

Articoli/Articles

GLI OSTACOLI ALL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194

ANNA POMPILI

ASL RME, "Sapienza" Università degli Studi di Roma, I

SUMMARY

THE OBSTACLES TO THE APPLICATION OF THE LAW 194

Law 194 was introduced in Italy in 1978, following a campaign by women's groups, but also following the rise in illegal abortions and related deaths; after quite 40 years, we are now assisting to the dangerous return to illegality, related with the obstacles to the application of the law. The main causes of this phenomena are: the conscientious objection, the non-compliance of the law and the providers' "burn-out". The law permits to medical and non medical personnel to refuse to carry out abortions on conscientious grounds, but this right is greatly abused, with harmful consequences on women's health. Another huge obstacle is represented by the non-compliance of the law: the hospital's "objection", the scarce accessibility to medical abortion, the lack of scientific, practical and ethic formation of the providers. The provider's "burn-out" is the last obstacle, a hidden but not secondary factor. A new, really non religious thought, becomes thus a necessity for our life and for women's health.

Negli ultimi anni i mezzi di comunicazione di massa hanno più volte lanciato l'allarme sul rischio del ritorno, nel nostro Paese, dello spettro dell'aborto clandestino¹, un fenomeno sommerso² che ogni tanto emerge nelle cronache locali, come ci ricorda la storia della ragazzina di Genova³ che, nel marzo 2015, ha rischiato la vita per l'assunzione impropria di *misoprostolo*⁴ al fine di interrompere una gravidanza indesiderata.

Key words: Unsafe abortion - Legal abortion - Law 194 - Conscientious objection
- Abortion providers' - "burn out"

A differenza degli altri paesi europei, dove il numero degli aborti è sostanzialmente stabile, nel nostro Paese dal 1982 ad oggi si è registrata una continua, progressiva riduzione del tasso di abortività⁵; esibito come una grande vittoria, questo dato potrebbe invece essere dovuto, almeno in parte, all'esistenza e al probabile progressivo allargarsi di sacche di clandestinità. Il fenomeno degli aborti clandestini viene trattato nella relazione al Parlamento del Ministro della Salute: i Ministri che si sono susseguiti negli ultimi 10 anni riferiscono una certa stabilità del fenomeno, che si attesterebbe attorno ai 15.000 l'anno: il dato deriva però da una estrapolazione fatta sulla base dell'ultima rilevazione, che risale al 2005⁶, quando non erano ancora disponibili i farmaci per indurre l'aborto – oggi facilmente reperibili anche sul web – ed è dunque scarsamente significativo, indice forse solo della poca disponibilità dei vari governi e dei relativi Ministri della Salute a comprendere il fenomeno.

La storia della ragazza di Genova ci parla di una difficoltà, che è prima di tutto culturale: non viene messo in discussione il diritto di decidere di una gravidanza non programmata, ma questo diritto non viene percepito come tale, come un fatto di salute pubblica, ed è piuttosto relegato ad un fatto privato, a cui dare risposta nel privato di una ricerca sul web.

La grande ondata delle lotte delle cittadine e dei cittadini italiani, che portò, negli anni '70, oltre che alla legge 194, anche all'approvazione della legge sui consultori familiari, del nuovo diritto di famiglia e alla riforma sanitaria, si smorza e torna nell'alveo del ruscelletto delle mura domestiche, con il loro carico di vergogna e di condanna morale. Dovremmo chiederci se ciò potrà comportare anche un cambiamento dell'idea di salute pubblica, del ruolo della medicina e della relazione di cura, ma indubbiamente è la conseguenza della sfiducia e delle difficoltà, a volte enormi, che le donne incontrano, a quasi 40 anni dall'approvazione della legge, quando chiedono di interrompere una gravidanza indesiderata.

I principali ostacoli all'applicazione della legge sono:

- L'obiezione di coscienza o, più correttamente, l'uso "*opportunistico*" o "*strumentale*" dell'obiezione di coscienza;
- Le inadempienze nell'applicazione della legge;
- Gli ostacoli "*interni*" agli operatori.

L'obiezione di coscienza

L'articolo 9 della legge 194 sancisce il diritto del personale sanitario a sollevare obiezione di coscienza⁷; tale diritto è previsto dalla gran parte delle leggi sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), in Europa e nel mondo⁸, nel tentativo, non sempre riuscito, di bilanciare il diritto degli operatori ad agire "*secondo coscienza*" e il diritto delle donne alla salute, che necessariamente comporta la reale possibilità di accesso all'aborto sicuro⁹.

L'argomento ha notevoli risvolti dal punto di vista non solo etico, ma anche politico, giacché è senza dubbio compito della politica assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute e la non discriminazione nell'esercizio di questo diritto¹⁰, oltre che assicurare agli operatori sanitari il diritto ad agire secondo le proprie convinzioni etiche o religiose; va sottolineato che molti ritengono che l'obiezione di coscienza nell'ambito di un *Servizio Sanitario Pubblico* costituisca una anomalia inconcepibile, giacché in questo caso nell'agire medico si anteporrebbe una posizione etica, spesso basata su una fede religiosa, alla evidenza scientifica. Per questo motivo, alcuni parlano, anziché di "*obiezione di coscienza*", di "*refusal of care*", ossia "*rifiuto di curare*", o, addirittura, di "*dishonorable dishobedience*", ossia "*disobbedienza disonorevole*"¹¹, il contrario della disobbedienza civile a cui si richiamerebbero gli obiettori.

