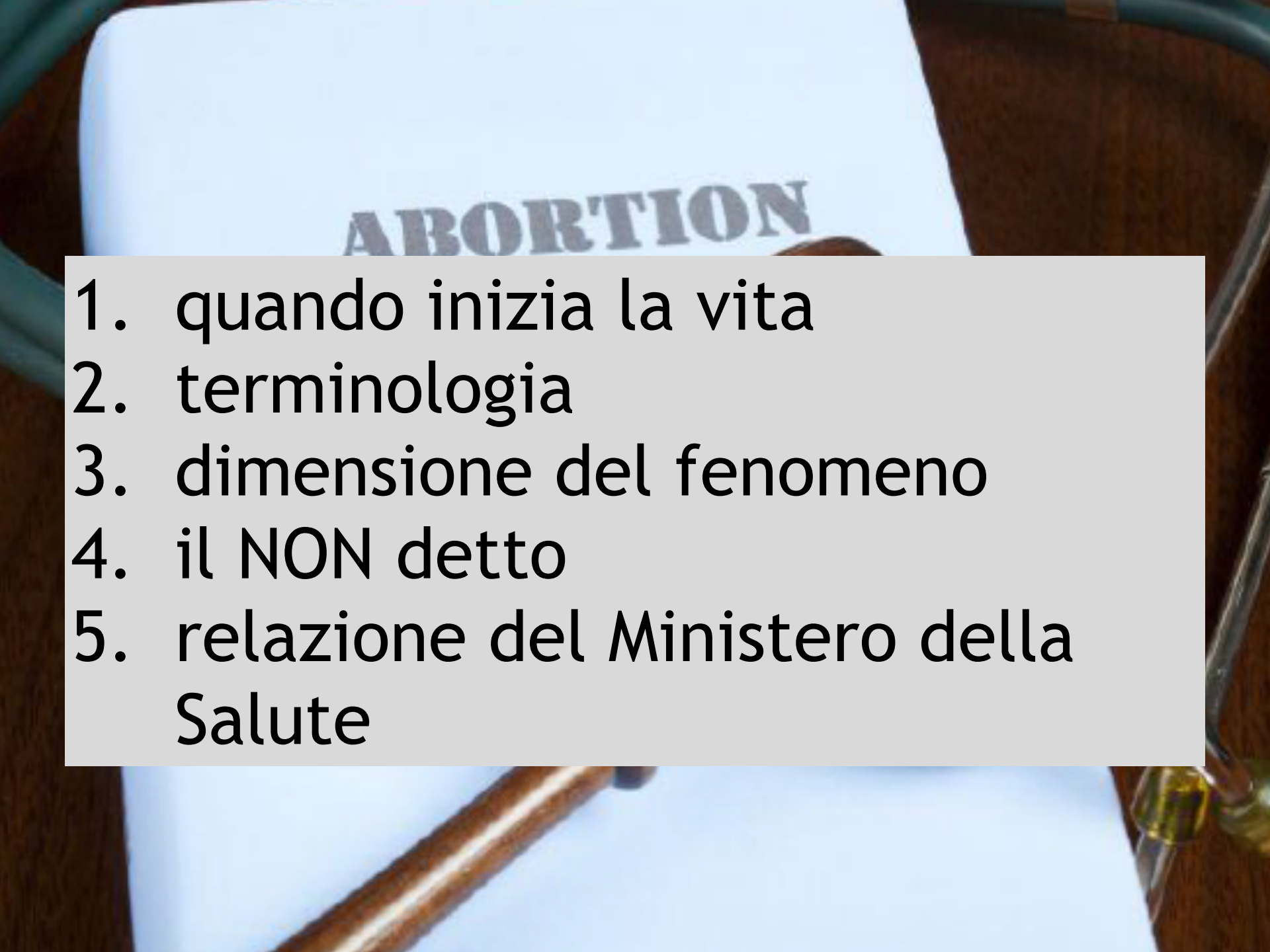
ABORTO E LEGGE 194

una riflessione dopo 40 anni

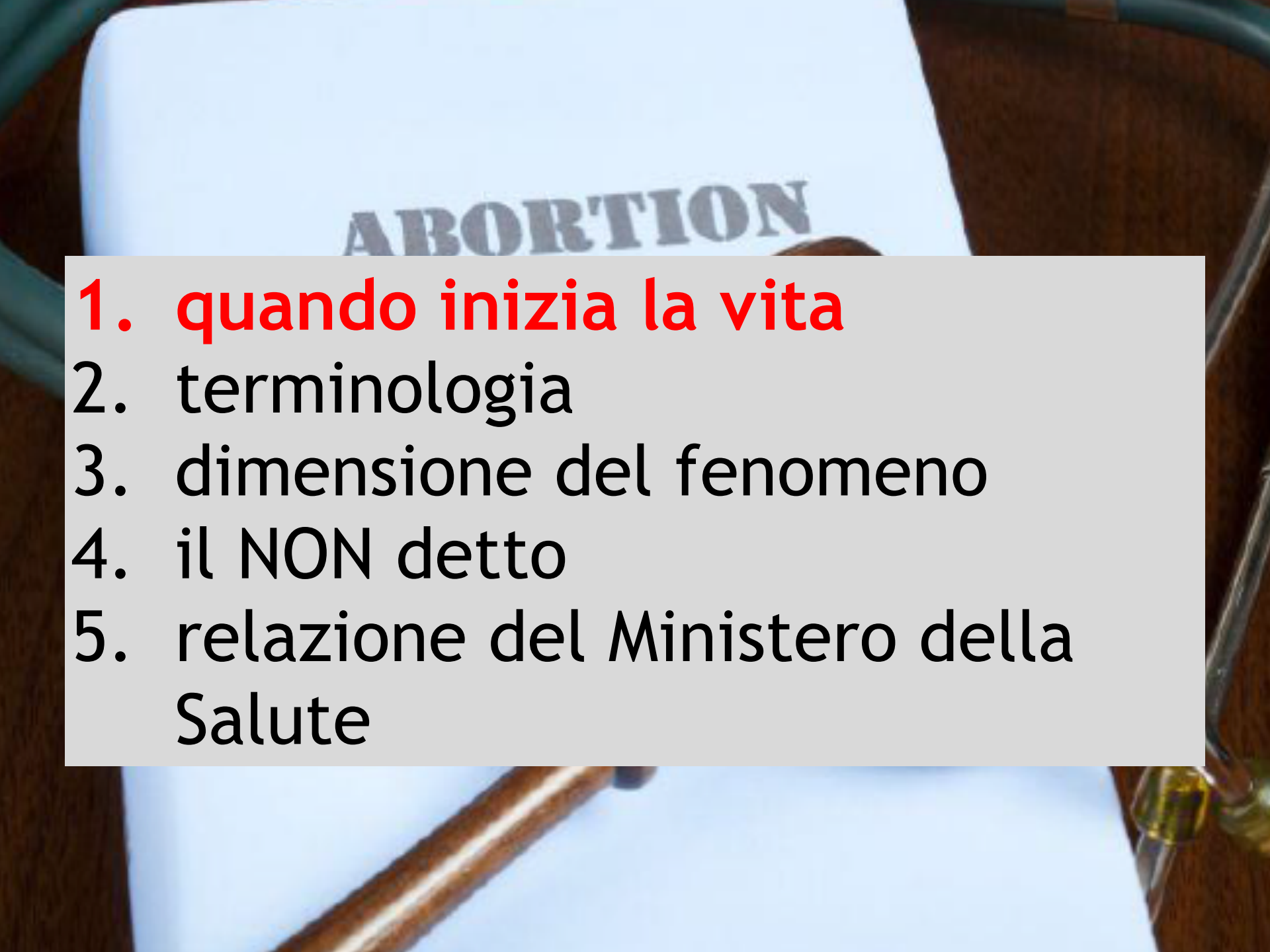
Dr. Mario N. Campanella

Società Scientifica Italiana per la Conoscenza della Fertilità - SSICFERT

Ginecologo ASLTO3 – ASLTO4

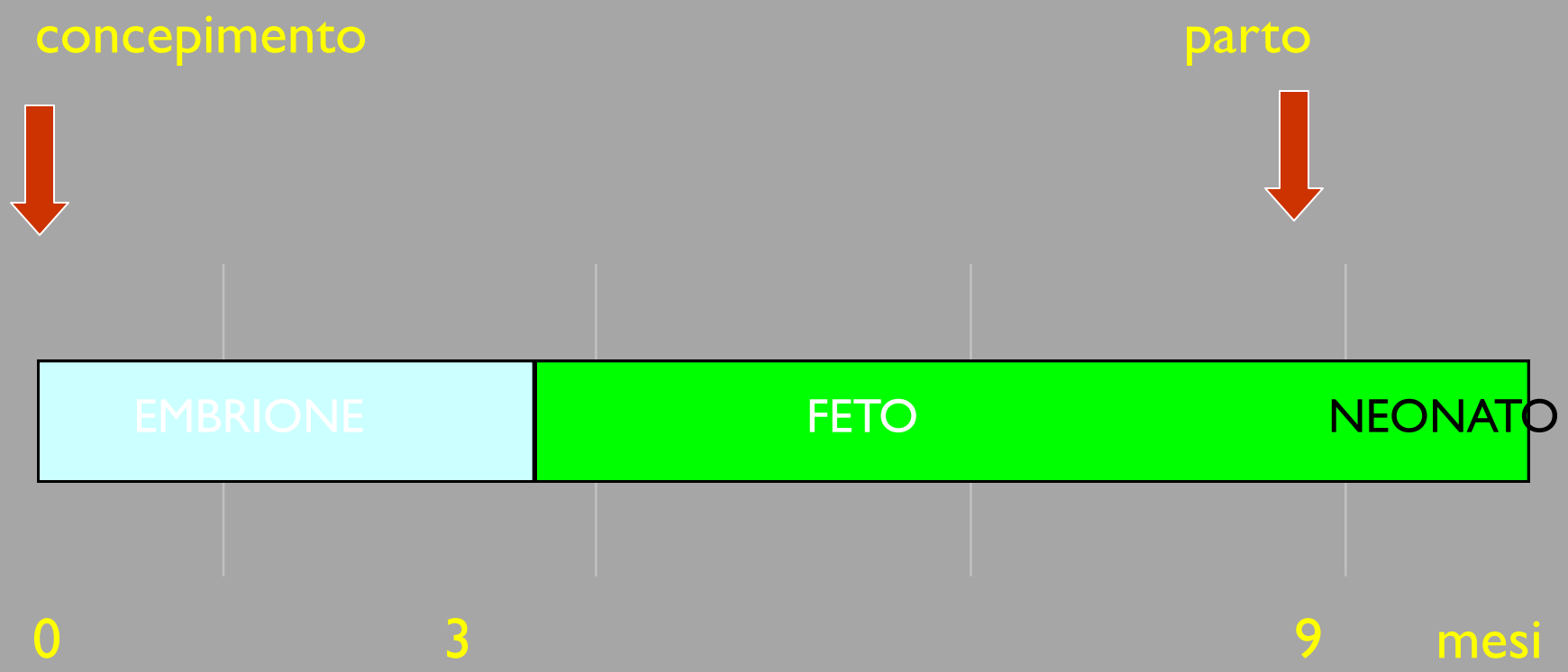


1. quando inizia la vita
2. terminologia
3. dimensione del fenomeno
4. il NON detto
5. relazione del Ministero della Salute



1. **quando inizia la vita**
2. terminologia
3. dimensione del fenomeno
4. il NON detto
5. relazione del Ministero della Salute

GRAVIDANZA



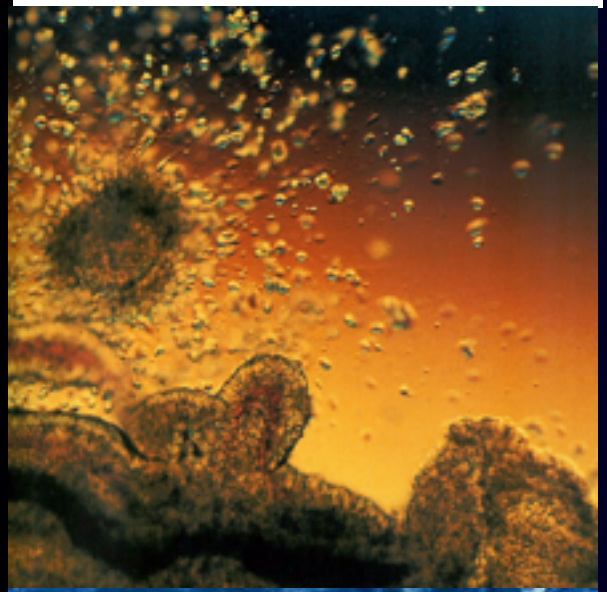
GRAVIDANZA

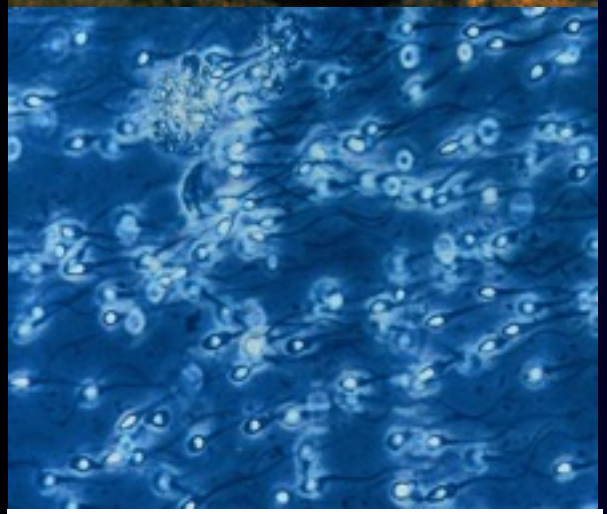
