

*Short communication*

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OBIEZIONE DI  
COSCIENZA NELL' IVG  
UNA RIFLESSIONE DALLA PARTE DEI NEOLAUREATI

SIMONETTA GIUSTI

SUMMARY

NURSING, ABORTION AND CONSCIENTIOUS OBJECTION

*This article is the partial summary of a Degree Thesis in Nursing: the author briefly intends to reflect on the topic of Nursing assistance during voluntary interruption of pregnancy and point at underlining the importance of the ethical and deontological competence in the abortion-related nursing activities.*

Il presente articolo è un estratto della mia tesi di laurea, dedicata al tema dell'assistenza infermieristica e l'Obiezione di Coscienza degli Infermieri nell'IVG<sup>1</sup>.

Stabilito che l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) è un tema di ampia rilevanza sociale, identificato dall'ONU e dall'OMS nell'ambito della cosiddetta "salute riproduttiva"<sup>2</sup> e che l'infermiere è "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica"<sup>3</sup>, come recita il suo Codice Deontologico, questo articolo intende illustrare l'importanza della riflessione e dell'espressione degli infermieri sull'IVG, riflettere sull'importanza dell'assistenza infermieristica alle donne che decidono di ricorrere all'IVG, sul valore dell'obiezione di coscienza degli infermieri nell'IGV e di come e quando essa può essere evocata<sup>4</sup>.

*Key words:* Nursing- Conscientious Objection- Abortion

### *Introduzione*

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è una pratica che, come noto, esiste da sempre; diversi approcci storiografici, che sono partiti dall'antichità, ne hanno tracciato i percorsi. Essa è nata come metodo di controllo delle nascite, accanto al coito interrotto e all'infanticidio; affidata in genere alle donne, che avevano acquisito competenza empirica e familiarità con erbe e droghe dalle proprietà particolari, in grado di interrompere una gestazione e l'IVG, come altri aspetti della vita riproduttiva era materia confinata in ambiti di sapere marginale e caratterizzati da trasmissione soprattutto orale. Erano dunque *maie*, *obstetrices*, levatrici e a volte la gestante stessa che, accompagnando i gesti con cantilene magiche, violenti esercizi fisici e strumenti meccanici, interrompevano la gravidanza indesiderata<sup>5</sup>.

Naturalmente queste modalità presentavano rischi notevoli per la salute e per la vita della donna.

In merito le fonti storiche sono piuttosto scarse e reticenti, come è ovvio in un sistema di trasmissione formale di saperi sostanzialmente maschile. Pochi e occasionali i riferimenti in Socrate, Platone, Aristotele e Ippocrate, al quale è attribuita una 'clausola antiabortista' all'interno del testo del Giuramento - clausola sul cui significato molto ha discusso la letteratura storico-medica<sup>6</sup> e che sembra sfuggire alla mera connotazione di divieto morale. Anche per epoche successive, il tema aborto è contornato dal vuoto, o perlomeno da una reticenza importante, delle fonti storiche. Questo silenzio è un indice indiretto di come la storia dell'aborto sia stata, di fatto e culturalmente, *parte della storia delle donne*<sup>7</sup>.

L'IVG è oggi il frutto di un difficile travaglio maturato nei secoli, un *diritto della donna* sancito con la Legge 22 maggio 1978, n.194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Prima del 1978 l'IVG, in qualsiasi sua forma, era considerata reato dal codice penale italiano. Con la sud-

detta legge l'IVG cessa di essere annoverata come reato e viene regolamentata partendo dal presupposto di garantire l'integrità e il benessere bio-psico-sociale della donna. L'IVG può dunque essere eseguita, come sancito dalla Legge 194, rispettivamente nell'art. 4 e nell'art. 5 entro i primi 90 giorni, per circostanze che comportano un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna, in relazione al suo stato di salute, alle sue condizioni economiche, sociali o familiari, o alle circostanze in cui avviene il concepimento o a previsioni di anomalie o malformazioni; dopo i primi 90 giorni, quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la donna o quando siano accertati processi patologici del nascituro che determinano un grave pericolo per la salute psichica o fisica della donna. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'aborto l'espulsione o estrazione dall'organismo materno entro i 180 giorni dal concepimento, di un embrione o di un feto che pesi 500 grammi o meno, con una lunghezza cefalo-podice non superiore di 25 cm, e un'età gestazionale inferiore alle 22 settimane.