Il crescente numero di obiettori rappresenta un problema in tutto il mondo ed un rischio grave per la salute delle donne, soprattutto per quelle che vivono in condizioni socio-economiche e culturali più di-

sagiate. Nel 2014 è stata pubblicata una “white paper” sull’obiezione di coscienza nel campo della salute riproduttiva, a cura dell’organizzazione transnazionale “Doctors for Global Choice”¹². Analizzando tutti i dati di letteratura disponibili, pur se difficilmente comparabili per le differenze anche a livello di definizioni, si stima un’incidenza estremamente variabile dell’obiezione di coscienza, dal 10% del Regno Unito al 70% del nostro Paese. In particolare, secondo i dati ufficiali del Ministero della Salute, nel 2012 ha sollevato obiezione di coscienza il 69,6% dei ginecologi italiani. Questo dato ha subito un progressivo aumento negli anni (nel 2005 erano il 58,7%); occorre ricordare che l’obiezione di coscienza oltre che dai ginecologi e dagli anestesisti può essere invocata da altre figure sanitarie, ossia ostetriche, infermieri, personale ausiliario (nel 2012 erano il 45%, contro il 38,6% del 2005), alcune delle quali non direttamente coinvolte nell’interruzione di gravidanza¹³.

Nonostante l’evidente drammaticità di questi dati, che inevitabilmente incidono in maniera negativa sull’applicazione della legge, la realtà sembra essere ancora più grave: nel 2012 i ginecologi non obiettori allora aderenti alla associazione LAIGA (*Libera Associazione Italiana dei Ginecologi per l’Applicazione della legge 194*) hanno reso noti i risultati di una ricerca indipendente, che ha evidenziato dati reali ben più gravi, con punte di obiezione di coscienza tra i ginecologi di oltre il 90%¹⁴. La ricerca è stata molto difficile e complessa, in particolare perché non è possibile accedere ad una lista ufficiale degli obiettori, essendo considerato, questo, un dato sensibile¹⁵. Le stesse donne, paradossalmente, non hanno il diritto di accedere ad un elenco ufficiale per sapere se lo specialista al quale decidono di rivolgersi è obietto o meno, ed è certamente singolare che la gran parte degli obiettori si rifiuti di rendere nota una scelta che, fatta a loro dire in nome dell’alto valore della vita, dovrebbe essere invece esibita e rivendicata con orgoglio.

La principale ragione della discrepanza tra dati ufficiali e dati “reali” sta nella “*obiezione di struttura*”, un elemento tutto italiano, che verrà

analizzato nel dettaglio in seguito. Di fatto, in molte strutture ospedaliere con reparti di Ostetricia e Ginecologia non si praticano IVG; è evidente che i medici che lavorano in queste strutture non hanno necessità di sollevare obiezione di coscienza, e dunque risultano non obiettori anche se di fatto non praticano interruzioni di gravidanza. Sulla base di questi dati, e di quelli rilevati da altre associazioni, il Consiglio d'Europa, attraverso il suo Comitato per i Diritti Sociali, ha accolto il ricorso dell'IPPF-EN (*International Planned Parenthood Federation - European Network*)¹⁶, dichiarando l'Italia colpevole del mancato rispetto del diritto di interrompere una gravidanza indesiderata, e, in definitiva, del diritto delle donne alla salute, condannando il nostro Paese ad applicare correttamente l'art.11 della Carta Sociale Europea (*Diritto alla protezione della salute*), nonché ad applicare appieno la legge 194/78.

Il Comitato per i Diritti Sociali ha ritenuto inoltre che

*in Italia le donne che tentino di accedere ai servizi sanitari per abortire sono ingiustificatamente trattate in modo diverso da altre persone che ugualmente vogliono accedere all'assistenza medica*¹⁷.

Il Servizio Sanitario Nazionale opererebbe quindi discriminazioni preoccupanti, non garantendo almeno un numero minimo di medici disposti a fornire il servizio.

La decisione del Comitato per i Diritti Sociali ha una portata storica, in quanto è la prima condanna ricevuta dal nostro Paese dall'entrata in vigore della legge 194; per la prima volta l'Europa lancia l'allerta sulla pericolosità delle scelte ipocritamente compromissorie che sottendono a talune norme di legge, come è avvenuto per la legge 194. Nel 2013, in risposta alle numerose interrogazioni parlamentari seguite alla pubblicazione dei risultati della ricerca dei ginecologi non obiettori, l'allora Ministra della Salute on. Beatrice Lorenzin, ha convocato un tavolo tecnico con i rappresentanti delle Regioni, i cui risultati preliminari sono riportati nella Relazione al Parlamento

dell'ottobre 2014. In essa la Ministra contesta che l'obiezione di coscienza possa avere un peso rilevante sull'applicazione della legge, dal momento che se il numero degli obiettori è cresciuto, si è avuta parimenti una progressiva diminuzione del numero degli aborti; dunque, sostiene la Ministra, il numero di non obiettori sarebbe "congruo", tanto che ognuno di essi dovrebbe eseguire 1,4 interruzioni di gravidanza a settimana, il che non sembrerebbe costituire un importante aggravio di lavoro¹⁸. È già stata esposta la principale critica a questa impostazione, che non prende in considerazione il numero di ginecologi che non hanno sollevato obiezione di coscienza ma che di fatto non eseguono interruzioni di gravidanza.