✓ "Condizione biologica in cui si trova la donna dal giorno del concepimento al parto" (GARZANTI, Dizionario della lingua italiana)

✓ "Periodo necessario allo sviluppo completo del feto, dal concepimento al parto" (ZINGARELLI, Dizionario della lingua italiana)

✓ "Gravidanza è lo stato in cui si trova la donna che reca nel suo seno uno o più prodotti del concepimento in via di sviluppo; si deve ritenere iniziata dal momento in cui nell'uovo maturo, liberato dal follicolo, penetra uno spermatozoo" (TESAURO G., Enciclopedia Medica Italiana)

cellula uovo

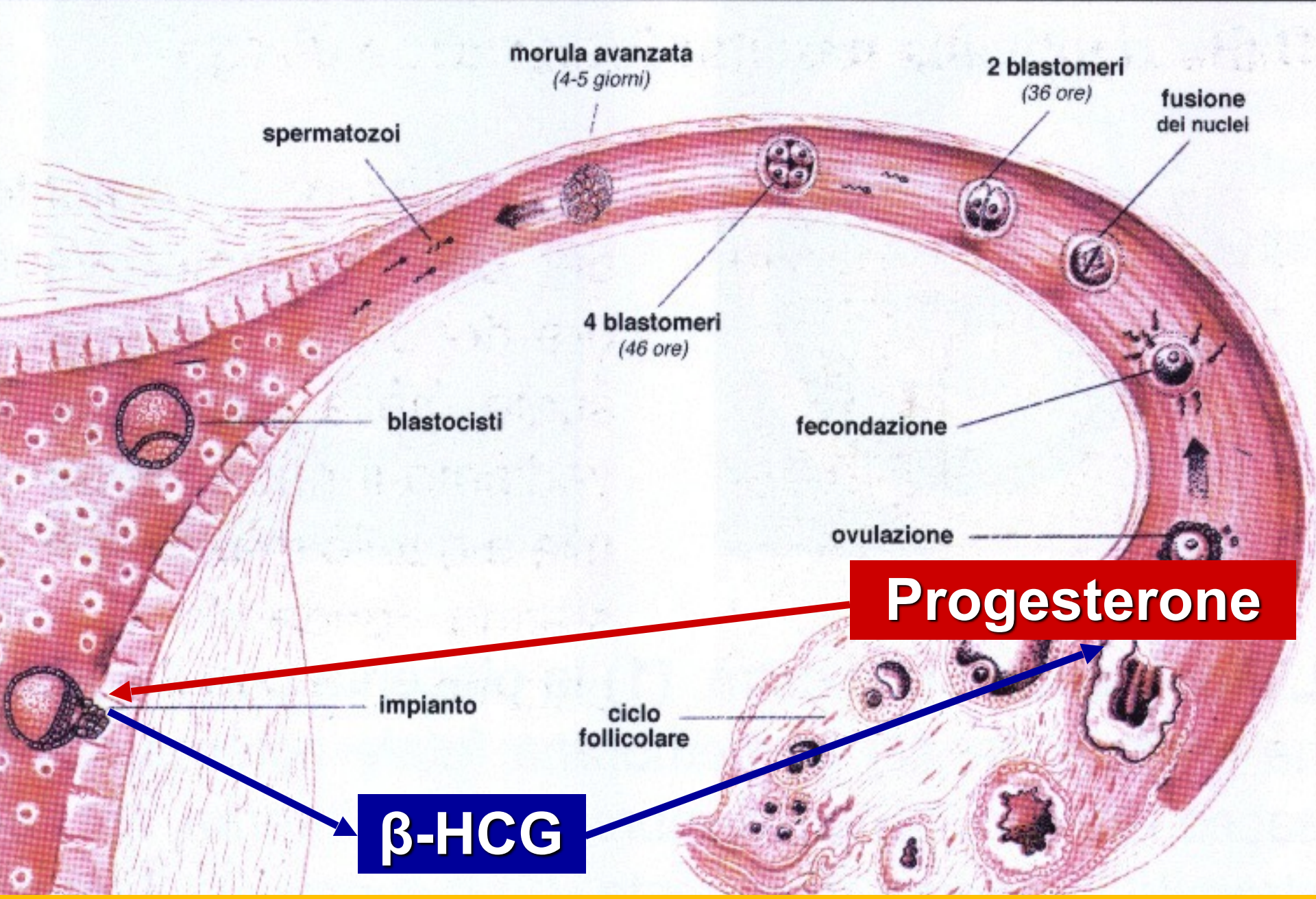




spermatozoi

« dopo la fecondazione l’ovocita pronucleato diventa ZIGOTE, la prima cellula dell’embrione »

