

Applicazione della IVG - Legge 194 del 1978 dopo 44 anni dalla sua emanazione: cosa è cambiato?

Aprile Anna – Professore associato -Medicina legale Università di Padova

Frusca Tiziana – già Professore Ordinario Università di Parma, Presidente SIEOG 2020-2022

Monni Giovanni - Direttore SC Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Diagnosi Prenatale P.O.

Microcitemico, Cagliari, Past President SIEOG 2000-2002

Sciacovelli Irene – Consigliere Direttivo SIEOG. Ginecologa Trento

Approvato dal Consiglio Direttivo Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica e Metodologie Biofisiche (SIEOG) 2021-2023

Presidente: Valentina De Robertis (Bari)

Past President: Tiziana Frusca (Parma)

Vice Presidente: Cristina Peddes (Cagliari), Nicola Volpe (Parma)

Segretario: Claudiana Olivieri (Bari)

Consiglieri: Valentina Chiappa (Milano), Alessandra Familiari (Roma), Maddalena Morlando (Napoli), Nicola Chianchiano (Palermo), Irene Sciacovelli (Trento)

Tesoriere: Andrea Sciarrone (Torino)

con la collaborazione

Altieri Giorgio – Magistrato Penale Tribunale Cagliari

Amato Vincenzo –Presidente Tribunale Cagliari

INTRODUZIONE

La Legge 22 maggio 1978, n. 194 (*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*), ha disciplinato in Italia, per la prima volta, l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), distinguendo presupposti, regole di accesso e modalità di esecuzione in base ai diversi periodi della gravidanza (vedi testo della Legge in Allegato 1).

Il presente documento si propone lo scopo di valutare alcune delle principali criticità relative all'applicazione della disciplina legale e, in particolare, di quella riguardante l'interruzione della gravidanza nella fase più avanzata della gestazione, alla luce sia dell'evoluzione e dei miglioramenti intervenuti in campo medico e biologico, sia delle significative trasformazioni che si sono verificate nell'organizzazione della sanità nei decenni trascorsi dall'entrata in vigore della legge, che insieme si riflettono e rischiano di incidere oggi pesantemente sulla concreta applicabilità delle diverse disposizioni.

In questi anni inoltre parallelamente al sempre maggiore ricorso all'aborto medico per le IVG del primo trimestre (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf, *MINISTERO Della Salute, Consiglio Superiore di Sanità sessione LII, Seduta straordinaria del 4 agosto 2020; linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza*) con mifepristone e prostaglandine si è definito uno approccio medico standardizzato anche alle IVG oltre la 12° settimana di gravidanza con la introduzione di nuovi farmaci o con altre tecniche abortive.

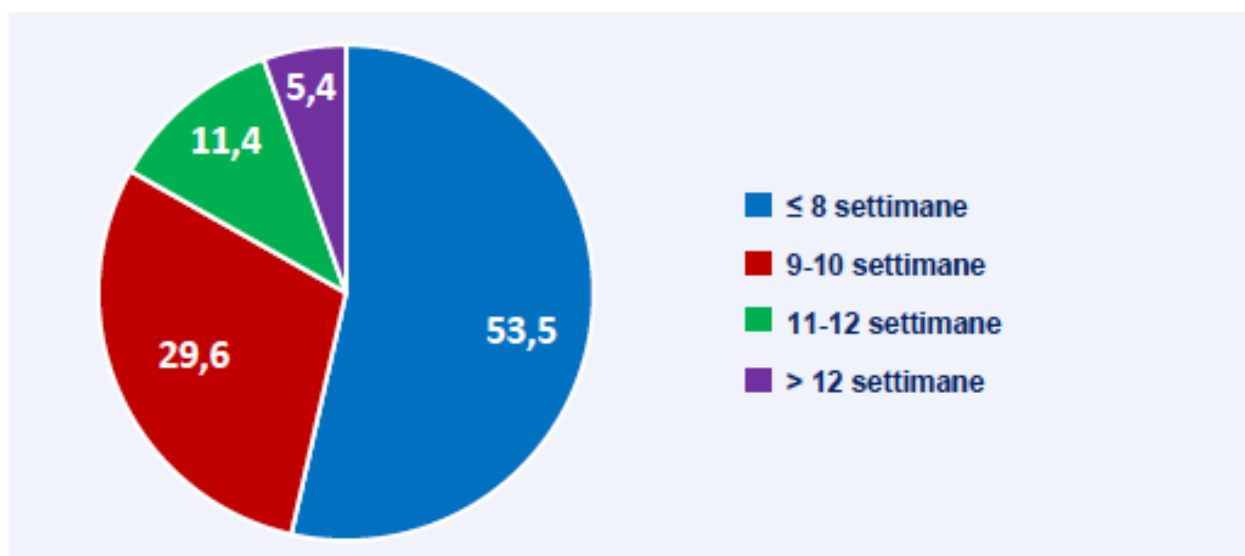
SITUAZIONE ITALIANA

L'ultima relazione presentata dall'Istituto Superiore di Sanità al Parlamento si riferisce ai dati del 2019 ed è scaricabile dal sito del Ministero della Salute

(https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf)

Come si vede dall'immagine sotto riprodotta estratta dalla suddetta relazione, la quota di interruzioni di gravidanza eseguite oltre le 12 settimane è pari al 5,4% del totale.

Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale. Ministero della Salute Italiana anno 2019



Da un confronto con altre nazioni europee emerge un dato di notevole interesse e cioè un tasso di IVG oltre le 12 settimane decisamente più alto in alcune nazioni (UK, Olanda e Svizzera). Questo dato potrebbe spiegarsi con il frequente invio in tali Paesi di pazienti gravide da quelle nazioni in cui la legge pone limiti per la IVG effettuata oltre le 12 settimane.

IVG oltre la 12^o settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2019)	73207	7,1	5,4
	(2018)	76328	6,5	5,6
	(2006)	131018	11,1	2,9
GERMANIA	(2017)	101209	7,3	2,7
INGHILTERRA E GALLES	(2019)	207384	18,0	9,0
NORVEGIA	(2017)	12733	12,4	4,2
OLANDA	(2016)	30144	8,5	18,4
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10,3	4,5
SPAGNA	(2016)	93131	10,3	7,0
SVEZIA	(2019)	36151	19,0	6,8
SVIZZERA	(2019)	9447	6,7	45,0
USA	(2017)	862320	13,5	11,7

* il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni.

Analizzando più a fondo i dati relativi alle IVG riconducibili agli articoli 6 e 7 della Legge in esame, si osserva che in Italia **in 853 casi la IVG è stata eseguita dopo la 21° settimana di gravidanza (1,2%)**.

Come vedremo dalla analisi degli articoli di legge che disciplinano queste IVG, tale dato pone non poche problematiche con riferimento alla necessità di complesse valutazioni diagnostiche in caso di riscontro di anomalie nel feto e con riferimento ai limiti di vitalità fetale che dopo 44 anni sono molto cambiati.

IVG dopo la 16° e dopo la 21° settimana di gravidanza

Epoca gestazionale

16-20		≥21	
N	%	N	%
5	3,6	0	0,0
33	0,7	20	0,4
86	0,7	63	0,5
214	1,5	172	1,2
410	2,6	255	1,6
521	3,6	229	1,6
304	3,6	114	1,4
1573	2,2	853	1,2

LE NORME DI RIFERIMENTO

La Legge 22 maggio 1978, n. 194, come è noto, prevede la precisa distinzione tra:

- l'interruzione volontaria della gravidanza** (entro i primi novanta giorni)
- l'interruzione volontaria c.d. terapeutica della gravidanza** (dopo i primi novanta giorni), distinguendo a sua volta questa in due fasi:

- sino a quando è esclusa la possibilità di vita autonoma del feto;
- *“quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto”*.

1) Più specificamente, nella prima parte della gestazione, l'interruzione volontaria della gravidanza richiede esclusivamente che la donna *“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”* (art. 4).

La prospettiva è incentrata essenzialmente sulla volontarietà dell'interruzione, essendo sufficiente la semplice indicazione da parte della donna di condizioni (*“accusi circostanze...”*) che potrebbero essere all'origine di un *“serio pericolo”* per la sua salute fisica o psichica in caso di prosecuzione della gravidanza.

E, d'altra parte, nello stesso senso depongono:

- l'esecuzione dei soli accertamenti medici *“necessari”*, tra cui in particolare quelli sulla datazione della gravidanza;
- i riferimenti alla sola richiesta di interrompere la gravidanza in ragione delle *“circostanze”* riferite.

2) L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può invece essere praticata, secondo quanto previsto dall'art. 6, esclusivamente qualora: *la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna (comma a); o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (comma b).*

La prospettiva si incentra, in definitiva, diversamente dalle legislazioni di altre nazioni, su requisiti oggettivi ulteriori rispetto alla volontà e alle indicazioni dell'interessata, su cui è imposto un rigoroso accertamento medico.

Va sottolineato che diversamente dalle legislazioni di altri Paesi, la legge italiana, sottolinea che, ferma la volontà della donna e in particolare l'ipotesi (comma a) in cui la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna stessa, la presenza di processi patologici o di rilevanti anomalie del feto non è sufficiente per rendere praticabile l'interruzione di gravidanza poiché è necessario che il processo patologico o l'anomalia del feto comportino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (comma b). La norma è quindi posta a tutela della salute della donna.