Al di là delle dichiarazioni trionfistiche dei vari governi, la situazione è estremamente grave, e diventa drammatica quando si considerino i cosiddetti "aborti terapeutici", ossia le interruzioni di gravidanza eseguite nella gran parte dei casi dopo il novantesimo giorno, generalmente per gravi anomalie fetali. Mentre ovunque fioriscono sempre più centri di diagnostica prenatale, le strutture dove si eseguono gli aborti terapeutici sono pochissime. Nel 2012, in Italia, le IVG oltre il novantesimo giorno sono state il 4,9% del totale, a fronte di percentuali decisamente più alte nel resto d'Europa (in Olanda sono il 19% del totale degli aborti, in Inghilterra e in Spagna sono circa il 9%) e negli USA (circa 11%). Dunque le donne italiane farebbero meno aborti terapeutici, pur essendo tra quelle che maggiormente si sottopongono ad indagini di diagnostica prenatale; andando però ad analizzare i dati regione per regione, ci accorgiamo che queste percentuali sono molto più alte nel Centro-Nord (Bolzano 8,9%, Nord 6%, Centro 5,1%), mentre al Sud, dove l'incidenza è del 2,8%, vi sono punte di incidenza bassissima (Campania 1,3%). Ed è inevitabile notare come le percentuali più basse siano relative proprio alle regioni dove è più alto il numero di obiettori.

Questi dati ci mostrano dunque un'Italia delle disuguaglianze, dove molte donne, dopo una diagnosi di patologia fetale, sono abbandono-

nate a se stesse e al loro dolore, o all'assistenzialismo di associazioni talvolta improvvisate che occupano spazi che dovrebbero essere istituzionali. In molti casi queste cittadine sono costrette ad una triste *migrazione dei diritti*, che le porta in altre regioni e molto spesso anche all'estero, soprattutto nelle vicine Francia, Svizzera, Spagna, ma anche in Inghilterra, o in Slovenia, o dovunque possano trovare risposta alla domanda di salute che il loro Paese ha vergognosamente ignorato. Un ulteriore elemento di riflessione riguarda le ragioni dell'obiezione di coscienza, che si basa certamente su motivazioni etiche o religiose - dunque strettamente "*di coscienza*" - ma anche su motivazioni "*opportunistiche*", legate alla necessità di salvaguardare la propria professionalità in contesti ostili, o, ancora, su motivazioni "*strumentali*", essendo l'obiezione di coscienza un mezzo deliberatamente scelto per ostacolare di fatto l'applicazione della legge¹⁹. Impedire che l'obiezione "*opportunistica*" e l'obiezione "*strumentale*" possano ostacolare l'applicazione della legge è un compito della politica, che è stato largamente ignorato dai governi succedutisi nel nostro Paese dal 1978 ad oggi²⁰.

Le inadempienze nell'applicazione della legge

Di fatto, il dettato della legge 194 è largamente disatteso, spesso arrogantemente ignorato, per cui la legge è applicata solo in parte; le maggiori criticità riguardano l' "*obiezione di struttura*", l'interruzione di gravidanza con metodo farmacologico e la formazione del personale, a cominciare dai corsi universitari.

L' "obiezione di struttura"

L'articolo 9 della legge 194, lo stesso che viene applicato alla lettera per assicurare a ciascun operatore sanitario il diritto a sollevare obiezione di coscienza, contiene nel suo dettato la consapevolezza della necessità di bilanciare il diritto degli operatori sanitari di agire secondo la loro coscienza con il diritto delle donne alla salute:

gli enti ospedalieri e le Case di Cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale²¹.

Sebbene dunque gli Ospedali e le Case di Cura convenzionate siano tenuti *in ogni caso* ad assicurare l'effettuazione degli interventi, nella Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge dell'ottobre 2014 la Ministra riferisce che solo il 64% delle strutture di fatto applica la legge²²; in due Regioni (ma la Ministra sottolinea come si tratti di Regioni molto piccole!) il numero di punti IVG è addirittura inferiore al 30%. Le Regioni, che sarebbero tenute a un'azione di controllo, hanno fin qui ignorato il problema, nonostante le numerose proteste e il fiorire in tutta Italia di comitati di cittadine e cittadini per la difesa e la piena applicazione della legge 194. Succede così che in intere province sia praticamente impossibile abortire, e che le donne che lì abitano siano costrette a migrare in altre province o regioni per affermare un proprio diritto. È tanto imbarazzante quanto grave notare come la Ministra della Salute, mancando ad un suo compito istituzionale, si limiti a riportare il dato, senza preoccuparsi di prendere provvedimenti contro le strutture inadempienti e contro le Regioni che hanno largamente disatteso il loro precipuo compito di controllo e di garanzia²³.