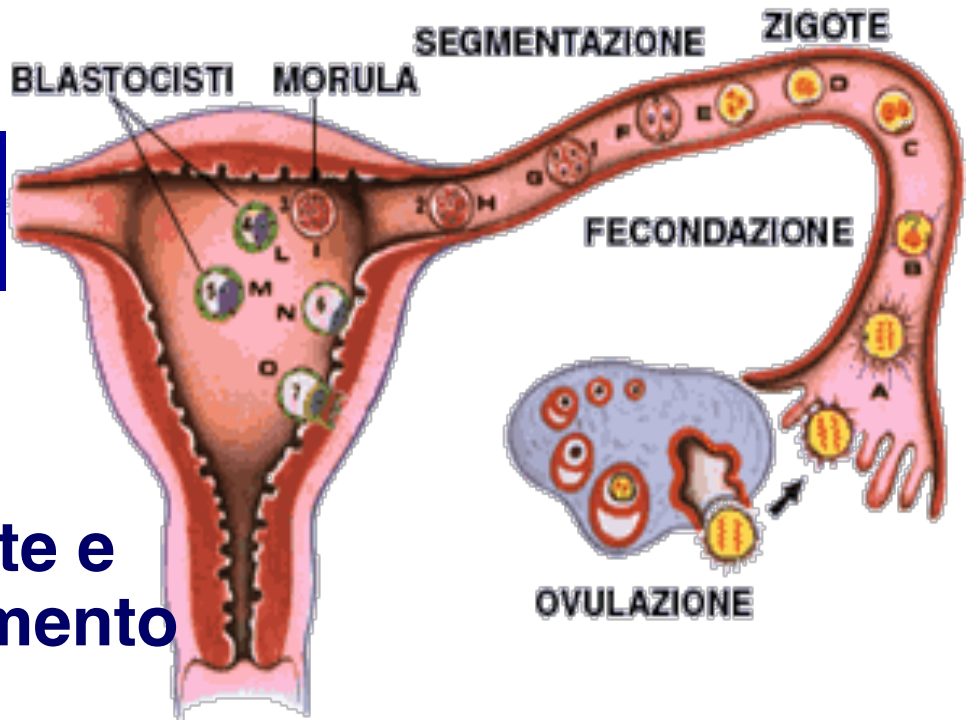
(Pescetto, De Cecco, Pecorari, 1980)



LE PRIME DUE SETTIMANE DI VITA

1. quando inizia la vita
2. **terminologia**
3. dimensione del fenomeno
4. il NON detto
5. attività dei Consultori
6. relazione del Ministero della Salute

classificazione



- ✓ **CONTRACCETTIVO**

  impedisce temporaneamente e reversibilmente il concepimento

- ✓ **INTERCETTIVO**

  impedisce l'impianto dell'embrione nella parete uterina (annidamento)

- ✓ **CONTRAGESTATIVO**

  provoca il distacco dell'embrione già impiantato nella parete uterina

Relazione del Ministro della Sanità sull'attuazione della legge 194 per l'anno 1992

"è motivo di preoccupazione il diffondersi probabile di metodiche impropriamente chiamate contraccettive, che, in realtà non impediscono la fecondazione dell'ovulo, e perciò non vanno catalogate nel campo della contraccezione. Variamente denominate ("pillola del giorno dopo", "contragestazione", "pulizia mestruale") queste metodiche vengono usate dopo un rapporto non protetto, omesso l'accertamento della gravidanza. Sfuggono perciò ad ogni controllo, anche se violano la legge 194, il cui art. 1 non distingue tra tutela della vita prima o dopo l'impianto e possono aumentare in modo non verificabile la entità di abortività clandestina".

(Senato della Repubblica)

Procedure d'interruzione

Intercettivi, impediscono l'annidamento dell'embrione (spirale, pillola del giorno dopo (?), pillola dei 5 giorni dopo)

Entro il 90° giorno

Contragestativi,
(RU486, «vaccino» anti-hCG)

Aspirazione endouterina per via vaginale con cannule flessibili, dopo dilatazione del canale cervicale

(Larghero)

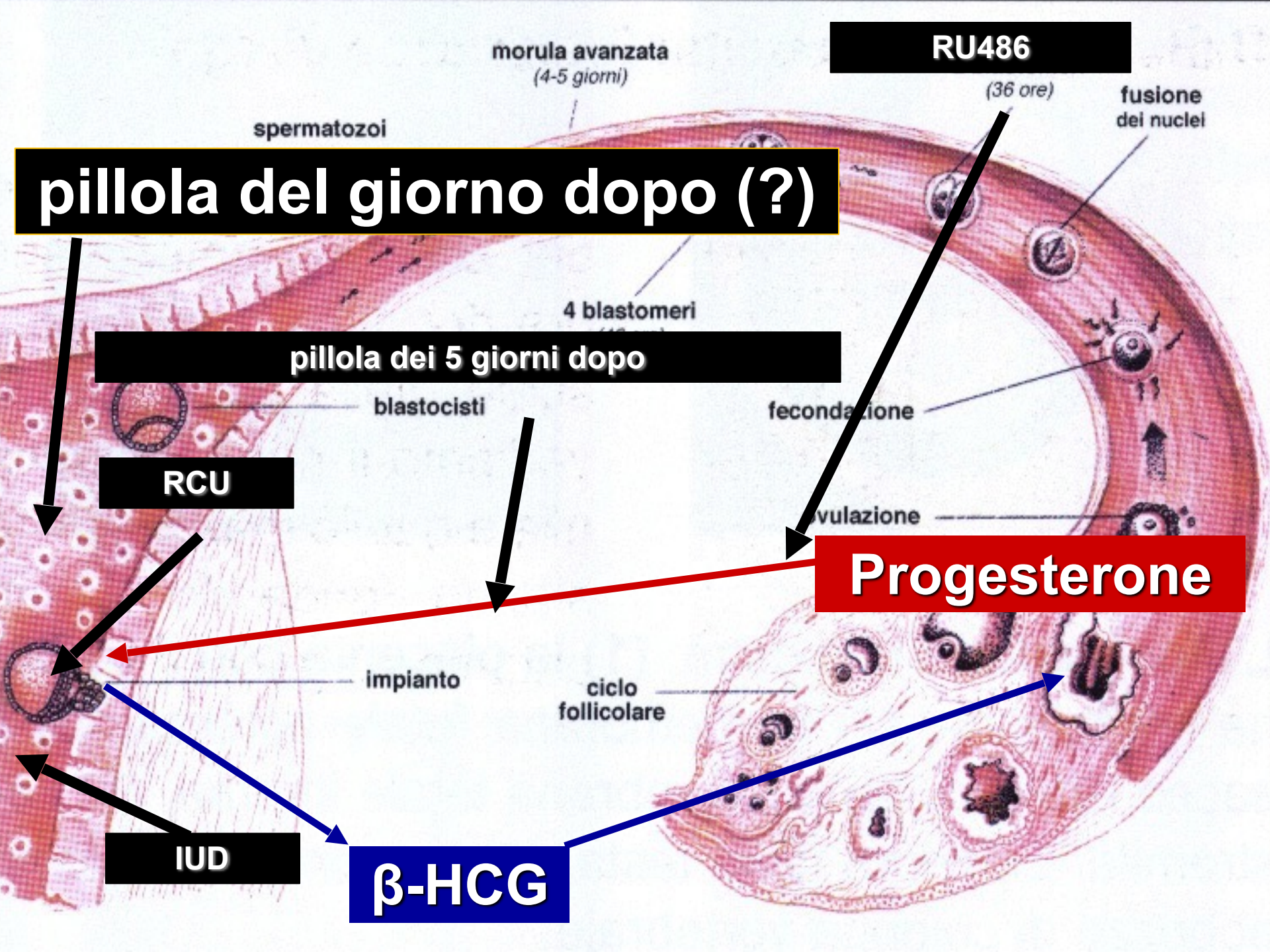
Procedure d'interruzione

Dopo il priimo trimestre

Dilatazione cervicale e svuotamento con pinza a anelli

Svuotamento preceduto dalla somministrazione di farmaci che stimolino le contrazioni uterine e la dilatazione cervicale

