

Il diritto dell'adolescente alla salute sessuale e riproduttiva: la stretta correlazione tra promozione dell'autonomia e tutela della salute

Paola Delbon*

ADOLESCENTS' RIGHT TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH COMPONENTS

ABSTRACT: Adolescents' right to sexual and reproductive health contains a set of entitlements that include the provision of appropriate and specific services to address effectively their sexual and reproductive health needs and the right to respect for their autonomy (access to information and confidential counseling, responsible choices) in accordance with their evolving capacities, in the context of the tripartite adolescent – healthcare staff – parents relationship, in order to pursue the adolescent's best interest with relevant positive effects not only for their sexual and reproductive health.

KEYWORDS: Adolescents; sexual and reproductive health services; respect for autonomy; bodily autonomy; informed consent

ABSTRACT: Il diritto degli adolescenti alla salute sessuale e riproduttiva si compone di numerosi aspetti quali l'offerta di servizi appropriati per le specifiche esigenze degli adolescenti e nel contempo il riconoscimento del diritto del minore all'esercizio della propria autonomia in tale ambito (informazione, *confidential counseling*, decisioni) in via crescente col crescere dell'età, nell'ambito della triplice relazione adolescente – personale sanitario – genitori, al fine di promuovere la tutela del suo miglior interesse, con ricadute significative favorevoli anche oltre la dimensione della salute sessuale e riproduttiva.

PAROLE CHIAVE: Adolescenti; servizi di salute sessuale e riproduttiva; rispetto per l'autonomia; *bodily autonomy*; consenso informato

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Adolescenti, tutela della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti – 3. Adolescenti e contraccezione: informazione, autonomia decisionale e tutela della riservatezza – 4. La vaccinazione anti-HPV: riflessione in merito all'opportunità del riconoscimento di uno spazio di autonomia per l'adolescente – 5. Conclusioni.

*Ricercatrice, Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia. Mail: paola.delbon@unibs.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

1. Introduzione

La valorizzazione dell'autonomia degli adolescenti nell'ambito delle scelte relative alla salute sessuale e riproduttiva si inserisce nel quadro di un progressivo rafforzamento, negli ultimi anni, del riconoscimento dell'autonomia del minore in ambito sanitario ovvero del diritto del minore ad essere informato e ascoltato in relazione alle questioni inerenti la sua salute, e dunque coinvolto nel processo decisionale che lo riguarda, prendendo in considerazione la sua opinione, in funzione dell'età e della capacità di discernimento¹: del resto «è attraverso l'ascolto del minore che si può accertare e garantire il benessere dello stesso, rendendolo in particolare partecipe di ogni decisione che riguardi la sua salute»². Entro tale prospettiva, dunque, l'esercizio della responsabilità genitoriale, nell'interesse del minore, deve comporsi con la valorizzazione dell'autonomia dello stesso. D'altra parte, l'individuazione della titolarità delle scelte in materia di salute sessuale e riproduttiva rappresenta ben più di una questione – pur importante – di individuazione della titolarità del consenso al trattamento sanitario, potendo il riconoscimento dell'autonomia (autonomia decisionale e confidenzialità) del minore in tale ambito costituire un importante strumento di *empowerment* non soltanto ai fini della tutela della salute: «l'accesso universale ai servizi di salute sessuale e riproduttiva [...] è essenziale sia per lo sviluppo consapevole del minore che per l'*empowerment* femminile»³.

¹ In tal senso, come la Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti umani e la biomedicina (CONSIGLIO D'EUROPA, *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina* (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina), Oviedo, 4 aprile 1997) riconosce la crescente rilevanza del parere del minore, da prendersi in considerazione «come un fattore sempre più determinante» (art. 6, Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso) in funzione dell'età e del grado di maturità raggiunto, così la legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» (G.U. Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018), nella disciplina del consenso al trattamento sanitario in caso di paziente minore, afferma l'importanza di valorizzarne la capacità di comprensione e di tener conto della sua volontà in relazione con l'età e il grado di maturità pur attribuendo agli esercenti la responsabilità genitoriale la titolarità delle scelte relative alla salute del minore (art. 3, Minori e incapaci). Sottolineano alcuni (G. DI ROSA, *Il minore e la salute*, in R. SENIGAGLIA (a cura di), *Autodeterminazione e minore età. Itinerari di diritto minorile*, Pisa, 2019) al riguardo la debolezza dell'autodeterminazione del minore che sia capace di discernimento in quanto la manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari è attribuita agli esercenti la responsabilità genitoriale. Anche i codici deontologici di area sanitaria prevedono il dovere del professionista di informare, coinvolgere, prendere in considerazione l'opinione del minore nel processo decisionale che lo riguarda (si veda ad esempio, FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, *Codice di deontologia medica*, 2014, artt. 33 (Informazione e comunicazione con la persona assistita), 35 (Consenso e dissenso informato), 37 (Consenso o dissenso del rappresentante legale), 48 (Sperimentazione umana); FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE (FNOPI), *Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche*, 2025, art. 24 (Volontà del minore). La molteplicità delle condizioni in cui si sostanzia la minore età richiede una attenta modulazione della offerta dell'informazione che «nella relazione concreta» deve essere «commisurata e calibrata alla specificità del caso sia in ordine alla patologia, sia in ordine alle particolari capacità di comprensione del paziente ed altresì alla sua sensibilità e reattività emotiva». (D. MARCELLO, *La pianificazione condivisa delle cure del minore tra alleanza terapeutica e rispetto delle linee guida*, in A. BUCELLI (a cura di), *Identità e salute del minore. Problematiche attuali*, Pisa, 2021).

² M. ERMINI, *La disforia di genere in soggetti minorenni e l'accesso ai trattamenti sanitari*, in A. BUCELLI (a cura di), op. cit.

³ AGENZIA ITALIANA PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO – MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, *Linee guida sull'infanzia e l'adolescenza*, 2011, https://www.aics.gov.it/wp-content/uploads/2023/10/Linee_Guida_Infanzia_e_Adolescenza.pdf (ultima consultazione 19/11/2024).



L'analisi dei documenti internazionali in materia di tutela della salute degli adolescenti consente di individuare le principali componenti del diritto alla salute sessuale e riproduttiva ed in particolare la stretta correlazione tra tutela della salute e promozione dell'autonomia dell'adolescente (offerta di servizi appropriati per le sue specifiche esigenze, informazione, educazione, *confidential counseling*, ascolto, ecc.): un approccio fondato sul riconoscimento di tale correlazione garantisce la tutela del miglior interesse dell'adolescente, con ricadute significative favorevoli anche oltre la dimensione della salute sessuale e riproduttiva. Partendo da tale premessa si propone una riflessione riguardo allo spazio di autonomia riconosciuto all'adolescente nel nostro ordinamento in tale ambito (ad es., in materia di contraccezione) e al possibile spazio per una ulteriore promozione di autonomia e salute nell'adolescente, nel contesto della triplice relazione adolescente – personale sanitario – genitori, tenendo conto della delicatezza di tale ambito della salute e delle molteplici implicazioni delle relative scelte.

2. Adolescenti, tutela della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti

La salute sessuale è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità «uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale in relazione alla sessualità»⁴.

Se da tempo risulta acquisita in numerosi documenti sovranazionali una definizione di salute sessuale e riproduttiva secondo l'approccio basato sui diritti umani⁵, la stretta correlazione tra salute sessuale e riproduttiva delle donne e diritti umani fondamentali è affermata anche recentemente dal Parlamento europeo che ribadisce che «secondo la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, la Convenzione europea dei diritti dell'uomo e la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, la salute sessuale e riproduttiva delle donne è legata a molteplici diritti umani, tra cui il diritto alla vita e alla dignità, la libertà da trattamenti inumani e degradanti, il diritto di accedere alle cure sanitarie, il diritto alla privacy, il diritto all'istruzione e il divieto di discriminazione» e rammenta «l'impegno dell'UE a promuovere, proteggere e rispettare il diritto di ogni persona e di ogni donna e ragazza di avere il pieno controllo sulle questioni concernenti la propria sessualità e i propri diritti sessuali e riproduttivi e di decidere in modo libero e responsabile al riguardo, senza discriminazioni, coercizioni o violenze»⁶. Specificamente in relazione agli adolescenti, nella stessa risoluzione si rileva come «gli adolescenti spesso incontrano ostacoli in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e ai relativi diritti a causa della mancanza di servizi adatti ai giovani».