ARTICOLI DI RIFERIMENTO PER IVG del secondo trimestre (art 6 e 7) E COMMENTO RELATIVO ALLE PROBLEMATICHE POSTE

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 malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna*

Per quanto riguarda il concetto di “**rilevante**” riferito all’anomalia, va sottolineato che il legislatore non si riferisce ad un nomenclatore di malformazioni maggiori o minori e che la rilevanza dell’anomalia è strettamente connessa al pericolo per la salute fisica o psichica della donna poiché, di norma, tanto maggiore è l’anomalia, tanto più grave sarà il pericolo di ripercussioni sulla salute fisica e/o o sulla sfera psichica della gestante. Di qui un forte elemento di soggettività che rende necessaria una ponderata valutazione da parte del medico chiamato, non solo ad attestare l’esistenza delle condizioni patologiche o dell’anomalia, ma anche ad effettuare una valutazione diagnostica e prognostica sulla possibilità che queste comportino un grave pericolo per la salute di quella specifica donna, tenuto conto delle sue condizioni cliniche generali, del suo vissuto, etc. Questo può in alcuni casi, a discrezione del ginecologo che valuta la richiesta di IVG, rendere necessaria una valutazione collegiale con lo psichiatra/psicologo, anche in assenza di anamnesi psichiatrica.

Nell’esperienza di molti Centri quando si debba interrompere la gravidanza per la sofferenza psichica della donna che viene a conoscenza della malformazione o anomalia genetica fetale, la consulenza psichiatrica e quella medico legale vengono talvolta richieste, ma la legge non obbliga il medico del servizio ostetrico-ginecologico ad avvalersi di tali consulenze. In effetti nella esperienza comune quando vi siano quadri patologici del feto particolarmente gravi, la relativa reazione psicopatologica della donna risulta evidente e la sussistenza ed entità della sofferenza psichica può ben essere apprezzata anche “solamente” dal medico ginecologo, senza la necessità di una ulteriore consulenza psichiatrica/psicologica o medicolegale.

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.

È responsabilità del medico del servizio ostetrico-ginecologico dell’Ente in cui deve praticarsi l’intervento accertare l’esistenza dei processi patologici che stanno alla base della richiesta di interruzione. Quindi, in ultima analisi, è responsabilità di questo operatore sanitario accettare o rifiutare nel caso in cui non ritenga sussistenti i presupposti richiesti dalle norme in commento, la richiesta della donna, richiesta quindi che non potrà mai ritenersi automaticamente accoglibile nel momento in cui viene formulata.

Da questo punto di vista è opportuno che il Direttore/Responsabile della struttura in cui viene eseguita la IVG oltre le 12 settimane assuma egli stesso la gestione della richiesta della donna con le connesse responsabilità o che, eventualmente, deleghi formalmente medici con adeguata formazione e maturità in sua vece.

Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti.

Non è obbligo del medico, ma interesse della paziente che il medico responsabile del procedimento coinvolga tutti gli specialisti che sono necessari per un corretto e adeguato inquadramento clinico del problema, sia esso materno o fetale, per fornire alla donna tutti gli elementi necessari non solo per la formazione di una piena consapevolezza rispetto alla richiesta di IVG, ma anche per una adeguata informazione in vista di una eventuale successiva gravidanza. Questo ovviamente può comportare la consulenza di genetisti, pediatri, chirurghi o altri specialisti, ma va sottolineato che il potere-dovere di accogliere o meno la richiesta di IVG avanzata dalla donna è e resta prerogativa del medico del servizio ostetrico ginecologico dell'Ente in cui deve praticarsi l'intervento (art 7). Poiché la richiesta di interruzione viene fatta per tutela della salute fisica o psichica della donna l'eventuale coinvolgimento dello psichiatra è da valutare caso per caso, in rapporto alle motivazioni che sono alla base della richiesta di IVG avanzata dalla donna e dall'obiettiva gravità della condizione materna o fetale. In questa ottica appare coerente che le richieste di IVG pervenute al SSN in applicazione degli articoli 6 e 7 della L.194/78 debbano essere gestite presso strutture ospedaliere in grado di fornire tutti gli specialisti necessari e con tutti i servizi necessari a prevenire/trattare le complicazioni materne. Ogni Regione dovrebbe perciò individuare ed organizzare tali strutture o creare una rete tale per cui vi sia la garanzia di un corretto inquadramento delle problematiche cliniche materne e/o fetali che di volta in volta saranno poste a base della richiesta di IVG.

Pare inoltre assolutamente necessario sottolineare l'importanza di una adeguata informativa alla donna, sia in termini di modalità con la quale avviene la interruzione di gravidanza, sia in termini di eventuali possibili complicazioni. È inoltre raccomandabile una offerta di accompagnamento psicologico alla donna/coppia da parte del servizio di diagnosi prenatale/medicina materno fetale alla quale la donna si rivolge per la IVG.

E' inoltre consigliato un colloquio di restituzione, colloquio nel quale possano esser forniti ulteriori elementi diagnostici (autopsia fetale o RMN sul feto, approfondimenti genetici o altri esami che possano ulteriormente inquadrare il problema anche ai fini di una ulteriore gravidanza). In tale colloquio sarà compito del medico, con l'eventuale partecipazione di altri specialisti, fornire alla donna, soprattutto se la IVG è avvenuta per problematiche fetali, indicazioni e informazioni in merito a successive gravidanze. Tale colloquio restitutivo potrà auspicabilmente contemplare anche un successivo colloquio psicologico con la finalità di aiutare la donna ad elaborare il lutto e chiudere l'evento.

Articolo 7

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 (attualmente sostituito dal responsabile dell'Igiene Pubblica).