(Larghero)

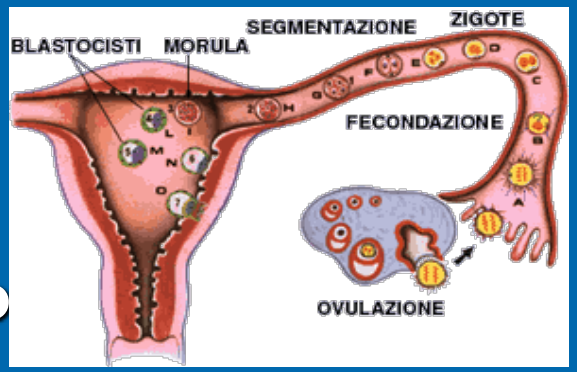

morula avanzata
(4-5 giorni)
RU486
(36 ore)
fusione
dei nuclei
spermatozoi
pillola del giorno dopo (?)
4 blastomeri
pillola dei 5 giorni dopo
blastocisti
fecondazione
RCU
ovulazione
Progesterone
impianto
ciclo
follicolare
IUD
β-HCG

“CONTRACCEZIONE” POST-COITALE

Levonorgestrel 750 mg
2 compresse in un’unica assunzione

Azioni

- Blocco o ritardo ovulatorio (soppressione FSH/LH)
- Alterazione motilità tubarica
- Alterazione del muco cervicale
- Alterazione dell’endometrio



Assunzione

Entro 72 ore dal rapporto (meglio entro

Gravidanze

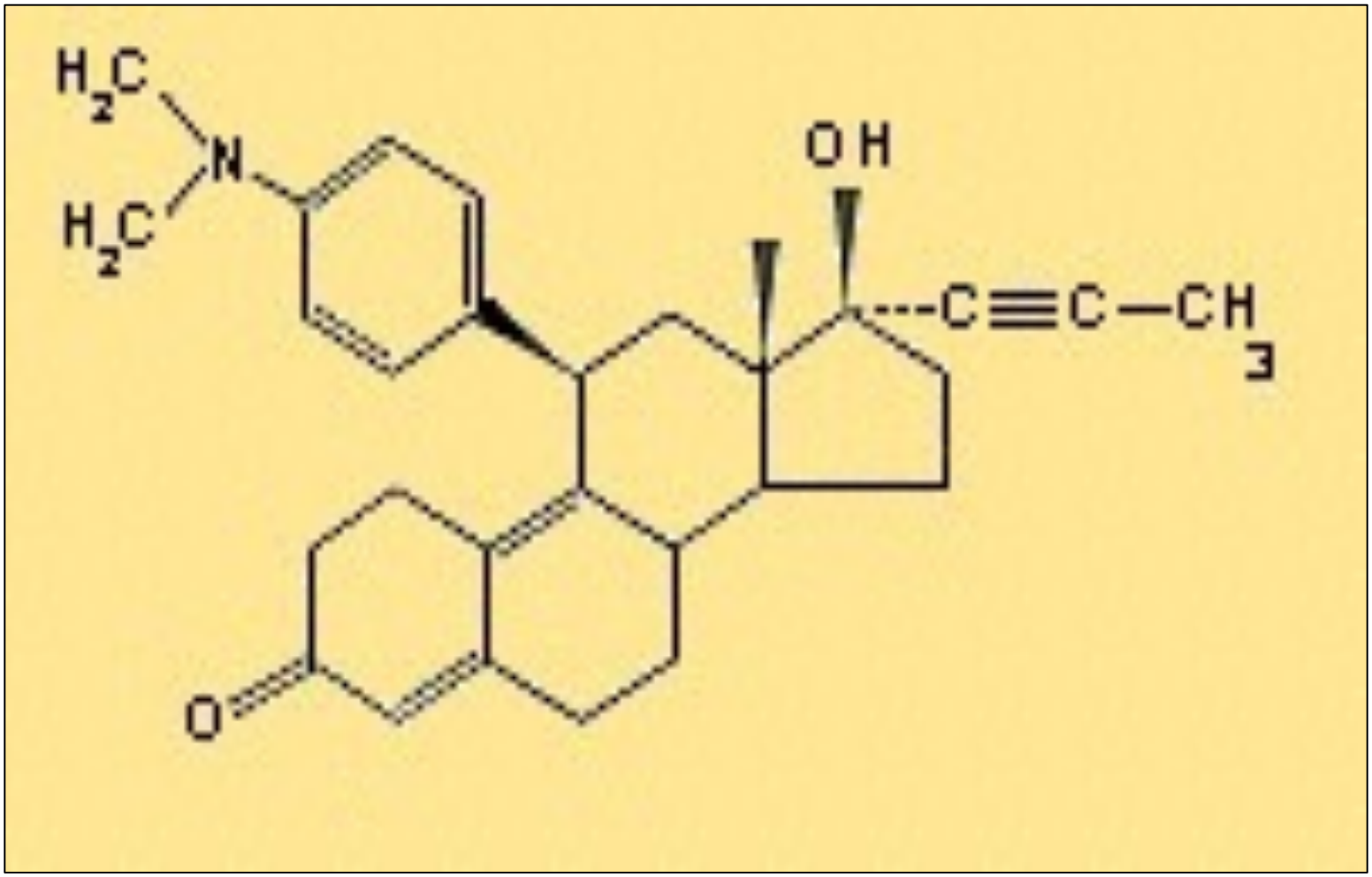
Incidenza: 5,5 / 15 / 42 % (<24 / <48 / 48-72 ore)

(Task Force WHO, Lancet 1998; 352: 428-33)

Proprietà farmacologiche

In virtù della grande affinità per i recettori del progesterone, ulipristal **previene il legame del progesterone** stesso. Il suo meccanismo d'azione varia in funzione del periodo del ciclo mestruale in cui viene somministrato. Quando viene assunto immediatamente prima del momento in cui è prevista l'ovulazione ulipristal è in grado di posticipare la rottura follicolare. Se somministrato all'inizio della fase luteale, **riduce lo spessore dell'endometrio e può interferire con l'impianto dell'ovulo fecondato**.

Mifepristone (RU 486)



Mifepristone (RU 486)

Il Mifepristone è un antiprogestinico che agisce bloccando i recettori per il progesterone ed antagonizzandone gli effetti a livello degli organi e dei tessuti bersaglio

---

Emivita: 25.5 - 47.8 ore

New England Journal of Medicine (Dec. 2005)

la mortalità legata all'aborto medico é 10 volte maggiore rispetto a quella dell'aborto chirurgico

1. quando inizia la vita
2. terminologia
3. **dimensione del fenomeno**
4. il NON detto
5. attività dei Consultori
6. relazione del Ministero della Salute

Oltre 56.000.000 di aborti volontari nel mondo ogni anno (dati W.H.O.)

1/10 riguarda ragazze tra i 15 ed i 19 anni

153.424 interruzioni di gravidanza praticate ogni giorno, 6.392 ogni ora e 106 al minuto

AA.VV., *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, in *The Lancet*, Vol. 388, n. 10041, pp. 258–267, 16/07/2016.