L'aborto farmacologico

I primi farmaci utilizzati per l'interruzione di gravidanza sono state le prostaglandine *gemeprost* e *misoprostolo* negli anni '70; negli anni '80 si è affiancato ad esse il *mifepristone*, o *RU486*, un antagonista del progesterone²⁴. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sulla base delle evidenze di letteratura scientifica, nella guida per l'aborto sicuro raccomanda l'uso della combinazione *mifepristone-misoprostolo* e, dove il *mifepristone* non sia disponibile, del solo

*misoprostolo*²⁵. I due farmaci sono inclusi nell'elenco delle medicine essenziali dell'OMS²⁶.

Si è stimato che nel 2005 abbiano fatto ricorso alla metodica farmacologica circa 26 milioni di donne nel mondo. In Europa, un'alta percentuale delle interruzioni volontarie di gravidanza viene eseguita con questa metodica; in particolare, in Inghilterra nel 2013 le IVG farmacologiche sono state il 49% del totale²⁷, in Francia nel 2012 sono state il 57%²⁸, in Svizzera nel 2013 il 68%²⁹, in Norvegia nel 2013 l'82%³⁰, fino ad arrivare alla Finlandia, dove gli aborti farmacologici nel 2012 sono stati il 93% del totale³¹.

Sebbene in alcune regioni fosse già stato "sperimentato" dal 2005³², l'aborto volontario farmacologico è ammesso in Italia solo dal luglio 2009, anno della "forzata" introduzione nel nostro Paese, per "mutuo riconoscimento"³³, del *mifepristone*; tuttavia, a differenza della gran parte degli altri Paesi, che fissano il limite massimo per questa procedura al sessantatreesimo giorno di amenorrea, l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ne ha autorizzato l'uso in Italia solo entro la settima settimana, deliberando

*il ricovero dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento*³⁴.

Queste indicazioni, che si discostano da quanto previsto dagli altri Paesi europei e dalle raccomandazioni dell'OMS, sono state confermate dal Consiglio Superiore di Sanità³⁵.

È indubbio che facilitare l'accesso alla metodica farmacologica minimizzerebbe il peso dell'obiezione di coscienza sull'applicazione della legge 194³⁶, ed è indubbio che fissare il limite alla settima settimana, o imporre il ricovero ordinario fino a che non si sia verificata l'espulsione, significa limitare enormemente l'accesso ad una tecnica considerata dai suoi detrattori troppo "*facile*"³⁷, "*banalizzante*". Attualmente solo quattro Regioni (Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Lazio) ammettono il regime di *day hospital* per una pro-

cedura che, negli altri Paesi, è per la gran parte ambulatoriale³⁸. Nel marzo 2014 il Consiglio Sanitario della Regione Toscana ha espresso parere favorevole all'espletamento della metodica farmacologica in regime ambulatoriale, presso i poliambulatori o i consultori funzionalmente collegati agli ospedali³⁹, ma nel maggio 2015 questo pronunciamento non ha ancora avuto il via libera dalla Regione. Proprio per queste limitazioni, nonché per le difficoltà organizzative che esse comportano, nel 2012 ha potuto fare ricorso al metodo farmacologico solo l'8,5% delle donne che hanno richiesto l'IVG; nel Lazio, a fronte di un'ampia richiesta, nel 2013 solo il 6,05% delle gravidanze indesiderate è stato interrotto con il metodo farmacologico⁴⁰.

Ricoverare una persona per somministrarle due farmaci è un'incongruità dal punto di vista medico e dal punto di vista economico-sanitario; questa incongruità costa enormemente al nostro *Sistema Sanitario*, ma è evidente come non si badi a spese quando si tratta di ostacolare l'applicazione della legge 194, per difendere “*uno di noi*”⁴¹.

La formazione del personale sanitario e il ruolo delle Università

L'articolo 15 della legge 194 definisce gli obblighi per le Regioni, per le Università e per gli Enti Ospedalieri, in tema di formazione del personale:

Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza⁴².

Nel febbraio 2013, in occasione della trentacinquesima “*giornata per la vita*”, i docenti delle cattedre di Ostetricia e Ginecologia delle Università di Roma hanno consegnato al Cardinale Vicario Agostino Vallini un documento comune, elaborato al termine di un convegno intitolato “*Riflessioni su una legge dello stato*”. Al di là delle perplessità che inevitabilmente sorgono di fronte al fatto che i cattedratici romani abbiano sentito la necessità di comunicare le loro riflessioni sulla legge 194 ad una figura religiosa e non ad una figura istituzionale, in questo documento si ribadisce l’impegno dei professori romani ad approfondire le tematiche “legate alle prime fasi della vita intrauterina”, sottolineando che la loro attività accademica si muove in un contesto volto a rispettare “da un lato i vincoli posti dall’attività del legislatore e dall’altro le scelte personali in campo etico e la libertà di coscienza”⁴³. Non vi è dubbio che, in tema di applicazione della legge 194, i professori redattori del documento rispettino le scelte personali e la libertà di coscienza; parimenti, sono indubbie la difficoltà e la poca disponibilità, invece, a rispettare e ad applicare la legge nella parte che li impegna a formare i nuovi medici, i ginecologi, le ostetriche e gli infermieri in tema di IVG. Escludendo l’Università Cattolica del Sacro Cuore e l’Università Campus Biomedico di Roma (che comunque si occupano di diagnostica prenatale in regime di convenzione con la Regione Lazio, ignorando ipocritamente che chi vi si sottopone lo fa per poter accertare lo stato di salute del feto, e quindi per poter decidere se ricorrere ad un’IVG in presenza di una patologia fetale)⁴⁴, anche le Università statali sono largamente inadempienti in tema di applicazione della legge 194: nel Policlinico di Tor Vergata e nell’ospedale S. Andrea, pur dotati di *day hospital* ginecologici, non è possibile interrompere una gravidanza indesiderata, né con metodo farmacologico, né con metodo chirurgico, mentre nel Policlinico Umberto I, uno dei più grandi ospedali d’Europa, il reparto nel quale venivano eseguite le IVG chirurgiche è stato chiuso per un lungo periodo nel 2014 perché

