

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3623

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BRIGNONE, CIVATI, ANDREA MAESTRI, PASTORINO, MATARRELLI**

Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194, in materia di obiezione di coscienza all'interruzione della gravidanza

*Presentata il 23 febbraio 2016*

ONOREVOLI COLLEGHI! — La legge n. 194 del 1978, che regola l'interruzione volontaria della gravidanza, è una legge, nel suo complesso efficace, che ha consentito dagli anni ottanta a oggi una riduzione del 55 per cento delle interruzioni volontarie della gravidanza. Oggi circa un terzo (il 34 per cento) delle interruzioni riguarda le cittadine straniere. Rispetto alle altre nazioni europee, che registrano il maggiore tasso di aborti tra le donne di età inferiore a venticinque anni, in Italia si registra un'alta percentuale tra le donne comprese tra trenta e trentanove anni, verosimilmente a causa delle difficoltà economiche e del minore tasso di occupazione femminile.

Ciononostante, la legge n. 194 del 1978 oggi è in grande parte inapplicata a causa delle altissime percentuali di obiezione di coscienza del personale sanitario ed eser-

cente le attività ausiliarie: un'obiezione media del 70 per cento, con punte particolarmente elevate in alcune regioni (dal 73 per cento della Calabria all'82 per cento della Campania fino al 90 per cento della Basilicata e addirittura al 93,3 per cento del Molise, dove solo due medici praticano l'interruzione volontaria della gravidanza) e con ospedali che non garantiscono il servizio (per la presenza di un'« obiezione di struttura » o anche per una mera questione accidentale, per esempio a Jesi per nove mesi il servizio è stato sospeso perché gli unici due medici che applicavano la legge n. 194 del 1978 sono diventati obiettori), mentre in Francia, per esempio, tutti gli ospedali pubblici hanno l'obbligo per legge di rendere disponibili i servizi di interruzione della gravidanza.

La recente relazione annuale della Ministra della salute Beatrice Lorenzin sulla

legge n. 194 del 1978 non riporta dati assoluti sull'obiezione del personale medico e paramedico. Per quanto riguarda invece l'obiezione di struttura, essa riguarda ben il 36 per cento dei reparti di ginecologia e ostetricia. Anche l'attività dei consultori si è fortemente ridotta: diminuisce il numero (per esempio, in Lombardia si è passati dai 335 consultori del 1997 agli attuali 200 circa) ed è depotenziata la loro capacità di azione.

A tutto ciò si accompagna la costante iniziativa del Movimento per la vita, in Italia e in Europa e il proliferare dei cimiteri dei non-nati, con cerimonie di sepoltura dei prodotti abortivi (è bene ricordare che il diritto di seppellire i feti di qualunque età gestazionale è già garantito dal regolamento di polizia mortuaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 e che non vi è quindi alcuna necessità, se non ideologica e propagandistica, di istituire cimiteri dedicati).

Tornando all'obiezione di coscienza, essa è molto ampia anche tra il personale paramedico; infatti, anche alla presenza di un numero sufficiente di medici non obiettori, l'obiezione del personale paramedico rende problematica l'esecuzione degli interventi.

Una così massiccia obiezione sembra spiegabile attraverso una pluralità di ragioni che vanno dalla carriera (per non porsi in contrasto con « maestri » o colleghi più anziani) agli eccessivi carichi di lavoro (tanto maggiori con l'aumentare delle obiezioni, in un perfetto circolo vizioso), economicamente e professionalmente non remunerativi, dalla sindrome del *burnout*, per la quale da non obiettore si diventa obiettore per stanchezza e per le difficoltà connesse a un lavoro che pone costantemente di fronte a questioni etiche e a motivazioni religiose.

Chi sceglie di specializzarsi in ginecologia e ostetricia dovrebbe sapere bene che tra i suoi compiti ci sono anche quelli previsti dalla legge n. 194 del 1978 in ogni sua parte: dalla prescrizione di contraccettivi a quella del *Levonogestrel* e della *RU 486*, all'interruzione chirurgica di una

gravidanza non desiderata, all'aborto terapeutico (e infatti si apprende che in Svezia dove, all'eccesso opposto, l'obiezione di coscienza non esiste, agli studenti che chiedono di specializzarsi in ginecologia e ostetricia è chiesto se abbiano problemi di interventi per l'aborto, consigliando, in caso affermativo, di scegliere un'altra specialità).

In tutto il territorio italiano è possibile compiere la villocentosi e l'amniocentesi; tali procedure diagnostiche sono effettuate in strutture pubbliche, private convenzionate, laiche e religiose (anche dove è praticata l'obiezione di struttura). Ma l'amniocentesi e la villocentesi si effettuano per una diagnosi prenatale, cioè permettono di analizzare il numero e la forma dei cromosomi del feto, di accertare se il feto è affetto da una malattia cromosomica come la trisomia 21 (sindrome di Down), se vi è rischio di talassemia o di fibrosi cistica. Questi esami diagnostici sono la *condicio sine qua non* dell'aborto terapeutico, eppure gli operatori sono in gran parte medici obiettori.

