



Senato della Repubblica

XVIII Legislatura

Fascicolo Iter

DDL S. 764

Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza, in materia di consultori e di obiezione di coscienza del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie

Indice

1. DDL S. 764 - XVIII Leg.....	1
1.1. Dati generali.....	2
1.2. Testi.....	3
1.2.1. Testo DDL 764.....	4

1. DDL S. 764 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 764
XVIII Legislatura

Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza, in materia di consultori e di obiezione di coscienza del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie

Iter

7 agosto 2018: da assegnare

Successione delle letture parlamentari
S.764

da assegnare

Iniziativa Parlamentare

[Paola Boldrini](#) ([PD](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **7 agosto 2018**; annunciato nella seduta n. 33 del 7 agosto 2018.

Classificazione TESEO

ABORTO , OBIEZIONE DI COSCIENZA DEL SANITARIO

Classificazione provvisoria

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 764

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 764

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice **BOLDRINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 AGOSTO 2018

Modifiche alla legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, in materia di consultori e di obiezione di coscienza del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie

Onorevoli Senatori. - Secondo i dati contenuti nell'ultima relazione trasmessa al Parlamento dal Ministero della salute il 29 dicembre 2017, che si aggiungono ai dati definitivi del 2016 sull'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), (*doc. XXXVII n. 5 della XVII legislatura*), prosegue il *trend* in diminuzione degli aborti, anche se con entità minore rispetto al calo registrato negli anni precedenti. Nel 2016 il numero di IVG è stato pari a 84.926 (3,1 per cento in meno rispetto all'anno precedente quando ne erano state registrate 87.639). Ben 2.713 aborti in meno.

Le IVG calano soprattutto nelle regioni dell'Italia centrale (- 4,8 per cento rispetto al 2015), seguite dalle quelle del Sud (- 4,4 per cento) e dalle Isole (- 4 per cento). Nelle regioni del settentrione invece, nel 2016, il numero degli aborti è diminuito solo dell'1,4 per cento rispetto all'anno precedente.

Sostanzialmente stabile, ma comunque alta rimane l'obiezione di coscienza tra gli operatori, che anzi aumenta dello 0,4 per cento tra i ginecologi (70,9 per cento nel 2016; 70,5 per cento nel 2015) e dell'1,3 per cento tra gli anestesisti (48,8 per cento nel 2016 rispetto al 47,5 per cento nel 2015).

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 cinquanta anni. 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. A fronte di ciò le donne che richiedono l'IVG sono costrette a emigrare in altre regioni e in certi casi all'estero, con accresciuti oneri economici.

Il Consiglio d'Europa, nel 2016, accogliendo un ricorso della CGIL, ha affermato 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. Il Consiglio d'Europa, nell'accoglimento del ricorso, ha sostenuto che questi sanitari sono vittime di «diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti» e ha aggiunto che «Gli svantaggi subiti dal personale che non ha fatto obiezione emergono semplicemente dal fatto che certi medici forniscono servizi di aborto nel rispetto della legge e che 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, soprattutto laddove si registra un'alta concentrazione di medici obiettori, 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.

Spostamenti che comportano un costo che deve essere sostenuto dalle pazienti e di conseguenza, aumentando le disuguaglianze, le fasce più deboli e bisognose della popolazione (immigrati e persone meno abbienti), impossibilitate a spostarsi, si vedono costrette a ricorrere alla pratica dell'aborto clandestino che si riteneva relegata a un passato ormai lontano. In queste condizioni lo Stato non garantisce il diritto alla salute nei confronti di una categoria di persone particolarmente vulnerabili, quali sono le donne che richiedano di interrompere una gravidanza.

La possibilità per le donne di interrompere volontariamente la gravidanza e il diritto del personale sanitario di avvalersi dell'obiezione di coscienza devono poter convivere in quanto entrambi sono sanciti in modo chiaro dalla legge, nella consapevolezza che la possibilità di avvalersi dell'obiezione di coscienza è un diritto riconosciuto al singolo, non alla struttura nel suo complesso che ha l'obbligo di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste dalla legge.

A tal fine, il presente disegno di legge prevede che gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate garantiscano, anche mediante nuove assunzioni, che almeno il 50 per cento del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non sia obiettore di coscienza.

