

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

N. 1277

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore MANCONI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 10 GENNAIO 1995

Introduzione dell'articolo 9-*bis* della legge 22 maggio 1978,
n. 194, in materia di interruzione di gravidanza

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge riprende quello già presentato al Senato nel 1989, primo firmatario Corleone. Alle ragioni che, a dieci anni dall'introduzione della legge 22 maggio 1978, n. 194, ne avevano motivato l'elaborazione - ovvero la reale tutela delle garanzie per la donna - si aggiunge ora l'utilità di una iniziativa, anche di ordine legislativo, in opposizione a orientamenti di governo che intendono negare, o gravemente limitare, il diritto all'autodeterminazione della donna. Il presente disegno di legge reca norme che prevedono l'inserimento delle proposte sull'obiezione di coscienza all'interno della legge n. 194 del 1978, al fine di garantire l'effettiva e piena funzionalità dei servizi di fisiopatologia della riproduzione. In altri termini, si intende superare la cosiddetta «obiezione di struttura» che, laddove si è determinata, ha risposto, sì, al diritto individuale di scelta nei confronti della interruzione di gravidanza, ma ha anche contrapposto la responsabilità soggettiva alle finalità della legge. Ciò è stato reso possibile dagli stessi limiti costitutivi della legislazione introdotta nel 1978, che sotto molti aspetti evidenzia un impianto giuridico debole rispetto alle finalità generali della legge: in primo luogo, in ordine all'obbligo di garantire, comunque, la possibilità di effettuare l'interruzione di gravidanza. Tali limiti, normativi e di applicazione, derivano dalla falsa prospettiva secondo cui il cuore del problema sarebbe rappresentato dalle implicazioni dell'«aborto di Stato» - dalle sue contraddizioni e dai suoi rischi, dalle sue involuzioni e dai suoi abusi - e non, invece, dalla necessità del pieno e definitivo riconoscimento del diritto della donna all'autodeterminazione.

I dati relativi alle interruzioni di gravidanza in Italia, coerentemente a una tendenza costante dall'inizio degli anni '80 a

oggi, privano di qualunque fondamento quella tesi strumentale, secondo la quale l'aborto funzionerebbe come strumento di contraccezione e di controllo delle nascite. Tale tesi mira, in realtà, a motivare progetti di revisione in senso restrittivo della norma vigente; e ciò risulta ancora più grave perchè, già oggi, molti e complessi sono i problemi di applicazione della medesima normativa nelle strutture pubbliche.

Che sia del tutto immotivata una revisione in senso restrittivo di quella legge, è dimostrato dai dati: sia che li si consideri in termini assoluti, sia che li si disaggreghi. Citiamo, a tale proposito, le statistiche più recenti, contenute nella relazione preliminare del Ministro della sanità relativa al 1993. In base a quanto comunicato dalle regioni, le interruzioni volontarie di gravidanza in quell'anno sono state 150.893, con una riduzione del 2,8 per cento rispetto al 1992 (vedi la Tabella n. 1, fonte: Ministero della sanità, Relazione preliminare e dati 1993 del Ministero della sanità sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza).

È la conferma della costante diminuzione delle interruzioni di gravidanza volontarie, sia in valori assoluti sia in riferimento al tasso di abortività: dal 1983 al 1992 rileviamo un -33,7 per cento in valori assoluti e un -36,7 per cento per quanto riguarda il tasso di abortività. Con un tasso di abortività intorno al 12 per cento, l'Italia è nelle posizioni più basse fra i paesi occidentali, della Comunità europea e dell'Est europeo (vedi la Tabella n. 2, fonte: Ministero della sanità, cit.; e la Tabella n. 3, fonte: David H.P., *Abortion in Europe 1920-1991: A Public Health Perspective. Studies in Family Planning*, 1992).

A fronte di tali dati, l'obiezione di coscienza - che in molte strutture ospedaliere

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

si è tradotta (quando tale scelta sia risultata prevalente) in «obiezione di struttura», permane a livelli molto elevati. Ancora la Relazione preliminare del Ministro della sanità, prima citata, indica una percentuale di obiezione del 60,4 per cento tra i ginecologi, del 60 per cento tra gli anestesisti e del 45,7 per cento tra il personale paramedico; ma in alcune importanti aree metropolitane le percentuali di obiezione arrivano all'80 per cento. È evidente che, in tali casi, il dato relativo alla diminuzione delle interruzioni volontarie di gravidanza nelle strutture pubbliche non dà alcuna garanzia circa analoghi progressi nella lotta all'aborto clandestino; e, tuttavia, il Ministero della sanità valuta che anche quest'ultimo fenomeno, stimato mediante modelli matematici, registri una significativa diminuzione. D'altra parte, è ragionevole ipotizzare che il numero degli aborti clandestini possa riprendere a crescere, in presenza di accentuate pressioni contrarie a una seria e razionale politica della contraccezione.