Ogni anno il Ministero della Salute pubblica una relazione, dove vengono analizzati e illustrati i dati preliminari e definitivi degli anni precedenti sull'attuazione della Legge n.194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG)<sup>8</sup>. Relazioni che analizzano l'andamento generale del fenomeno, le caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG, le modalità di svolgimento dell'IVG, l'obiezione di coscienza e i risultati del monitoraggio ad hoc sull'IVG. Relazioni, ancora, che sono un importante indice di riflessione sul fenomeno-pratica dell'IVG e sull'assistenza sanitaria erogata alle donne. Si tratta di documenti ufficiali ai quali tutti i professionisti sanitari dovrebbero attingere per informarsi, conoscere, e fare il punto sul fenomeno IVG, per poi riflettere ed esprimersi.

Ancora oggi, l'IVG è sì un fenomeno unico e di accesso difficile ma *ci sono diverse storie di IVG*<sup>9</sup>.

Ci sono aborti di donne che hanno avuto il “privilegio di scegliere” secondo la propria volontà, senza costrizioni di alcun genere, seppur anche in condizioni difficili e per nulla ideali. Ci sono altresì storie di donne che non hanno avuto il “privilegio di scegliere” per loro stesse e secondo la propria volontà ma a scegliere per loro sono stati i loro familiari o i loro compagni. Ci sono, purtroppo ancora, storie di aborti clandestini, che si ripetono in ogni luogo in cui non c’è la possibilità di abortire in modo sicuro e legale. Ci sono poi storie di decisioni rese complicate o impossibili dal contesto, aborti malamente assicurati: ci sono luoghi, in Italia, in cui, per essere sicura di ottenere l’intervento, è necessario affrontare attese in fila, dalle 3 o 4 del mattino. Le pazienti debbono prendere il numero di prenotazione, come se il gesto che stai richiedendo fosse una pratica sanitaria ‘neutra’. L’amministrazione non apre prima delle 8 e le file che si creano nelle prime ore della giornata, come ogni operatore sanitario ha modo di verificare personalmente nella pratica quotidiana, sono disordinate e tenute insieme dall’exasperazione e dalla rabbia.

La garanzia del mio aborto è l’esclusione del tuo, o meglio, se rimandano il tuo intervento, ho più possibilità di farlo io oggi e di non dover aspettare giorni e settimane che potrebbero farmi arrivare in prossimità del limite temporale legale. In alcune strutture succede che non sia materialmente possibile effettuare più di otto interventi al giorno, al massimo dieci, di fronte a una richiesta molto più alta. In altre strutture le IVG vengono eseguite solo in alcuni giorni e non dal lunedì al venerdì in modo continuativo. In alcuni ospedali il reparto di IVG non c’è, oppure c’è un medico che viene “da fuori” per un pomeriggio a settimana perché i medici dell’ospedale sono tutti obiettori di coscienza. Meno sono i giorni e i luoghi in cui è possibile abortire, più la fila fuori da quell’ospedale aumenta.

Dunque, per confrontarsi con il fenomeno IVG, soprattutto per un neolaureato che desideri documentarsi sulla reale portata del ‘fenomeno IVG’, sui suoi limiti e sulle carenze che ha in Italia, non occorre

solo affrontare una ricerca bibliografica e sitografica, né è sufficiente accedere alle relazioni del Ministero della Salute sull'IVG; il dato di letteratura va confrontato con l'esperienza quotidiana, la quale viene documentata dal giornalismo investigativo (per esempio le inchieste di L. Pertici, C. Torrisi, F. Poltronieri, F. Delogru e S. Viskanic) con la riflessione su quanto accade in alcuni ospedali della capitale dove all'alba, all'aria aperta in primavera così come d'inverno ci sono donne, madri e figlie, in fila nelle scale esterne dell'ospedale. Donne straniere, comunitarie ed extracomunitarie, anche senza permesso di soggiorno. Donne italiane. Donne ben vestite. Donne con abiti consumati. Donne con i sacchetti di plastica. Donne con le borse firmate. Donne con la cartellina delle analisi, donne senza alcuna documentazione sanitaria. Ragazze diventate donne solo quella mattina. Donne tornate ragazze quella stessa mattina. Donne venute sole, alcune accompagnate da amiche e altre da qualche uomo, ogni tanto.

