

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3968

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ROBERTA AGOSTINI, MURER, FABBRI, POLLASTRINI, CINZIA MARIA FONTANA, GNECCHI, PATRIZIA MAESTRI, CARLONI, MALISANI, ALBINI, SCUVERA, CENNI, MONTRONI, TERROSI, ROMANINI, MANZI, MARCHI, LUCIANO AGOSTINI, PINNA, ROCCHI, GIORGIS, NARDUOLO, BRUNO BOSSIO

Modifica all'articolo 2 della legge 22 maggio 1978, n. 194, concernente le funzioni dei consultori familiari e disposizioni in materia di obiezione di coscienza, di verifica dell'attuazione delle norme sull'interruzione della gravidanza, nonché di sanzione amministrativa pecuniaria per il reato di aborto clandestino

Presentata il 7 luglio 2016

ONOREVOLI COLLEGHI! — Secondo l'ultima relazione « Sullo stato di attuazione della legge concernente le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza » (dati definitivi — anno 2013) (dati preliminari — anno 2014) presentata in base all'articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194, alle Camere dal Ministro della salute Beatrice Lorenzin in data 27 ottobre 2015 (doc. XXXVII n. 3) si evince che per la prima volta, nel 2014, il numero di interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) è inferiore a 100.000, infatti sono state notificate dalle regioni 97.535 IVG, con un decre-

mento del 5,1 per cento rispetto al dato definitivo del 2013 (105.760 casi): più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.

Sempre secondo la relazione scendono anche il tasso di abortività e il rapporto di abortività. Anche questi indicatori confermano la continua diminuzione del ricorso alle IVG: il tasso di abortività (numero delle IVG per 1.000 donne fra 15-49 anni) nel 2014 è risultato pari a 7,2 per 1.000, con un decremento del 5,9 per cento rispetto al 2013 e con un decremento del 58,1 per cento rispetto al 1982). Il valore

italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei Paesi industrializzati. Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1.000 nati vivi) nel 2014 è risultato pari a 198,2 per 1.000 con un decremento del 2,8 per cento rispetto al 2013 e con un decremento del 47,9 per cento rispetto al 1982.

Il 34 per cento delle donne che abortiscono sono straniere. Per quanto riguarda il 2013, si conferma la stabilizzazione del contributo percentuale delle donne straniere, pari al 34 per cento delle IVG, con un tasso di abortività del 19 per 1.000, pari a una tendenza tre volte maggiore di quelle italiane, in generale, e quattro volte per le più giovani.

Fra le minorenni il tasso di abortività è del 4,1 per 1.000 (era 4,4 nel 2012), uno dei valori più bassi rispetto agli altri Paesi occidentali. Resta costante, e la più bassa a livello internazionale, la percentuale di aborti ripetuti: il 26,8 per cento delle IVG è effettuato da donne con una precedente esperienza abortiva.

Al di là di questi risultati, sicuramente il dato più inquietante è l'elevato tasso di medici obiettori in tutte le regioni. Risulta che in Italia il 70 per cento dei medici e degli infermieri siano obiettori di coscienza, ma ci sono regioni dove l'obiezione è ancora più alta. I picchi sono al centro sud, con percentuali di obiezione tra i ginecologi superiori all'80 per cento: in Molise (93,3 per cento), nella provincia autonoma di Bolzano (92,9 per cento), in Basilicata (90,2 per cento), in Sicilia (87,6 per cento), in Puglia (86,1 per cento), in Campania (81,8 per cento), nel Lazio e in Abruzzo (80,7 per cento). Per il personale non medico i valori si impennano in Molise (89,9 per cento) e in Sicilia (85,2 per cento). Si tratta, sicuramente, di una vera e propria emergenza visto che la maggior parte dei medici non obiettori, quelli che nel rispetto della legge n. 194 del 1978 praticano l'IVG nelle strutture pubbliche, sono prossimi alla pensione. L'età media dei ginecologi non obiettori, infatti, è superiore a 50 anni e, inoltre, le norme impediscono a chi è in pensione di lavorare in strutture pubbliche o convenzionate e non consentono a chi è in servizio di lavorare *part time*

presso altre strutture pubbliche. Infatti, secondo la Libera associazione italiana dei ginecologi per l'applicazione della legge n. 194 del 1978 (LAIGA), i dati ministeriali, aggiornati al 2013, sarebbero sottostimati e non terrebbero nella dovuta considerazione l'evoluzione dei prossimi anni. Infatti, come riportato da diverse indagini, l'età media dei ginecologi è superiore a 50 anni e, pertanto, nei prossimi anni si corre il rischio di un drastico calo del numero dei medici non obiettori, per effetto del pensionamento di quelli attualmente in servizio. In conclusione, la LAIGA ha stimato che nel giro di cinque anni rimarrebbero poco più di un centinaio di ginecologi non obiettori per l'intero territorio nazionale. A fronte del quadro esposto, in maniera sempre più crescente, le donne che richiedono l'IVG sono costrette a emigrare in altre regioni e in certi casi all'estero, con accresciuti oneri economici.