l'unico ginecologo non obiettore che se ne occupava era andato in pensione⁴⁵; nello stesso Policlinico universitario in tutto il 2013 sono state eseguite 12 IVG con metodo farmacologico, un numero imbarazzantemente basso per una realtà metropolitana ad alta densità abitativa quale Roma⁴⁶.

Quanto descritto per il Lazio rispecchia per la gran parte la situazione degli atenei italiani: i nuovi medici, i futuri specialisti in ginecologia, le ostetriche e il personale infermieristico si formano in un clima che, se non è segnato pesantemente dallo stigma verso chi pratica gli aborti, è caratterizzato da una sostanziale ignoranza dell'esistenza di una legge che si occupa della salute delle cittadine del loro Paese, e la cui applicazione dovrebbe essere parte del loro futuro professionale. Spesso lo stigma si estende addirittura ai farmaci che vengono utilizzati nella IVG, tanto che gli specialisti, perfino quelli di nuova formazione, non hanno alcuna dimestichezza con l'uso del *mifepristone* e del *misoprostolo* e non hanno alcuna conoscenza delle altre indicazioni di tali farmaci (aborto interno, aborto spontaneo del II trimestre, ecc).

Gli ostacoli insiti negli operatori

Gli operatori che si occupano di IVG in Italia sono un'esigua minoranza, spesso costretta a lavorare in ambienti ostili, con carichi di lavoro eccessivi: in molti ospedali vi è un solo ginecologo non obiettore, che dunque è relegato a fare solo aborti, con minori possibilità di crescita professionale e minori prospettive di carriera, pur essendo la figura che responsabilmente assume su di sé il compito di applicare una legge dello Stato.

Molti operatori hanno orgogliosamente costruito e sostanziato la propria identità professionale - e perfino personale, per alcuni - su questo, lavorando spesso duramente e in condizioni difficili, affrontando lo stigma della società e dell'ambiente di lavoro. In alcuni casi la situazione diventa realmente insostenibile, tanto da costringere al-

cuni a rinunciare a quella che più che di una professione ha assunto i contorni di una vera e propria battaglia civile; in questo senso va letta la testimonianza drammatica di Rossana Cirillo, una ginecologa di Genova costretta, dopo 25 anni di lavoro con le donne, a dichiararsi obiettrice per poter sopravvivere professionalmente⁴⁷.

Nel 2008 è stato pubblicato su *The Lancet*⁴⁸ un interessante articolo, nel quale Bernard Dickens, dell'Università di Toronto, contrappone al termine "obiezione di coscienza" quello di "*conscientious committment*", ossia "assunzione di un impegno sulla base della coscienza", che per i non obiettori significa anteporre la salute delle donne ai propri personali convincimenti. In quest'ottica si rivaluta la figura del non obietttore, che sarebbe quello che realmente agisce "*secondo coscienza*".

I non obiettori sono coloro che applicano la legge; tuttavia, pretendere di stare nel giusto perché si applica una legge è una posizione morale debole; per questo, gli operatori si richiamano con forza al dovere di difendere la salute delle donne: se non ci fossero loro, i non obiettori, le donne tornerebbero a morire di aborto clandestino. In questo caso il non obietttore non si chiede quando comincia la vita umana, né se l'embrione o il feto siano vita umana; semplicemente, pratica aborti perché ritiene che la vita della donna debba essere tutelata più di quella del feto o dell'embrione. Non si contesta il fatto che l'aborto sia un omicidio, ma lo si giustifica perché fatto in nome della salute della donna, di chi è già nato alle spese di chi ancora non lo è. Un omicidio "*piccolo*", dunque, ma pur sempre un omicidio; è l'idea evocata dai termini "*embrionicidio*" o "*feticidio*", utilizzati per indicare l'aborto nel periodo embrionale o fetale. Dunque, praticare aborti sarebbe il male minore⁴⁹; ma il male minore è pur sempre un *male*.

Da questa posizione morale, certamente debole, nasce il bisogno di pensare e descrivere la donna che voglia interrompere una gravidanza indesiderata come fortemente sofferente, psicologicamente fragile, *duramente "provata" dal conflitto e dalla gravità della sua scelta*⁵⁰, nonché la necessità di descrivere l'aborto con le tinte fosche

della decisione difficile e *sempre dolorosa*; da questa posizione morale nasce l'invenzione della "*sindrome post-aborto*"⁵¹, che, inevitabilmente, colpirebbe chi si macchia di questo peccato.