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA E LA POSSIBILITA' DI VITA AUTONOMA DEL FETO

L'interruzione della gravidanza, "quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto", può essere praticata esclusivamente se la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita stessa della donna (comma a) (ad esempio per gravi patologie materne o per un immediato e imminente e provato rischio di suicidio). Ciò implica che la IVG si può effettuare per tutelare la salute psichica della donna solo nel caso in cui non sussista la possibilità di vita autonoma del feto (art 6 b). Nel tempo la possibilità di vita autonoma del feto anche in condizioni di estrema prematurità si è via via spostata sempre più in basso, se consideriamo che negli anni 70 la sopravvivenza neonatale era considerata solo oltre la 25^a settimana di gravidanza.

Nella letteratura internazionale un feto nato prima delle 24 settimane viene considerato "periviable", cioè di per sé non vitale in senso assoluto.

Tuttavia va sottolineato quali siano le tendenze attuali in tema di rianimazione neonatale alla luce della **Carta di Firenze** e del parere e raccomandazioni del **CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ SESSIONE XLVI Seduta del 4 marzo 2008** su richiesta del Ministro Turco ("Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse", meglio note come la "Carta di Firenze", Febbraio 2006) che indicano ai neonatologi la possibilità di un intervento di rianimazione attiva dopo le 23 settimane di gravidanza e certamente insistono nel definire opportuno l'intervento di rianimazione dopo le 24 settimane:

Modalità del Parto e Cure Neonatali

Età gestazionale: 22+0 - 22+6 settimane

Atteggiamento ostetrico

Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre. Il taglio cesareo deve esser praticato unicamente per indicazione clinica materna e le madri che lo richiedano per altri motivi, devono esser informate di svantaggi, rischi e complicanze, anche a lungo termine, e sconsigliate.

Atteggiamento neonatologico

Al neonato devono essere offerte solo le cure compassionevoli, salvo in quei casi, del tutto eccezionali, che mostrassero capacità vitali.

Età gestazionale: 23+0 - 23+6 settimane

Atteggiamento ostetrico

Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre. Il taglio cesareo deve esser praticato unicamente per indicazione clinica materna e le madri che lo richiedano per altri motivi, devono esser informate di svantaggi, rischi e complicanze, anche a lungo termine, e sconsigliate.

Atteggiamento neonatologico

I parametri vitali del neonato devono essere accuratamente valutati. Quando sussistano condizioni di vitalità, il neonatologo, coinvolgendo i genitori nel processo decisionale, deve attuare adeguata

assistenza, che sarà proseguita solo se efficace. Se l'assistenza si dimostra inefficace, al neonato saranno comunque somministrate cure compassionevoli.

Età gestazionale: 24+0 – 24+6 settimane

Atteggiamento ostetrico

Il taglio cesareo può eccezionalmente essere preso in considerazione per motivi fetali.

Atteggiamento neonatologico

Il trattamento intensivo del neonato è sempre indicato e deve essere proseguito in relazione alla sua efficacia.

Età gestazionale: 25+0 – 25+6 settimane

Atteggiamento ostetrico

Il taglio cesareo può essere preso in considerazione anche per indicazione fetale.

Atteggiamento neonatologico

I neonati devono essere rianimati e sottoposti a cure intensive.

Età gestazionale incerta

Nell'incertezza dell'età gestazionale, assume fondamentale importanza la valutazione clinica del neonato ad opera del neonatologo, che dovrà tenere conto soprattutto delle condizioni del neonato alla nascita, della storia ostetrica e della risposta alle manovre rianimatorie.”

La possibilità di vita autonoma del feto, requisito fondamentale per valutare se acconsentire alla richiesta di IVG, non è automaticamente legata ad un determinato momento della gravidanza e quindi al numero di settimane trascorse. Anche le Regioni che hanno tentato di stabilire un limite in settimane + giorni (cfr. documento della Regione Lombardia 2010) hanno poi dovuto ritornare sui loro passi per effetto di una decisione del TAR Lombardia che ha bloccato la delibera, in quanto il legislatore non ha giustamente posto limiti in termini di settimane, ma pretendendo che il caso sia valutato singolarmente in rapporto alle obiettive condizioni cliniche che rendono quello specifico feto compatibile con la possibilità di vita autonoma.

Da quanto si desume dalla letteratura, **il feto di età inferiore alle 23 settimane ha una prognosi di sopravvivenza pesantemente sfavorevole e il neonato non dovrebbe quindi essere sottoposto a rianimazione e terapia intensiva**. Lo sforzo di salvaguardare la vita del feto in questi contesti di estrema prematurità non può non tener conto che le probabilità di arrecare beneficio sono molto inferiori rispetto alla sofferenza cagionata da cure necessariamente “aggressive” che si rivelano, per lo più, inutili e dannose (cosiddetto accanimento terapeutico). Il dovere di agire con appropriatezza e proporzionalità, è sancito dal codice di deontologia medica *.

