



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa della senatrice BOLDRINI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 MAGGIO 2018<sup>(\*)</sup>**

Modifica all’articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194,  
recante norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione  
volontaria della gravidanza, in materia di obiezione di coscienza del  
personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie

---

(\*) Testo non rivisto dalla presentatrice

ONOREVOLI SENATORI. - Posto che l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) rappresenta una delle scelte più difficili che una donna possa compiere nel corso della sua vita, sarebbe auspicabile la possibilità di accedere alla stessa secondo le modalità e nel rispetto di quanto stabilito dalla legge 22 maggio 1978, n. 194, «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza». L'articolo 9, quarto comma, della legge recita infatti: «Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste (...) e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste (...). La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale».

Nella relazione annuale del Ministro della salute sulla attuazione della legge, *Doc. XXXVII*, n. 4, - resa al Parlamento il 7 dicembre 2016 - si legge che nelle categorie professionali più di 7 su 10 sono obiettori: «Nel 2014 si conferma la tendenza alla stabilizzazione delle quote di obiettori e non obiettori, dopo un notevole aumento negli anni a livello nazionale. Si è passati dal 58.7 per cento del 2005, al 69.2 per cento del 2006, al 70.5 per cento del 2007, al 71.5 per cento del 2008, al 70.7 per cento nel 2009, al 69.3 per cento nel 2010 e 2011, al 69.6 per cento nel 2012, al 70.0 per cento nel 2013 e al 70.7 per cento nel 2014».

Nelle regioni la situazione è disomogenea con significative differenze. Ci sono ben sei regioni con un tasso di obiettori superiore all'80.0 per cento: in Molise gli obiettori sono l'89.7 per cento, nella provincia autonoma di Bolzano l'85.9 per cento, in Basi-

licata l'88.1 per cento, in Sicilia l'89.1 per cento, in Puglia il 78.5 per cento, in Campania l'81.8 per cento, nel Lazio il 78.2 per cento e in Abruzzo l'80.7 per cento.

Questi sono i dati numerici nella loro crudezza a fronte del fatto che nella suddetta relazione si conferma la grande disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. I dati raccolti per singola struttura ospedaliera suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG e quindi una parte dei non obiettori viene assegnata ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale in coerenza con le richieste). Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della legge n. 194 del 1978.

I dati che emergono sono molto eloquenti e impongono una seria riflessione sulla possibilità, nei casi di concentrazione di medici obiettori, di poter garantire un servizio efficiente e qualitativo per l'interruzione della gravidanza disciplinata dalla legge n. 194 del 1978. 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. Aumentano così i rischi per la salute delle donne, che spesso sono costrette a «migrare» in un altro comune della stessa re-

gione o in un'altra regione o all'estero per ottenere un servizio sanitario che la legge riconosce loro di diritto. Inoltre questi spostamenti comportano un costo che deve essere sostenuto dalle pazienti andando a colpire maggiormente, aumentando le disuguaglianze, le fasce più deboli e bisognose della popolazione (immigrati e persone meno abbienti) le quali, qualora non abbiano le possibilità economiche per spostarsi, si vedono costrette a ricorrere alla pratica dell'aborto clandestino che si riteneva relegata a un passato ormai lontano.

Le conseguenze di queste carenze non ricadono unicamente sulle donne, ma anche sui pochi medici non obiettori che devono gestire una mole di lavoro maggiore e spesso devono occuparsi quasi esclusivamente delle interruzioni di gravidanza rischiando una dequalificazione professionale ed effetti penalizzanti per le loro carriere.

Il Comitato europeo dei diritti sociali (CEDS), con la decisione del 12 ottobre 2015, ha accolto il ricorso n. 91 del 2013 della CGIL che aveva lamentato delle violazioni da parte dell'Italia per la mancata adeguata applicazione della disciplina sull'obiezione di coscienza sotto due profili: il primo profilo riguardante la violazione del diritto delle donne di accedere ai servizi abortivi, il secondo profilo riguardante il diritto al lavoro e alla sua dignità per i medici non obiettori. Il Consiglio d'Europa ha accolto il ricorso sotto entrambi i profili. Riguardo al primo profilo il CEDS ha affermato che nel nostro Paese «le donne che cercano accesso ai servizi di aborto continuano ad avere una sostanziale difficoltà nell'ottenere l'accesso a tali servizi nella pratica, nonostante quanto è previsto dalla legge»; da ciò deriva una «discriminazione su base territoriale e di *status* socio-economico tra le donne incinte

che hanno accesso all'aborto legale e quelle che non ce l'hanno». Molte donne, in considerazione dell'urgenza delle procedure richieste, sono forzate ad andare in altre strutture (non pubbliche, ma private), in Italia o all'estero, o a interrompere la gravidanza, senza il sostegno e il supporto delle strutture pubbliche competenti, tramite l'aborto clandestino. Riguardo il secondo profilo il CEDS ha rilevato che l'Italia discrimina i medici e il personale sanitario che non hanno optato per l'obiezione di coscienza, affermando che questi ultimi sono vittime di «due diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti» come l'accumulo di lavoro, la distribuzione degli incarichi e le opportunità di carriera. «Gli svantaggi subiti dal personale che non ha fatto obiezione», prosegue il CEDS, «emergono semplicemente dal fatto che certi medici forniscono servizi di aborto nel rispetto della legge, quindi non c'è alcun motivo ragionevole od obiettivo per questa disparità di trattamento».

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.

**DISEGNO DI LEGGE**

---

## Art. 1.

1. Al quarto comma dell'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, dopo il primo periodo è inserito il seguente: «Ai fini di cui al precedente periodo, 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».