Da questa posizione morale, dalla sua debolezza, nasce il malessere degli operatori; malessere che molti provano quando, ad esempio, hanno davanti una donna che sceglie di interrompere una gravidanza indesiderata senza quel dolore, senza quella sofferenza che sarebbero dovuti ("ha l'età giusta, una relazione stabile, non ha figli, perché non lo tiene?"), o quando hanno davanti una donna alla terza o quarta interruzione di gravidanza ("io uccido per lei, e lei non fa nulla per evitarlo, anzi, ripete l'errore?").

Seppure apparentemente opposta alla prima, anche la posizione morale di chi sostiene che l'embrione o il feto, in quanto incapaci di autocoscienza, incapaci di porsi degli scopi, privi di razionalità, non siano "*persona*"⁵², è intrinsecamente debole, dal momento che non riconosce differenze tra feto e neonato, e riconosce un *continuum*, dal concepimento all'acquisizione della coscienza di sé e del pensiero razionale, passando per la nascita. Questo ragionamento, portato alle estreme conseguenze, afferma la legittimità dell'infanticidio, come hanno recentemente riproposto Alberto Giubilini e Francesca Minerva nel loro articolo sull' "*aborto postnatale*"⁵³. Paradossalmente, questa posizione, rigorosissima nel procedimento logico, rafforza l'immaginario dell'aborto come omicidio: pensare che il neonato sia uguale al feto e che pertanto lo si possa uccidere così come si pratica un aborto, porta inevitabilmente alla sovrapposizione dell'immagine dell'embrione o del feto abortito con quella del neonato assassinato.

Da queste posizioni morali, dall'idea dell'aborto come omicidio, nasce l'insostenibile senso di colpa di molti operatori, e il senso di colpa delle donne⁵⁴. La relazione di cura viene avvelenata e snaturata da questo pensiero, e il rapporto medico-paziente diviene spesso fortemente conflittuale, fonte di quel malessere degli operatori che viene definito "*burn-out*".

Il *burn-out* degli operatori è un importante ostacolo, quasi sempre considerato inevitabile, troppo spesso non riconosciuto o sottovalutato, all'applicazione della legge; la debolezza delle posizioni morali ed etiche a cui si fa riferimento ne è una componente fondamentale e è alla base della mancanza di interesse dei giovani specialisti in ginecologia per questa parte della loro professione, ricca di aspetti umani che vengono mortificati dal conflitto.

Si impone, dunque, la necessità di una nuova ricerca scientifica sulla nascita umana, realmente libera dai preconcetti e dai legacci di visioni etiche e religiose forzatamente condizionanti; si impone la necessità di una nuova etica laica, di una “*bioetica*” realmente atea, che non prescindenda dalla biologia e dalla medicina, ma che, invece, si sostanzi delle osservazioni fatte in campo scientifico. Nel 1972 è stato pubblicato il testo base di una nuova teoria⁵⁵ sulla nascita della vita e del pensiero umano, elaborata dallo psichiatra Massimo Fagioli. Nella sua teoria⁵⁶, Fagioli afferma che la vita umana inizia alla nascita, quando la stimolazione della retina da parte della luce determinerebbe l'attivazione della corteccia cerebrale e la nascita, dal materiale biologico che era il feto, del pensiero senza coscienza di un nuovo essere umano, che è il neonato. È indubbia la necessità di un maggiore impegno della ricerca biologica e medica attorno alla nascita umana, ma è evidente come la *teoria della nascita umana* possa liberare l'agire medico da qualunque forma di trascendenza, e come possa liberare tutti, donne e operatori, dal terribile senso di colpa che si alimenta dell'idea dell'aborto come omicidio. Riportando finalmente il lavoro del ginecologo nel campo che gli è proprio, quello della medicina.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Impossibile quantificare il fenomeno dell'aborto clandestino prima dell'approvazione della legge. Un'inchiesta de "Il Giorno" del 7 settembre 1972 riporta un numero di aborti clandestini pari a 3-4 milioni l'anno, mentre il "Corriere della Sera" del 10 settembre 1976 parla di cifre variabili tra 1,5 e 3 milioni.
2. DE LUCA M.N., 194, *così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino*. La Repubblica, 23.5.2013.
3. VECELLIO V., *Lei abortisce grazie al web: segno che l'Italia vive di tabù*. Il Garantista, 5.3.2015.
4. Il *misoprostolo* è una prostaglandina, in commercio in Italia per la terapia dell'ulcera peptica. Il farmaco viene utilizzato in tutto il mondo da solo o dopo la somministrazione di *mifepristone* (o RU486) per l'induzione dell'aborto farmacologico.
5. Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (LEGGE 194/78)- Dati preliminari 2013- Dati definitivi 2012, Roma, 15 ottobre 2014.
6. Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (LEGGE 194/78) nota 5.
7. Legge 22 maggio 1978, n.194: norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 22 maggio 1978, n. 140.
8. In Europa l'obiezione di coscienza è prevista dalle legislazioni che regolano l'interruzione volontaria di gravidanza di 21 stati membri, nonché di Norvegia e Svizzera. Non è ammessa da Svezia, Finlandia, Repubblica Ceca, Bulgaria, Islanda. Cfr. HEINO A., GISSLER M., APTER D., FIALA C. *Conscientious objection and induced abortion in Europe*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2013;18(4):231-3.
9. È bene ricordare che l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* stima a circa 47.000 l'anno le morti per aborto non sicuro nel mondo.
10. Costituzione Della Repubblica Italiana artt. 32 e 2.
11. ARTHUR J., FIALA C., *Why we need to ban "Conscientious Objection"*. Reprod Health Care, RH Reality Check, 14.5.2014; Cfr anche op. cit. nota 9.
12. CHAVKIN W., LEITMAN L. et al., *Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses*. Int J Gyn and Obst 2013; 123: 41-56.