Di fronte a questi scenari tutti gli infermieri sono chiamati a riflettere, interrogarsi ed esprimersi, in quanto, come recita l'articolo 1 del Codice Deontologico dell'Infermiere: "*L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica*".

E l'IVG è un pratica che necessita di assistenza infermieristica, ed è ancor prima un diritto di salute della donna.

### *La deontologia infermieristica*

Il Codice Deontologico è un documento costituito da un insieme di norme, codificate sotto forma di direttive<sup>10</sup> a cui ogni professionista deve attenersi e ispirarsi nell'esercizio della propria professione. Il Codice Deontologico dell'infermiere è il cuore della professione infermieristica e fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione "infermiere-persona/assistito" che racchiude due soggetti autonomi nella relazione e reciprocamente responsabili del patto assistenziale. A partire dal Codice Deontologico vengono citati

articoli emersi dall'indagine conoscitiva e posti in relazione ad alcuni dei problemi etici che si trova ad affrontare il professionista nella quotidianità dell'unità operativa, articoli che trattano direttamente e indirettamente di IVG e sono indice di importanti riflessioni deontologiche.

*Capo II*

*Articolo 7 L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità. Articolo 8 L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.*

La relazione insita nel rapporto infermiere–assistito è ricca di incontri, scambi, confidenze, confronti, richieste. E' possibile che in tale ricchezza relazionale si verifichino incomprensioni, tensioni e conflitti derivanti da diverse visioni etiche inerenti, come in questo specifico caso, la concezione della vita, l'idea e la percezione della dignità umana, la libertà di scelta rispetto ai percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali e tanto altro ancora.

In questi momenti difficili, lo strumento principe per la composizione delle tensioni, delle incomprensioni e dei conflitti è *l'ascolto, il confronto rispettoso e soprattutto il dialogo*. Dialogo da mantenersi anche quando l'assistito reitera comportamenti e richieste tali da rendere persistente il contrasto etico e indurre l'infermiere ad avvalersi della "clausola di coscienza"<sup>11</sup>. Avvalendosi della clausola di coscienza l'infermiere rende trasparente la sua opposizione a richieste in contrasto con i principi della professione e con i suoi valori, al di fuori delle situazioni in cui l'obiezione di coscienza è prevista e regolamentata dalle leggi<sup>12</sup>.

## *Obiezione di coscienza infermieristica nell'IVG*

*Articolo 9 L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.*

### *Capo III*

*Articolo 16 L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.*

### *Capo IV*

*Articolo 20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.*

*Articolo 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.*

Nell'assistenza infermieristica alla donna che decide di ricorrere all'IVG, l'infermiere si impegna ad ascoltare, informare, coinvolgere e valutare con la donna i suoi bisogni di salute e di assistenza infermieristica. Sofferamiamoci ora su alcune precisazioni contestuali: *L'infermiere si impegna ad ascoltare l'assistita.* L'ascolto è essenziale per capire cosa la persona percepisce, pensa e sente<sup>13</sup>. Un ascolto attivo che prevede l'utilizzo di due importanti tecniche quali la riaffermazione e la riflessione.

*L'infermiere si impegna ad informare l'assistita.* Dare informazioni significa condividere informazioni con la donna sui propri diritti e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali offerti dalle strutture che operano sul territorio. Informarla sulla natura e gli scopi dell'intervento o trattamento preposto di IVG, sull'esito previsto, le probabilità di successo e sui rischi. Informarla sulle alternative preposte al problema, esplorare con la donna le sue opportunità e possibilità di scelta.

*L'infermiere aiuta e sostiene la donna nelle sue scelte,* guardando con rispetto e sensibilità la sua decisione. La aiuta a superare e rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza, la pone in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e

di madre, promuove ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza, sia dopo il parto.

Il termine sostegno si traduce nella lingua inglese in “advocacy” -prendere le parti della donna, tutelare la sua volontà e quello che è il suo diritto, operando affinché riceva l’assistenza necessaria.

L’intero processo di assistenza infermieristica alla donna deve avvenire attraverso una *relazione terapeutica*, assicurando all’assistita una *comunicazione terapeutica*<sup>14</sup> caratterizzata da una vicinanza empatica e considerazioni positive.

*L’empatia* è la capacità di guardare alle cose da un’altra prospettiva, di porsi al posto di un’altra persona, di essere in grado di condividere l’essenza della comprensione, attraverso la comunicazione verbale e non verbale<sup>15</sup>.