Con il presente disegno di legge si intende affermare il principio per il quale l'interruzione di gravidanza - in quanto prevista dalla legge - deve essere garantita. Si tratta, dunque, di concludere la salvaguardia del diritto soggettivo all'obiezione di co-

scienza e la tutela del diritto di chi chiede a una struttura pubblica l'applicazione di una legge vigente.

L'articolo unico del disegno di legge prevede l'inserimento delle proposte sull'obiezione di coscienza all'interno della legge n. 194 del 1978, mediante l'inserimento di un articolo (9-bis).

Il comma 1 di tale articolo prevede l'istituzione di un servizio di fisiopatologia della riproduzione (con competenze in materia di contraccezione, diagnosi prenatale, *pap test* e sterilizzazione, oltre che di interruzione volontaria di gravidanza) e affida la responsabilità di questo a un medico non obiettore.

Il comma 2 prevede le conseguenze dell'obiezione di coscienza del medico responsabile del servizio di fisiopatologia della riproduzione.

Il comma 3 definisce le figure professionali che possono avanzare la domanda di obiezione di coscienza.

Il comma 4 stabilisce che il suddetto servizio debba essere garantito anche tramite la mobilità del personale, che deve essere non obiettore almeno nella misura del 50 per cento.

Il comma 5 fa divieto della cosiddetta obiezione di struttura.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 1

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA (IVG) NEL 1993
DATI E STIME (queste ultime sottolineate)

REGIONE	Trimestre				Totale anno	
	I	II	III	IV	1993	1992
Piemonte	3.321	3.128	2.802	2.759	12.010	12.456
Valle d'Aosta	80	74	96	86	336	370
Lombardia	6.273	5.931	5.439	5.499	23.142	23.664
Bolzano	136	108	116	199	479	492
Trento	297	257	259	271	1.084	1.098
Veneto	1.669	1.525	1.449	<u>1.348</u>	6.989	6.242
Friuli V. G.	760	715	601	624	2.700	2.834
Liguria	1.075	1.016	1.079	1.005	4.175	4.504
Emilia Romagna ..	3.289	3.096	2.868	2.747	12.000	12.195
Toscana	2.855	2.659	2.494	2.440	10.448	10.639
Umbria	738	695	648	624	2.705	2.934
Marche	745	733	726	619	2.823	2.822
Lazio	4.796	4.498	4.108	3.961	17.363	17.202
Abruzzo	822	790	753	663	3.028	2.987
Molise	343	307	301	277	1.228	1.221
Campania	3.553	3.522	3.005	3.048	13.128	14.942
Puglia	5.243	5.053	4.628	4.286	19.210	19.843
Basilicata	257	240	190	199	886	931
Calabria	1.205	1.284	1.114	991	4.594	4.505
Sicilia	3.164	2.643	2.176	1.996	9.979	9.483
Sardegna	1.002	950	871	763	3.586	3.808
ITALIA					<u>150.893</u>	155.172

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Dopo l'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, è inserito il seguente:

«Art. 9-bis. - 1. Al fine di garantire l'applicazione della legge, gli ospedali pubblici, nel caso in cui la divisione di ostetricia e ginecologia sia diretta da un primario che ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi del comma 2, devono istituire un servizio di fisiopatologia della riproduzione. Tale servizio, oltre a svolgere i compiti specifici delle divisioni di ostetricia e ginecologia, assicura la realizzazione dei programmi connessi all'interruzione volontaria della gravidanza e le finalità della legge. La responsabilità di tale servizio è affidata a un medico con la specializzazione in ginecologia e ostetricia, con funzione apicale, che non abbia sollevato obiezione di coscienza.

2. L'eventuale obiezione di coscienza, che fosse sollevata dal medico responsabile del servizio, di cui al comma 1, è considerata a tutti gli effetti di legge come una notifica di dimissioni dall'incarico, se il medico precedentemente non era in organico nella struttura sanitaria; sarà invece considerata come rinuncia all'incarico, e quindi come richiesta di ritorno alle mansioni precedentemente svolte, se il medico era già dipendente della struttura sanitaria.

3. La possibilità di sollevare obiezione di coscienza è riservata ai medici ginecologici e alle ostetriche, in quanto unici operatori direttamente impegnati nell'intervento operatorio.

4. La funzionalità del servizio di fisiopatologia della riproduzione è assicurata dalla presenza di personale non obiettore per il quale sono estese, in caso di obiezione, le disposizioni del comma 2. La funzionalità del servizio ostetrico e ginecologico dell'ospedale deve essere garantita, in ogni

caso, da un organico medico e paramedico, che almeno per il 50 per cento non abbia sollevato obiezione di coscienza.

5. È fatto obbligo a tutte le strutture di ricovero e cura, convenzionate con il Servizio sanitario nazionale per la ostetricia e ginecologia, di applicare la presente legge relativamente all'interruzione volontaria della gravidanza, pena il decadimento della convenzione per il servizio di ostetricia e ginecologia».