Gli ostacoli all'applicazione della legge 194

13. Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (LEGGE 194/78) vedi nota 5.
14. POMPILI A., PARACHINI M. et al., *The italian case: can MTOP minimize the problem of conscientious objection?* Book of Abstracts of the 11th FIA-PAC Conference Ljubljana, 3-4 oct 2014, pag. 44.
15. Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003, noto comunemente come "*Testo unico sulla privacy*".
16. Avv. Prof. Marilisa D'Amico Reclamo collettivo n. 87 del 2012 (*International Planned Parenthood Federation European Network v. Italia*).
17. Council Of Europe- European Committee Of Social Rights Complaint No. 87/2012: International Planned Parenthood Federation – European Network (Ippf En) V. Italy Decision on the merits. Date of adoption: 10.9.2013; date of delivery: 10.3.2014.
18. Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (LEGGE 194/78) vedi nota 5.
19. All'udienza con i ginecologi cattolici, il 20.9.2013, Papa Bergoglio afferma: "*Ogni bambino non nato, ma condannato ingiustamente a essere abortito ha il volto del Signore, che prima ancora di nascere, e poi appena nato ha sperimentato il rifiuto del mondo*" e "*i reparti ospedalieri di ginecologia sono luoghi privilegiati di testimonianza e di evangelizzazione... la Chiesa fa appello alle coscienze... di tutti i professionisti e i volontari della sanità, in maniera particolare di voi ginecologi*". E, in occasione della visita alla Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del 3 maggio 2012 ha sottolineato che tali affermazioni "*valgono per tutti i medici, non solo per quelli cattolici, perché si deve difendere la vita... dal concepimento, non per un discorso di fede, no, no, ma di ragione, per un discorso di scienza! La qualità di una struttura sanitaria si misura sulla sua capacità di rispettare la vita, che è sacra e inviolabile*".
20. CAVICCHI I., *L'obiezione opportunista: cos'è e come combatterla*. Il Manifesto, 18.3.2014.
21. Legge 22 maggio 1978, n.194: norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza nota 7.
22. Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) vedi nota 5.
23. Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) vedi nota 5.

24. KULIER R., KAPP N. et al., *Medical methods for first trimester abortion*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; 11: 9 CD002855. doi:10.1002/14651858.CD002855.pub4. Va specificato che più propriamente il *mifepristone* è un modulatore selettivo del recettore del progesterone, che, ai dosaggi utilizzati per l'IVG farmacologica si comporta prevalentemente come antagonista del progesterone; a dosaggi più bassi, invece, l'effetto del farmaco è più complesso.
25. Who Department of Reproductive Health and Research Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2nd ed.). Geneva, World Health Organization 2012. 46 pp. 1–9.
26. Who Model List Of Essential Medicines, 18th ed. Geneva, World Health Organization, 2013.
27. ABORTION STATISTICS, ENGLAND AND WALES, 2013. London, Department of Health, United Kingdom. June 12, 2014.
28. VILAIN A., MOUQUET M.C., *Les interruptions volontaires de grossesse en 2012*. Paris, DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), Ministère de la Santé, France, 27.6.2014.
29. Interruptions De Grossesse En Suisse En 2013. Neuchâtel, Office of Federal Statistics, Switzerland. 10.6.2014.
30. LØKELAND M., AKERKAR R., et al., *Rapport om svangerskapsavbrudd for 2013. Report on abortions for 2013*. Oslo, Divisjon for epidemiologi (Division of Epidemiology), Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Norwegian Institute of Public Health), Norway. 2.4. 2014.
31. HEINO A., GISSLER M., et al., *Raskaudenkeskeytykset (Induced abortions 2012)*. Helsinki, Suomen virallinen tilasto (Official Statistics of Finland), Terveystieteiden tutkimuskeskus (National Institute for Health and Welfare), Finland, 12.12.2013.
32. VIALE S., *La sperimentazione Italiana; perché una sperimentazione?* Comunicazione personale dell'autore. Workshop Regione Lombardia, "Interruzione volontaria di gravidanza farmacologica: realtà o mito", 2006; MELEGA C., *La salute sessuale nella donna in età riproduttiva. RU 486: quali vantaggi, quali rischi*. 16.5.2009.
33. Direttiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, 6 Novembre 2001.
34. AIFA comunicato stampa N.120 del 30.7.2009: RU486: C.d.A. delibera autorizzazione alla commercializzazione.
35. SPINELLI A., DONATI S., *Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine*. I dati 2010-2011 Epicentro-ISS-Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

