente disegno di legge.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche al decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, in materia di attività di competenza dell'ostetrica)

1. Al decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 46, comma 3, dopo la lettera c) è inserita la seguente:

« c-bis) conoscenze e competenze in materia di salute sessuale e riproduttiva, strumenti di contraccezione, requisiti per l'accesso all'interruzione volontaria della gravidanza ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 194, nonché alle tecniche e modalità di esecuzione della medesima »;

b) all'articolo 48, comma 2:

1) alla lettera g), le parole: « seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale » sono soppresse;

2) dopo la lettera g), sono inserite le seguenti:

« g-bis) revisione uterina manuale, anche nel caso di interruzione volontaria della gravidanza ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 194;

g-ter) esecuzione dell'interruzione volontaria della gravidanza in via farmacologica, assistendo la donna in ogni fase della somministrazione del farmaco ».

Art. 2.

(Disposizioni transitorie)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della

salute, con proprio decreto, sentita la Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica, definisce specifici programmi formativi finalizzati all'acquisizione, da parte delle ostetriche già esercenti la professione, delle conoscenze e delle competenze di cui alla lettera *c-bis*) del comma 3 dell'articolo 46 del decreto legislativo n. 206 del 2007, come introdotta dall'articolo 1, comma 1, lettera *a*), della presente legge.