Nonostante il Ministro della salute affermi che la percentuale media del 70 per cento del personale medico obiettore non incide e non lede il diritto all'accesso all'IVG né incide sui carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore anche su base sub-regionale, visto che le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, considerando 44 settimane lavorative in un anno, sono pari, a livello nazionale, a 1,6 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0,5 della Sardegna a un massimo di 4,7 del Molise. Di tutt'altro avviso è il Consiglio d'Europa che, accogliendo un ricorso della CGIL, afferma non solo che in Italia i medici e il personale medico che non hanno optato per l'obiezione di coscienza in materia di aborto sono discriminati nel proseguimento della loro carriera, ma anche che il diritto delle donne ad accedere all'IVG nelle strutture pubbliche, pur previsto dalla legge, nella realtà è ostacolato in un modo tale che si alimentano i rischi di ricorso ai privati e alla clandestinità. Infatti il Consiglio d'Europa, nell'accoglimento del ricorso, sostiene che questi sanitari sono vittime di « diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti ». « Gli svantaggi subiti dal personale che non ha fatto obiezione », secondo

l'organizzazione di Strasburgo, « emergono semplicemente dal fatto che certi medici forniscono servizi di aborto nel rispetto della legge » e « quindi non c'è alcun motivo ragionevole od obiettivo per questa disparità di trattamento ».

Si tratta sicuramente di una sentenza importante perché ribadisce l'obbligo della corretta applicazione della legge n. 194 del 1978, che non può restare soltanto sulla carta. Il servizio sanitario nazionale deve poter garantire un servizio medico uniforme su tutto il territorio nazionale, evitando che la legittima richiesta della donna rischi di essere inascoltata o di obbligare la donna che desideri praticare l'IVG a percorrere anche 800 chilometri per trovare una struttura pubblica dove poter esigere la soddisfazione di un proprio diritto.

I dati relativi alla diminuzione delle IVG devono essere letti insieme ai dati relativi agli aborti clandestini. L'Istituto superiore di sanità ha fatto una stima inclusa tra i 12.000 e i 15.000 casi per il 2012, riscontrando una sostanziale stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni. Si tratta di cifre comunque sempre molto alte se si considera che tra le cause potrebbe esserci proprio la difficoltà nell'accesso ai servizi.

La legge n. 194 del 1978, all'articolo 19, stabilisce che chi pratica l'aborto clandestino, ovvero IVG che non risponde alle modalità indicate negli articoli 5 e 8 della medesima legge, sia punito con la reclusione fino a tre anni, mentre per la donna che vi si sottopone prevede, sempre all'articolo 19, secondo comma, una multa fino a 51 euro. Una multa simbolica, che consente alle donne sottoposte a pratiche clandestine di recarsi in ospedale a chiedere aiuto prontamente, e magari anche denunciare chiunque abbia praticato l'aborto in clandestinità. Con la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* n. 17 del 22 gennaio 2016 del decreto legislativo n. 8 approvato lo scorso 15 gennaio dal Consiglio dei ministri, in materia di depenalizzazioni, si prevede all'articolo 1, comma 1, che « Non costituiscono reato e sono soggette alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma di denaro tutte le violazioni per le quali è prevista la sola pena della multa o

dell'ammenda ». Tra queste fattispecie rientra l'aborto clandestino e, quindi, alla donna che si sottopone a una IVG che non rientra negli articoli 5 e 8 della legge 194, verrà irrogata una sanzione da 5.000 a 10.000 euro, così come previsto dal comma 5 dell'articolo 1 del medesimo decreto legislativo.

La presente proposta di legge, che si compone di cinque articoli, ha come obiettivo principale rendere effettivo il diritto all'IVG in ciascuna struttura ospedaliera o casa di cura autorizzata. L'articolo 1 reca una modifica alla legge n. 194 del 1978, stabilendo che i consultori familiari informino la donna in stato di gravidanza sulle tecniche e sulle procedure di interruzione farmacologica della gravidanza. L'articolo 2 prevede che, in attuazione dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predispona linee guida volte a definire le modalità per assicurare sempre l'accesso all'IVG, anche attraverso la mobilità del personale o la predisposizione di bandi di concorso, dove necessario anche specifici, per l'assunzione di personale medico e sanitario assicurando che in ogni struttura vi sia almeno il 60 per cento di personale non obiettore. Il comma 2 del medesimo articolo prevede il potere di vigilanza e di controllo da parte delle regioni e del Ministero della salute, mentre il comma 3 dispone che l'inadempienza dell'attuazione della legge n. 194 del 1978 rappresenta un elemento di verifica per la conferma dell'incarico dei responsabili della struttura stessa. Inoltre, il comma 4 prevede che gli ospedali e le case di cura debbano sempre registrare la richiesta di IVG e qualora non possano procedere debbano indicare il motivo della non presa in carico e indirizzare la donna alla struttura più vicina e accertarsi, entro le 48 ore successive, che la donna abbia potuto accedere al trattamento interruttivo. L'articolo 3 stabilisce i criteri di nomina dei direttori di struttura complessa prevedendo che i candidati a tale ruolo per l'area ginecologica e ostetricia debbano dichia-