36. POMPILI A., PARACHINI M., op. cit. nota 14.
37. MORRESI A., ROCCELLA E., *La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola RU486*. Milano, Franco Angeli, 2010.
38. CLARK W. H., GOLD M. et al., *Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research*, Contraception. Contraception 2007; 75(4): 245-50. NGOT T. D., PARK M. H. et al., *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Bulletin of the WHO 2011; 89: 360-370.
39. Aborto. Consiglio Sanitario della Toscana: "Si alla distribuzione della Ru 486 anche senza ricovero in ospedale" quotidiano Sanità. it del 4 marzo 2014.
40. Le Interruzioni volontarie di gravidanza nel Lazio. Anno 2013 Direzione regionale Salute ed Integrazione Socio-sanitaria- Area programmazione rete ospedaliera e ricerca-settembre 2014.
41. www.oneofus.eu/it/.
42. Vedi op. cit. nota 7.
43. 43. Intervista di M.G. Filippi a Francesco D'Agostino, 4 febbraio 2013, consultabile su: [http://www.mondialisti.net/mediaworld/2013/2013-02-04-abortion-interview-a-FDAgostino-\(Zenit\).htm](http://www.mondialisti.net/mediaworld/2013/2013-02-04-abortion-interview-a-FDAgostino-(Zenit).htm).
44. Carta delle Finalità dell'Università Campus Biomedico di Roma, ART 10: "*Il personale docente e non docente, gli studenti e i frequentatori dell'Università si impegnano a rispettare la vita dell'essere umano dal momento iniziale del concepimento fino alla morte naturale. Essi considerano l'aborto procurato e la cosiddetta eutanasia come crimini in base alla legge naturale; per tale motivo si avvarranno del diritto di obiezione di coscienza previsto dall'art. 9 della legge 22 maggio n. 194. Si ritiene inoltre inaccettabile l'uso della diagnostica prenatale con fini di interruzione della gravidanza ed ogni pratica, ricerca o sperimentazione che implichi la produzione, manipolazione o distruzione di embrioni.*"
45. MURÈ A., *Policlinico Umberto I, cercasi medici per praticare aborti volontari*. Corriere della Sera, 23.12.2014.
46. Interruzioni volontarie di gravidanza nel Lazio. Anno 2013, vedi op. cit. nota 40.
47. DE LUCA M. N., *Ho fatto aborti per 25 anni tra colleghi ostili. Ora mi arrendo e sono obiettrice*. Repubblica, 15.3.2014.
48. DICKENS B., *Conscientious commitment*. The Lancet 2008; 371,9620: 1240-41; DICKENS B., COOK R. J., *Conscientious Commitment to women's health*. Int J Gynaecol Obstet 2011; 113(2): 163-6.
49. Sentenza della Corte Costituzionale n. 27 del 1975.

50. Relazione Del Ministro della Salute sulla Attuazione della Legge Contenente Norme per la Tutela Sociale della Maternità e per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (LEGGE 194/78) - Dati preliminari 2011- Dati definitivi 2010, Roma, 8 ottobre 2012. Nella fattispecie, l'allora Ministro della Salute on. Renato Balduzzi fa riferimento, nell'introduzione, ad un documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 2005 intitolato "*aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum*", nel quale, tra l'altro, si afferma la ovvia inevitabile fragilità fisica e psichica della donna in gravidanza: "*A tale intenso lavoro biologico fa riscontro una mobilitazione psichica molto impegnativa, che deve affrontare la nuova realtà, ma anche fronteggiare il riapparire di conflitti del passato, in una situazione di aumentata permeabilità tra la sfera somatica e l'aspetto mentale, con riverberazioni e interferenze reciproche fra tali piani. La struttura personale della donna è dunque coinvolta a tutti i livelli nell'esperienza della gravidanza: a livello biologico fisico e fisiologico, a livello psicologico e psicodinamico, ma anche a livello relazionale e spirituale*". Al di là della discutibilità della scelta del termine "spirituale", che inserisce il documento nella visione etica dominante della maggioranza del CNB e del Ministro Balduzzi, nella Relazione si suggerisce l'idea che si potrebbe prevenire il ricorso all'IVG offrendo alle donne un adeguato supporto non solo materiale, ma anche psicologico e spirituale.
51. HOMBERG A., POMPILI A., *Considerazioni sui sensi di colpa in seguito ad un'interruzione volontaria di gravidanza*. Il sogno della farfalla 2014; 1:9-23.
52. TOOLEY M., *Abortion and infanticide*. Philosophy and Public Affairs 1972; 2 (1): 37-65.
53. GIUBILINI A., MINERVA F., *After-birth abortion: why should the baby live?* J Med Ethics doi:10.1136/medethics-2011-23.2.2012.
54. Vedi op. cit. nota 50.
55. FAGIOLI M., *Istinto di morte e conoscenza*. Roma, L'asino d'oro edizioni, 2010 (Prima edizione 1972).
56. GATTI M.G., BECUCCIE E. et al, *Functional maturation of neocortex: a base of viability*. J Matern Fetal Neonatal Med 2012; 25, (s.1):101-3; GATTI M. G., FAGIOLI M., *Maturazione funzionale della neocorteccia*. Il sogno della farfalla 2013; 1:9-21.

Correspondence should be addressed to:

anna.pompili@uniroma1.it