⁴ *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28–31 January 2002. Geneva. World Health Organization, 2006, https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf (ultima consultazione 20/02/2025).

⁵ Si veda, ad esempio, UN POPULATION FUND, *Program of Action adopted at the International Conference on Population and Development*, Cairo, 5-13 September 1994, United Nations Population Fund, 2004, parr. 7.2 e 7.3, https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf (ultima consultazione 12/04/2024); UN *Beijing Declaration and Platform for Action adopted at the Fourth World Conference on Women in Beijing*, China, 4-15 September 1995, parr. 95-96, https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/PFA_E_Final_WEB.pdf (ultima consultazione 12/04/2024).

⁶ PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne*. P9_TA(2021)0314, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_IT.pdf (ultima consultazione 11/02/2025).

Se dunque nei documenti internazionali in materia di salute sessuale e riproduttiva delle donne e correlati diritti si sottolinea l'importanza di servizi adeguati alle esigenze degli adolescenti, che spesso incontrano barriere proprio per mancanza di percorsi di informazione, educazione e cura *youth-friendly* e rispondenti alle loro specifiche esigenze, il concetto di *bodily autonomy* relativo alla donna e all'adolescente viene declinato in riferimento a quest'ultima anche quale strumento di *empowerment* a favore di un passaggio consapevole e sicuro all'età adulta, verso un pieno sviluppo della persona.

Nel Commento generale n. 15 del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, del 17 aprile 2013, sul diritto del minore al godimento del miglior stato di salute possibile (art. 24)⁷ si afferma come il diritto alla salute del minore comprende una serie di «freedoms and entitlements», la cui rilevanza cresce in relazione al grado di maturità del minore: tra queste il «right to control one's health and body» comprensivo della libertà di compiere scelte consapevoli in ambito sessuale e riproduttivo (par. 24). Specificamente in relazione al consenso al trattamento sanitario, si riconosce il diritto del minore ad aver accesso, in relazione alla propria capacità, a «confidential counselling and advice» senza il coinvolgimento degli esercenti la responsabilità genitoriale quando nell'interesse del minore e si invitano gli Stati a considerare la possibilità che il minore eserciti autonomia decisionale in relazione a specifici trattamenti quali ad esempio il test per l'accertamento della sieropositività e i servizi di salute sessuale e riproduttiva, inclusi l'educazione e il counseling in materia di salute sessuale e la contraccezione, nel rispetto della tutela della riservatezza (parr. 31, 69, 70).

Informazione, educazione, counseling, tutela della riservatezza, autonomia, sono dunque componenti fondamentali del diritto alla salute sessuale e riproduttiva dell'adolescente, e devono essere garantiti in contesti adeguati alle sue specifiche esigenze.

La stretta correlazione tra autonomia e salute emerge del resto anche nel rapporto del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) 2021 sullo stato della popolazione mondiale, intitolato “My body is my own. Claiming the right to autonomy and self-determination”⁸ che pone al centro il complesso concetto di *bodily autonomy* in relazione al potere di compiere scelte autonome in ambito sessuale e riproduttivo e nel contempo quale strumento a garanzia della salute e dell'empowerment della donna nelle altre sfere della vita: «a woman – or adolescent girl – with little bodily autonomy is less

⁷ UN COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, <https://digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en&v=pdf> (ultima consultazione 11/02/2025) L'art. 24 comma 1 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge del 27 maggio 1991, n. 176, stabilisce che «Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi»; al comma 2 si afferma che «Gli Stati parti si sforzano di garantire l'attuazione integrale del summenzionato diritto e in particolare adottano ogni adeguato provvedimento per: [...] e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni; f) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare».

⁸ FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE – UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) 2021 *State of World Population “My body is my own. Claiming the right to autonomy and self-determination”*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf (ultima consultazione 18/02/2025).

likely to have control over her home life, her health and her future, and less likely to enjoy her rights»; così, in un documento del 2022 UNFPA⁹ conferma lo stato di «universal right» della bodily autonomy, diritto che conferisce alle adolescenti il potere e l'autonomia di compiere scelte relative al loro corpo e futuro: «it goes beyond SRH by ensuring that adolescents are empowered to make safe and positive transitions to adulthood, enabling them to reach their full potential».

Una stretta correlazione dunque, quella tra autonomia e salute, con evidenti reciproche ricadute favorevoli non soltanto sul piano della salute sessuale e riproduttiva, come sottolineato anche dagli esperti delle Nazioni Unite alla vigilia del World Contraception Day (26 settembre 2024) e dell' International Safe Abortion Day¹⁰ (28 settembre 2024) rimarcando al riguardo come l'offerta di servizi di qualità nel rispetto della dignità favorisca nelle donne e nelle ragazze la realizzazione dei loro diritti economici, sociali e politici: «the incredible power that modern contraceptives provide women and girls goes beyond biomedical dimensions or mere options»¹¹.

Ciò emerge chiaramente anche dagli indicatori¹² definiti nel 2017 per misurare il progresso rispetto al target dell'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti in ambito riproduttivo (5.6) previsto dalla United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development¹³ richiamata nel citato rapporto UNFPA 2021: la percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni che prendono decisioni informate riguardo alle relazioni sessuali, all'utilizzo di contraccezione e alla tutela della salute riproduttiva (5.6.1) e il numero di paesi che abbiano stabilito norme che garantiscano pieno e uguale accesso alla tutela della salute, all'informazione e all'educazione, in ambito sessuale e riproduttivo alle donne e agli uomini a partire dai quindici anni (5.6.2).

⁹ FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE – UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) 2022, *My Body, My Life, My World Operational Guidance. Module 1: Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA-MBMLMW_MOD1-EN.pdf (ultima consultazione 24/02/2025).

¹⁰ L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) definisce «unsafe abortion» la procedura condotta da persone prive delle necessarie competenze e/ o in un ambiente non conforme ai minimi standard medici (WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems*, 2012, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70914;jsessionid=20462B98841638912FC1B01FBB3D5B4E?sequence=1>, ultima consultazione 18/08/2025). L'OMS afferma che quasi tutti gli *unsafe abortions* si verificano nei paesi a basso e medio reddito e come sia possibile agire in via preventiva rispetto all'*unsafe abortion* e alle morbidità e mortalità correlate attraverso l'educazione alla sessualità, l'utilizzo della contraccezione, la disponibilità di «safe, legal abortion» e il trattamento tempestivo delle complicanze dell'aborto, attraverso «laws, regulations and policies» volte a rimuovere le barriere esistenti e a tutelare e promuovere la salute della donna. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. Legal and policy considerations*, 2015, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, ultima consultazione 18/08/2025).

¹¹ *Bodily autonomy, dignity and freedom of choice must be respect, say UN experts*, 25 settembre 2024, Ginevra, <https://www.ohchr.org/en/statements/2024/09/bodily-autonomy-dignity-and-freedom-choice-must-be-respected-say-un-experts> (ultima consultazione 19/11/2024).

¹² UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, Resolution 71/313 (Annex) on “Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development”, 6 luglio 2017, <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> (ultima consultazione 18/02/2025).

¹³ UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, Resolution 70/1, 25 settembre 2015: “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”, https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. (ultima consultazione 18/02/2025).