Si deve richiamare l'attenzione sul fatto che all'obiezione massiccia conseguono una serie di fenomeni:

1) il ritorno all'aborto clandestino. Il Ministero della salute stima le interruzioni clandestine tra le 12.000 e le 15.000, fra le donne italiane, e intorno alle 5.000 tra le straniere (stima in difetto perché nelle strutture di ostetricia è in costante aumento il numero degli « aborti spontanei », almeno un terzo del quale sarebbe attribuibile al « fai da te »);

2) il « turismo abortivo », che è un fenomeno che colpisce particolarmente il Veneto, con migrazioni in Emilia-Romagna, dove la legge n. 194 del 1978 funziona meglio, il Lazio, con migrazioni in Toscana, e così via. Il tasso di abortività per regione rilevato dal Ministero della salute è quindi spesso falsato dalle migrazioni interne;

3) l'incremento del *business* dell'aborto. Per esempio, delle 3.776 interruzioni volontarie della gravidanza effettuate

nell'azienda sanitaria locale di Bari nel 2011, 2.606, ovvero il 70 per cento, sono state praticate in case di cura convenzionate, mentre 1.170 (il 30 per cento) negli ospedali pubblici. Il raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) per interruzione volontaria della gravidanza ammonta a una cifra tra 1.100 e 1.600 euro. Questo significa 3.000.0000 di euro nelle casse del privato (privato in cui l'obiezione è poco significativa).

A fronte di una situazione come quella descritta solo per sommi capi, dobbiamo considerare che siamo di fronte a una questione di bilanciamento tra diritti fondamentali (dalla quale, peraltro, nasce – come noto – la stessa obiezione di coscienza, in questo come in altri casi).

Infatti, l'obiezione di coscienza è un diritto previsto dall'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, ma lo è anche l'interruzione volontaria della gravidanza, come la stessa legge stabilisce, in conformità alla Carta costituzionale e alle Carte internazionali. Infatti, la Corte europea dei diritti dell'uomo, con sentenza 26 maggio 2011, ha stabilito che « gli Stati membri sono tenuti a organizzare i loro servizi sanitari in modo da assicurare l'esercizio effettivo della libertà di coscienza dei professionisti della salute », ma che ciò « non deve impedire ai pazienti di accedere a servizi cui hanno legalmente diritto ».

L'8 marzo 2014, quindi, il Consiglio d'Europa ha condannato l'Italia a causa dell'elevato numero degli obiettori di coscienza, stabilendo che essa « viola i diritti

delle donne che alle condizioni prescritte dalla 194 del 1978 intendono interrompere la gravidanza ».

Il 10 marzo 2015, poi, il Parlamento europeo ha approvato a larga maggioranza la cosiddetta risoluzione Tarabella, che tra l'altro afferma che le donne devono « avere il controllo dei loro diritti sessuali e riproduttivi, segnatamente attraverso un accesso agevole alla contraccezione e all'aborto ».

Su queste basi, la presente proposta di legge, intervenendo in modo del tutto limitato sulla legge vigente, mira – alla luce delle circostanze di fatto evidenziate – a un migliore bilanciamento tra il legittimo esercizio dell'obiezione di coscienza e l'altrettanto legittimo ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, garantendo che almeno il 50 per cento del personale sanitario e ausiliario degli enti ospedalieri e delle case di cura autorizzate sia non obiettore. Ciò, al fine di salvaguardare i diritti dei lavoratori interessati (anch'essi sacrificati, oggi, per il personale non obiettore, che deve sobbarcarsi un lavoro straordinario), avviene attraverso la considerazione dell'equilibrio tra personale obiettore e non obiettore al momento dell'assunzione e anche attraverso le procedure di mobilità relative al personale che esercita il proprio diritto all'obiezione.

La proposta di legge mira così a realizzare, nel rispetto del principio di ragionevolezza, il migliore possibile bilanciamento tra diritti.

## PROPOSTA DI LEGGE

---

### ART. 1.

1. Il quarto comma dell'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, è sostituito dal seguente:

« Ai fini di cui al terzo comma, gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate assicurano, anche attraverso nuove assunzioni e procedure di mobilità del personale obiettore, che almeno il 50 per cento del personale sanitario e almeno il 50 per cento di quello esercente le attività ausiliarie in servizio non sia obiettore di coscienza. La regione controlla e garantisce l'attuazione di quanto previsto dal presente comma ».

### ART. 2.

1. Al primo comma dell'articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e dell'obiezione di coscienza del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie, fornendo i relativi dati, anche riguardanti le singole regioni e aziende sanitarie locali ».

### ART. 3.

1. Ai fini dell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Servizio sanitario nazionale istituisce un numero telefonico nazionale gratuito, per informare gli utenti sulle modalità di attuazione della stessa legge n. 194 del 1978.

ART. 4.

1. Le disposizioni di cui alla presente legge entrano in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione della medesima legge nella *Gazzetta Ufficiale*.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 1,00



\*17PDL0039620\*