****Codice di Deontologia Medica Art. 16***

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento

della qualità della vita. Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato. Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

Nella valutazione complessiva delle procedure eticamente accettabili in epoche neonatali così basse, non può non essere tenuta in considerazione anche la volontà dei genitori, rappresentanti legali. Date queste premesse si potrebbe convenire nel ritenere non sussistente, ai fini della IVG, la possibilità di vita autonoma fetale al di sotto delle 23 settimane, o anche in epoche più avanzate in relazione a condizioni malformative o cliniche incompatibili con la vita fetale.

Va sempre tenuto conto che l'operatore deve osservare scrupolosamente la norma che, quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, da un lato restringe la possibilità della IVG ai soli casi di grave pericolo di vita della gestante e, dall'altro, impone al sanitario specifici obblighi che possono riguardare:

- a) l'accuratezza della stima dell'età gestazionale, tenuto conto che divergenze della stima rispetto alla realtà possono condurre a valutazioni circa la possibilità di sopravvivenza differenti;
- b) le modalità stesse dell'intervento di IVG, che non devono pregiudicare per quanto possibile la riconosciuta possibilità di sopravvivenza del feto;
- c) le attività di assistenza successive alla nascita e, specificamente, l'attuazione degli interventi e delle terapie in favore del nato prematuro che, in quanto vivente, è a tutti gli effetti titolare di piena soggettività giuridica.

Se infatti la Corte Costituzionale, nelle diverse pronunce che hanno esaminato la materia, dà riconoscimento pieno del diritto alla vita della donna, valutandone la prevalenza nel bilanciamento con il diritto alla vita del concepito quando entrambi possano essere esposti a pericolo, si impone al sanitario di "operare in modo che sia salvata, quando ciò sia possibile, la vita del feto" (Corte costituzionale, sentenza n. 35 del 1997).

Occorre mettere in rilievo, a questo punto, alcuni ulteriori profili, direttamente dipendenti dalla formulazione del dettato normativo.

Il primo profilo riguarda il concetto stesso di "vita autonoma", dovendosi sottolineare che sulla relativa possibilità può non incidere l'eventuale diagnosi di condizioni particolari, patologie e malformazioni del nascituro, il quale può ben divenire persona e vivere autonomamente anche in presenza delle riscontrate condizioni.

Per contro, la possibilità di vita autonoma non è certamente ravvisabile qualora sia possibile prevedere:

- a) una situazione sostanziale di agonia in cui, anche permanendo affievolite funzioni vitali (in particolare respiro e battiti cardiaci), se del caso sostenuti artificialmente, ci si troverebbe di fronte in termini brevi a una sicura morte e, ancor più, a potenziali sofferenze;
- b) una situazione in cui il nato presenti possibilità di permanenza di funzioni vitali soltanto apparenti, in presenza di invasivi supporti artificiali, in una condizione concettualmente estranea, anche per quanto riguarda la coscienza, alla comune rappresentazione di "vita autonoma" come condizione dell'uomo come essere vivente.

Un ulteriore e, peraltro, rilevantissimo profilo, è quello della indicazione, contenuta nella norma, di “possibilità”, non di “probabilità” di vita autonoma.

L’indicazione “possibilità”, nel significato evidente del testo normativo, non può essere fatta coincidere con il riscontro che un caso unico di sopravvivenza a una determinata età gestazionale si sia già verificato.

La possibilità di “vita autonoma” deve infatti essere valutata quale conseguenza logicamente avverabile, e richiede sostanzialmente un giudizio di ragionevole probabilità -di natura scientifica e, quindi, suscettibile di variazioni nel tempo, vale a dire secondo la migliore scienza ed esperienza del momento storico.

Va considerato che a fronte di una anomalia fetale riscontrabile all’ecografia di screening che in Italia viene effettuata tra le 19 e le 22 settimane di gestazione, si rendono spesso necessari accertamenti ulteriori (genetici o specialistici) che possono richiedere tempo e che le tempistiche organizzative e la modalità di induzione del travaglio abortivo possono procrastinare di diversi giorni la nascita di un feto; questo può significare la nascita di un feto che, pur senza possibilità di vita autonoma, nasce e presenta attività cardiaca. Si tratta in questi casi di un evento molto stressante per la donna e che pone importanti problemi assistenziali ed etici per il personale medico e ostetrico che assiste al parto abortivo.

Le metodiche raccomandate per la induzione dell’aborto (Abortion care guideline, WHO 2022) includono sia opzioni mediche che management chirurgici.

Questi ultimi dipendono dall’epoca gestazionale: generalmente, aspirazione vacuum fra 12 e 14 settimane, dilatazione e svuotamento fra 12 e 16 settimane.

La donna deve essere informata sulle opzioni e devono essere accordate, ove possibile, le sue preferenze del metodo utilizzato (medico o chirurgico) (sez. 3.4 delle raccomandazioni).

Il trattamento medico prevede l’impiego di regimi a singole dosi o regimi combinati di farmaci differenti con dosaggi specifici. e vie di somministrazione differenti (orale, sublinguale, vaginale).