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 l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

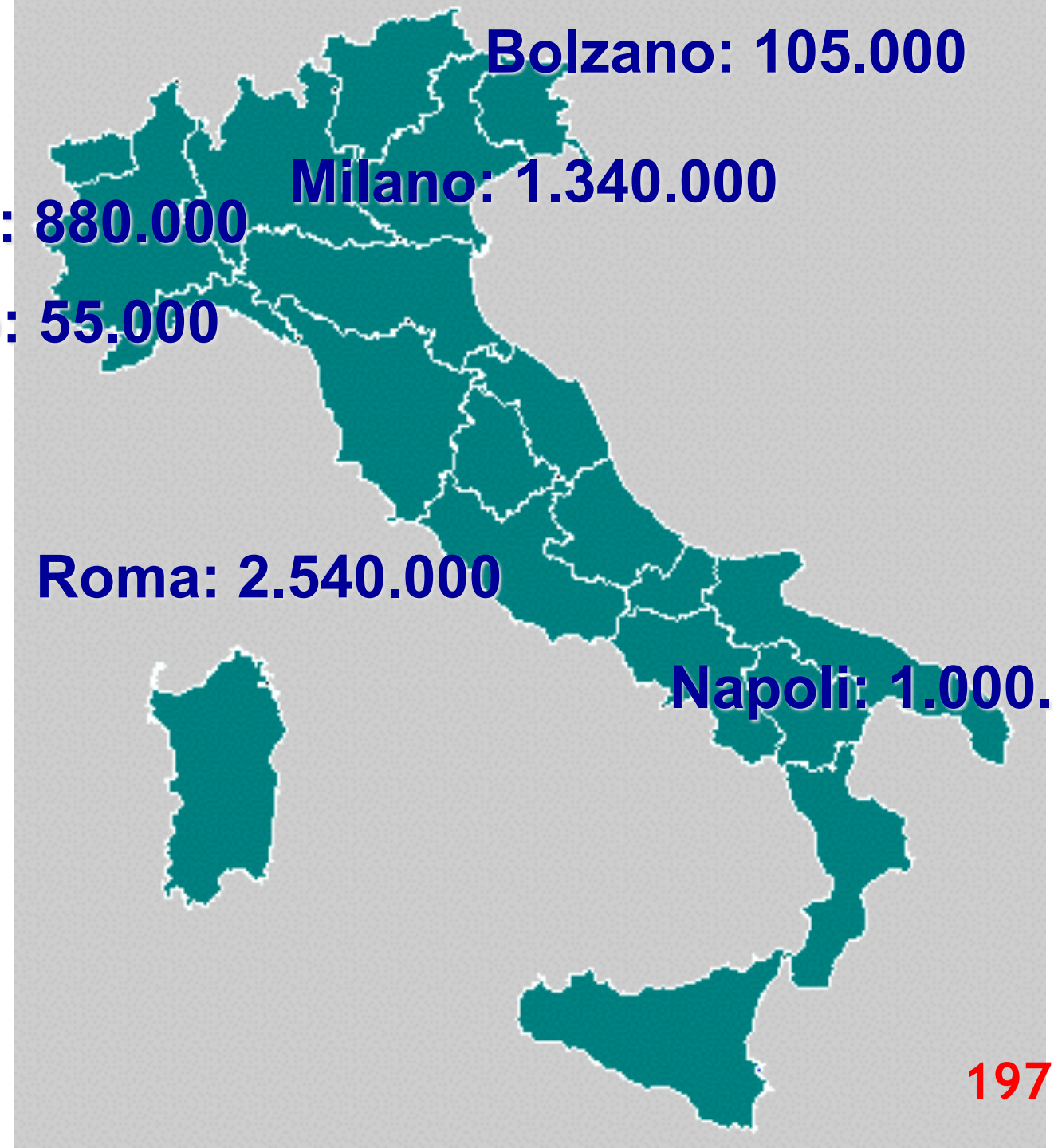
Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

anno	Aborti volontari	Valori cumulati
1978	68.688	0
1979	187.752	256.440
1980	220.263	476.703
1981	224.377	701.080
1982	234.593	935.673
1983	231.404	1.167.077
1984	227.809	1.394.886
1985	210.597	1.605.483
1986	198.375	1.803.858
1987	191.469	1.995.327
1988	179.193	2.174.520
1989	171.684	2.346.204
1990	165.980	2.512.184
1991	160.532	2.672.716
1992	152.424	2.825.140
1993	148.033	2.973.173
1994	138.952	3.104.125
1995	139.549	3.243.674
1996	140.398	3.384.072
1997	140.525	3.524.597
1998	138.357	3.662.954
1999	139.213	3.802.167
2000	135.133	3.937.300

anno	Aborti volontari	Valori cumulati
2000	135.133	3.937.300
2001	132.234	4.069.534
2002	134.106	4.203.640
2003	132.174	4.335.814
2004	138.123	4.473.937
2005	132.790	4.606.727
2006	131.018	4.737.747
2007	126.562	4.864.309
2008	121.301	4.985.610
2009	118.579	5.104.189
2010	115.981	5.220.170
2011	111.415	5.331.585
2013	195.760	5.633.537
2014	97.535	5.731.072
2015	87.639	5.818.711
2016	84.926	5.903.637

NUMERO TOTALE ABORTI

Fonte: Ministero della Salute


Bolzano: 105.000
Milano: 1.340.000
Torino: 880.000
Cuneo: 55.000
Roma: 2.540.000
Napoli: 1.000.000
1978 - 2016

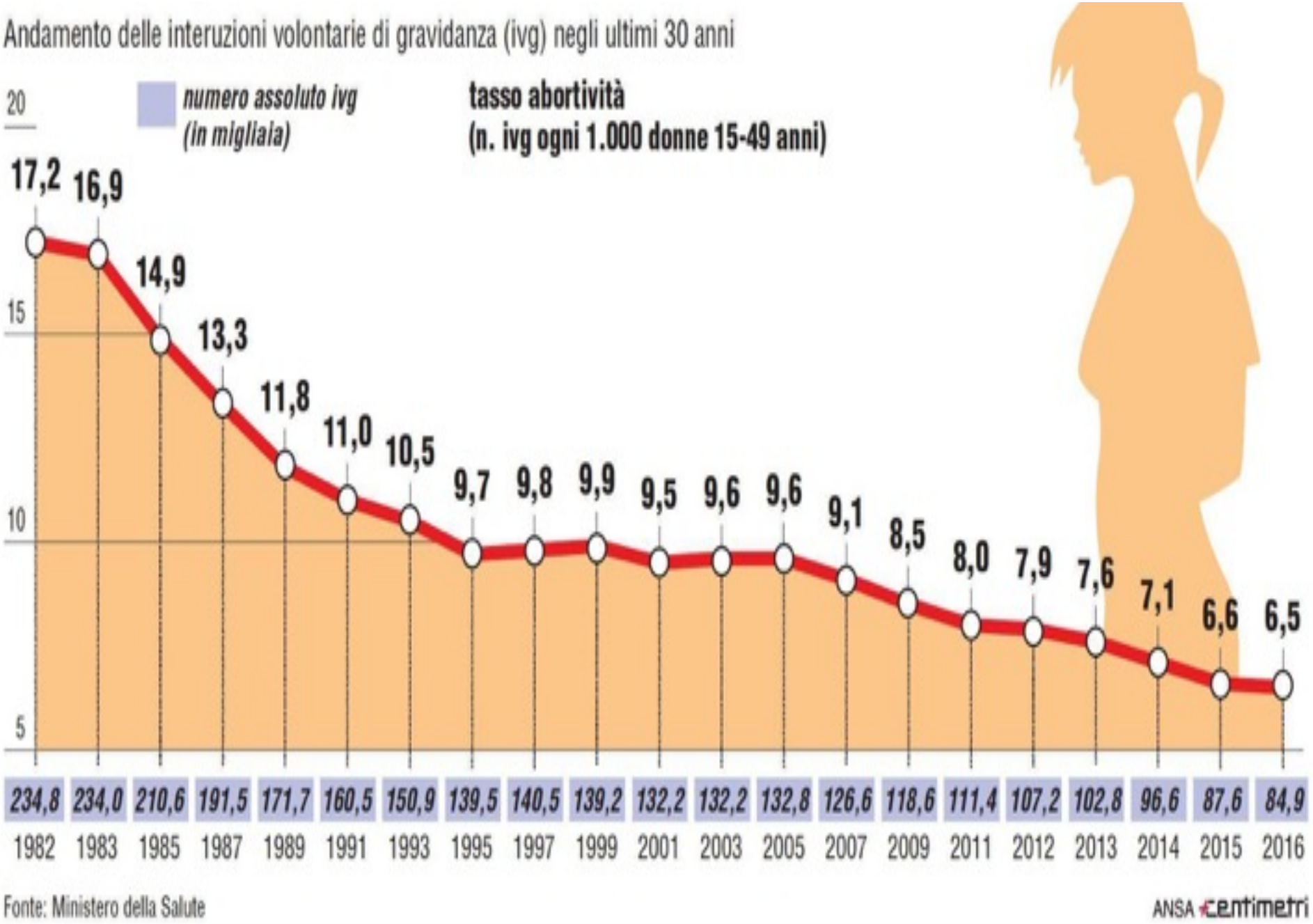
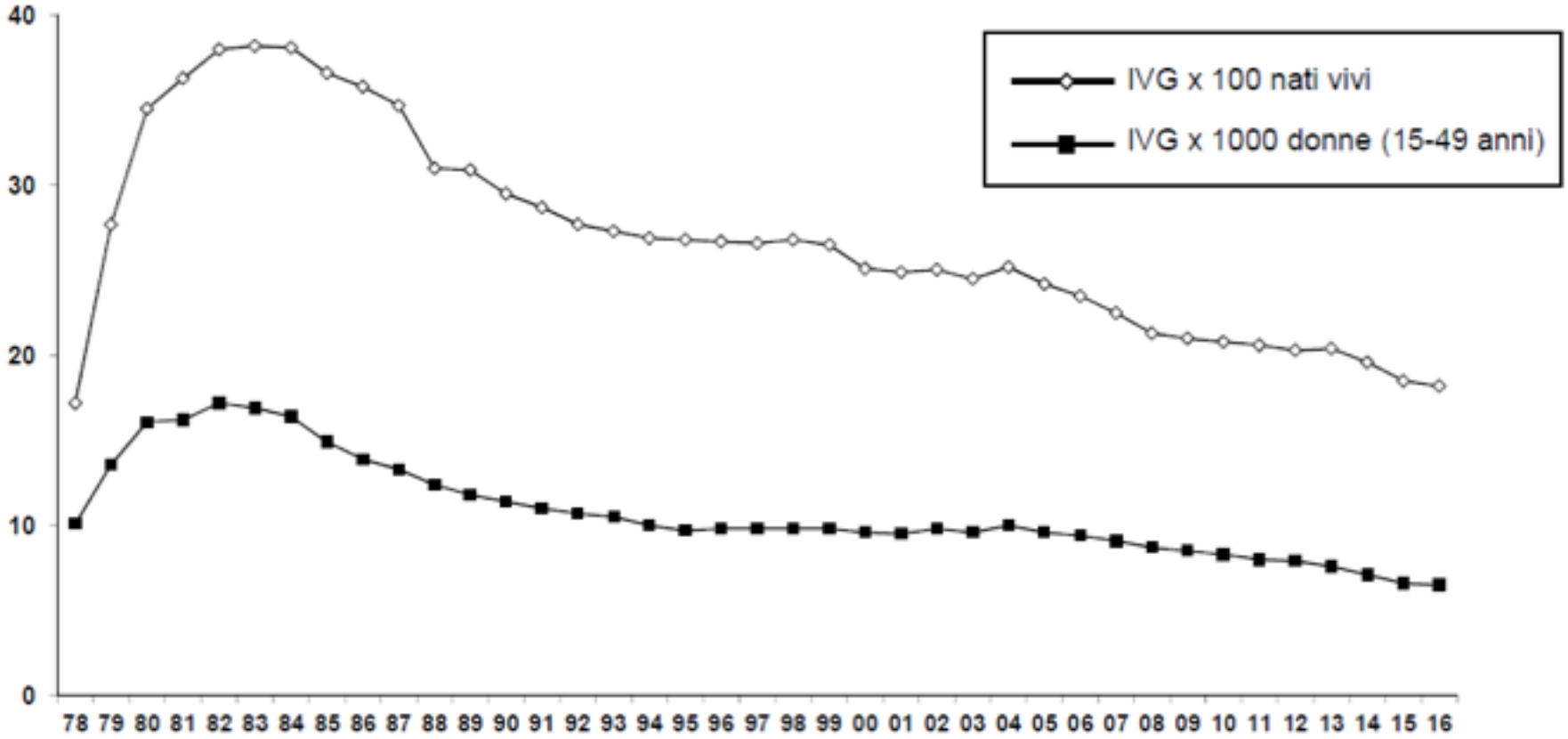