Se gli Stati – come si evince dal secondo indicatore, che inerisce al contesto giuridico di riferimento per la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti – possono svolgere un ruolo determinante attraverso l'adozione di norme in materia di tutela della maternità e aborto, contraccezione e pianificazione familiare, informazione ed educazione in ambito sessuale e riproduttivo, tutela della salute sessuale (test per l'HIV e vaccinazione anti-HPV), che possono incidere favorevolmente sull'effettivo godimento della salute in tale ambito e dei diritti strettamente correlati ad essa,¹⁴ la verifica dell'effettiva garanzia dei diritti in tale ambito – alla luce degli indicatori citati – non può trascurare di considerare la presenza di barriere che si traducono in un ostacolo al raggiungimento di tale obiettivo quali ad esempio restrizioni legate all'età o allo stato civile o la previsione del requisito dell'autorizzazione di un terzo (ad es. genitore, coniuge) per l'accesso della donna o della ragazza ai servizi di salute sessuale e riproduttiva ovvero la presenza di molteplici sistemi normativi nei quali coesistono plurime fonti normative, che favoriscono la persistenza di tradizioni o pratiche culturali e religiose talvolta discriminatorie, limitando di fatto l'autonomia delle ragazze e delle donne in tale ambito¹⁵.

Gli Stati possono ad esempio favorire il riconoscimento per le adolescenti della possibilità di accedere ad adeguati servizi di salute sessuale e riproduttiva e all'informazione e al *confidential counseling* sulle questioni relative alla stessa, anche senza il coinvolgimento degli esercenti la responsabilità genitoriale: il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, nel Commento Generale n. 4¹⁶ (2003) su salute e sviluppo degli adolescenti nel contesto della Convenzione dei diritti dell'infanzia sottolinea l'importanza che gli Stati garantiscano l'accesso per gli adolescenti alle informazioni in materia (incluse pianificazione familiare, contraccezione, pericoli della gravidanza prematura, prevenzione di HIV/AIDS e prevenzione e trattamento di malattie sessualmente trasmissibili (MST) e nel contempo assicurino l'accesso per gli adolescenti alle informazioni appropriate «indipendentemente dalla loro condizione coniugale e dal consenso dei loro genitori e tutori» (par. 28). Così, nel Commento Generale n. 20¹⁷ (2016) sull'attuazione dei diritti del fanciullo durante l'adolescenza si invita a prendere in considerazione la possibilità di introdurre una presunzione legale di capacità degli adolescenti di richiedere ed accedere a «preventive or time-sensitive sexual and reproductive health commodities and services» (39) e si afferma che tutti gli adolescenti dovrebbero poter aver accesso a «free, confidential, adolescent-responsive and non-discriminatory sexual and reproductive health services, information and education», in modalità online ed in presenza, incluse pianificazione familiare, contraccezione,

¹⁴ Per l'analisi delle componenti dell'indicatore si veda UNFPA 2021 State of World Population cit. e UNFPA (2024) *Upholding bodily autonomy, rights and choices: Tracking Progress through SDG Target 5.6*, https://unstats.un.org/sdgs/files/meetings/iaeg-sdgs-meeting-15/6d_SDG%20target%205.6_sent%20101824.pdf (ultima consultazione 03/03/2025)

¹⁵ UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) 2020, *Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All- Sustainable Development Goal Indicator 5.6.2*, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA-SDG562-A4-Brochure-v4.15.pdf> (ultima consultazione 03/03/2025).

¹⁶ COMITATO DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA, *Commento Generale n. 4 (2003) su salute e sviluppo degli adolescenti nel contesto della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2008/12/Commento_generale_n._4_salute_adolescenti.pdf (ultima consultazione 24/02/2025).

¹⁷ UN COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, *General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*, <https://docs.un.org/en/CRC/C/GC/20> (ultima consultazione 24/02/2025).

contraccezione d'emergenza, prevenzione, cura e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, counseling, ecc. (par. 59).

La mancata previsione di norme specificamente volte ad introdurre un limite minimo di età per l'accesso a informazione e servizi relativi alla salute sessuale e riproduttiva così come la richiesta di un'autorizzazione da parte degli esercenti la responsabilità genitoriale possono dunque costituire una importante barriera alla tutela della salute degli adolescenti, esposti al rischio di comportamenti non sicuri proprio per la mancanza di informazione e libero accesso a servizi specifici e appropriati; d'altra parte l'età minima stabilita per l'accesso a tali servizi non dovrebbe essere «unreasonably high»¹⁸ con la conseguenza di ostacolare l'accesso a servizi quali il test per l'HIV, informazione e contraccezione.

La tutela del miglior interesse del soggetto minore richiede che il riconoscimento dell'autonomia si affermi in funzione del grado di maturità dello stesso e dunque della sua capacità di comprendere e compiere decisioni consapevoli in relazione alla propria salute, in considerazione della «evolving capacity» del minore: nel citato Commento Generale n. 20¹⁹ del Comitato delle Nazioni unite sui diritti del fanciullo, si raccomanda agli Stati l'introduzione, rispetto all'autonomia decisionale, di «minimum legal age limits, consistent with the right to protection, the best interests principle and respect for evolving capacities of adolescents» (par. 39). Età, ambiente, contesto culturale, esperienza di vita, l'ambito della decisione, sono alcuni tra i fattori che possono incidere significativamente sul bilanciamento del riconoscimento dell'autonomia del minore e l'esigenza di protezione dello stesso²⁰; tale concetto di *evolving capacity* dovrebbe informare la legislazione in materia di salute sessuale e relativi informazione e servizi, e la valutazione della loro appropriatezza alle esigenze degli adolescenti nei diversi stadi di tale fase della vita.

Se risulta dunque largamente affermata a livello internazionale la necessità di riconoscere il diritto dell'adolescente ad una informazione appropriata, a prescindere dallo stato civile e dal consenso di genitori o tutore, nel rispetto della riservatezza²¹, nei documenti del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo si sottolinea che «il bambino e l'adolescente hanno diritto all'orientamento e alla guida per compensare la mancanza di conoscenza, esperienza e comprensione relative alla sua

¹⁸ UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), *Technical Brief – Harmonization of minimum ages and adolescent sexual and reproductive health rights*, 2020 <https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lates-technical-brief-harmonization-2.pdf> (ultima consultazione 24/02/2025). Nel documento si raccomanda anche la disponibilità dell'informazione in tema di salute e diritti in ambito sessuale e riproduttivo e relativi servizi a partire dai 10 anni di età; l'individuazione dell'età per l'accesso al test HIV, possibilmente specificamente rispetto al consenso ad altre forme di trattamento medico; l'individuazione di un'età minima al di sotto del 18 anni per l'accesso alla contraccezione senza il coinvolgimento dei genitori; la protezione della riservatezza del minore in ambito sanitario.

¹⁹ UN COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, *General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*, cit.

²⁰ Si veda FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE – UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), *My Body, My Life, My World Operational Guidance. Module 1: Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2022, cit.

²¹ Come ribadito in UNITED NATIONS COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UN CESCR), *General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, par. 44, <https://digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en&v=pdf> (ultima consultazione 20/02/2025); COMITATO DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA, *Commento Generale n. 4 (2003) su salute e sviluppo degli adolescenti nel contesto della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, cit., 28 e 33.

capacità evolutiva» e che «maggiore è la conoscenza, esperienza e comprensione che ha il bambino o l'adolescente, maggiore è lo sforzo che devono compiere i genitori, i tutori o le altre persone legalmente responsabili del bambino o dell'adolescente per trasformare l'orientamento e la guida, in solleciti e consigli fino ad arrivare ad uno scambio alla pari. Questa trasformazione non deve avere luogo in un momento preciso dello sviluppo del bambino, ma deve crescere continuamente man mano che il bambino è incoraggiato ad esprimere le proprie opinioni»²².