Dettagli relativi alle modalità di induzione farmacologica sono comunque riportati anche nella relazione già citata (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf, MINISTERO Della Salute, Consiglio Superiore di Sanità sessione LII, Seduta straordinaria del 4 agosto 2020; linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza

I trattamenti medici prevedono l’uso di mifepristone, seguito da misoprostolo o se il mifepristone non è in dotazione o controindicato, solo misoprostolo.

E’ descritto l’utilizzo di letrozolo (inibitore selettivo di III generazione delle aromatasi) in combinazione con il misoprostolo. Va segnalato che misoprostolo è stato associato a difetti dello sviluppo del cranio e degli arti per insufficiente circolazione del sangue causata dall’aumento delle contrazioni uterine indotte dalla prostaglandine in fase di organogenesi (Lancet 1991).

In letteratura è riportato un caso di fallimento della induzione di aborto con un bambino nato con la sindrome di Moebius (malattia rara la cui caratteristica principale è la paralisi facciale permanente causata dalla ridotta o mancata formazione dei nervi cranici) dopo essere stato esposto in utero a mifepristone e misoprostolo per aborto elettivo (Bos-Thompson et al., 2008); un caso di sindrome della banda amniotica (malattia congenita causata dall’”intrappolamento” di parti fetali, in genere arti o dita, in fasce amniotiche fibrose) con amputazione di un arto dopo esposizione a mifepristone (Sentilhes et al., 2007).

Una review di 71 casi di gravidanze con fallimento della procedura e proseguite dopo utilizzo dei farmaci (mifepristone, misoprostolo), ha evidenziato 8 casi di malformazioni, di cui solo uno in cui

era impiegato il mifepristone. L'utilizzo di misoprostolo, in dosi indicate per l'induzione dell'aborto, è stato associato in studi retrospettivi ad anomalie della teca cranica e dello splancnocranio, anomalie dei nervi cranici (Moebius syndrome), anomalie arti come piede equinovaro. Tali anomalie sono associate a spasmi vascolari uterini con ipoafflusso ematico.

Si ritiene eticamente consigliabile, anche sulla base di indicazioni date da autorevoli società scientifiche internazionali (il Royal College Obstetrics and Gynecology indica la opportunità di feticidio prima della induzione dell'aborto dalle 21 settimane in avanti, American College Obstetrics and Gynecology, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) che il procedimento di induzione del travaglio abortivo in epoca in cui non sussiste la possibilità di vita autonoma nel senso prima indicato, avvenga su feto senza attività cardiaca.

Tale procedura contempla la iniezione intracardiaca fetale di Cloruro di Potassio (KCl) ed è eseguita in molti Paesi Europei preliminarmente alla induzione del travaglio abortivo. (The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No.7 https://www.rcog.org.uk/media/nwcjrf0o/abortion-guideline_web_1.pdf).

L'introduzione del KCl è diffusamente utilizzata nel secondo trimestre di gravidanza nella maggior parte dei paesi europei ed extraeuropei.

L'iniezione intracardiaca di KCl viene utilizzata da moltissimi anni soprattutto nei feticidi selettivi e riduzioni fetali nelle gravidanze multiple effettuati nei casi in cui tale esigenza si profili per salvaguardare la salute della donna e nel rispetto delle norme che autorizzano la IVG.

La tecnica consiste nell'introduzione di alcuni ml di KCl nel ventricolo sinistro del cuore fetale attraverso un sottile ago spinale 20-gauge sotto visione ecografica continua. Il farmaco blocca l'attività cardiaca fetale con immediata asistolia.

Il procedimento, indolore, ha la durata di pochi minuti ed evita inutili e lunghe sofferenze fisiche e psicologiche della madre, del feto e degli operatori dovuti ad un travaglio abortivo tradizionale.

La tecnica andrebbe utilizzata previo riconoscimento dei requisiti dell'articolo 6, cioè prima della possibile vita autonoma fetale.

L'esecuzione della IVG con introduzione intracardiaca di KCl, sotto altro profilo, esclude nelle fasi successive all'esecuzione dell'intervento l'insorgere di problematiche legate al riconoscimento dell'obiezione di coscienza, quand'anche infondate atteso che, per giurisprudenza consolidata della stessa Corte di Cassazione l'art. 9 l. 194/78, consente l'obiezione di coscienza nell'interruzione della gravidanza, ma non esonera l'obiettore dall'assistenza conseguente all'intervento già praticato.

Poiché la maggior parte delle IVG del secondo trimestre viene eseguita per riscontro/dubbio di anomalie morfologiche riscontrate alla ecografia di screening che richiedono, come sopra dettagliatamente riportato, l'invio ad un centro di riferimento per approfondimento diagnostico, proprio per fornire un lasso di tempo maggiore a questi accertamenti che vanno eseguiti, come già sottolineato presso centri di diagnosi prenatale e/o di medicina fetale, riteniamo importante anticipare l'esecuzione della ecografia di screening (a 19 settimane) e proporre di discutere in un tavolo di esperti in merito alla opportunità che la finestra di esecuzione di tale esame sia tra 18 e 20+6 (come del resto avviene già in UK seguendo le indicazioni date dal National Institute for Health and Care Excellence - NICE) tenendo in considerazione le problematiche poste da eventuali anomalie difficilmente rilevabili anticipandone l'esecuzione.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

L'interruzione di gravidanza, in caso di possibilità di vita autonoma del feto, va eseguita **solo per condizioni che mettano in pericolo la vita della donna** (a titolo di esempio: gravissimi casi di HELLP molto precoce, traumi molto gravi, ecc.), e in questi casi è ovviamente necessario scegliere la modalità di parto più sicura per la donna e per il feto e provvedere alla rianimazione neonatale.