Andamento delle interuzioni volontarie di gravidanza (ivg) negli ultimi 30 anni
numero assoluto ivg (in migliaia)
tasso abortività (n. ivg ogni 1.000 donne 15-49 anni)
20
15
10
5
17,2
16,9
14,9
13,3
11,8
11,0
10,5
9,7
9,8
9,9
9,5
9,6
9,6
9,1
8,5
8,0
7,9
7,6
7,1
6,6
6,5
234,8
234,0
210,6
191,5
171,7
160,5
150,9
139,5
140,5
139,2
132,2
132,2
132,8
126,6
118,6
111,4
107,2
102,8
96,6
87,6
84,9
1982
1983
1985
1987
1989
1991
1993
1995
1997
1999
2001
2003
2005
2007
2009
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Fonte: Ministero della Salute
ANSA centimetri

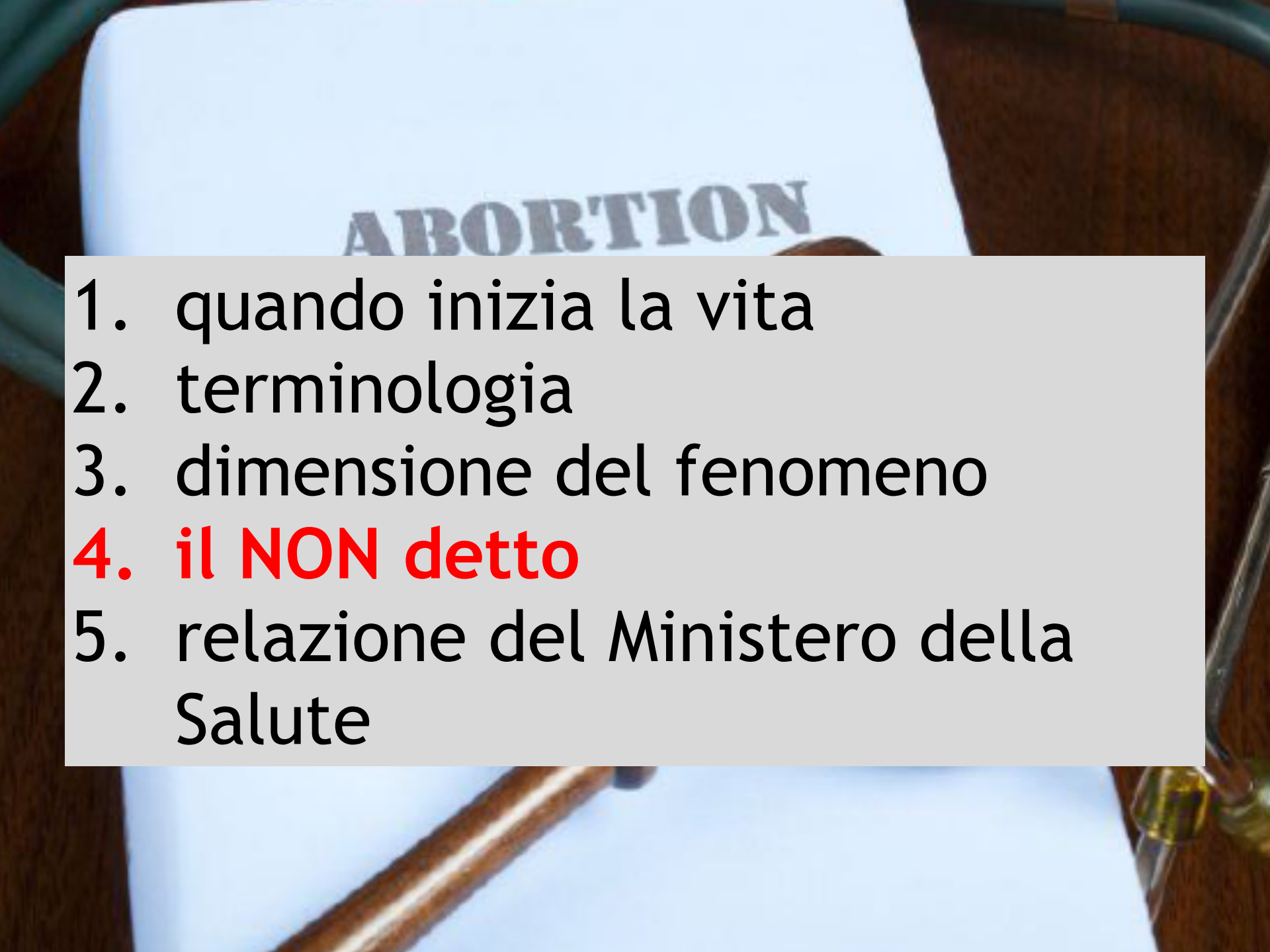
Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2016



ABORTI VOLONTARI IN PIEMONTE

anno	n°
1995	11.693
1996	11.600
2000	10.995
2001	11.014
2005	11.111
2006	11.030
2010	9.670
2011	9.580
2015	6.917
2016	6.805

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE



1. quando inizia la vita
2. terminologia
3. dimensione del fenomeno
4. **il NON detto**
5. relazione del Ministero della Salute

gli aborti “invisibili”

aborti clandestini
I.U.D. (spirale)
pillola del giorno dopo (?)
pillola dei cinque giorni dopo

S.I.C.
Società Italiana della Contraccezione

La spirale IUS ha un triplice meccanismo d'azione, soprattutto locale:

- Addensa il muco cervicale
- Inibisce la motilità e la funzionalità degli spermatozoi a livello delle tube
- Assottiglia la mucosa dell'utero (endometrio) rendendola **inadatta ad un eventuale impianto**

S.I.C.
Società Italiana della Contraccezione

La spirale IUD agisce localmente provocando una reazione da corpo estraneo che:

- ostacola la motilità degli spermatozoi
- **rende l'endometrio inadatto all'impianto** dell'ovulo

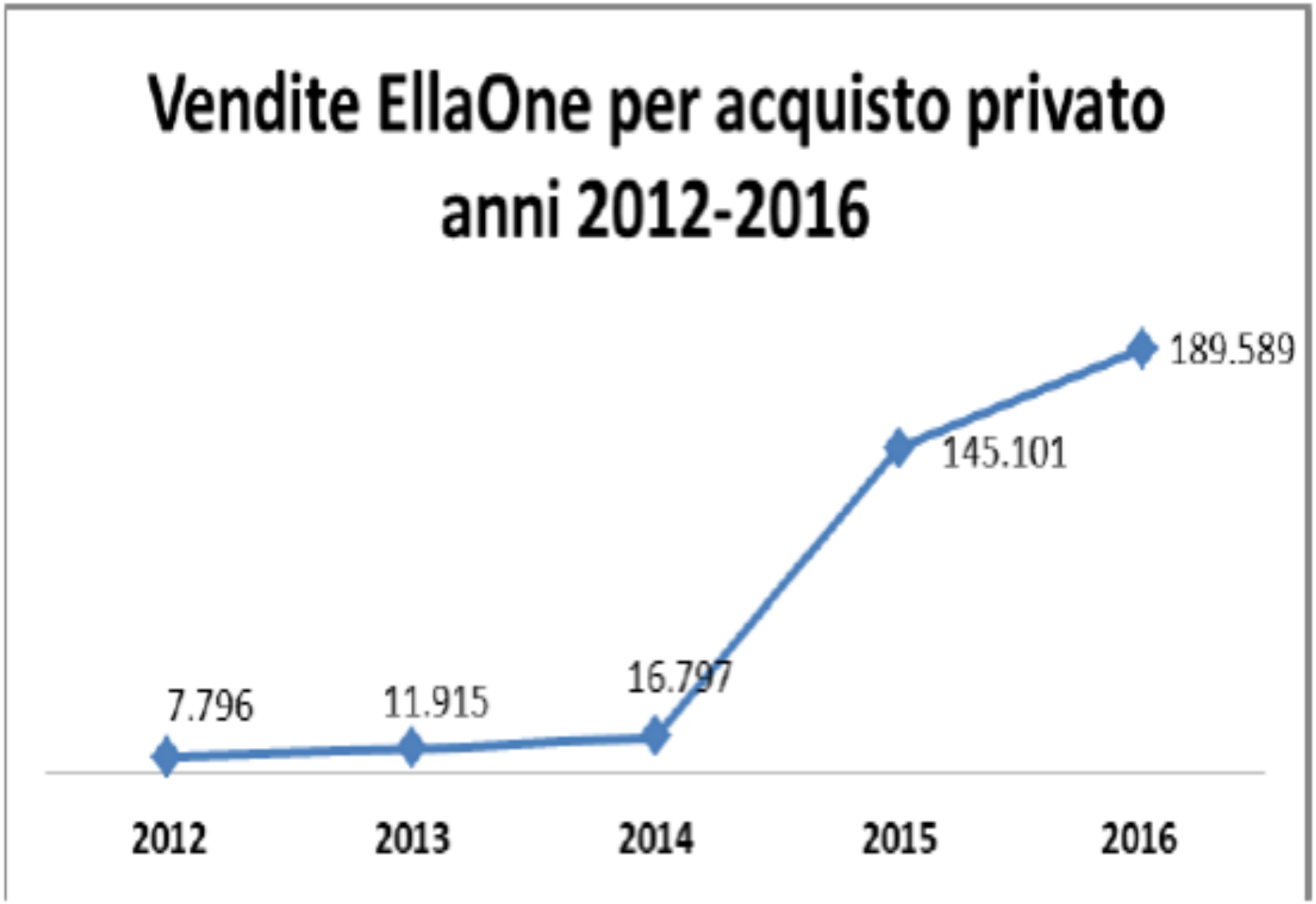
NORLEVO®
1,5 mg Levonorgestrel
compresse
HRA Pharma
1 compressa
ellaOne® 30 mg compressa
ulipristal acetato
Contraccezione di emergenza
Prendere una compressa quanto prima possibile dopo un rapporto sessuale non protetto o il fallimento del contraccettivo.

CONFEZIONI DI PILLOLA DEL GIORNO DOPO VENDUTE IN ITALIA

378.000 nel 2008
360.000 nel 2009
349.000 nel 2010
354.000 nel 2011
364.000 nel 2012
359.000 nel 2013

In Italia la sua prevalenza di utilizzo nella popolazione femminile italiana di età fertile è solo del 2%, uno dei dati più bassi in Europa.

Dati HRA Pharma, 28 febbraio 2014



(Fonte dati anni 2012-2015: AIFA; Fonte dati anno 2016: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004)

1. quando inizia la vita
2. terminolgia
3. dimensione del fenomeno
4. il NON detto
5. **relazione del Ministero della Salute**

Ministero della Salute

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (LEGGE 194/78)

Roma, 22 dicembre 2017

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 allo 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.

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

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.

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2016

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consultori	n° ginec. (in FTE)	% obiett.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTALE IVG 2016
Piemonte	143	71%	144.4	8%	6233	4883	1990	6805
Valle d'Aosta	9	60%	1.8	36%	nd	nd	nd	174
Lombardia	196	100%	nd	nd	9175	7479	7779	14111
P.A. Bolzano	4	10%	6.1	2%	23	12	3	563
P.A. Trento	12	100%	3.5	0%	573	422	269	684
Veneto	104	45%	68.5	27%	4580	2502	878	5040
Friuli Ven. Giulia	25	74%	15.6	5%	2818	599	608	1436
Liguria	49	84%	71.0	42%	1296	1267	168	2669
Emilia Romagna	178	63%	118.6	22%	10344	4645	2159	7688
Toscana	158	77%	45.3	24%	4014	3133	1733	5910
Umbria	36	77%	31.2	11%	1055	944	365	1303
Marche	40	56%	17.7	25%	1170	1069	649	1618
Lazio	132	78%	60.1	9%	7675	4818	2191	9032
Abruzzo	42	74%	16.8	19%	664	315	104	1794
Molise	6	100%	8.0	88%	244	47	63	398
Campania (*)	13	8%	5.2	3%	502	341	158	7560
Puglia	130	89%	61.2	14%	2871	2317	1189	7461
Basilicata	21	57%	22.0	32%	211	325	284	564
Calabria	57	83%	85.0	1%	920	893	363	2058
Sicilia	181	97%	140.8	50%	2860	1966	1005	6197
Sardegna	58	78%	44.8	31%	398	316	108	1861
TOTALE	**1581**	**69%**	**967.4**	**23%**	**57626**	**38293**	**22066**	**84926**

(*) rilevazione parziale

In generale il numero degli **obiettori di coscienza nei consultori**, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto **inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere**, e tende a diminuire (29.7% vs 70.5% nel 2015 e 23.1% vs 70.9% nel 2016).