Il concetto di *emerging/evolving capacity* richiede di garantire l'offerta all'adolescente di servizi di informazione, educazione, *confidential counseling*, in un contesto *youth-friendly* adeguato alle diverse fasce d'età, e riconoscere l'autonomia progressiva dello stesso anche ridelineando il ruolo degli esercenti la responsabilità genitoriale (titolarità del potere decisionale – ruolo di supporto e collaborazione con i professionisti sanitari e con ruolo educativo, al fine di favorire il riconoscimento e l'esercizio dell'autonomia dell'adolescente in un contesto che garantisca il rispetto della riservatezza) e dunque disegnando e modulando il coinvolgimento dei diversi soggetti coinvolti nella cura e protezione dell'adolescente nelle specifiche aree della salute sessuale e riproduttiva, tenendo appunto conto dell'età e del grado di maturità.

3. Adolescenti e contraccezione: informazione, autonomia decisionale e tutela della riservatezza

La stretta correlazione tra interesse del minore, tutela della salute, riconoscimento dell'autonomia decisionale, tutela della riservatezza, chiaramente affermata nei documenti finora citati, emerge anche nelle indicazioni relative all'accesso da parte dei minori alla contraccezione.

In un recente Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità²³ si ribadisce come leggi e politiche degli Stati dovrebbero favorire l'accesso alla contraccezione per gli adolescenti, a prescindere dall'età e dallo stato civile, e senza necessario coinvolgimento dei genitori o del coniuge; la tutela della riservatezza, «confidentiality» svolge un ruolo fondamentale nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, ambito che coinvolge temi ed aspetti particolarmente sensibili, tanto che la mancata garanzia della stessa rischia di compromettere l'accesso ai servizi predisposti a tutela della salute, e ciò in particolare in relazione a categorie vulnerabili di soggetti quali gli adolescenti²⁴.

Così l'UNFPA²⁵ sostiene l'adozione di misure volte a garantire agli adolescenti informazione e servizi relativi alla contraccezione, nell'ambito dei servizi di salute sessuale e riproduttiva, che si caratterizzano

²² Si veda COMITATO DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA, *Commento Generale n. 12 (2009) su "Il diritto del bambino e dell'adolescente di essere ascoltato"*, par. 84, <https://www.datocms-assets.com/30196/1607611729-commentogeneralen-12.pdf> (ultima consultazione 18/08/2025); UN COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, *General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*, cit.

²³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Report on the 2023 policy survey*, 2024, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240100176> (ultima consultazione 31/03/2025).

²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations*, 2014, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506748> (ultima consultazione 31/03/2025).

²⁵ FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE – UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) 2022, *My Body, My Life, My World Operational Guidance. Module 1: Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*, cit.

quali «free, confidential, adolescent-responsive and non-discriminatory», servizi dunque adeguati alle specifiche esigenze degli adolescenti, attraverso l'offerta di un counseling non giudicante e nel rispetto della riservatezza²⁶, la rimozione di barriere quali il requisito dell'autorizzazione di terzi per l'accesso ai servizi, e l'attenzione alle peculiarità dell'adolescente nell'approccio alla contraccezione (ad esempio, mancanza di informazione o informazione non corretta sulla contraccezione e i relativi effetti, la riluttanza nell'accesso ai servizi per condizionamenti sociali e timore di essere giudicati, la tendenza ad uso discontinuo e per periodi brevi delle misure contraccettive). Tali modalità favoriscono evidentemente la propensione dell'adolescente a rivolgersi ai servizi di informazione, educazione e cura in un ambito delicato nel quale il timore di essere giudicati o la mancanza di fiducia potrebbero costituire una barriera all'accesso ai servizi stessi.

La contraccezione è uno degli ambiti in cui anche il Legislatore italiano riconosce l'autonomia del minore, nell'intento di promuovere scelte riproduttive consapevoli e responsabili: la Legge 22 maggio 1978, n. 194 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") stabilisce infatti che «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» (art. 2 ultimo comma). I professionisti sanitari sono dunque chiamati a svolgere un importante ruolo in termini di informazione e educazione dell'adolescente, rappresentando l'atto della prescrizione delle misure contraccettive «solo l'ultimo di un esauriente processo di counseling e d'interpretazione delle esigenze dei minori»²⁷. Dalla lettera della legge

²⁶ Nelle citate pubblicazioni dell'UNFPA è richiesto ai professionisti che l'offerta di informazioni in ambito di salute sessuale e riproduttiva avvenga «respectfully and without judgement, and accounting for different needs based on age» (UNFPA, 2021 State of World Population "My body is my own. Claiming the right to autonomy and self-determination", cit.) e tra le barriere all'accesso ai servizi di informazione e di tutela della salute sessuale e riproduttiva, viene indicata la paura di «judgmental attitudes and resistance» da parte dei professionisti, sottolineando l'importanza che essi siano «non judgmental and respectful» dei bisogni degli adolescenti. (UNFPA, *My Body, My Life, My World Operational Guidance. Module 1: Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*, cit.) In, particolare, in relazione alla contraccezione si evidenzia come in alcune realtà i professionisti sanitari ritengono sbagliato per gli adolescenti essere sessualmente attivi prima del matrimonio, convinzioni che si traducono in un «judgmental and disrespectful behaviour» e come sia necessaria l'acquisizione da parte dei professionisti delle «skills to counsel adolescents non-judgmentally». L'American Academy of Pediatrics (M.A. OTT, A.J. HOOPES, G.S. SUCATO, M. LEROY-MELAMED; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, *Contraception for Adolescents: Policy Statement*, in *Pediatrics*, 2025, 156(1): e2025072217), nel "Contraceptive Counseling for Adolescents Within a Sexual and Reproductive Health Equity Framework", individua due misure in relazione allo step "Reflect upon your own biases and assumptions about an adolescent's contraceptive need prior to counseling": «Assume a position of curiosity and empathy» e «Ask yourself: - What personal values and beliefs about adolescent sexuality and contraception may influence how I counsel this adolescent? - What structural factors may impact this adolescent's reproductive health goals and behaviors and comfort/trust discussing these with a healthcare provider?»; parallelamente nel clinical report "Contraceptive Counseling and Methods for Adolescents" si ribadisce che un «adolescent-centered counseling approach within a sexual and reproductive health equity framework starts with a pediatrician reflecting on their own biases and assumptions about an adolescent's contraceptive needs» e si specifica che «Referrals need to be time-sensitive, respectful, nonjudgmental and done with an awareness of the power differential between adolescents and providers». (M.A. OTT, G.S. SUCATO, M. LEROY-MELAMED., A.J. HOOPES; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, *Contraceptive Counseling and Methods for Adolescents: Clinical Report*, in *Pediatrics*, 2025, 156(1): e2025072218.

²⁷ C. RIVIELLO, *La contraccezione nella minore età. La situazione italiana e quella dei paesi occidentali nei suoi aspetti pratici, etici e giuridici*, in *La Professione*, 5, 2009, 19.

si evince «l'irrelevanza della volontà contraria degli esercenti la responsabilità genitoriale rispetto alle scelte contraccettive della figlia, poiché le "finalità liberamente scelte" saranno quelle della sola minore, così come saranno della stessa le "convinzioni etiche" di cui parla l'art. 1 della disciplina del 29 luglio 1975, n. 405 sull'istituzione dei consultori familiari»²⁸.

La Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi ha sottolineato la evidente ratio della norma citata: «garantire l'anonimato al minore che non voglia o non possa mettere a parte i genitori dei suoi problemi e si rivolga alle strutture autorizzate per evitare che lo stesso possa rivolgersi clandestinamente a soggetti privi delle necessarie garanzie di serietà e di professionalità, il cui intervento potrebbe provocare gravi danni alla salute fisiopsichica del minore»²⁹.

Il tema del coinvolgimento dei genitori nelle decisioni dei figli adolescenti relative alla salute sessuale e riproduttiva, in considerazione dei possibili effetti negativi di tale coinvolgimento, può implicare anche la promozione e la diffusione di iniziative volte a implementare la comunicazione genitori – figli in generale ed in particolare nell'ambito dei temi legati alla sessualità³⁰, come già la Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi aveva sottolineato nella nota citata³¹, laddove affermava che «il genitore che realmente voglia esercitare la sua potestà educativa e che ritenga che sussistano i presupposti per un suo intervento, ben può in casi del genere affrontare con i figli il problema in termini generali, inducendo i minori al dialogo e alla riflessione sulle conseguenze di una condotta sconsigliata».