Al contempo non va dimenticato che l'interruzione volontaria di gravidanza è sempre un evento traumatico per la donna. A volte la scelta di interrompere una gravidanza è dettata da condizioni economiche (mancanza di mezzi di sostentamento), culturali (stigma sociale), anagrafiche (giovane età e/o mancato supporto della rete familiare) più che da una vera volontarietà. Il contraccolpo psicologico, soprattutto in questi casi, arriva in un secondo momento. Molte donne che abortiscono provano una sofferenza paragonabile a quella di una madre che perde un figlio, con la differenza che i sensi di colpa associati alla volontarietà dell'IVG complicano ed ostacolano l'elaborazione del lutto. È quindi di grande importanza ricevere supporto psicologico soprattutto nel periodo post-interruzione gravidanza, non solo nella fase precedente l'assunzione di responsabilità. I consultori hanno le competenze umane per poter svolgere un'attività di *counseling* psicologico in grado di mettere la donna nelle condizioni di elaborare la situazione e fornirle gli strumenti per ritornare alla propria vita. Un ruolo fondamentale per una corretta applicazione della legge n. 194 del 1978 lo hanno svolto e continuano a svolgerlo i consultori, (legge 29 luglio 1975, n. 405) che istituiva servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna, della coppia, dei bambini e degli adolescenti, attraverso l'offerta attiva di iniziative formative e informative, a partire dai più giovani, anche in collaborazione con la scuola e la famiglia, e di assistenza (anche di tipo psicologico) alle coppie, offrendo un supporto per tutte le problematiche connesse alla salute riproduttiva, ivi compresi i problemi di infertilità, ma anche per garantire la funzione di sostegno alla genitorialità e alla positiva risoluzione di situazioni di crisi familiare. Nel corso degli anni sono intervenuti diversi cambiamenti sia nei bisogni della popolazione che negli ambiti di intervento delle politiche sanitarie: la struttura delle famiglie, la loro provenienza (migrazioni), i cambiamenti nella salute riproduttiva e preconcezionale e nelle relative scelte, l'attenzione alla salute dei bambini e ai nuovi bisogni degli adolescenti, la necessità di intervenire precocemente educando ed aumentando la consapevolezza delle persone rispetto a rischi e scelte comportamentali ponderate, la violenza di genere e la necessità di tutelare la salute della donna come *health driver* e *caregiver* di salute familiare. Tuttavia, in molte realtà i consultori presentano una carenza di risorse, sia umane che economiche, a volte il Consultorio è poco conosciuto, a volte scarsamente frequentato. Molti di questi servizi hanno continuato a lavorare e ad aggiornare gli interventi ottenendo ottimi risultati, altri hanno sviluppato un ambito prettamente «prestazionale», non adatto al consultorio e non aderente alla cultura del cambiamento. Il consultorio, infatti, deve svolgere un'attività socio-sanitaria integrata ove il sociale non può essere distinto dal sanitario.

Questa situazione è stata messa bene in evidenza nel corso del convegno organizzato dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, svolto a Roma il 21 novembre 2017, dal titolo: «Il ruolo del consultorio familiare in una società che cambia». Dai lavori del convegno è emerso che investire sui Consultori Familiari, ripensando al loro ruolo alla luce dei nuovi bisogni della società, significa promuovere salute e risparmiare in futuro sui costi delle malattie per i singoli e per la collettività. Diventa pertanto fondamentale ripensare ai consultori come soggetti che forniscano

un'offerta attiva ai cittadini che potrebbe avere un impatto importante in settori strategici di attività dei consultori familiari, quali il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e l'educazione alla salute riproduttiva per gli adolescenti. Sono proprio i più giovani che al giorno d'oggi necessitano di un vero e proprio supporto per quanto riguarda l'educazione affettiva e sessuale. Prendersi cura della propria salute, anche quella riproduttiva, fin dalla più giovane età, in spazi dedicati e con il supporto di persone adeguatamente formate è di fondamentale importanza per la salute collettiva. Gli esperti ci dicono, ad esempio, che i giovani hanno poca consapevolezza e conoscenza dei metodi contraccettivi. La regione Emilia Romagna, con la delibera 1722 del 6/11/2017 ha istituito gli «Spazi Giovani Adulti» (dedicati alla fascia 20-34 anni) pensati per offrire gli strumenti necessari per una pianificazione familiare consapevole, per informare i cittadini sull'evoluzione della fertilità e promuovere attivamente stili di vita sani per la protezione della salute riproduttiva. Obiettivo del presente disegno di legge è anche quello di estendere questa modalità ad un livello nazionale.

Naturalmente è importante che lo Stato nella figura del Ministero della salute dia diffusione di queste attività attraverso campagne di informazione che veda il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri, ritenendo che sia proprio la mancanza di informazione una delle cause della attuale situazione.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Alla legge 22 maggio 1978, n. 194, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'articolo 5, primo comma, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il consultorio ha altresì il compito di fornire assistenza psicologica nel periodo successivo all'interruzione della gravidanza»;
- b) dopo l'articolo 5 è inserito il seguente:

«Art. 5-bis. - 1. I consultori familiari erogano prestazioni di consulenza e di assistenza medica e psicologica e promuovono la salute sessuale e riproduttiva dei giovani a partire dai quattordici anni, agevolando scelte di pianificazione familiare»;

- c) all'articolo 9, quarto comma, dopo il primo periodo è inserito il seguente: «Ai fini di cui al periodo precedente, gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate garantiscono, anche mediante nuove assunzioni, che almeno il 50 per cento del personale di cui al primo comma non sia obiettore di coscienza».

Art. 2.

1. Il Ministro della salute promuove, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri, la realizzazione di campagne di informazione sulla tutela della salute riproduttiva e sessuale dei ragazzi tra i venti e i trentaquattro anni, al fine di fornire informazioni sull'evoluzione della fertilità e promuovere attivamente stili di vita sani per la protezione della salute riproduttiva.