*Considerazione positiva significa* calore, assistenza, interesse e rispetto per la donna. È un modo di vedere la donna senza pregiudizi e senza giudizi. Il rispetto per l’assistita non dipende dai suoi comportamenti; invece, l’assistita va considerata nella sua interezza e ha valore e dignità in quanto essere umano.

L’infermiere si impegna a non mettere in atto una *relazione non terapeutica*. Estremamente non professionale sarebbe erogare assistenza alla donna e dare risposte non terapeutiche nella comunicazione.

*Sentimenti di salvataggio* Un infermiere ha sentimenti di salvataggio quando si sente essenziale per il benessere della donna. L’infermiere pensa di possedere abilità eccezionali per aiutare l’assistita, per cui le aspettative per l’assistita saranno alte. Quando poi queste aspettative non trovano riscontro, l’assistita può provare disappunto.

*Falsa rassicurazione*. La falsa rassicurazione consiste nel dare rassicurazioni che non sono basate sui fatti. È un modo di minimizzare la situazione dell’assistita e viola la fiducia dell’assistita.

*Dare consigli*. Dare consigli è un’altra risposta non terapeutica molto comune. Dare consigli si focalizza sull’esclusività delle espe-

rienze, delle opinioni dell'infermiera, la quale tende a esercitare un controllo e ciò diminuisce le responsabilità e le scelte dell'assistita. Esempi di dare consigli includono affermazioni del tipo: "Io penso che lei dovrebbe..."; "Perché lei non..."; "Se fosse successo a me io avrei..."; ecc.

*Essere moralisti.* Essere moralisti significa vedere una situazione in termini di ciò che è buono o cattivo, giusto o sbagliato. È un approccio che giudica. Parlare alla donna in termini di "dovrebbe", significa che l'infermiere ha delle idee preconcepite su cosa è "giusto" fare. Un altro modo di essere moralista è approvare e disapprovare, giudicando l'azione dell'assistita come buona o cattiva. Ognuno ha in sé delle attitudini morali e l'essere moralista è parte dell'essere umano. Gli infermieri hanno il diritto di possedere valori propri, ma in situazioni cliniche complesse come l'IVG devono trascendere da essi.

*Coinvolgimento non professionale.* Il coinvolgimento non professionale avviene quando l'infermiera oltrepassa i confini della relazione terapeutica e stabilisce con l'assistita una relazione sociale, economica o personale<sup>16</sup>. L'infermiere ha il compito di definire e mantenere i confini professionali.

### *L'obiezione di coscienza dell'infermiere*

L'obiezione di coscienza è il rifiuto di adempiere un obbligo imposto dalla legge, a una norma dell'ordinamento giuridico, perché in contrasto inconciliabile con un'altra legge fondamentale della vita umana, così come percepita dalla coscienza, che vieta di tenere il comportamento prescritto perché contrario alle proprie convinzioni ideologiche, morali o religiose. Il contenuto dell'obiezione di coscienza, dunque, si snoda in una duplice direzione: una negativa, di rifiuto di una norma posta dallo Stato, in questo specifico caso alla Legge 194; e una positiva, di adesione da parte del soggetto a un valore o a un sistema di valori personali.

L'obiezione di coscienza attua il principio della libertà di coscienza, un diritto soggettivo della persona riconosciuto da importanti documenti nazionali ed internazionali.

A regolamentare l'obiezione di coscienza nell'assistenza infermieristica all'IVG è l'art. 9 della Legge del 22 maggio 1978, n.194 *“Norme per la tutela sociale della maternità e dell'interruzione volontaria di gravidanza”*. Secondo il 3° comma: *“L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento”*.

Il suddetto articolo afferma che l'infermiere può sollevare l'obiezione di coscienza nell'assistenza all'IVG, con preventiva dichiarazione, obiezione che può essere revocata in qualsiasi momento.

Il personale infermieristico obiettore è esonerato dallo svolgere le sole procedure e le attività inequivocabilmente dirette e finalizzate all'interruzione volontaria di gravidanza. Il personale infermieristico obiettore non è pertanto esonerato dalle attività propriamente definite antecedenti e conseguenti l'intervento di interruzione di gravidanza. Quando l'intervento del personale infermieristico è indispensabile per salvare la vita della donna, la quale si trova in un imminente pericolo di vita, data la particolare situazione, l'obiezione di coscienza non può in alcun modo essere invocata.