CONCLUSIONI

In sintesi per quanto riguarda la effettiva applicabilità degli articoli 6 e 7, a distanza di oltre 44 anni dalla data di approvazione della Legge.

1. Si sottolinea che nel caso di anomalie strutturali o genetiche del feto è necessario un inquadramento completo del caso clinico, comprendente talvolta approfondimenti genetici con recenti tecniche di diagnosi prenatale, approfondimenti con specialisti di settore come neonatologo, cardiologo, cardiocirurgo, neurochirurgo, chirurgo infantile, ecc. Per questo nell'interesse di un completo inquadramento prognostico, che consenta alla donna di esercitare il proprio diritto ad una maternità consapevole e nell'interesse di fornire adeguate indicazioni per eventuali successive gravidanze, si ritiene che il ricorso alla IVG del secondo trimestre debba esser praticato solo in strutture che possano offrire queste competenze anche mediante consulenti esterni. Va inoltre segnalato che la induzione farmacologica di travaglio abortivo non è scevra di complicanze per la donna, soprattutto in una popolazione con un alto tasso di precedenti tagli cesarei e che pertanto questa induzione non solo debba esser preceduta da un adeguato counselling in merito a modalità ed eventuali complicanze, ma debba svolgersi in strutture ospedaliere con adeguato livello di assistenza (sala operatoria per emergenza, rianimazione).
2. In considerazione della complessità clinica dei casi che si presentano con condizioni patologiche materne e fetali e della conseguente necessità per il ginecologo, che è responsabile della accettazione della richiesta di IVG, di essere pienamente consapevole del percorso diagnostico eseguito dalla donna in merito a complesse condizioni, si ritiene opportuno che la accettazione di richieste di IVG formulata dalla donna in applicazione agli articoli 6 e 7 venga condivisa con il Direttore/Responsabile della struttura in cui viene eseguita la IVG oltre le 12 settimane o che questi assuma egli stesso la gestione della richiesta della donna con le connesse responsabilità o che, eventualmente, deleghi formalmente medici con adeguata formazione e maturità in sua vece
3. Si ritiene indispensabile la formulazione di un dettagliato consenso informato e scritto alle procedure di induzione del travaglio abortivo e la applicazione di un protocollo così come riportato dal documento presentato al Ministero della Salute.
4. Al fine di proteggere la donna il personale che assiste il travaglio abortivo da situazioni di estremo stress, nonché evitare al feto inutili sofferenze, nei casi in cui il feto potrebbe, pur senza possibilità di vita autonoma, nascere con battito cardiaco presente, si ritiene opportuno che l'induzione di travaglio abortivo avvenga su feto privo di attività cardiaca,

mediante iniezione intracardiaca di KCl così come consigliato da varie Società Scientifiche internazionali.

5. Inoltre al fine di dare un maggiore tempo per approfondimenti diagnostici e prognostici da eseguirsi nei centri di riferimento si ritiene opportuno suggerire che la ecografia di screening possa essere eseguita a 19 settimane e aprire un dibattito con gli esperti in merito alla possibilità di anticiparne la finestra di esecuzione (<https://www.gov.uk/government/publications/fetal-anomaly-screening-programme-handbook/20-week-screening-scan>).

6. Un elevato numero di donne non accede alla interruzione della gravidanza dopo la diagnosi prenatale in parte per scelta, in parte perché oltre l'epoca di applicazione della legge italiana e mancato riferimento a centri europei ove non vige il limite posto dall' articolo 6, in parte perché il tipo di malformazioni viene definito incompatibile con la vita. Del resto anche condizioni considerate letali (anencefalia, trisomia 13 e 18, grave oloprosencefalia, Potter syndrome) non infrequentemente portano comunque ad una sopravvivenza del neonato di una settimana e in circa il 20% dei casi fino ad 1 anno. Non vi è in Italia una stima di questa problematica. Il problema è spesso gestito nelle strutture ospedaliere dai neonatologi e a domicilio da strutture socioassistenziali territoriali, ma il problema delle cure palliative, e della individuazione in epoca prenatale di quali debbano essere per il feto e per il neonato, nel rispetto della legge italiana e della etica di non accanimento terapeutico si pone quindi in modo molto pressante.

L' ACOG in un suo documento del 2019 (Obst Gyn 2019, 134) definisce in modo preciso la problematica, sia in relazione alle indicazioni perinatali, sia in relazione alle modalità.