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 L. 194/78). (pag. 57)

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)

Scendendo nel dettaglio, in alcune Regioni c'è un **numero maggiore di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita** (**Piemonte**, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto tra nascite e IVG. (pag. 50)

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)

Tasso dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), Anno 2015

Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni	Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni
Piemonte	2,9	3,5	Marche	4,3	4,3
Valle d'Aosta	3,7	3,7	Lazio	2,5	1.9
Lombardia	3,1	3,1	Abruzzo	4,1	3,1
P.A. Bolzano	5,1	1,7	Molise	5,9	1,5
P.A. Trento	5,1	4,3	Campania (**)	3,1	1,1
Veneto	3,6	3,1	Puglia	4,6	2,8
Friuli Venezia Giulia	3,8	3,4	Basilicata	3,9	2,4
Liguria	3,6	3,2	Calabria	3,3	2,2
Emilia-Romagna	1,2	1,6	Sicilia	4,7	2,4
Toscana	3,2	3,6	Sardegna	4,7	4,4
Umbria	5,3	6,3	**Totale**	**3.4**	**2.9**

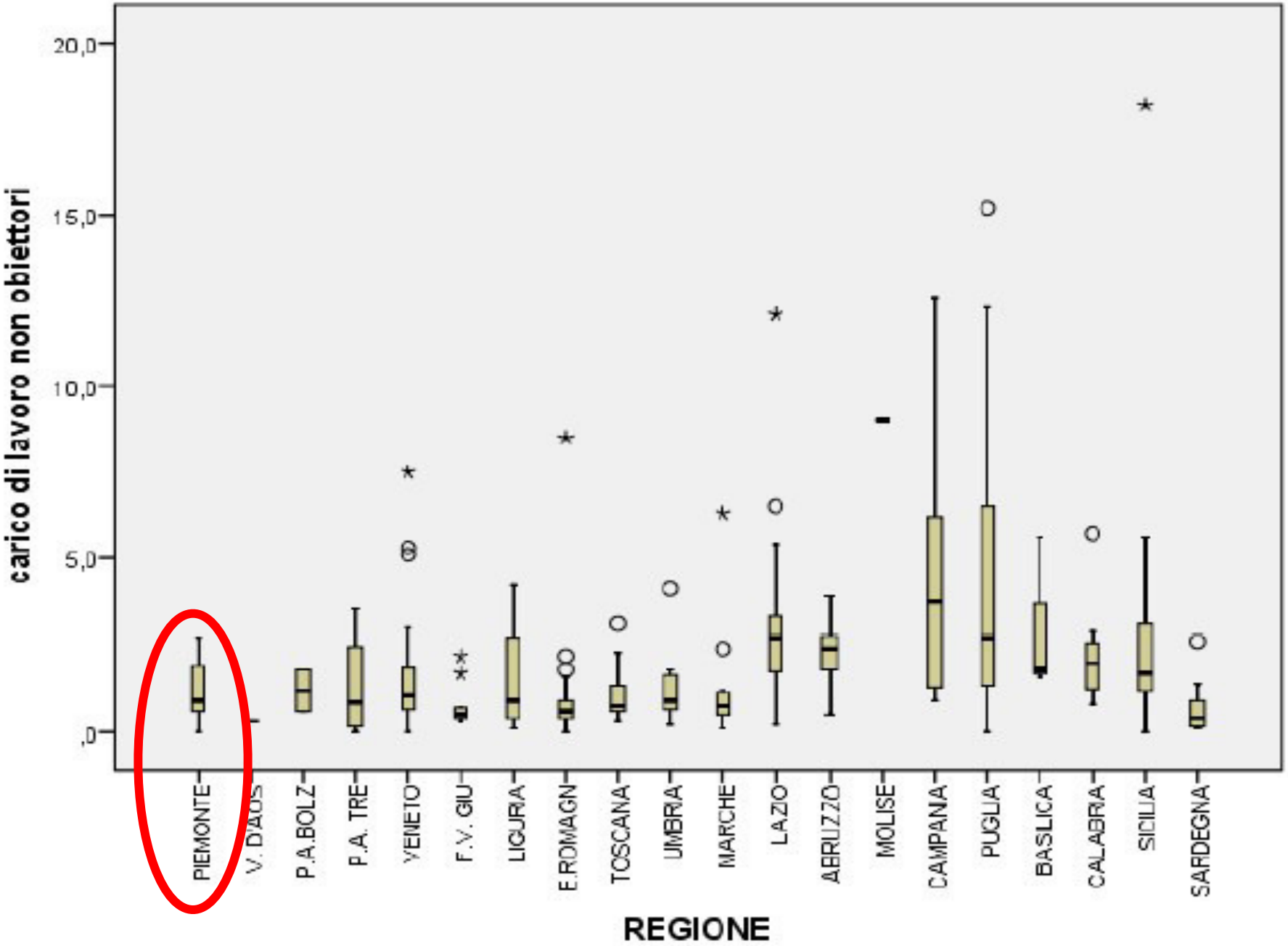
(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte: Ministero della Salute - Cedap 2015 rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale)

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2012-16 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore				
	dato 2012 - rilevazione ad hoc per regione	dato 2013 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2014 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2015 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2016 - rilevazione ad hoc per struttura
Piemonte	1.3	1.7	1.7	1.3	1.3
Valle D'Aosta	0.4	0.6	0.4	0.3	0.3
Lombardia	1.4	1.4	1.7	2,7	n.d.
P.A. Bolzano	1.5	3.5	1.3	1.1	1.2
P.A. Trento	1.2	1.0	0.9	0.8	0.8
Veneto	1.3	1.1	1.5	1.2	1.2
Friuli Venezia Giulia	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6
Liguria	1.4	2.0	1.3	1.2	1.3
Emilia-Romagna	-	1.0	1.0	0.8	0.7
Toscana	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Umbria	0.9	1.1	1.2	1.0	1.1
Marche	0.8	1.0	0.9	0.8	0.8
Lazio	4.2	3.4	3.2	3.8	2.6
Abruzzo	2.8	1.9	3.0	2.4	2.4
Molise	-	4.7	4.7	8.1	9.0
Campania	3.3	3,5 (*)	2.3 (**)	0.0 (**)	1,4 (**
Puglia	2.4	3.1	3.5	3.0	3.0
Basilicata	2.8	2.0	2.9	2.5	2.5
Calabria	2.2	1.6	2.2	1.9	1.9
Sicilia	0.7	4.0	3.8	2.1	1.7
Sardegna	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6
TOTALE	**1.4**	**1.6**	**1.6**	**1.3**	**1.6**

(*) dato calcolato su base aggregata regionale in quanto non pervenuto per ASL
(**) dato pervenuto in maniera parziale


carico di lavoro non obiettori
20,0
15,0
10,0
5,0
,0
PIEMONTE
V. D'AOS
P.A.BOLZ
P.A. TRE
VENETO
F.V. GIU
LIGURIA
E.ROMAGN
TOSCANA
UMBRIA
MARCHE
LAZIO
ABRUZZO
MOLISE
CAMPANA
PUGLIA
BASILICA
CALABRIA
SICILIA
SARDEGNA
REGIONE

Evoluzione storica dal 1983 al 2016 degli interventi di IVG, del numero di ginecologi non obiettori e del carico di lavoro per IVG a livello nazionale (dato desunto dal dato aggregato regionale fornito dal sistema di sorveglianza IVG)

anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ogni ginecologo non obiettore
1983	233 976	1'607	145.6	3.3
1992	155'266	1'415	109.7	2.5
2001	132'234	1'913	69.1	1.6
2011	111'415	1'507	73.9	1.6
2013	102'760	1'490	69.0	1.6
2014	96'578	1 408	68.6	1.6
2015	87'639	1'480	59.2	1.3
2016	84'926	1'481	57.3	1.3 (*)

Si **conferma**, quindi, quanto già osservato nelle scorse relazioni al Parlamento, relativamente all'applicazione della legge 194/78: **il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate**, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Quindi gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una **inadeguata organizzazione territoriale**. (pag. 51)

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)

In generale, **non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG**, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. (pag. 56)

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)

Relativamente ai tempi di attesa sulla base dei dati disponibili si vede come in alcune regioni all'aumentare degli obiettori di coscienza diminuiscano i tempi di attesa delle donne, e, viceversa, in altre regioni al diminuire del numero di obiettori aumentino i tempi di attesa, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, quindi **non c'è correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa**. (pag. 56)

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2016

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	Straniere
NORD	70.1	65.9	20.0	23.9	7.4	7.8	2.5	2.4
CENTRO	69.5	67.2	19.9	22.6	7.0	7.1	3.6	3.1
SUD	67.0	63.3	19.7	20.5	9.0	10.1	4.3	6.1
ISOLE	67.5	65.5	18.0	20.4	9.5	10.5	5.0	3.6
ITALIA	68.8	65.9	19.7	23.0	8.0	8.0	3.5	3.1

Consultori familiari

Anche per il 2015 e 2016 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati nel 2015 per l'85% dei consultori (come nel 2014), mentre per il 2016 solo per il 69%. In entrambi gli anni il dato della Campania è pervenuto in maniera parziale. In generale, il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere, e tende a diminuire (29.7% vs 70.5% nel 2015 e 23.1% vs 70.9% nel 2016).

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 Legge 194/78).

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

Processo Legislativo
Settore Commissioni Consiliari

ORDINE DEL GIORNO
N. 878

DIVIETO DELL'OBIEZIONE DI COSCIENZA NEI CONSULTORI FAMILIARI.

Presentato dai Consiglieri regionali:

GRIMALDI MARCO (primo firmatario), ACCOSSATO SILVANA, ALLEMANO PAOLO, APPIANO ANDREA, BARICCO ENRICA, BOETI ANTONINO, CHIAPELLO MARIA CARLA, CONTICELLI NADIA

Protocollo CR n. 29790
Pervenuto in data 13/09/2016

grazie