Nell'ottobre 2020 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)³² ha abolito l'obbligo di ricetta relativamente alla cosiddetta "pillola dei cinque giorni dopo" anche per le minorenni, prevedendo che il farmaco,

²⁸ A. CORDIANO, *Minori in condizione di disagio o di particolare vulnerabilità*, in A. CORDIANO e R. SENIGAGLIA (a cura di), *Diritto civile minorile*, Napoli, 2022, 244.

²⁹ COMMISSIONE PER L'ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, seduta del 26 ottobre 2010, <https://www.commissioneaccesso.it/media/40549/plenum%2026%20ottobre%202010.pdf> e poi seduta dell'11 gennaio 2011, https://www.commissioneaccesso.it/media/41178/plenum_11_gennaio_2011.pdf (ultima consultazione 09/04/2025). La Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi aveva presentato richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali in ordine al caso di un genitore che, avendo trovato nella camera della figlia sedicenne la confezione di un farmaco contraccettivo già utilizzato, aveva chiesto di accedere a «qualsiasi tipo di documentazione sanitaria relativa ad accessi di pronto soccorso, ginecologia, continuità assistenziale», risalente ad un arco di tempo di poco più di un mese e concernente la figlia, motivando la richiesta con l'esigenza di sincerarsi che il farmaco fosse stato prescritto da un medico. La Commissione aveva ritenuto che «dalla ratio della norma citata dovrebbe desumersi che il genitore in questione non possa accedere alla documentazione richiesta; e ciò neppure con il consenso della figlia, per l'evidente probabilità che la volontà della minore venga coartata». Il Garante per la protezione dei dati personali aveva condiviso le osservazioni formulate dalla Commissione «avuto riguardo all'esigenza di riconoscere una sfera di riservatezza in capo al minore in tale ambito che garantisca effettivamente la sua libertà di autodeterminazione». (GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI, *Contraccezione e minori: no all'accesso dei genitori alle prescrizioni*, 17 novembre 2010, doc. web. n. 1769451, <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1769451> (ultima consultazione 09/04/2025).

³⁰ R.K. JONES, H. BOONSTRA, *Confidential reproductive health services for minors: the potential impact of mandated parental involvement for contraception*, in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2004, 36, 182 ss.

³¹ COMMISSIONE PER L'ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, seduta del 26 ottobre 2010, cit.

³² AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA), Determina n. DG/998/2020 dell'8 ottobre 2020 ("Modifica del regime di fornitura del medicinale per uso umano «Ellaone (ulipristal)»", https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1134592/2020.10.10_Det-DG-998-2020_modifica_regime_fornitura_ELLAONE_08.10.20.pdf (ultima consultazione 09/04/2025) e Comunicato n.



classificato come “Medicinale non soggetto a prescrizione medica ma non da banco (SOP)”, debba essere dispensato «contemporaneamente alla consegna di un opportuno materiale informativo sulla contraccezione»³³ che «deve essere consegnato alle pazienti, da parte del farmacista, in formato cartaceo al momento della dispensazione delle singole confezioni del medicinale». Nel Comunicato stampa relativo al provvedimento citato si sottolinea come «eliminare l'obbligo di ricetta per la contraccezione di emergenza per le minorenni intende favorire [...] il raggiungimento dell'ambiziosa meta della riduzione del tasso di concepimento sotto i 18 anni nel quadro di miglioramento, in particolare, della salute sessuale delle adolescenti e, più in generale, della salute pubblica».

La Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA), in un documento del 2009 relativo alla “Contraccezione d'emergenza in età adolescenziale” sottolineava la centralità del momento dell'informazione – educazione nei confronti dell'adolescente nell'ambito della contraccezione d'emergenza, affermando che «la contraccezione d'emergenza non può – e non deve – essere il principale mezzo contraccettivo utilizzato dagli adolescenti, a cui dovrebbe essere invece offerto un qualificato percorso di educazione alla sessualità proprio al fine di evitare di dover ricorrere a tale metodo unitamente a quello di ridurre il tasso di gravidanze indesiderate – quindi di interruzioni volontarie di gravidanza – e di malattie a trasmissione sessuale». In relazione al libero acquisto e all'autoprescrizione, si sottolineava che se tale possibilità «da una parte tende a tutelare l'adolescente, dall'altra non consente di fornire informazioni chiare e corrette sull'esercizio di una sessualità responsabile, che sono possibili solo al momento della prescrizione del farmaco»; si indicava quindi come possibile alternativa la «cosiddetta “prescrizione in anticipo” nell'ambito di un percorso di educazione alla sessualità e ai sentimenti»³⁴.

608 del 10 ottobre 2020 (“AIFA abolisce anche per le minorenni l'obbligo di ricetta per la contraccezione di emergenza fino a cinque giorni dopo”), https://www.aifa.gov.it/documents/20142/823882/Comunicato_AIFA_608.pdf (ultima consultazione 09/04/2025). Dalla “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)”, <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Docs/Ministero-della-Salute-Relazione-annuale-2024-sull-attuazione-della-legge-194-1978> (ultima consultazione 08/05/2025), contenente i dati riferiti all'anno 2022, si rileva un aumento della distribuzione di Ulipristal acetato, con un incremento del 27,7% rispetto al 2021 e del 66,8% rispetto al 2020, quando è stata approvata la Determina di cui sopra, anche se «la mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo della contraccezione di emergenza nelle diverse fasce di età e neppure l'eventuale uso ripetuto all'interno di tali fasce»; nella Relazione si specifica inoltre come sia «indispensabile garantire la corretta informazione per l'uso di questi prodotti, specie nelle fasce di età più basse, ricordando che la determina AIFA non stabilisce un limite inferiore di età per l'uso».

³³ L'allegato alla citata Determina dell'AIFA, pubblicata su G.U. Serie Generale n. 251 del 10 ottobre 2020, contenente “Informazioni sulla contraccezione d'emergenza” e “Informazioni sulla contraccezione regolare” ribadisce che «La contraccezione d'emergenza è destinata esclusivamente ad un uso occasionale e non deve in alcun caso essere considerata una contraccezione regolare» e che «è bene ricordare che l'uso di farmaci per la contraccezione d'emergenza NON protegge da infezioni sessualmente trasmissibili». La nota informativa contiene anche l'invito a rivolgersi al medico o al farmacista per dubbi o consigli sull'uso dei farmaci per la contraccezione d'emergenza e a parlare con il medico o recarsi in un consultorio in caso di assunzione di un farmaco per la contraccezione d'emergenza qualora non si faccia uso di un metodo anticoncezionale regolare.

³⁴ SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELL'ADOLESCENZA (SIMA), Documento “Contraccezione d'emergenza in Età Adolescenziale”, 24 gennaio 2009, <https://www.medicinadelladolescenza.com/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/La-contraccezione-di-Emergenza.pdf> (ultima consultazione 10/04/2025). Nel recente dossier “L'educazione affettiva e sessuale in adolescenza: a che punto siamo” (Save the Children, febbraio 2025,

La possibilità di ottenere il farmaco della contraccezione d'emergenza in farmacia garantisce indubbiamente all'adolescente un accesso al servizio agevole e in condizioni di anonimato, consentendo il superamento di possibili barriere alla tutela della salute sessuale e riproduttiva legate ad esempio alla riluttanza ad accedere ai relativi servizi nell'ambito delle strutture; d'altra parte informazione ed educazione sono parte fondamentale nell'ambito della "self-care" che dovrebbe essere vista come complementare e non sostitutiva all'offerta, da parte del sistema sanitario pubblico, di servizi di salute sessuale e riproduttiva *youth-friendly*³⁵; in tal senso, anche e a maggior ragione in un ambito di "self-care", diviene importante garantire un effettivo percorso di informazione ed educazione, che consenta appunto all'adolescente di compiere scelte consapevoli e meditate in relazione al conseguimento de "le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile" di cui al citato art. 1 comma 2 della Legge 194/1978.

