La Legge 194/78

Alcune proposte dai GD per le Marche

In questi ultimi mesi, sta tornando alla ribalta la discussione che vede come oggetto principale la Legge 194/78[[1]](#footnote-1) e la sua applicazione, che regola i casi in cui una donna può legittimamente richiedere di abortire. La legge fu considerata, 40 anni fa circa, una vittoria dei movimenti civili e progressisti, il risultato di una battaglia per i diritti della donna. Una battaglia che vide pieno riconoscimento in Italia già dal febbraio 1975, quando la Corte Costituzionale affermò con la sentenza 27/75[[2]](#footnote-2) che ricorrere all’aborto è conforme al diritto italiano; una battaglia che non finì con la promulgazione della legge nel 1978, ma che vide di fronte a sé ulteriori ostacoli, come il referendum abrogativo del 1981 proposto dal Movimento Per La Vita, in cui il voto per il No confermò la legittimazione popolare della legge.

Tuttavia, ad oggi l’accesso all’interruzione volontaria di gravidanza è decisamente difficoltosa. Nell’aprile 2014 il Comitato Europeo dei Diritti Sociali del Consiglio d’Europa rese pubblica una risoluzione del settembre 2013 che poneva sotto la lente d’ingrandimento l’Italia, ed in particolare proprio le Marche, dove in due ospedali (Jesi e Fermo) la totale assenza di medici non obiettori rendeva impossibile l’applicazione dell’IVG, in contravvenzione con l’Art. 11 della Carta Sociale Europea[[3]](#footnote-3). Richiamo che è stato rinnovato esattamente l’11 aprile 2016, in risposta ad un appello della CGIL[[4]](#footnote-4) sullo status del servizio, o meglio disservizio, dell’IVG in Italia. Il Consiglio d’Europa ravvisa due gravi irregolarità: “In Italia le donne che cercano accesso ai servizi di IVG continuano ad avere difficoltà nell’ottenere l’accesso a tali servizi nella pratica, nonostante quanto è previsto dalla legge 194/78” e “L’Italia discrimina i medici e il personale non medico che non si dichiara obiettore di coscienza, che sono vittime di diversi tipi di svantaggi diretti ed indiretti”. Praticamente, un disservizio che non solo penalizza le donne che richiedono di ricorrere all’aborto nel rispetto della 194, ma anche i medici non obiettori che verrebbero penalizzati sul posto di lavoro, in termini di carico di lavoro e prospettive di carriera, per il semplice motivo di rendersi disponibili ad attuare quanto prescritto dalla legge stessa.

Una situazione semplicemente paradossale. Bisogna però mettere in chiaro fin da subito che non si tratta di una battaglia di diritti: il diritto all’autodeterminazione dell’individuo non è in discussione, sia che si tratti dell’autodeterminazione della coscienza morale del medico (da cui deriva l’obiezione di coscienza), sia che si tratti dell’autodeterminazione procreativa della donna (da cui deriva la richiesta di accesso all’IVG). Non si tratta nemmeno di rimettere in discussione la pratica abortiva in sé: non è un mistero che l’introduzione della L. 194/78 abbia a tutti gli effetti diminuito il numero complessivo di aborti in Italia, diminuendo in particolare il numero di aborti clandestini, che erano spesso praticati dalle cosiddette “mammane”, sotto lauto compenso, con mezzi assolutamente inidonei e, troppo spesso, a costo della vita della donna che vi si era rivolta in assenza di un’alternativa valida (per completezza di informazione: le cause di morte più comuni erano setticemia e dissanguamento, entrambe facilmente evitabili negli interventi abortivi eseguiti in ospedali).

Tuttavia, nel momento in cui uno dei due diritti viene violato, allora dovrebbe suonare un campanello d’allarme, un chiaro segnale che qualcosa non va. In Italia, a fine 2012 oltre il 70% dei medici operante in strutture che dovrebbero garantire l’IVG è obiettore[[5]](#footnote-5), con punte del 100% in alcuni ospedali (tutt’altro che casi isolati, come già scritto sopra). Nessuna regione, ad esclusione della Val D’Aosta, ha meno del 50% di medici obiettori.

Ad oggi, la Regione Marche ha adottato due sistemi per ovviare ai problemi relativi agli ospedali sopra citati:

* mobilità del personale: personale non obiettore viene mobilitato, per un limitato periodo di tempo, dalla propria struttura ospedaliera originale ad una in cui il personale medico è al 100% obiettore. Questa soluzione è stata adottata ad esempio a Jesi, dove 2 volte al mese operano medici non obiettori provenienti dall’ospedale di Senigallia;
* convenzione con cliniche private: la Regione si impegna a sostenere economicamente le donne che richiedono l’IVG in zone dove l’ospedale di riferimento non esegue il servizio, al fine di eseguire l’IVG in una clinica privata.

Purtroppo, queste due soluzioni non risolvono il problema in toto: la mobilità impedisce costanza e tempestività del servizio, mentre le convenzioni rendono comunque difficoltoso il ricorso all’IVG per donne che abbiano difficoltà economiche e logistiche nello spostarsi in località distanti alla propria zona di residenza.