### *Conclusioni*

Si desidera qui sottolineare il ruolo fondamentale e l'importanza dell'assistenza infermieristica alla donna che decide di sottoporsi all'interruzione volontaria di gravidanza. Se l'interruzione è un diritto delle donne, ogni infermiere in qualità di *“operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica”* e di *“pubblico ufficiale”* deve agire nel rispetto di tale legge e nel diritto alla libera ed esplicita autodeterminazione della donna.

L'infermiere può sollevare l'obiezione di coscienza per le attività dirette all'IVG, nel rispetto dei propri principi etici e morali. È importante ricordare però che il benessere bio-psico-sociale della donna non è legato alle sole procedure e attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, attività in cui l'infermiere obiettore è esonerato, ma all'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, assistenza da cui nessun infermiere è esonerato, obiettore o meno che sia. L'articolo intende ribadire l'importanza dell'assistenza infermieristica per il sostegno alla donna nell'intero processo di IVG, ma soprattutto nelle fasi antecedenti e conseguenti all'intervento stesso di IVG. L'assistenza deve essere erogata sempre nel rispetto della dignità, della riservatezza e della libertà di scelta della donna e secondo l'adesione intima e coerente ai principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la donna-assistita, principi scolpiti nel Codice Deontologico, cuore della professione infermieristica.

#### BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Studi recenti hanno inteso analizzare le posizioni e le attitudini morali degli studenti in Infermieristica nei confronti dell'IVG. Cito a mero titolo di esempio un recente studio pilota di FEHERING R. J., *Attitudes, Intentions, and Ethical Stance of Advanced Practice Nursing Students toward Abortion Provision: Part One B Quantitative Findings*. Disponibile on line all'indirizzo <http://www.uffl.org/vol15/fehring05.pdf>. Consultato il 2 Maggio 2016. Vedi inoltre HARRIS A. A., *Supportive Counseling before and after elective pregnancy termination*. *Journal Midwifery and Women's Health* 2004; 49: 105-12. NATAYAMA O., ISHIZAKA K., MIZUTANI N., *Analysis of nursing students' attitudes toward induced abortion*. *Kango Tendo* 1986; 11: 492-97. NARRIGAN D., *Early abortion update and implications for midwifery practice*. *Journal of Nurse-Midwifery* 1998; 43: 492-501. SHOTORBANI S., ZIMMERMAN F. J., BELL J. F., WARD D., ASSEFI N., *Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision*. *Perspectives*

- on Sexual and Reproductive Health 2004; 36: 58-63. YEUN E. J., KWOA Y. M., KIM H. K., *A Q methodological study on nursing students' attitudes toward nursing ethics*. Toehcn Kanho Hakhoe 2004; 34: 1434.
2. ONU Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.
  3. Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009.
  4. Legge 22 maggio 1978, n.194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Gazzetta Ufficiale 22 maggio 1978, n. 140.
  5. Si veda a puro titolo documentario quando la letteratura secondaria attesta sui libri del CH, o sull'opera di Sorano di Efeso, *Gynaekia*.
  6. Si veda a titolo riassuntivo del dibattito il recente articolo di CILIONE M., *Il miasma abortivo nelle leggi sacre di Cirene e Kos*. *Medicina nei Secoli* 2016; 28,2 : in press, con bibliografia.
  7. GALEOTTI G., *Storia dell'aborto*. Bologna, Il Mulino, 2003.
  8. Relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/1987), Roma, 2016.
  9. PATTIS E., *Aborto: perdita e rinnovamento, un paradosso nella ricerca di identità*. Bergamo, Moretti e Vitale, 2013.
  10. LALLI C., *La verità, vi prego sull'aborto*. Roma, Fandango Libri, 2013.
  11. Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
  12. Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel 2004.
  13. SILVESTRO A., *Commentario al Codice Deontologico Dell'Infermiere*. Milano, Mc Graw Hill, 2009.
  14. STUART G. W., *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis, Mo Mosby Elsevier, 2009.
  15. RUTH F., CONSTANCE J., SHARON J., *Principi fondamentali dell'Assistenza Infermieristica*. Milano, Ambrosiani, 2013.
  16. VARCAROLIS E. M., HALTER M. J., *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. Philadelphia, Sanders Elsevier, 6° edition, 2009.
  17. Vedi op. cit. nota 13.

Correspondence should be addressed to:

giusti.simonetta68@gmail.com