L'importanza di un contesto di informazione e comunicazione, entro il quale fornire gli strumenti per un approccio consapevole a tutti gli aspetti della salute sessuale e riproduttiva emerge anche dalla riflessione relativa alla nuova realtà sanitaria costituita dalle FEMtech, *apps* e dispositivi tecnologici wireless con lo scopo principale di tenere traccia dei dati riproduttivi delle donne, tra le quali anche *apps* mobili volte all'auto-monitoraggio dei cicli mestruali e dell'ovulazione, e all'utilizzo di tali tecnologie, non scevro di criticità (incidenza sull'approccio della donna alla propria salute e sulla relazione di cura e fiducia con il medico, accuratezza delle informazioni fornite dalle *app*, tutela della privacy e

<https://s3-www.savethechildren.it/public/allegati/educazione-affettiva-e-sessuale-adolescenza-che-punto-siamo.pdf>, ultima consultazione 19/08/2025) si ribadiscono i plurimi benefici associati a «un'educazione affettiva e sessuale culturalmente rispettosa e inclusiva» e come l'assenza di una regolamentazione nazionale volta ad integrare in modo organico l'educazione affettiva e sessuale nei curricula scolastici «continua a limitare l'efficacia e la diffusione delle iniziative»; nel 2023 il Ministero dell'istruzione e del merito ha emanato la direttiva "Educazione alle relazioni", per promuovere «la realizzazione nelle scuola di progetti, percorsi educativi, attività pluridisciplinari e metodologie laboratoriali destinate, in particolare, agli studenti delle istituzioni scolastiche secondarie di secondo grado del sistema nazionale di istruzione», al fine di «rafforzare l'impegno verso un'azione educativa mirata alla cultura del rispetto, all'educazione alle relazioni e al contrasto della violenza maschile sulle donne». Tra le proposte di legge presentate nella presente legislatura: S. 294 ("Introduzione dell'educazione all'affettività e al rispetto delle differenze nelle attività didattiche delle scuole del sistema nazionale di istruzione"), C. 1054 ("Introduzione dell'educazione all'affettività e al rispetto delle differenze nelle attività didattiche delle scuole del sistema nazionale di istruzione"), S. 885 ("Disposizioni per la promozione della salute nel sistema nazionale di istruzione e formazione e reintroduzione della medicina scolastica"), C. 1568 ("Introduzione dell'insegnamento dell'educazione sessuale e affettiva nei corsi scolastici del primo e del secondo ciclo di istruzione"), C. 1571 ("Disposizioni per l'introduzione dell'insegnamento dell'educazione affettiva e sessuale nei corsi scolastici del primo e del secondo ciclo di istruzione"), S. 943 ("Introduzione dell'educazione sentimentale, sessuale e affettiva nelle scuole"), S. 979 ("Disposizioni finalizzate all'introduzione di percorsi di educazione all'affettività e di educazione sessuale nell'ambito del sistema nazionale di istruzione"), S. 1064 ("Modifica alla legge 20 agosto 2019, n. 92, in materia di introduzione dell'educazione all'emotività, all'affettività e alla sessualità nell'ambito dell'insegnamento trasversale dell'educazione civica"), C. 2271 ("Introduzione del requisito del consenso informato dell'esercente la responsabilità genitoriale per la partecipazione dello studente minorenni ad attività scolastiche vertenti su materie di natura sessuale, affettiva o etica"), C. 2278 ("Norme sul riconoscimento dell'identità di genere in ambito scolastico e sul consenso informato preventivo delle famiglie per la partecipazione dello studente minorenni ad attività scolastiche su temi concernenti la sessualità e l'affettività").

³⁵ FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE – UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), *My Body, My Life, My World Operational Guidance. Module 1: Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2022, cit.



dell'autonomia della donna nella gestione della propria salute riproduttiva, ecc.)³⁶ da parte delle adolescenti, alle quali diviene fondamentale fornire «una formazione accurata e una consapevolezza critica delle risorse che possono trovare in rete, al fine di fare scelte informate per la propria salute»³⁷. Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)³⁸, in relazione alle tecnologie «mobili», di comunicazione wireless, applicate in ambiti correlati alla salute, individua le criticità legate all'utilizzo di tali tecnologie da parte degli adolescenti e sottolinea che «l'educazione dei minori, utenti attivi di tali nuove tecnologie, risulta particolarmente urgente e rilevante sul piano bioetico: una educazione che rafforzi strumenti di autodifesa dei giovani nell'ambito dell'uso delle tecnologie»; d'altra parte secondo il CNB si potrebbe auspicare che «l'app medica, che contiene dati e cure finalizzate per i minori, sia progettata, supportata e avallata da società scientifiche o istituzioni sanitarie specializzate nelle diagnosi e cure pediatriche».

4. La vaccinazione anti-HPV: considerazioni in merito all'opportunità del riconoscimento di uno spazio di autonomia per l'adolescente

Tra gli interventi a tutela della salute sessuale dei minori si colloca indubbiamente anche l'offerta della vaccinazione anti-HPV per entrambi i sessi a partire dall'adolescenza precoce³⁹, in considerazione dell'abbassamento dell'età di inizio dell'attività sessuale e della frequenza di contagio del virus. La peculiarità di tale vaccinazione rispetto ad altre, anche semplicemente in forza della modalità di trasmissione del virus ovvero dell'attinenza alla sfera sessuale di tale trattamento preventivo e della sua connessione con aspetti delicati della vita dell'adolescente, richiede una riflessione riguardo al processo decisionale in tale ambito ovvero da un lato ai fattori che potrebbero condizionare l'esercizio dell'autonomia decisionale dei genitori dall'altro alla possibilità di coinvolgere attivamente l'adolescente in tale scelta, con l'obiettivo di raggiungere una decisione condivisa, che superi eventuali contrasti di volontà.

Nell'ambito di un quadro normativo volto a realizzare il miglior interesse dell'adolescente e nel contempo a riconoscere il diritto del minore capace di discernimento ad essere coinvolto e a poter esprimere il proprio parere, attribuendo ad esso una rilevanza crescente parallelamente al crescere dell'età e del livello di sviluppo, pare difficile pensare di poter trascurare la richiesta di un trattamento preventivo da parte del minore, a tutela della propria salute. In materia di vaccinazioni sottolineano alcuni⁴⁰ che qualora «il minore abbia raggiunto una capacità di discernimento idonea a comprendere le

³⁶ Si vedano al riguardo i saggi di C. TARABIA, *L'evoluzione tecnologica digitale per la salute della donna: luci e ombre in medicina*; E. MAESTRI, *FEMtech e l'avvento della medicina pervasiva: incubo o nobile sogno?*; A. THIENE, *Protezione dei dati sensibili e uso di App per il benessere delle donne. Una questione di consapevolezza*; S. CORSO, *Sulla female technology o Femtech. Intelligenza artificiale, salute della donna e volontà della persona*, in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 3, 2023, 11 ss.

³⁷ E. MAESTRI e A. THIENE, *Introduzione al Focus on FEMtech*, in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 3, 2023, 7 ss.

³⁸ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, «Mobile-health» e applicazioni per la salute: aspetti bioetici, 28 maggio 2015. https://bioetica.governo.it/media/1805/p121_2015_mobile-health_it.pdf (ultima consultazione 19/08/2025).

³⁹ Si consenta il rinvio a P. DELBON, L. AGONI, *La vaccinazione anti-HPV: i soggetti coinvolti e il processo decisionale*, in *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza*, 3, 2019, 82 ss.