Anche il NICE affronta questo problema in una raccomandazione (End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management, Last updated: 25 July 2019 www.nice.org.uk/guidance/ng61).

Diventa quindi urgente affrontare il problema anche in Italia, problema che deve vedere in stretta collaborazione specialisti di Medicina Materno fetale, Neonatologi e Pediatri"

BIBLIOGRAFIA

(https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf, MINISTERO Della Salute, Consiglio Superiore di Sanità sessione LII, Seduta straordinaria del 4 agosto 2020; linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza

“Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse”, meglio note come la “Carta di Firenze”, febbraio 2006

The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No.7 https://www.rcog.org.uk/media/nwcjrf0o/abortion-guideline_web_1.pdf).

<https://www.gov.uk/government/publications/fetal-anomaly-screening-programme-handbook/20-week-screening-scan>

- A.K. Sfakiaaki, K. Davis, J.A. Copel, N.L. Stanwood, H.S. Lipkind. Potassium Chloride-induced fetal demise J. Ultrasound Med. 2014 33; 337-341
- V. Glover, N.M. Fisk. Fetal pain: implications for research and practice. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1999, 106, pp. 881-886
- H. Hamoda, G.M.M. Flett. Medical termination of pregnancy in the early first trimester . J Fam Plann Reprod Health Care 2005: 31 (1)
- L. Pasquini V. Pontello, S. Kumar. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. BJOG 2008; 115:528-531
- World Health Organization. Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva: World Health Organization; 2006.
- D. Costescu, É. Guilbert. No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. J Obstet Gynaecol Can 2018 Jun;40(6):750-783.
- K. Lerma, K.A. Shaw. Update on second trimester medical abortion. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017 Dec;29(6):413-418.
- K. Gemzell-Danielsson, S. Lalitkumar. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. Reprod Health Matters. 2008 May;16(31 Suppl):162-72.
- R. Nissi, M. Santala, E. Immonen, A. Talvensaaari-Mattila. Mifepristone and misoprostol is safe and effective method in the second-trimester pregnancy termination. Arch Gynecol Obstet. 2016 Nov;294(6):1243-1247.
- L. Borgatta, N. Kapp. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. Contraception. 2011 Jul;84(1):4-18.
- S. Springer, M.E. Gorczyca, J. Arzt, S. Pils, D. Bettelheim, J. Ott. Fetal Survival in Second-Trimester Termination of Pregnancy Without Feticide. Obstet Gynecol. 2018 Mar;131(3):575-579.
- MJ Platt. Outcomes in preterm infants. Public Health. 2014 May;128(5):399-403. doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.010. Epub 2014 May 1. PMID: 24794180.
- J Aznar, P Navarro. Medical abortion: Teratogenic effects of misoprostol. J Obstet Gynaecol. 2015 Apr;35(3):323-4.

ALLEGATO 1

Legge del 22 maggio 1978, n. 194

Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

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

2. I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405 (2), fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola **sui diritti** a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui **servizi sociali, sanitari e assistenziali** concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni **possono avvalersi**, per i fini previsti dalla legge, **della collaborazione volontaria** di idonee formazioni sociali di base e **di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. La somministrazione su prescrizione medica**, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è **consentita anche ai minori.**

3. Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405 (2), è aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo.

Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

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 istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405 (2), o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia (2/cost).

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 *soprsedere 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 (2/cost).

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.

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. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e **il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.**

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 (3), 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 (3), e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817 (3), 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. (4).

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.

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'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla

casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. **L'obiezione può sempre essere revocata** o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie **dal compimento delle procedure** e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

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

10. L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386 (3/a). **Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica.**

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

11. L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna. Le lettere b) e f) dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (4), sono abrogate.

12. La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna. **Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni**, per l'interruzione della gravidanza è **richiesto l'assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la**

tutela. Tuttavia, **nei primi novanta giorni**, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e **rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione**, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, **può autorizzare la donna**, con atto non soggetto a reclamo, **a decidere la interruzione della gravidanza.**

Qualora il medico accerti **l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso** di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, **certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza.** Tale certificazione costituisce titolo **per ottenere in via d'urgenza l'intervento** e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela (2/cost).

13. Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 **può essere presentata**, oltre che da lei personalmente, **anche dal tutore o dal marito non tutore**, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente raggugli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, **decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione**, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

14. Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è **tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite**, nonché **a renderla partecipe dei procedimenti abortivi**, che devono comunque essere attuati in modo da **rispettare la dignità personale della donna**. In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna **i raggugli necessari per la prevenzione di tali processi.**

15. Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, **promuovono l'aggiornamento** del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, **sui metodi anticoncezionali**, sul decorso della gravidanza, sul parto e **sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza.**

Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate **ad approfondire le questioni**

relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

16. Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro. Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

17. Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà. Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

18. Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto.

Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una **lesione personale gravissima** si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

19. Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punito con la reclusione sino a tre anni. La donna è punita con la multa fino a lire centomila. Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni.

La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi. Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà.

La donna non è punibile: se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le

pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

20. Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

21. Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, **rivela l'identità** - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è **punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.**

22. Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato. Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale. Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.