rare in forma scritta se siano obiettori o no e che a parità di punteggio e titoli, il non essere obiettore sia titolo di preferenza per l'assunzione dell'incarico. L'articolo 4 prevede l'azione di classe, ovvero la possibilità per tutte le associazioni interessate di poter mettere in atto la *class action* di cui al decreto legislativo 20 dicembre 2009,

n. 198. Infine, l'articolo 5 esclude l'applicazione del citato decreto legislativo n. 8 del 2016, e quindi la sanzione da 5.000 a 10.000 euro, alla donna che ricorre all'aborto clandestino, tornando così alla normativa precedente in base alla quale in tali casi si applica una sanzione amministrativa fino a 51 euro.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Modifica all'articolo 2 della legge 22 maggio 1978, n. 194, in materia di assistenza prestata dai consultori).

1. All'articolo 2, primo comma, della legge 22 maggio 1978, n. 194, dopo la lettera *d*) è aggiunta la seguente:

« *d-bis*) informandola sulle tecniche e sulle procedure di interruzione farmacologica della gravidanza ».

ART. 2.

(Disposizioni in materia di verifica dell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194).

1. In attuazione dell'articolo 9, quarto comma, della legge 22 maggio 1978, n. 194, e al fine di garantire che ciascun ente ospedaliero e ciascuna casa di cura autorizzata assicurino sempre l'accesso all'interruzione volontaria della gravidanza secondo le procedure e in presenza dei requisiti di cui alla medesima legge n. 194 del 1978, il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predispone, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida volte a definire le modalità per il raggiungimento di tale obiettivo anche attraverso la mobilità del personale o la predisposizione di bandi di concorso, dove necessario anche specifici, per l'assunzione di personale medico e sanitario, assicurando che in ogni struttura vi sia almeno il 60 per cento di personale non obiettore di coscienza.

2. Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza, e il Ministro della salute, nell'esercizio del potere di alta vigilanza, di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,

oltre alle attività di controllo di cui al medesimo articolo 10 e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto e le modalità di attuazione delle disposizioni del comma 1 del presente articolo da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate autorizzate. È fatta salva la periodicità dei controlli sulla permanenza degli ulteriori requisiti previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private.

3. L'inadempienza da parte di una struttura sanitaria pubblica nell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194, rappresenta elemento di verifica per la conferma dell'incarico del direttore generale e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, di cui all'articolo 8-*octies*, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché, per i direttori generali, elemento ai fini della verifica e della valutazione di cui all'articolo 3-*bis*, comma 5, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992.

4. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti a registrare in ogni caso le richieste di interruzione volontaria di gravidanza qualora non riescano a garantire il servizio. In questi casi gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate rilasciano copia di tale registrazione alla donna, indicando le motivazioni della mancata presa in carico e la struttura più vicina che garantisca il servizio. È fatto altresì obbligo alla struttura che non ha preso in carico la richiesta di interruzione volontaria della gravidanza di ricontattare, entro le 48 ore successive, la donna qualora questa vi consenta per accertarsi che abbia potuto accedere al trattamento interruttivo della gravidanza.

ART. 3.

(Criteri di nomina dei direttori di struttura complessa).

1. Relativamente alle procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa di cui all'articolo

15, comma 7-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con riguardo all'area di ginecologia e ostetricia, i candidati devono dichiarare in forma scritta se sono obiettori di coscienza ai sensi dell'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Con riferimento all'area di ginecologia e ostetricia e ai fini del conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa di cui al comma 1 del presente articolo, il non aver sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, costituisce, a seguito del riconoscimento dell'attività professionale svolta anche in supplenza, titolo di preferenza a parità di merito e di titoli ai fini del punteggio attribuito ai candidati dalla commissione di cui all'articolo 15, comma 7-*bis*, lettera *b*), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché ai fini della determinazione finale da parte del direttore generale. Il titolo di preferenza di cui al periodo precedente è valido, nell'ambito dell'area di ginecologia e ostetricia, anche ai fini della nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria, di cui al citato articolo 15, comma 7-*bis*, lettera *c*), del decreto legislativo n. 502 del 1992.

ART. 4.

(Azione di classe).

1. Ai fini dell'attuazione della presente legge le associazioni interessate possono accedere all'azione per l'efficienza delle amministrazioni e dei concessionari di servizi pubblici, di cui al decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

ART. 5.

(Modifica all'articolo 1 del decreto legislativo 15 gennaio 2016, n. 8, concernente la sanzione amministrativa pecuniaria per il reato di aborto clandestino).

1. Al comma 4 dell'articolo 1 del decreto legislativo 15 gennaio 2016, n. 8,

sono aggiunte, in fine, le seguenti parole:
« , e al reato previsto dall'articolo 19,
primo comma, della legge 22 maggio 1978,
n. 194, per tale ultimo reato si applica la
sanzione amministrativa pecuniaria fino a
euro 51, di cui al citato articolo 19,
secondo comma, della legge n. 194 del
1978 ».