⁴⁰ E. BATTELLI, *Minori e tutela del diritto alla salute*, in E. BATTELLI (a cura di), *Diritto privato delle persone minori di età. Diritti, tutele, nuove vulnerabilità*, Torino, 2021, 71.

modalità di tutela preventiva in cui la vaccinazione si sostanzia, si torna a quanto già espresso in materia di consenso informato, dovendosi procedere a prospettare al minore le ragioni a fondamento della necessità di immunizzarsi; sempre facendo salvo l'intervento del giudice per la nomina di un curatore speciale, in caso di contrasto o non collaborazione dei genitori».

Il Tribunale di Milano⁴¹, pronunciandosi in merito a un contrasto genitoriale sulle decisioni relative ai trattamenti vaccinali, anche facoltativi, autorizzava il padre a provvedere in autonomia, senza il consenso della madre, a far somministrare alla figlia allora undicenne le vaccinazioni facoltative raccomandate, al compimento del dodicesimo anno di età, secondo le indicazioni del medico-pediatra di riferimento. Specificamente in relazione alla vaccinazione anti-HPV, rimandava al «documento della OMS del 2014 (Comprehensive Cancer Control) che chiarisce trattarsi di malattia responsabile di migliaia di decessi l'anno che contiene tra le principali indicazioni quella di vaccinare le ragazze tra i 9 e i 13 anni di età con due dosi di vaccino».

Nel caso di specie, i giudici ritenevano inopportuno l'ascolto della figlia undicenne, sostenendo che le scelte mediche oggetto del giudizio «trattano problematiche sanitarie che un bambino non è in grado di valutare perché implicano una capacità di discernimento che presuppone un'età maggiore di quella di FIGLIA, che ha solo 11 anni e che non può interloquire con competenza sulla questione vaccinale»; d'altra parte sottolineavano come «l'interesse del minore, nelle questioni di salute, deve essere perseguito anche contro la posizione dei genitori che, in nome di proprie convinzioni personali, non suffragate da alcuna evidenza scientifica, impongano ai figli scelte errate sul presupposto della affermazione del principio di autodeterminazione che non può essere invocato quando sia in gioco la salute dei minori, privi della possibilità di decidere in proprio».

⁴¹ Trib. Milano, sez. IX civ., 13 settembre 2021, in banca dati *De Jure*. Diversamente, tre anni prima, il Tribunale di Milano (Trib. Milano, sez. IX civ., 9 gennaio 2018, in banca dati *De Jure*), aveva rigettato la domanda della madre di essere autorizzata a far eseguire alla figlia la vaccinazione «non ritenendo, allo stato, di grave pregiudizio alla salute dei minori la mancanza della vaccinazione Anti papilloma 2V», anche in relazione all'età della minore. Alcuni anni prima, intervenendo su contrasti genitoriali sull'opportunità di sottoporre la figlia minore al trattamento vaccinale contro il papilloma virus, il Tribunale di Padova (Trib. Padova, sez. I, 18 aprile 2016, in <https://www.studiolegalecalvello.it/dissidio-tra-i-genitori-sul-vaccino-contro-il-papilloma-virus-hpv-il-tribunale-ordina-la-terapia/> e C. DEL FRATE, *Genitori in lite sulla vaccinazione. Il giudice ordina la terapia*, 19 ottobre 2016, https://www.corriere.it/cronache/16_ottobre_19/genitori-lite-vaccinazione-giudice-ordina-terapia-padova-a15a71e2-95fa-11e6-9c27-eb69b8747d1f.shtml (ultima consultazione 07/05/2025) riconosceva alla madre della minore non ancora dodicenne, favorevole all'effettuazione della vaccinazione contro il Papilloma Virus, la titolarità di ogni decisione relativa al consenso alla vaccinazione stessa, ritenuto che il trattamento risponda all'interesse della minore, per quanto addotto anche dal medico pediatra che aveva ritenuto particolarmente consigliabile nel caso di specie la vaccinazione per una situazione di familiarità della minore rispetto alle neoplasie dell'utero; il Tribunale di Pistoia (Trib. Pistoia, 9 aprile 2019, F.Q., *Vaccinazioni, tribunale di Pistoia dà ragione alla madre contro padre che si opponeva: "Tutela salute anche collettiva"*, 18 aprile 2019, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2019/04/18/vaccinazioni-tribunale-di-pistoia-da-ragione-alla-madre-contro-padre-che-si-opponeva-tutela-della-salute-anche-collettiva/5121000/> (ultima consultazione 07/05/2025) autorizzava la madre a sottoporre i figli minorenni alla vaccinazione contro il papilloma virus anche senza il consenso del padre sottolineando come la responsabilità genitoriale implichi l'obbligo di garantire ai figli il più ampio diritto alla salute e richiamando il valore solidaristico dell'art. 32 della Costituzione, trattandosi di virus il cui contagio può estendersi alla collettività.

Del resto, il Comitato Nazionale per la Bioetica, nel documento “Vaccini anti-Covid-19 e adolescenti”⁴² richiamato nella pronuncia di cui sopra, riteneva, in relazione alla vaccinazione anti-Covid, che in caso di volontà del grande minore di vaccinarsi in contrasto con quella dei genitori, «l'adolescente debba essere ascoltato da personale medico e che la sua volontà debba prevalere nei confronti del dissenso dei genitori, in quanto la volontà del minore coincide – secondo le attuali indicazioni scientifiche e salvo situazioni di salute particolari che sconsigliano la vaccinazione – con il miglior interesse della sua salute psico-fisica e della salute pubblica».

La prospettazione del caso in cui la volontà favorevole al trattamento preventivo relativo all'HPV da parte dell'adolescente sia in contrasto con la volontà dei genitori, magari determinata da disinformazione o possesso di informazioni non scientificamente corrette, solleva anzitutto la questione relativa all'opportunità di riconoscere l'autonomia decisionale del minore in tale ambito⁴³ – e dunque della rimodulazione dell'offerta informativa, anche in termini di modalità comunicative⁴⁴ – e più in generale pone all'attenzione numerosi temi tra i quali l'importanza di un contesto di tutela della salute che garantisca la riservatezza del minore («time alone») al fine di favorire la predisposizione nell'adolescente a discutere questioni particolarmente delicate e sensibili; l'imprescindibilità del riconoscimento della relazione terapeutica quale «tripartite relationship» ovvero una plurisoggettiva relazione di cura e di fiducia che sia contesto favorevole per la composizione delle autonomie delle quali sono titolari i soggetti coinvolti, al fine di garantire la tutela del miglior interesse del minore; la valutazione dell'opportunità di superare la stretta correlazione tra offerta e informazione sulla vaccinazione anti-HPV e sessualità, con possibili effetti favorevoli sulla proposta così come sull'accettazione del trattamento preventivo, attraverso l'offerta contestuale dello stesso in un panel di vaccini in un dato tempo dell'adolescenza⁴⁵.

Da uno studio⁴⁶ effettuato alcuni anni fa coinvolgendo gli studenti preadolescenti delle scuole secondarie di primo grado delle province di Palermo e Lecce e i loro genitori è emersa la consapevolezza

⁴² COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, Vaccini anti-Covid-19 e adolescenti, 29 luglio 2021, https://bioetica.governo.it/media/4286/vr_p143_2021_vaccini-anti-covid-19-e-adolescenti.pdf (ultima consultazione 08/05/2025).

⁴³ G.D. ZIMET, R.D. SILVERMAN, R.A. BEDNARCZYK, A. ENGLISH, *Adolescent Consent for Human Papillomavirus Vaccine: Ethical, Legal, and Practical Considerations*, in *The Journal of pediatrics*, 2021, 231, 24-30.

⁴⁴ R.D. SILVERMAN, D.J. OPEL, S.B. OMER, *Vaccination over Parental Objection - Should Adolescents Be Allowed to Consent to Receiving Vaccines?*, in *The New England journal of medicine*, 2019, 381, 104-106.