Come Giovani Democratici della Provincia di Ancona, avanziamo pertanto alcune proposte per garantire la fruibilità del servizio:

* + 1. *Bandi d’assunzione con quote riservate*: prendendo l’esempio della Regione Puglia e della relativa sentenza del TAR della Puglia del 2010, nonché della Regione Lazio e della relativa sentenza del TAR del Lazio del 2016, la Regione Marche potrebbe prevedere bandi d’assunzione con pari quote per medici obiettori e non obiettori all’interno degli ospedali pubblici, e bandi d’assunzione riservate a medici non obiettori per i consultori. Questo sistema dovrebbe essere però sperimentato: la legge 194/78 prevede che un medico possa fare richiesta di obiezione di coscienza in qualsiasi momento, quindi un medico entrato in quota non-obiettore potrebbe far richiesta successivamente.
    2. *Differenziazione economica tra medici obiettori e non*: una volta preso atto che l’obiezione di coscienza impedisce, de facto, ad un medico di garantire gli stessi servizi lavorativi per cui viene pagato un medico non obiettore, si potrebbe pensare ad una differenziazione economica per le due figure, con un bonus economico a prestazione per medici che praticano IVG. Tale soluzione non risulterebbe in uno scompenso economico per i medici obiettori. In questo modo, si troverebbe anche una soluzione (seppur temporanea) alla discriminazione di stampo economico e lavorativo denunciata dal Consiglio d’Europa.
    3. *Introduzione di una prestazione sostitutiva*: questa proposta richiede all’obiettore di coscienza una maggior responsabilizzazione. In particolare, gli viene richiesto di accettare, assieme al diritto a non praticare IVG o procedure ad esso collegate, anche il dovere di dare disponibilità per prestazioni mediche sostitutive, non necessariamente inerenti al proprio campo di specializzazione. In questo modo, si evita anche che chi richieda l’obiezione di coscienza lo faccia (anche) per ottenere un carico di lavoro meno pesante.
    4. *Differenziazione delle strutture mediche*: sul modello del National Health Service del Regno Unito, una suddivisione dei centri ospedalieri in abortivi e natali potrebbe migliorare la situazione. In particolare, sarebbe d’auspicio la progettazione di almeno un centro abortivo in ogni ASUR, dove venga richiesto che il personale medico non obiettore non sia mai inferiore al 50% ad ogni turno lavorativo per ogni tipo di specializzazione, e dove la mobilità sia limitata ai medici obiettori in surplus da tali strutture a strutture ospedaliere natali Il problema di questa ipotesi rischia di essere il basso numero di strutture abortive e la conseguente ghettizzazione di medici non obiettori, in virtù proprio del rapporto 70%-30% di medici obiettori e non obiettori nelle Marche. Potrebbe essere necessario un periodo di sperimentazione.
    5. *Rilancio del corretto funzionamento dei consultori pubblici*: i consultori, ad oggi, sono stati svuotati della loro ragion d’essere. Ad essi deve essere riconosciuto e garantito il ruolo, fondamentale, di assistenza alle donne che si rivolgono a loro; il ruolo di punto focale di informazione per tutte le pratiche necessarie all’accesso all’IVG, burocratiche o mediche che siano; il ruolo di promotori della salute della donna. Ai consultori, inoltre, potrebbe essere demandato il compito di fare corretta informazione sulle pratiche abortive, a livello medico e culturale, per le donne provenienti da Paesi extracomunitari, per evitare l’attuale abuso di ricorso reiterato all’IVG. Sarebbe inoltre opportuno far assistere la donna che ricorre all’IVG da un team di specialisti (ginecologi, ostetrici, chirurghi, psicologi, ecc), il quale possa garantirle il corretto svolgimento della preparazione, dell’operazione, e del decorso della procedura abortiva.
    6. *Promozione di corsi di educazione alla sessualità e alla prevenzione nelle scuole*: in assenza di un programma unico per l’intero territorio nazionale, la Regione Marche dovrebbe farsi promotrice dell’introduzione nelle scuole di corsi che educhino, già fin dalle scuole elementari, ad un corretto approccio alla sessualità e alle tecniche di prevenzione contro la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili. All’interno di questo programma, potrebbe risultare utile aprire un dibattito sull’opportunità di allargare la vaccinazione contro il papilloma virus anche alla popolazione maschile. Sarebbe inoltre necessaria una maggiore sensibilizzazione, attraverso un’opportuna campagna informativa, proprio sui temi delle tecniche contraccettive, dei doveri dei medici che fanno ricorso all’obiezione di coscienza, e ai diritti dei cittadini che richiedono l’accesso a metodi di contraccezione d’emergenza, e all’IVG stessa.

1. <http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_normativa_845_allegato.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. <http://www.giurcost.org/decisioni/1975/0027s-75.html> [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168047e179> [↑](#footnote-ref-3)
4. <http://www.cgil.it/consiglio-europa-aborto-difficile-italia-camusso-sentenza-importante/> [↑](#footnote-ref-4)
5. <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1824_allegato.pdf> [↑](#footnote-ref-5)