⁴⁵ Si veda D.T. CHEN, L.L. SHEPHERD, D.M. BECKER, *The HPV Vaccine and Parental Consent*, in *Virtual Mentor*, 2012, 14, 1, 5-12, sul caso riportato di una ragazza quindicenne che in Virginia, nel corso di una visita medica, comunicò al pediatra la sua intenzione di avere rapporti sessuali con il fidanzato e in seguito all'informazione offerta dal medico in relazione alla possibilità della vaccinazione anti-HPV, manifestò la volontà di ricevere la vaccinazione; in reazione alla volontà contraria della madre, determinata dal timore che la figlia agisse irresponsabilmente e di effetti collaterali non conosciuti, manifestò l'intenzione di recarsi da sola nello studio medico. Nel caso di specie, secondo il pediatra, sebbene i medici possano garantire a un «competent minor» la tutela della salute riproduttiva e servizi di diagnosi e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili, essi non possono somministrare la vaccinazione anti-HPV senza il consenso dei genitori.

⁴⁶ G. ICARDI, C. COSTANTINO, M. GUIDO, A. ZIZZA, V. RESTIVO, D. AMICIZIA, F. TASSINARI, M.F. PIAZZA, C. PAGANINO, A. CASUCCIO, F. VITALE, F. ANSALDI, C. TRUCCHI, *Burden and Prevention of HPV. Knowledge, Practices and Attitude Assessment Among Pre-Adolescents and their Parents in Italy*, in *Current pharmaceutical design*, 2020, 26, 326-342.

negli studenti riguardo all'utilità di discutere a casa, a scuola, e con il proprio medico/ pediatra, di tematiche quali l'infezione da HPV e le altre infezioni sessualmente trasmissibili e all'opportunità di ricevere la stessa vaccinazione anti-HPV; d'altra parte la maggior parte dei genitori ha riconosciuto l'importanza del parere della/del figlia/o nel processo decisionale relativo al trattamento vaccinale; in un altro studio⁴⁷, effettuato nel 2018 con il coinvolgimento degli studenti di alcune scuole secondarie superiori della città di Udine, gli adolescenti riportarono di essere raramente coinvolti nel processo del decision-making relativo alla vaccinazione anti-HPV.

Se l'offerta della vaccinazione anti-HPV entro un contesto di informazione e comunicazione che coinvolga oltre ai genitori, gli adolescenti – anche attraverso la previsione di uno spazio per la manifestazione di volontà da parte dell'adolescente – può costituire anche un'opportunità di offerta di una più ampia consulenza ed educazione al minore in materia di salute sessuale e riproduttiva, non possono trascurarsi le possibili ricadute di una eventuale previsione di autonomia di consenso del minore riguardo alla vaccinazione sia nella relazione tra medico e genitori del minore sia nelle relazioni interfamiliari⁴⁸. La riflessione circa il riconoscimento dell'autonomia dell'adolescente in tale ambito non può trascurare l'importanza della creazione di uno spazio di dialogo con l'adolescente – «la comunicazione costituisce tempo di cura» – nell'ambito del quale si indagano eventuali contrarietà dei genitori, nel contesto di una relazione, quella tra medico e adolescente, così come quella tra medico e genitori e tra medico e adolescente e genitori, che non si risolve nell'adesione contrattuale ad una proposta di trattamento e nella successiva esecuzione della prestazione, ma si realizza attraverso la composizione delle diverse forme di autonomia di cui sono titolari i soggetti coinvolti, nell'interesse del minore.

5. Conclusioni

Fondamentale pare dunque tutelare e promuovere l'autonomia dell'adolescente nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, secondo un approccio che riconosca quali componenti fondamentali della stessa, accesso ai servizi, informazione e educazione, ed esercizio dell'autonomia: il rapporto del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) 2021⁴⁹ sullo stato della popolazione mondiale definisce «due lati della stessa medaglia» il diritto a compiere decisioni consapevoli, libere da violenza, coercizione e discriminazione riguardo alle questioni relative al proprio corpo e alla salute sessuale e riproduttiva e il diritto ad un accesso libero a informazione, servizi e strutture sanitarie, affermati nell'ambito del Commento generale n. 22 sul diritto alla salute sessuale e riproduttiva del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali⁵⁰.

⁴⁷ L. BRUNELLI, G. BRAVO, F. ROMANESE, M. RIGHINI, L. LESA, A. DE ODORICO, E. BASTIANI, S. PASCUT, S. MICELI, S. BRUSAFERRO, *Beliefs about HPV vaccination and awareness of vaccination status: Gender differences among Northern Italy adolescents*, in *Preventive medicine reports*, 2021, 24: 101570.

⁴⁸ S. AUDREY, M. FARR, M. RODERICK, K. EVANS, H. FISHER, *How acceptable is adolescent self-consent for the HPV vaccination: Findings from a qualitative study in south-west England*, in *Vaccine*, 2020, 38, 7472-7478.

⁴⁹ FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE – UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) 2021 *State of World Population "My body is my own. Claiming the right to autonomy and self-determination"*, cit., 61.

⁵⁰ UNITED NATIONS COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UN CESCR), *General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, cit., 5.



Se l'ampliamento dell'offerta di servizi di salute sessuale e riproduttiva per gli adolescenti è tra gli obiettivi indicati nell' Action plan for sexual and reproductive health for the WHO European Region⁵¹, nelle *key actions* dirette a favorire il perseguimento di tale obiettivo, si fa riferimento al contributo di istituzioni, genitori e famiglie nel supportare i minori nel compimento di scelte consapevoli così come alla necessità che tali servizi siano *youth-friendly* e accessibili a tutti.

Se gli Stati sono chiamati a svolgere un ruolo fondamentale attraverso l'introduzione di norme e provvedimenti che consentono anche all'adolescente l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, questa ultima può essere garantita soltanto rendendo effettiva e agevole la possibilità di accedere a tali servizi di salute, informazione ed educazione, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti a diverso titolo responsabili e dunque chiamati a proteggere i minori e tutelare il loro miglior interesse, al fine del riconoscimento condiviso anche a livello familiare, sociale, e dunque nel contesto della più ampia relazione di cura e di fiducia tra adolescente, genitori e personale sanitario, dell'autonomia dell'adolescente quale strumento di consapevolezza ed empowerment.

Ciò richiede anzitutto la predisposizione di servizi specifici, appropriati per soddisfare le specifiche esigenze dell'adolescente nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, e dunque nel contesto di un servizio di *confidential counseling* non giudicante, anche attraverso una adeguata formazione del personale sanitario, coinvolto nella triplice relazione terapeutica, con un ruolo importante nella costruzione della fiducia; diversamente qualsiasi riconoscimento normativo troverebbe ostacolata la sua attuazione da barriere strutturali e sociali. L'offerta dell'informazione e dei servizi deve tener conto anche delle specifiche esigenze di adolescenti di origine straniera e/ o con background migratorio, al fine di superare barriere linguistiche e culturali che possono ostacolare l'accesso ai servizi e condizionarne la effettiva fruibilità, pur nella consapevolezza che soltanto un approccio *patient centered*, che non si traduca nell'applicazione di stereotipi, può consentire di creare le condizioni per perseguire il miglior interesse della persona⁵².

Tali misure possono convergere nel favorire anche un cambiamento culturale che, affiancando al riconoscimento della responsabilità genitoriale il progressivo riconoscimento dell'autonomia del minore, col crescere dell'età e in relazione alla capacità di discernimento, in particolare in specifici ambiti della salute e della vita dell'adolescente, promuova efficacemente la tutela del suo miglior interesse, con ricadute significative e favorevoli anche oltre la dimensione della salute.

⁵¹ WHO – Regional Committee for Europe, 66th Session, Copenhagen, Denmark, 12-15 September 2016, *Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable and Development in Europe – leaving no one behind*, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC66-13> [ultima consultazione 11/05/2025].

⁵² Si consenta il rinvio a P. DELBON, L. AGONI, *Protecting the sexual and reproductive health of immigrant women in Italy: building relationships of care and trust through a patient-centered approach*, in *Minerva Forensic Medicine*, 144, 2024, 135 ss.

